

Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica

X. Clèries Costa^a, F. Borrell Carrió^b, R.M. Epstein^c, E. Kronfly Rubiano^a, J.J. Escoda Aresté^a y J.M. Martínez-Carretero^a

LECTURA RÁPIDA

▼ Cada día se producen en España millares de entrevistas y actos clínicos. En cada uno de ellos hay un encuentro o un desencuentro entre el profesional de la salud y el paciente.

▼ Los conocimientos técnicos, las habilidades clínicas, las costosas inversiones en tecnología, los procesos asistenciales y la gestión del sistema sanitario de poco sirven si no se contemplan los factores individuales del acto asistencial desde la perspectiva psicológica y de comunicación.

Introducción

Cada día se producen en España millares de entrevistas y actos clínicos. En cada uno de ellos hay un encuentro o un desencuentro entre el profesional de la salud y el paciente. Quizá tenga algo de obvio, a estas alturas, recordar que nuestro quehacer cotidiano se basa en la comunicación, no sólo comunicación asistencial en nuestros centros y servicios de salud, sino también comunicación en el equipo, y comunicación con finalidad formativa, en las instituciones educativas relacionadas. Los conocimientos técnicos, las habilidades clínicas, las costosas inversiones en tecnología, los procesos asistenciales y la gestión del sistema sanitario de poco sirven si no se contemplan los factores individuales del acto asistencial desde la perspectiva psicológica y de comunicación.

La importancia de incorporar habilidades de comunicación en la competencia de las profesiones sanitarias queda justificada por diversos factores. En primer lugar, el progreso de la sociedad y la toma de conciencia por parte del ciudadano de que quiere y puede tener una mayor implicación en la toma de decisiones. La diferenciación que separaba «la cultura del experto» de la cul-

tura «del pueblo» acorta distancias por diversos motivos, en los que no entraremos. El cliente de nuestros servicios es también, muchas veces, experto en algún terreno. En segundo lugar, la percepción de pérdida de prestigio por parte de los profesionales sanitarios, especialmente de la profesión médica, debida en parte a que «no sabe comunicar» con el paciente y con la sociedad. No hay que olvidar que la penetración de los medios llevan a que toda la sociedad en su conjunto sea más culta, más buena comunicadora, más audaz, incluso, en la percepción del acto comunicativo. En este contexto el médico, si quedaba instalado en los viejos hábitos de un cierto paternalismo histriónico, o anclado en la frialdad de un técnico insulso, se arriesgaba (o arriesga) a provocar una reacción de rechazo en las capas más activas de la sociedad. Finalmente, en España entran en los años ochenta las tendencias anglosajonas derivadas del modelo biopsicosocial y la Escuela de Palo Alto (EE.UU.) y Peruggia (Italia). Estas diferentes perspectivas tienen en común la necesidad de escuchar al paciente, aunque formulan metodologías distintas. A pesar de que el movimiento Balint se encuentra bien enraizado, y continúa con una presencia activa, los profesionales optan por complementar las aportaciones psicodinámicas con las tendencias de orientación de tipo cognitivo-conductual.

La génesis de la competencia de la profesión médica

Tizón¹⁻³ formula a mediados de los años ochenta el modelo centrado en el consultante como una manera de conciliar la visión de una ciencia al servicio de la persona con la orientación ecológica y de respeto al entorno cultural de cada comunidad. Este modelo, por desgracia, tuvo una expansión limitada, incluso en los mismos medios psicoanalíticos, de donde

^aInstitut d'Estudis de la Salut. Barcelona. España.

^bGrupo Comunicación y Salud (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria). Barcelona. España.

^cUniversity of Rochester. New York. EE.UU.

Correspondencia:
Xavier Clèries Costa.
Institut d'Estudis de la Salut.
C/ Balmes, 132.
08008 Barcelona. España.
Correo electrónico: xcleries@ies.scs.es

Palabras clave: Competencia profesional. Habilidades de comunicación. Evaluación. Docencia. Aprendizaje.

había nacido. Sin embargo, era, sin saberlo, perfectamente coherente con el modelo biopsicosocial formulado hacía pocos años por Engel^{4,5}, y de hecho precedía al modelo centrado en el paciente que desarrollarían en Ontario McWhinnie y Stewart^{6,7}, entre otros. El modelo biomédico, con su enfoque infeccioso y anatomopatológico del proceso de enfermar, se encuentra limitado en la comprensión de lo que ocurre en el proceso asistencial. Debe complementarse con una perspectiva psicosocial y un modelo constructivista¹, encaminado a crear un significado compartido del encuentro intersubjetivo profesional-consultante, a partir de la comunicación y de la interrelación.

Ahora bien, las premisas con que la escuela psicodinámica interpretaba el acto médico no eran bien aceptadas por el médico práctico. Hay mucho en la praxis clínica de hábito, de rutina, pero hábito y rutina inteligente. Este aspecto más conductual, y el análisis de la demanda que recibe el profesional de atención primaria de salud (APS), tenía que llegar de la mano de las corrientes cognitivo-conductuales. Vistas las cosas con la perspectiva de los años, podemos decir que este cambio de paradigma, o incluso este eclecticismo en que los profesionales de APS supieron reflexionar sin las tensiones propias de los psicólogos, tuvo frutos muy interesantes. Por una parte, la práctica clínica no se fracturó. Existía un riesgo importante de que la especialidad de medicina familiar y comunitaria (MFC) evolucionara, por un lado, con los «protocolos» y una medicina «super-científica», que hubiera caído ineluctablemente en el cientifismo, tantas veces ironizado por Tizón⁸ y, por otro lado, los que habrían interpretado su práctica clínica con las claves del psicoanálisis, tratando de plasmar en los 6 minutos por paciente un estilo de práctica distinto y distante. Cuando ello se produjo conllevó la aparición del psicoanálisis silvestre (esta vez ironizado por el mismo Freud), o un tipo de médico psicologizador y psicologizado (otra vez parafraseamos a Tizón)⁹, que apreciaba neurosis en pacientes hipotiroideos, porque se había olvidado de valorar «lo orgánico». Desde los inicios de la MFC fue un propósito deliberado introducir una visión abierta del modelo biop-

sicosocial, no precisamente una visión de «nuevo paradigma», como en aquellos años gustaba decir a sus defensores más acérrimos, sino precisamente la otra visión de «perspectiva abierta», donde lo psicosocial no era ni más ni menos importante que lo biológico, y donde cabía la reflexión psicodinámica (¡a excepción de Lacan, por favor!), con la cognitivo-conductual¹⁰.

Este eclecticismo, obviamente, sólo podía darse en una especialidad joven, como era la MFC, en la que no existía justamente el peso de unos teóricos que hubieran fragmentado la disciplina en diversas escuelas. En todo caso, el resultado final del proceso es que el acto médico se reconsidera a partir de la conducta del enfermo desde una perspectiva de comunicación, pero también sin olvidar la perspectiva semiológica, que el profesional médico no puede rechazar, en parte porque los líderes profesionales de APS así lo apoyan, y en parte porque aporta soluciones a problemas reales, del día a día. Sin duda, ello favorece que se incorporen componentes de comunicación en el bagaje de competencias de cualquier médico. Algo que para sí quisieran los países europeos más evolucionados económica e históricamente, pero con una menor cohesión del estamento profesional.

Competencia de la profesión médica y comunicación interpersonal

Una concepción, ya clásica, de competencia profesional es la capacidad de utilizar los conocimientos y aptitudes profesionales para resolver los problemas que se presentan en el ejercicio de la práctica de la asistencia cotidiana¹¹. Actualmente, existe una tendencia a construir una definición de competencia profesional, basada en diferentes aportaciones relevantes¹²⁻¹⁵, viniendo que se trata del uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, la toma de decisiones basadas en la evidencia, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para beneficio individual y de la sociedad.

De manera sumaria quisiéramos destacar algunos hitos en el desarrollo de la competencia profesional, referida al ámbito de la comunicación:

LECTURA RÁPIDA

▼ La importancia de incorporar habilidades de comunicación en la competencia de las profesiones sanitarias queda justificada por diversos factores. En primer lugar, el progreso de la sociedad y la toma de conciencia por parte del ciudadano de que quiere y puede tener una mayor implicación en la toma de decisiones. La diferenciación que separaba «la cultura del experto» de la cultura «del pueblo» acorta distancias por diversos motivos.

▼ En segundo lugar, la percepción de pérdida de prestigio por parte de los profesionales sanitarios, especialmente de la profesión médica, debida en parte a que «no sabe comunicar» con el paciente y con la sociedad.

▼ En España entran en los años ochenta las tendencias anglosajonas derivadas del modelo biopsicosocial y la Escuela de Palo Alto (EE.UU.) y Peruggia (Italia).

▼ A pesar de que el movimiento Balint se encuentra bien enraizado, y continúa con una presencia activa, los profesionales optan por complementar las aportaciones psicodinámicas con las tendencias de orientación de tipo cognitivo-conductual.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

El modelo biomédico, con su enfoque infeccioso y anatomopatológico del proceso de enfermar, se encuentra limitado en la comprensión de lo que ocurre en el proceso asistencial. Debe complementarse con una perspectiva psicosocial y un modelo constructivista, encaminado a crear un significado compartido del encuentro intersubjetivo profesional-consultante, a partir de la comunicación y de la interrelación.

Existía un riesgo importante de que la especialidad de medicina familiar y comunitaria evolucionara, por un lado, con los «protocolos» y una medicina «supercientífica», que hubiera caído ineluctablemente en el cientifismo, tantas veces ironizado por Tizón y, por otro lado, los que habrían interpretado su práctica clínica con las claves del psicoanálisis, tratando de plasmar en los 6 minutos por paciente un estilo de práctica distinto y distante.

TABLA 1

Cognitiva
Conocimientos básicos
Habilidades comunicativas básicas
Gestión de la información
Aplicación de conocimientos a situaciones reales
Utilización del conocimiento tácito y la experiencia personal
Abstracción de resolución de problemas
Autodirección de adquisición de nuevos conocimientos
Percepción de lagunas en el conocimiento
Generar preguntas
Utilización de recursos (p.ej., evidencia publicada, colegas)
Aprender de la experiencia
Técnica
Habilidades de examen físico
Habilidades quirúrgicas
Integrativa
Incorporación de juicio científico, clínico y humanístico
Utilización apropiada de estrategias de razonamiento clínico (hipotético-deductivo, conocimiento elaborado)
Interrelación de conocimientos clínicos interdisciplinarios
Manejo de la incertidumbre
Contextual
Marco clínico
Utilización del tiempo
Relacional
Habilidades comunicativas
Manejo de conflictos
Trabajo en equipo
Enseñar a otros (p.ej., pacientes, estudiantes y colegas)
Afectiva/moral
Tolerancia a la ambigüedad y a la ansiedad
Inteligencia emocional
Respeto a los pacientes
Responsabilidad ante los pacientes y la sociedad
Cuidados
Hábitos mentales
Observación de los propios pensamientos, emociones y habilidades
Capacidad de atención
Curiosidad crítica
Reconocimiento y respuesta a los sesgos cognitivos y emocionales
Voluntad de reconocer y corregir errores

Fuente: Epstein y Hundert⁸.

– 1978: creación de la especialidad de MFC, que sería la que de manera más clara apostaría por el desarrollo e integración de esta esfera en la práctica clínica¹⁶.

– 1982: inicio de los primeros centros de salud, que incorporan en sus actividades de manera obligatoria, y por primera vez en España, los Grupos Balint^{3,17}.

**TABLA
2**

Atención al paciente
Conocimientos médicos
Aprendizaje basado en la práctica
Habilidades de comunicación y relación interpersonal
Profesionalismo
Práctica basada en el sistema sanitario

Fuente: Accreditation Council for Graduate Medical Education. Disponible en: <http://www.acgme.org>.

- 1986: creación del Grupo Comunicación y Salud, compuesto por médicos, enfermeras, psicólogos, pediatras y otros profesionales de la salud. Este grupo alcanza unos 300 miembros en toda España, desarrollando múltiples actividades de tipo docente y de investigación.
- 1992: inicio en el IES (Generalitat de Catalunya) de la evaluación de la competencia clínica de tipo objetivo, incorporando la metodología de pacientes estandarizados¹⁸.
- 1998-2000: realización del COMCORD, primer estudio multicéntrico para la enseñanza de la entrevista clínica basada en una metodología centrada en el discente¹⁹.
- 1996-2002: desarrollo y validación del GATHA, único instrumento en lengua castellana para la valoración de entrevistas clínicas en diferentes formatos (audio, vídeo, para pacientes estandarizados, residentes)²⁰.

En nuestro contexto cabe destacar un grupo de expertos de diferentes colectivos profesionales del ámbito de la salud²¹, que consensaron documentos con la finalidad doble de fijar las competencias necesarias para la formación de pregrado en los estudiantes de medicina e iniciar un debate sobre lo que es preciso para ejercer la profesión médica. De las 13 taxonomías descritas, 3 hacen referencia explícita a los aspectos relacionales y comunicacionales.

En una revisión de la bibliografía referente a las dimensiones de la competencia de la profesión médica se da, en la actualidad, una especial relevancia a la relación interpersonal, entendida como comunicación

efectiva con el paciente y con otros profesionales²²⁻²⁵; la inteligencia emocional, entendida como autoconocimiento, la tolerancia a la ambigüedad, la gestión del estrés²⁶⁻²⁹ y la reflexión sobre la práctica médica³⁰⁻³² (tablas 1 y 2).

El aprendizaje y la evaluación de habilidades de comunicación

Las experiencias en aprendizaje y evaluación de habilidades de comunicación son ya relevantes en nuestro país, tal y como se demostró en la Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona 2000³³, donde básicamente se constataron los siguientes aspectos:

- La necesidad de integrar las habilidades de comunicación en la enseñanza de las materias médicas de pregrado, sin perjuicio de que pudieran existir créditos específicos.
- Introducir en el pre y posgrado los principios de una orientación centrada en el paciente en la relación asistencial.
- La docencia en habilidades de comunicación debe abarcar todos los niveles educativos, desde pregrado hasta posgrado, pasando por la formación continuada.
- La evaluación de habilidades de comunicación debería realizarse de manera directa, es decir, con metodologías basadas en pacientes estandarizados o filmación de entrevistas reales, y considerarse en los diferentes programas docentes de las especialidades médicas y quirúrgicas.
- Los formadores en habilidades de comunicación deberían recibir mayor apoyo institucional, tanto para la docencia como para la investigación.
- La aportación de los denominados consensos de Kalamazoo³⁴ respecto al desarrollo, la implementación y la evaluación de la comunicación orientada al currículo en educación médica.

Concretamente en instituciones educativas de Catalunya³⁵, y en la línea de lo que apuntamos en el presente artículo, se están realizando esfuerzos para llevar a cabo la enseñanza de habilidades de comunicación en los ámbitos educativos, asistenciales y profesionales^{36,37} (tabla 3).

Paralelamente a las acciones formativas, deben desarrollarse estrategias evaluativas en

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
Desde los inicios de la MFC fue un propósito deliberado introducir una visión abierta del modelo biopsicosocial como en aquellos años gustaba decir a sus defensores más acérrimos, sino precisamente la otra visión de «perspectiva abierta», donde lo psicosocial no era ni más ni menos importante que lo biológico, y donde cabía la reflexión psicodinámica.

▼
En todo caso, el resultado final del proceso es que el acto médico se reconsidera a partir de la conducta del enfermo desde una perspectiva de comunicación, pero también sin olvidar la perspectiva semiológica, que el profesional médico no puede rechazar, en parte porque los líderes profesionales de APS así lo apoyan, y en parte porque aporta soluciones a problemas reales, del día a día.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

Existe una tendencia a construir una definición de competencia profesional, basada en diferentes aportaciones relevantes, conviniendo que se trata del uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, la toma de decisiones basadas en la evidencia, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para beneficio individual y de la sociedad.

1978: creación de la especialidad de MFC, que sería la que de manera más clara apostaría por el desarrollo e integración de esta esfera en la práctica clínica.

1982: inicio de los primeros centros de salud, que incorporan en sus actividades de manera obligatoria, y por primera vez en España, los Grupos Balint.

1986: creación del Grupo Comunicación y Salud, compuesto por médicos, enfermeras, psicólogos, pediatras y otros profesionales de la salud.

1992: inicio en el IES (Generalitat de Catalunya) de la evaluación de la competencia clínica de tipo objetivo, incorporando la metodología de pacientes estandarizados.

TABLA 3

Aprender y enseñar a comunicarse con los enfermos
El consentimiento informado: más allá del formalismo
Taller sensorial: poniéndose en la piel del enfermo (del diagnóstico a la enfermedad)
La vertiente emocional de la asistencia
Sistemas motivacionales y relación asistencial
Cómo dar malas noticias
Curso de entrevista clínica: la motivación para el cambio
Curso para la elaboración de un programa de atención domiciliaria
Curso de atención a las personas ancianas

habilidades de comunicación. Cabe distinguir entre la evaluación realizada por los expertos y la realizada por los pacientes, reales o estandarizados³⁸. En nuestro contexto se han desarrollado instrumentos válidos y fiables para evaluar las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios, tanto para expertos en comunicación²⁰ como para pacientes estandarizados³⁹ en pruebas generales de evaluación de competencias profesionales^{40,41} (tabla 4). Como aspecto innovador cabe destacar la utilización de clientes estandarizados para evaluar los aspectos de gestión de servicios sanitarios, con la finalidad de mejorar la atención al usuario^{42,43}.

TABLA 4

Actividades de evaluación de la competencia de profesionales sanitarios realizadas en el Institut d'Estudis de la Salut (1994-2001)

Proyectos de pregrado
En medicina
En enfermería
Seminarios con paciente y monitor
Proyectos de posgrado
Medicina interna
Medicina familiar y comunitaria
Pediatría
Geriatría
Neonatología
Medicina de urgencias
Matronas
Proyectos independientes
Examen para técnicos de transporte sanitario
Proyecto MPAR: evaluación de servicios de atención primaria
Proyecto cliente simulado: evaluación de la atención al usuario de centros sanitarios

Discusión

Nadie duda en la APS de España de que la competencia en comunicación es parte de la competencia profesional. Esta percepción es menos compartida en el ámbito hospitalario, aunque algo va cambiando en los últimos años. El proceso seguido en nuestro país, en relación con este tema, tiene varios rasgos que lo distinguen del mundo anglosajón. En primer lugar, a diferencia de estos países, en España el proceso de implantación de habilidades en comunicación no proviene de las universidades. En realidad, muchas facultades de medicina, aún a estas alturas, no tienen un currículum sobre la materia. Mientras que en otros países las universidades lideraban la difusión de estas materias del pregrado al posgrado y a la formación continuada de todos los profesionales, en España se da el proceso inverso: desde el posgrado y desde instituciones no universitarias se difunden las habilidades en comunicación para afectar, en último término, y de manera incompleta, al pregrado. En segundo lugar, el proceso es básicamente liderado desde la MFC, y no desde las disciplinas de tipo humanista que en otros países han tenido un papel fundamental (psicología, sociología, antropología, entre otras). Este hecho ha dado lugar a un desarrollo de las habilidades siempre muy ligadas al

«terreno», siempre sobre bases muy realistas de lo que era o no posible pedir al profesional, sobre todo entendiendo el acto clínico de una manera unitaria. El profesional realiza un esfuerzo semiológico extraordinario, y sobre este esfuerzo —de observación, escucha, exploración física y análisis taxonómico— se desarrolla el hecho comunicativo⁴⁴. Este punto de partida, que nos atrevemos a denominar opción epistemológica, conlleva consecuencias que pueden no ser muy aparentes, pero que marcan ciertas diferencias con el desarrollo de estas materias en el mundo norteamericano: *a)* se evita en todo momento culpabilizar al profesional por no hacer un «suficiente esfuerzo» en materia de comunicación; más bien se resaltan las condiciones organizativas y formativas que concurren; *b)* se apuesta, en general, por una versión «débil» del modelo biopsicosocial, esto es, aquella versión que entiende dicho modelo como una perspectiva dentro de la medicina científica, pero no un nuevo paradigma¹⁰; *c)* se relativiza el modelo «centrado en el paciente», tan de moda en el mundo norteamericano, del que se aprecian aspectos positivos, pero también ciertas inconsistencias filosóficas y de práctica clínica⁴⁵, y *d)* finalmente, se tolera la ambigüedad de paradigmas, de la que no sólo se hace un uso práctico, sino que se contrapone de manera deliberada bajo el prisma del análisis pragmático.

Vamos a detenernos, aunque sea un momento, en este último punto. Bertrand Russell afirmaba que a veces los errores en los sistemas lógicos conducen a interesantes resultados⁴⁶. Una tradición filosófica europea que arranca de muy lejos (Platón, Santo Tomás, Kant y Hegel, entre otros pensadores) nos ha acostumbrado a valorar la coherencia y completitud de los modelos filosóficos como algo intrínsecamente bueno y bello. El eclecticismo siempre ha despertado en las capas intelectuales españolas un mohín de disgusto. La traducción al mundo de la psicología es bastante obvia, con sistemas que nacen muy cerrados, con sus verdades afirmadas demasiadas veces en términos dogmáticos y, como apunta irónicamente Marina, obligando al resto de las escuelas a dormir al sereno⁴⁷. Aunque de manera inicialmente dubitativa y no exenta de tensiones, la MFC adopta ideas y mo-

delos del ámbito cognitivo-conductual, a la vez que es capaz de manejar otros contenidos de tipo psicodinámico. Este hecho inédito hay que buscarlo, probablemente, en la menor exigencia de «militar» en disciplinas y escuelas concretas. La definición como «médico de familia» prima por encima de otras etiquetas. También en la adopción inaparente, pero cierta, del pragmatismo como método para decidir la mejor opción para el paciente. Este pragmatismo desplaza un cierto fundamentalismo ideológico, imperante en la universidad española y en el ámbito hospitalario, donde la ortodoxia venía marcada por los líderes o expertos de opinión. La medicina basada en evidencias viene a ser la culminación de este cambio hacia el pragmatismo. No deja de ser curioso cómo en algunos medios se sacraliza esta metodología pragmática, desvirtuando las mismas bases del pragmatismo, y cayendo además en simplificaciones e ingenuidades del modelo. Pero ésta sería otra discusión que sólo apuntamos.

La ruptura en estos terrenos es también generacional. La MFC se implanta *de novo*, y busca sus fuentes en el mundo anglosajón, donde el pragmatismo ya no es una opción, sino una regla que guía cualquier acto cotidiano. Desde nuestro punto de vista, ello supone un avance extraordinario en la cultura de la especialidad, pues el pragmatismo está más atento a constatar si una determinada técnica funciona, y por consiguiente a validar su praxis por los resultados más que por la estética de un modelo, que a preguntarse por las bases sobre las que se justifica⁴⁸. Traducida esta ruptura epistemológica al ámbito de la comunicación, provoca la penetración imparable en los años ochenta de las corrientes de pensamiento modernas en las costumbres y en los valores de las profesiones sanitarias de APS, con las resistencias ya comentadas en el ámbito universitario y en parte también hospitalario.

El futuro puede ser muy interesante a condición de que la sanidad pública no quede estrangulada presupuestariamente. Un médico cada vez más agobiado, cada vez con menos tiempo por paciente, puede hacer un rechazo a todo lo que pueda suponerle más esfuerzo⁴⁹. La peculiar estructura del sistema público nos lleva a la paradoja de que el médico teme crearse un prestigio entre la población, pues sabe que de ello se deriva

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
1998-2000: realización del COMCORD, primer estudio multicéntrico para la enseñanza de la entrevista clínica basada en una metodología centrada en el discente.
1996-2002: desarrollo y validación del GATHA, único instrumento en lengua castellana para la valoración de entrevistas clínicas en diferentes formatos (audio, vídeo, para pacientes estandarizados, residentes).

▼ El aprendizaje y la evaluación de habilidades de comunicación

Las experiencias en aprendizaje y evaluación de habilidades de comunicación son ya relevantes en nuestro país.

▼
La necesidad de integrar las habilidades de comunicación en la enseñanza de las materias médicas de pregrado, sin perjuicio de que pudieran existir créditos específicos.

▼
Introducir en el pre y posgrado los principios de una orientación centrada en el paciente en la relación asistencial.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
La docencia en habilidades de comunicación debe abarcar todos los niveles educativos, desde pregrado hasta posgrado, pasando por la formación continuada.

▼
La evaluación de habilidades de comunicación debería realizarse de manera directa, con metodologías basadas en pacientes estandarizados o filmación de entrevistas reales. Los formadores en habilidades de comunicación deberían recibir mayor apoyo institucional, tanto para la docencia como para la investigación.

▼
La aportación de los denominados consensos de Kalamazoo respecto al desarrollo, la implementación y la evaluación de la comunicación orientada al currículo en educación médica.

▼
Como aspecto innovador cabe destacar la utilización de clientes estandarizados para evaluar los aspectos de comunicación, accesibilidad y calidad de gestión de servicios sanitarios, con la finalidad de mejorar la atención al usuario.

una mayor presión asistencial sin ninguna contrapartida⁵⁰. Éstas y otras razones de tipo estructural impiden un mayor desarrollo de la comunicación y de los valores humanistas a ella ligados. Por desgracia, ni los líderes profesionales ni los políticos priorizan estos aspectos que conforman las relaciones estructurales entre médicos y pacientes, mucho más preocupados por los aspectos presupuestarios y de gestión diaria.

Probablemente, durante mucho tiempo las profesiones sanitarias y el sistema de salud han funcionado por encima del bien y del mal de la sociedad a la cual pertenecen. La ciudadanía, a la cual también pertenecen los profesionales, exige cambios en la relación con los expertos y, en general, una mayor participación en las decisiones que le conciernen. Se abre así un debate sobre el futuro de las profesiones que, en lo que al tema que nos ocupa se refiere, propone la integración de las habilidades de comunicación en la práctica profesional médica como pertinente y útil, y no como una mera protección ante posibles demandas judiciales de los pacientes. A pesar de los encomiables esfuerzos que se realizan, todavía quedan pendientes muchos retos respecto a las habilidades de comunicación de la profesión médica. Quizá uno de los más importantes sea inculcar en cada nueva generación de médicos un valor fundamental: considerar que las enfermedades tienen dueños, y que la única manera de conocerlos es mediante una comunicación honesta y genuina.

Agradecimientos


Los autores agradecen el estímulo y el apoyo incondicional del Profesor Albert Oriol, director del IES, en el desarrollo de actividades encaminadas a la mejora de la competencia de los profesionales sanitarios.

Bibliografía


1. Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la atención primaria. 4.ª ed. Barcelona: Biblaria, 1996.
2. Tizón JL. Sobre la fundamentación epistemológica de la Atención Sanitaria Centrada en el Consultante (en tanto que concreción de los nuevos modelos asistenciales). En: Ruiz R, editor. Un nuevo modelo médico: bases teóricas y prácticas. Córdoba: Universidad Internacional Menéndez Pelayo-Knoll, 1993; p. 35-67.
3. Tizón JL. La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Aten Primaria* 2000;26:101-17.
4. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196:129-36.
5. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatr* 1980;137:535-44.
6. Stewart MA, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995.
7. Stewart MA, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796-804.
8. Tizón JL. Introducción a la Epistemología de la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Ariel, 1978.
9. Tizón JL. Atención primaria en salud mental, salud mental en atención primaria. Barcelona: Doyma, 1992.
10. Borrell F, Cebrià J. Relación asistencial y modelo biopsicosocial. En: Martín Zurro A, Cano F, editores. Atención primaria. Madrid: Harcourt Brace, 1995; p. 82-98.
11. Kane MT. The assessment of professional competence. *Education and the Health Professions* 1992;15:163-82.
12. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287:226-35.
13. American Board of Internal Medicine. Guide to evaluation of residents in internal medicine. Philadelphia: American Board of Internal Medicine, 1999.
14. Norman GR. Defining competence: a methodological review. En: Neufeld VR, Norman GR, editors. *Assessing clinical competence*. New York: Springer, 1985; p.15-35.
15. ACGME Outcome Project. Accreditation Council for Graduate Medical Education Web site [consultado 1/10/2001]. Disponible en: <http://www.acgme.org>
16. Sopena Monforte R (coordinador) La medicina familiar y comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria. Madrid: Insalud, 1980.
17. Bonal Pitz P, Gil Guillén V, Martín Zurro A, Pinto Hespagnol A. Documentos SEMFYC La medicina de familia como área de conocimiento. *Aten Primaria* 1999;23:151-74.
18. Martínez-Carretero JM, Oriol A. The impact of the ECFMG Clinical Skills assessment (CSA) Project in Catalonia. *Rev Med Cir* 1995;1:12-31.
19. Rodríguez JJ, Ruiz R. Programa de formación en técnicas de entrevista clínica: el proyecto COMCORD. *Aten Primaria* 2001;27:503-11.
20. Ruiz R, Prados JA. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina

- de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Aten Primaria* 2001;27:469-77.
21. Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. IES. (CCECS). Competències de professions sanitàries [en premsa]. Departament de Sanitat.
 22. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152:1423-33.
 23. Dugdale DC, Epstein RM, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* 1999;14(Suppl 1):34-40.
 24. Epstein RM. Communication between primary care physicians and consultants. En: Schuman AL, Botelho RJ, Hinton-Walker P, editors. *Partnerships in health care: Transforming relational process*. Rochester: University of Rochester Press, 1998; p. 171-83.
 25. Epstein RM, Borrell F. Pudor, honour and authority: the evolving patient-physician relationship in Spain. *Patient Ed Counselling* 2001;45:51-7.
 26. Novack DH, Epstein RM, Paulsen RH. Toward creating physician-healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Acad Med* 1999;74: 516-20.
 27. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *JAMA* 1997;278:502-9.
 28. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000;320: 745-9.
 29. Harden RM, Crosby JR, Davis MH, Friedman M. From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *Med Teach* 1999;21:546-52.
 30. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999;282:833-9.
 31. Brailovsky C, Charlin B, Beausoleil S, Cote S, van der Vleuten C. Measurement of clinical reflective capacity early in training as a predictor of clinical reasoning performance at the end of residency: an experimental study on the script concordance test. *Med Educ* 2001; 35:430-6.
 32. Charlin B, Roy L, Brailovsky C, Goulet F, Van der Vleuten C. The Script Concordance test: a tool to assess the reflective clinician. *Teaching Learning Med* 2000;12:189-95.
 33. Borrell F, Epstein RM. La Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona 2000. Un paso más en la dirección correcta. *Aten Primaria* 2001;27:449-51.
 34. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 2001;76: 390-3.
 35. Institut d'Estudis de la Salut (IES). Disponible en: <http://www.iesalut.org>
 36. Clèries X, Kronfly E. El aprendizaje de habilidades de comunicación por parte de profesionales sanitarios: reflexiones a partir de diversas experiencias. *Educ Med* 2000;3:9-18.
 37. Aula de formació. Societat Catalana de MFiC. Disponible en: <http://www.scmfic.org>
 38. Egener B, Kurtz S, Makoul G, Klass D, Epstein RM, Borrell F. ¿Sabemos comunicarnos con nuestros pacientes? Instrumentos de evaluación. Mesa redonda realizada en el Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona, septiembre de 2000.
 39. Clèries X, Kronfly E, Borrell F, Juncosa S, Martínez-Carretero JM. Validation of an assessment instrument for communication skills in Catalonia (Spain). Paper presented at the 8th Ottawa Conference on Medical Education, Philadelphia, julio de 1998.
 40. Gómez JM, Borrell F, Pujol R, Martínez-Carretero JM, Pi F, Vilar L. Análisis del impacto del proyecto COMBELL sobre la competencia clínica médica. *An Med Intern* 1997;14:534-7.
 41. Martínez-Carretero JM. El paciente simulado y la formación continuada en atención primaria de salud [editorial]. *FMC* 1997;4:147-9.
 42. Clèries X, Muñoz D, Alberca O, Martínez-Carretero JM. The standardized client, a tool to improve the quality of attention in health institutions. Paper presented at the 9th Ottawa Conference in Medical Education, Cape Town, marzo de 2000.
 43. Clèries X, Blay C, Jiménez J, Cutillas S, Martín-Zurro A, Martínez-Carretero JM. Assessment of the administrative attention in primary health care by standardized clients. Paper presented at the 9th Ottawa Conference in Medical Education, Cape Town, marzo de 2000.
 44. Godoy A. Toma de decisiones y juicio clínico. Madrid: Pirámide, 1996.
 45. Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución [en premsa]. *Med Clí (Barc)*.
 46. Russell B. *Història social de la filosofia*. Vol III. Filosofia moderna. Barcelona: Edicions 62, 1996; p. 296.
 47. Marina JA. *El laberinto sentimental*. Barcelona: Anagrama, 1996.
 48. Lazarus A. *Terapia conductista*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
 49. Saura Llamas J. Factores desencadenantes del desgaste emocional. *Humana* 2002;6:14-20.
 50. Borrell F. La relación asistencial en la APS: algunas claves para un análisis estratégico. En: Aranda JM, editor. *Nuevas perspectivas en APS*. Madrid: Díaz de Santos, 1994; p. 75-98.


 LECTURA RÁPIDA

 **Discusión**


Nadie duda que la competencia en comunicación es parte de la competencia profesional. Esta percepción es menos compartida en el ámbito hospitalario, aunque algo va cambiando en los últimos años.




El profesional realiza un esfuerzo semiológico extraordinario, y sobre este esfuerzo se desarrolla el hecho comunicativo.



Un médico cada vez más agobiado, con menos tiempo por paciente, puede rechazar todo lo que pueda suponerle más esfuerzo.



El médico teme crearse un prestigio entre la población, pues sabe que de ello se deriva una mayor presión asistencial sin ninguna contrapartida.



El futuro de las profesiones propone la integración de las habilidades de comunicación en la práctica profesional médica como pertinente y útil, y no como una mera protección ante posibles demandas judiciales de los pacientes.

