



Gaceta Médica Boliviana  
ISSN: 1012-2966  
ISSN: 2227-3662  
gaceta@med.umss.edu.bo  
Universidad Mayor de San Simón  
Estado Plurinacional de Bolivia

## La comunicación: competencia básica para el ejercicio médico

**Patiño Ramirez, Karla Yolanda**

La comunicación: competencia básica para el ejercicio médico

Gaceta Médica Boliviana, vol. 45, núm. 2, 2022

Universidad Mayor de San Simón, Estado Plurinacional de Bolivia

**Disponible en:** <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=445674586016>

**DOI:** <https://doi.org/10.47993/gmb.v45i2.514>

Facultad de Medicina - Universidad Mayor de San Simón

Facultad de Medicina - Universidad Mayor de San Simón



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.


## La comunicación: competencia básica para el ejercicio médico

Communication: basic competence for medical practice

Patiño Ramirez, Karla Yolanda \*

Karlamedicinacba@gmail.com

Hospital Materno Infantil German Urquidi, Estado Plurinacional de Bolivia

 <https://orcid.org/0000-0002-1739-729X>

### Sra. Editora:

La Medicina y la Comunicación son ciencias que comparten aspiraciones y compromisos por lo que deben interactuar juntas para lograr la construcción de la salud, un proceso en el que confluyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es tan importante el rol de la comunicación en toda actividad esencialmente humana, como es la atención médica, que las últimas reflexiones en educación médica y los consensos internacionales coinciden en posicionar a la comunicación como parte fundamental de las competencias médicas. En 1998 el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado (ACGME), produjo el proyecto “Outcome Project Milestones” que estableció seis dominios y las respectivas competencias, que debería poseer cualquier graduado de una escuela de medicina:

- 1) cuidado del paciente con una comunicación efectiva;
- 2) conocimiento médico con pensamiento analítico;
- 3) aprendizaje basado en la práctica, identificando fallas e implementando cambios para mejorarla;
- 4) habilidades de comunicación interpersonal, no sólo con el paciente sino con familiares, colegas y otros profesionales de la salud;
- 5) profesionalismo dotado de virtudes, valores, excelencia y actualización continua;
- 6) práctica en los servicios, tener conciencia de los costos y beneficios para los pacientes.

El año 2014 la Asociación Americana de Colegios de Medicina (AAMC) se dió a la tarea de precisar una lista de competencias y actividades profesionales confiables (APROC) que se espera que cualquier egresado de una escuela de medicina desarrolle para su transición a la residencia. Uno de los marcadores que definen a una APROC es que su desempeño requiere la integración de las competencias, por lo general a través de siete dominios, el cuarto dominio contempla: habilidades interpersonales y de comunicación;

Gaceta Médica Boliviana, vol. 45, núm. 2, 2022

Universidad Mayor de San Simón, Estado Plurinacional de Bolivia

Recepción: 09 Agosto 2022  
Aprobación: 15 Octubre 2022

DOI: <https://doi.org/10.47993/gmb.v45i2.514>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=445674586016>

Queda entonces evidente la importancia estratégica de la comunicación y la de formar un médico comunicador, capaz de apropiarse de esta ciencia para ejercer el arte de la medicina.

## LA ENTREVISTA MÉDICA

La entrevista médica, más allá de permitirnos el ejercicio de las competencias propias de la medicina como la anamnesis y la exploración física, necesarias para el razonamiento clínico, es un espacio en el cual el paciente espera ser escuchado y en el cual el médico puede evaluar de marea directa la percepción del paciente. El paciente al entrevistarse con el médico espera que su dolencia o enfermedad le sea perfectamente explicada, una acción aparentemente simple y básica para el médico, sin embargo, necesita el dominio de las habilidades de comunicación para construir una estrategia a partir del análisis integral de la realidad del paciente. Estas acciones le permitirán no solo informar sino más bien dialogar con el paciente para proponer una terapéutica accesible y en el caso de Bolivia incluso culturalmente aceptable.

El uso de la comunicación como competencia no se refiere al simple manejo del lenguaje y a diferencia de lo que comúnmente se piensa no es algo innato de cada persona, por lo cual su aprendizaje no puede ser supeditado a la enseñanza de las áreas clínicas o técnicas, sino trabajado como una dimensión transversal de las competencias médicas.

La relación médico-paciente es la piedra fundamental del ejercicio médico, la base sobre la cual descansa la confianza que permite la adhesión al tratamiento y por lo tanto mejores resultados terapéuticos. Si vamos a democratizar la atención médica y devolverle al paciente su rol activo, este deja de ser un portador de enfermedades y se convierte en un interlocutor con la capacidad de decidir sus acciones según la información y/o educación que recibe del médico.

Los beneficios de establecer una relación médico-paciente satisfactoria y efectiva van mas allá del ámbito profesional, también evitarían muchos de los procesos y demandas por un supuesto mal ejercicio médico, la mayor parte de ellos no sucederían si entre el profesional y el paciente se hubieran establecido relaciones de mutua confianza y respeto ya que si partimos del hecho de la beneficencia y suponemos que el medico no tiene ninguna intención de dañar al paciente, sino que aplica su ciencia y arte para el máximo beneficio de este, no cabe la posibilidad de daño intencional. Sin embargo, ser un medio experto y regirse sobre los criterios científicos no basta, el paciente evalúa y valora la relación que se establece con él y según el trato recibido juzga en consecuencia, por lo que una relación comunicacional optima puede prevenir litigios aclarando las dudas y previniendo de manera adecuada sobre las posibles complicaciones de las distintas terapéuticas.

Debido a que el aprendizaje de todas las habilidades del médico se dan a partir de la relación médico paciente en un contexto comunicativo, es fundamental incorporar la comunicación en la currícula médica de manera planificada, y así optimizar su enseñanza y su evaluación. La forma

en la que el médico se comunica es tan importante como la información que le brinda al paciente por esto la comunicación es una competencia que tiene que desarrollarse de manera paralela a las habilidades clínicas.

## UN DESAFÍO POR DELANTE

El mayor de los problemas es operativizar la enseñanza de las habilidades de comunicación en la formación de los médicos y establecer una propuesta didáctica para la integración de un curriculum con competencias comunicacionales para ello debemos encontrar los componentes que son esenciales de ese todo que es la comunicación para articularlos en la adquisición de las competencias médicas.

### *1. La comunicación como modelo*

El concepto de comunicación es un concepto problemático y complejo, que abarca fenómenos comunes en contextos muy diversos: físico, biológico y social. Al ser un proceso de gran complejidad, obliga a plantear esquemas simplificadores que permitan concentrar su estudio e investigación sobre aspectos determinados.

Los modelos de comunicación utilizan conceptos o elementos característicos: emisor, receptor, mensaje, ruido, redundancia, información, canal, la retroalimentación, el contexto, y el efecto.

Según Deutch, se resume las ventajas e inconvenientes de la modelización.

Ventajas:

- a) Organización: permite organizar los datos a partir de una imagen general
- b) Interpretación: descubre relaciones y hecho nuevos que contribuyen a mejorar la explicación del fenómeno
- c) Predicción: permite la posibilidad de hacer predicciones experimentales sobre la base del funcionamiento general del sistema.
- d) Medición: permite cuantificar la intensidad y la ocasión en que el fenómeno tiene lugar.

Inconvenientes:

- a) Generalidad: su carácter abierto puede ocasionar ambigüedad y errores de aplicación
- b) Encorsetamiento: los modelos limitan las relaciones y procesos del fenómeno a que se refieren
- c) Perpetuación: los modelos tienden a perpetuar e implantar las presuposiciones de las que parten.
- d) Teoricismo: pueden plantear discrepancias entre la concepción teórica y los procesos a los que se aplican.
- e) Complicación: puede también darse el caso contrario; que el modelo complique y dificulte la explicación del fenómeno

Los últimos modelos de comunicación nos brindan una interpretación holística del proceso, estos incluyen el contexto amplio del receptor y los

procesos de reasignación de significados desde los aspectos psicológicos y culturales, aspectos indispensables para las actividades de prevención y promoción de la salud.

## *2. Los sujetos de la comunicación*

Muy por el contrario de lo que se cree, la comunicación no es simplemente una herramienta que se va desarrollando y perfeccionando a lo largo de nuestra vida. El manejo de la comunicación como competencia requiere una solidez conceptual que ha hecho replantear la enseñanza de esta ciencia en la educación médica.

En un inicio el estudio de la comunicación partió con esquemas simples, referentes a la comunicación entre máquinas, actualmente abordan la comunicación desde un modelo antropológico considerando a los sujetos del proceso: Médico y Paciente/Familia como seres complejos multidimensionales y en relación social, holística, inmersa en un contexto, una cultura, con subjetividades individuales y colectivas.

El paciente no solo procesa la información que le brinda el médico desde su vida cotidiana, sino que la complementa con relatos que circulan en la sociedad. La opinión, la actitud y la toma de decisión del paciente no se configuran sólo en el nivel de la experiencia individual, grupal o colectiva, sino también (y esencialmente) en el nivel discursivo, en el nivel de la representación: en el conjunto de relatos sociales desde los que tomamos las herramientas e ingredientes para categorizar nuestras experiencias, construir nuestras identidades y nuestro discurso y, en definitiva, comprender nuestro mundo y a nosotros mismos.

La relación médico paciente discurre en un nivel social, la apropiación de conceptos, objetos o experiencias elementales está cargado de sentidos (semantizados) y que, en definitiva, nos remiten a imaginarios culturales donde se articulan valores, relaciones lógicas, etc. Para la construcción de sentido a partir de la experiencia socialmente compartida

Por ello, el médico, para establecer una relación comunicativa efectiva con el paciente debe conocer la articulación de los niveles de interpretación, esto es, de producción y transformación de sentidos, en y desde la cultura, un tema tan esencial para establecer una relación de confianza y respeto en un país pluricultural como el nuestro.

## *3. La estrategia comunicativa*

La comunicación es el componente mediante el cual se evidencia la tan buscada humanización en la atención médica, esencial para lograr la satisfacción del paciente y hacer que perciba como favorable la experiencia vivida en su atención, al margen de cuan tecnológico o equipado haya sido el servicio al cual acudió. Esto significa que el componente comunicativo debe ser encarado de manera institucional y facilitado en todos los niveles de atención del paciente, acorde a una estrategia comunicativa que abarca la parte asistencial y también la administrativa.

La actividad médica debe ser guiada por una estrategia comunicativa que facilite la optimización de los recursos y asegure los resultados. Ya que la toma de decisión libre e informada del paciente gira en torno a la negociación de sus hábitos y costumbres para la prevención y la promoción de la salud, en esta área es importante incidir en los estilos de vida de la población, es decir aquí se requieren competencias que faciliten la tarea de modificar conductas y a su vez asegurar la adherencia al tratamiento. Las habilidades médicas en la entrevista clínica deben ir acompañadas de habilidades en comunicación, de este modo médico podrá establecer una relación en la cual el paciente asuma un rol activo ya que es él quien será el protagonista de la recuperación de su salud mediante su conducta más saludables. Al final, la estrategia comunicativa se ira estructurando a lo largo de la entrevista clínica al conocer el motivo de consulta y realizar el examen físico y con mayor precisión al conocer las motivaciones y dudas del paciente, a través de la escucha activa y empática, no solo el respeto sino la validación de la estructura argumentativa del paciente, siempre que esto sea posible. Así finalmente se debe conseguir guiar al paciente de manera colaborativa, evocando y fortaleciendo siempre la motivación para la adopción de estilos de vida saludables.

## Referencias bibliográficas

1. Reporte de la Federación Mundial de Educación Médica. 2002. Disponible en: <http://www.wfme.org>
2. Mendoza AJ, Bilbao-Ramirez JL, Crespo-Camacho EJ. Diseño curricular de un programa de medicina desde la perspectiva del aprendizaje problémico. Revista Congreso Universidad. 2012;1(2).
3. Lucas A, García C, Ruiz JA. Sociología de la comunicación. Trotta. Madrid
4. Mcquail D. Introducción a la teoría de la comunicación de masas. Barcelona, Ed. Paidós (1991) (1983)

## Notas de autor

\* **Correspondencia a:** Karla Yolanda Patiño Ramirez  
**Correo electrónico:** [Karlamedicinacba@gmail.com](mailto:Karlamedicinacba@gmail.com)

## Enlace alternativo

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662022000200185&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662022000200185&lng=es&nrm=iso)  
(html)