



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
POSGRADO EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA  
COMUNICACIÓN DE LA CIENCIA

**Prácticas estandarizadas, su configuración y sus consecuencias: análisis de los  
formatos de los expedientes clínicos de la especialidad en Cardiología, Hospital “Dr.  
Luis Méndez”, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS**

TESIS  
PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

PRESENTA:  
DÉBORAH SILVA QUESNEL

Director de Tesis:  
Dr. Carlos Viesca Treviño  
Facultad de Medicina

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. Octubre 2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO UNO.....	8
ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	8
<i>El formato. Una estandarización de las prácticas médicas</i> .....	12
<i>Expediente clínico y comunicación</i> .....	22
<i>Estructura de la atención médica: la historia clínica</i> .....	28
<i>Comunicación médico-paciente</i> .....	33
<i>Sobre esta investigación</i> .....	44
CAPÍTULO DOS .....	53
MEDICINA INSTITUCIONAL. DE FORMATOS ARQUITECTÓNICOS A FORMATOS TECNOLÓGICOS.....	53
<i>Hospitales de tercer nivel</i> .....	57
<i>Centro Médico Nacional Siglo XXI</i> .....	64
<i>Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”</i> ..	78
<i>Expedientes clínicos de la UMAE, Hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”, Centro Médico Nacional Siglo XXI</i> .....	88
<i>Formatos de los Expedientes Clínicos de la UMAE, Hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”</i> .....	91
CAPÍTULO III .....	110
COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE: ESTÁNDAR DE LA ENFERMEDAD.....	110
<i>Diagnóstico</i> .....	116
<i>Terapéutica</i> .....	132
<i>Pronóstico</i> .....	137
<i>La Historia Clínica General: estándar de la comunicación médico-paciente</i> .....	145
<i>La voz del paciente</i> .....	172

<i>El médico y su padecer</i> .....	177
CONCLUSIONES.....	184
BIBLIOGRAFÍA.....	192

## INTRODUCCIÓN

En esta investigación estudio problemáticas concernientes a la práctica médica y su quehacer cotidiano. En este sentido, la medicina científica, como la conocemos actualmente, es el resultado de una serie de cambios paradigmáticos, epistémicos y ontológicos en la concepción, por un lado, del cuerpo humano y, por otro lado, del proceso salud-enfermedad. Estas transformaciones en la manera de entender las afecciones y vicisitudes corporales han sido plasmadas en papel, a lo largo del tiempo, por aquellas personas dedicadas a observar, describir, estudiar, mitigar y/o sanar estas dolencias: los especialistas en salud.

De esta manera, la práctica médica no se puede entender sin su vinculación con la escritura (Ortiz, 2014). La razón es que los médicos usan como herramienta de trabajo y de producción de conocimiento la palabra escrita, hecho que se puede ver plasmado en los expedientes clínicos. Éstos comprenden una serie de documentos estandarizados, con los cuales los médicos interactúan a diario. Entonces, analizar la práctica de los médicos implica, necesariamente, el estudio de su producción escrita.

En consecuencia, mi propósito con la presente investigación es dilucidar el rol que tienen los expedientes clínicos en la práctica médica, ya que los médicos, en su quehacer diario, tienen la necesidad y obligación de escribir. Es decir, los expertos en salud anotan sus observaciones y conocimientos acerca de una enfermedad específica sobre hojas de papel. Así, la escritura es un importante instrumento médico de trabajo, porque ayuda a los especialistas en la producción de conocimiento —investigación—, a la enseñanza del mismo —circulación— y al tratamiento de las enfermedades que atienden —práctica clínica.

De esta forma, la hipótesis que guía el presente trabajo es que: actualmente la comunicación y, por tanto, la relación médico-paciente no es efectiva. La razón es porque la comunicación entre estos dos actores está supeditada a los formatos y estándares, tanto escritos como orales, que guían las prácticas médicas; desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el pronóstico del enfermo. En este sentido, mi objeto de estudio son los expedientes clínicos de la especialidad en Cardiología de un importante hospital de tercer nivel: la Unidad Médica de Alta Especialidad, hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”, perteneciente al Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A partir de la observación de los expedientes clínicos, la presente investigación está guiada por la siguiente pregunta: ¿por qué el formato de los expedientes clínicos genera una comunicación médico-paciente ineficaz?

De acuerdo con lo anterior, mi objetivo es comprender las implicaciones que tiene el uso de documentos estandarizados en las prácticas médicas. Con la finalidad de consumir mi objetivo, es necesario, en primer lugar, analizar la práctica de los médicos clínicos tal y como la conocemos actualmente; a saber, la relación que tienen estos actores con su principal herramienta de trabajo: los expedientes clínicos; a partir de los principales postulados teóricos. En segundo lugar, observar la forma en la cual están elaborados los expedientes clínicos, y cómo estos expedientes son llenados. En tercer lugar, estudiar las historias clínicas, y su relación con el resto del expediente clínico al que pertenecen. Posteriormente, en cuarto lugar, examinar el vocabulario contenido en los expedientes clínicos de la especialidad en Cardiología. Y, finalmente, en quinto lugar, esclarecer la comunicación médico-paciente a través de las palabras contenidas en los expedientes clínicos.

Ahora bien, una vez expuestos los objetivos que guían esta investigación, se torna imprescindible explicitar cuáles son las premisas en las que me basaré para estudiar y analizar el fenómeno de la comunicación médico-paciente. De esta manera, en los siguientes renglones me daré a la tarea de exponer los supuestos subyacentes a mi pregunta de investigación, con lo cual el lector tendrá un buen panorama acerca de la problemática aquí planteada.

Comienzo la pregunta problematizando mi objeto de estudio, a saber: los expedientes clínicos del hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”. A partir de una lectura cuidadosa de los legajos que comprenden un expediente clínico, me percaté que estos formatos están doblemente estandarizados, esto es, en forma y en contenido.

Por un lado, la forma refiere, precisamente, al molde, a los formatos pre-dados que contienen cada uno de estos papeles (Laín, 1950), porque todos los legajos del expediente clínicos son formas impresas que los médicos tienen que llenar durante su interacción con la enfermedad que porta una persona.

Por otro lado, con contenido me refiero, específicamente, a las palabras, a las narrativas a partir de las cuales los médicos llenan estas formas (Laín, 1950); vocabulario y discurso también estandarizado, normado y, por tanto, pre-dado: saberes que aprenden y

aprehenden a partir de la enseñanza de su práctica en las aulas de clases, hasta la puesta en acción de sus conocimientos, de su oficio en los hospitales.

En consecuencia, la totalidad de la práctica médica se encuentra estandarizada: los instrumentos con los cuales los especialistas en salud interactúan durante la confrontación con la enfermedad (expedientes clínicos, entre otros que explicaré a lo largo de esta investigación), las palabras y los discursos plasmados en cada una de las formas de un expediente clínico, e, inclusive, los espacios en donde la comunicación médico-paciente toma lugar (consultorios y hospitales).

Ahora bien, de acuerdo con lo expuesto hasta aquí, es importante que defina dos categorías con las cuales trabajaré durante esta tesis, debido a que están implícitas en la pregunta de investigación y, en este sentido, son conceptos centrales en el desarrollo de mi argumentación. Por una parte, puntualizaré y explicaré qué es un estándar y qué implicaciones tiene en la práctica médica y, en consecuencia, en la comunicación médico-paciente. Por otra parte, justamente, me daré a la tarea de precisar a qué me refiero cuando aludo a la *práctica médica*.

Comenzaré con esclarecer qué es un estándar; concepto que ha sido estudiado y definido desde el campo de la Sociología como: “un proceso de construcción de uniformidades a través del tiempo y el espacio, por medio de la generación de acuerdos” (Berg & Bowker, 1997, p. 71) [Traducción de la Autora].<sup>1</sup> Es decir, los estándares norman las prácticas sociales, imponiendo pautas de comportamiento semejantes, entre los miembros de un grupo social, que son consideradas como normales.

En este sentido, nuestra vida en sociedad está imbuida y constreñida por estándares que nos permiten realizar ciertas actividades, pronunciar ciertas palabras, expresarnos de cierta forma, sufrir de cierta manera, enfermar de una forma particular, vestirnos de acuerdo a códigos sociales previamente establecidos, alimentarnos de una manera específica; tener un peso, una medida, una estatura coherente con la sociedad en la que interactuamos, entre otros muchos factores de nuestra cotidianeidad que se encuentran estandarizados en la vida diaria. Esta idea es claramente expresada en las siguientes líneas:

---

<sup>1</sup> En adelante T. de la A.

En suma, los estándares pueden implicar que algo es lo mejor, o que algo puede ser usado como una medida o un peso ejemplar; o pueden enfatizar en el carácter moral de alguien o la excelente calidad de algo. Los estándares también pueden referir a reglas o normas que representan el ideal o simplemente el promedio. Finalmente, los estándares pueden referir a la tolerancia permitida tanto para las personas como para las cosas. Esta diversidad de significados está inextricablemente ligada. Todos ellos dicen algo acerca de la autoridad moral, política, económica y técnica (Busch, 2011, p. 25) [T. de la A.].

En otras palabras, los estándares nos proveen reglas comportamentales; a partir de lo cual generamos la idea de que hay acciones y comportamientos mejores que otros. De igual manera, las reglas también se aplican a los instrumentos y las relaciones que tenemos con éstos. Así, no solo están estandarizadas nuestras acciones en sociedad, sino que, además, absolutamente todos los elementos sociales y culturales con los que interactuamos en nuestra cotidianeidad están normados. Estandarizar es una práctica tan común que nos brinda, como sociedad, patrones de normalidad y orden en cada aspecto de la vida en comunidad.

Las instituciones y prácticas científicas, evidentemente, no son la excepción. De hecho, es en esta institución social —la científica— en donde el establecimiento de uniformidades cobra más sentido, puesto que la producción de conocimientos busca, precisamente, que éstos sean universales: no importa el lugar de producción de conocimiento, ni tampoco el equipo de investigación encargado de tal o cual proyecto, porque el conocimiento científico, siguiendo esta perspectiva, es universal; es decir, es válido en cualquier parte del mundo y en cualquier temporalidad.

En este sentido, los instrumentos que se utilizan en las prácticas científicas están también estandarizados. Con la finalidad de asegurar un conocimiento objetivo y universal, los instrumentos de los cuáles se valen los miembros de una comunidad científica deben ser precisos, exactos y que, además, permitan la repetición de experimentos y/o procedimientos; característica que hace válido un conocimiento en específico (Bush, 2011).

Siguiendo esta línea argumentativa, la práctica médica es considerada como científica, ya que los especialistas en salud producen diversos conocimientos de índole

anatomopatológica,<sup>2</sup> nosológica,<sup>3</sup> bioestadística,<sup>4</sup> entre otros saberes procedentes de este campo.

Entonces, la práctica de la medicina clínica, y todo lo que ésta implica, está altamente estandarizada. Así, dentro de las instituciones de salud, parte de la práctica de los médicos es la interacción constante y el correcto llenado de los expedientes clínicos, porque éstos son herramientas fundamentales del oficio de los especialistas en salud.

De esta manera, los expedientes clínicos fungen a manera de protocolos de acción. Siendo más clara, estos formatos pre-dados guían las acciones del personal de salud que interactúa con dichos documentos, ya que, como se verá a lo largo del capítulo tres — especialmente con el estudio de la historia clínica general y con la nota de urgencias y evaluación inicial—, el lector podrá apreciar cómo los formatos son libretos, guías operativas que todos los actores sociales que interactúan con estas formas deben acatar, dentro de los hospitales.

Hasta aquí he escrito ampliamente sobre la práctica médica y su relación con los expedientes clínicos, sin aclarar a qué me refiero cuando aludo a ésta. La práctica médica, de acuerdo con el contexto en el que la leamos o la escuchemos, tiene dos acepciones: por una parte, en la literatura procedente del campo médico, refiere a la parte asistencial; es decir, a la todas las acciones que realizan los especialistas en medicina para sanar o mejorar el estado de salud de un enfermo.

Por otra parte, en los estudios de ciencias sociales y, por tanto, en estas páginas, la práctica médica será abordada en un sentido más amplio, esto es, no estará reducida a un ámbito laboral-asistencial, sino que, además, cuando relato acerca de la práctica médica me refiero, precisamente, esto que he venido delineando: a un conjunto de conocimientos (en donde intervienen personas, acciones, narrativas y herramientas), que son desarrollados en un espacio y una temporalidad específicos, por parte de un grupo de personas especializadas en el campo de la salud.

---

<sup>2</sup> “La patología es la ciencia que trata con la naturaleza de las enfermedades” (Juo, 2001, p. 819) [T. de la A.]; es decir, su objetivo es nombrar las enfermedades a partir de un conjunto de signos que diferencian una enfermedad de otra. En este sentido, el adjetivo anatomopatológico es la relación que tiene la enfermedad expresada en los cuerpos, ya que estos son el soporte y la manera en la cual se expresa la enfermedad.

<sup>3</sup> “Parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades” (Juo, 2001, p. 775) [T. de la A.].

<sup>4</sup> Ciencia que aplica los análisis estadísticos a poblaciones humanas.

De acuerdo con lo anterior, los expedientes clínicos serán tratados en esta tesis como herramientas impresas estandarizadas que dirigen la práctica médica, porque “un estándar médico es visto como un guion tecnocientífico que cristaliza múltiples trayectorias” (Timmermans & Berg, 1997, p. 275) [T. de la A.]. La razón es que, justamente, el formato estandarizado que contiene cada uno de los legajos de un expediente clínico —principalmente la historia clínica—, son una expresión del conocimiento que se ha generado a lo largo del tiempo, en el campo médico.

En otras palabras, en estos documentos se puede observar claramente qué es lo que los especialistas en salud consideran relevante de la enfermedad (el estándar, la norma de lo que el médico debe observar en cada uno de los cuerpos enfermos con los que interactúa). Además, también dan cuenta acerca de cuáles son las causas principales de las enfermedades, en donde se puede apreciar que existe un especial énfasis en el soporte biológico de la enfermedad: los cuerpos humanos.

En consecuencia, la práctica médica es el resultado de la acumulación y puesta en práctica de conocimientos estandarizados —acciones humanas e instrumentos que se utilizan en este campo—, en donde abarca no sólo qué saben y cómo realizan las acciones, sino también el con qué, en qué situación, sobre qué superficies.

En este sentido, “el conocimiento no es sólo una doctrina abstracta, sino una práctica comunicativa en un rango de entornos bien integrados y estrechamente entendidos” (Secord, 2004, p. 671) [T. de la A.]. De acuerdo con Secord, el conocimiento debe ser entendido en términos de una práctica comunicativa, es decir, comprenderlo a partir de un vocabulario y un cúmulo de quehaceres espacio-temporalmente específicos y bien delimitados, propios de un conjunto de individuos que forman parte de una comunidad disciplinar bien definida, en este caso, en el campo médico. No obstante, las formas por las cuales se transmiten los saberes son muy diversas, y dependen del contexto histórico y social en donde un conocimiento particular se desarrolla (Pomata, 2011).

La manera de narrar un suceso, el procedimiento por el cual se vierten las palabras en un escrito, está estrechamente relacionado con la forma en que se produce un conocimiento acerca de un fenómeno en particular; por lo que para conocer las prácticas actuales es necesario indagar en los estándares que estructuran y guían ciertas prácticas; puesto que los

estándares corresponden a una manera particular de observar, concebir, actuar y ordenar el mundo social.

Entonces, a lo largo de esta investigación estudiaré únicamente una fracción de la práctica médica: aquella que se puede observar en la herramienta más utilizada por los médicos: los expedientes clínicos en general y, específicamente, la historia clínica. Es a partir del análisis de este documento que podré establecer qué elementos son relevantes a la mirada médica acerca de la enfermedad, cuáles son las vías de acción de los especialistas en salud, cuáles son los objetivos de la práctica médica que se desarrolla en el hospital “Dr. Luis Méndez” y, consecuentemente, que estándares gobiernan la comunicación médico-paciente; comunicación que es el eje rector de la práctica médica.

## CAPÍTULO UNO

### ESTADO DE LA CUESTIÓN

Con la finalidad de responder una parte de la pregunta que guía la presente investigación, a saber: ¿por qué el formato de los expedientes clínicos genera una comunicación médico-paciente ineficaz?, es necesario analizar y explicar los principales supuestos que están inmersos en esta problemática.

Por esta razón, a continuación expondré a los autores que han problematizado, desde diversas disciplinas —la Medicina, la Antropología, la Filosofía, la Historia, la Sociología y la Comunicación—, la comunicación médico-paciente, con base en la práctica de los médicos clínicos. Asimismo, y como consecuencia de lo anterior, analizaré la herramienta de trabajo más relevante de estos especialistas: *la historia clínica*;<sup>5</sup> de manera tal que explicitaré los objetivos que cumple este formato y, por tanto, dilucidaré por qué está estructurado de la manera en la que está actualmente.

Mi objetivo con el presente capítulo es estudiar la práctica de los médicos clínicos tal y como la conocemos hoy en día, a partir de los argumentos esgrimidos por los principales autores que han estudiado este tema. De acuerdo con sus postulados, esclareceré de qué manera se vinculan dos componentes: la historia clínica —en relación con el expediente clínico que se genera a partir de ésta—<sup>6</sup> y la comunicación médico-paciente —factor indispensable para la existencia de una buena relación entre estos dos individuos.

La praxis de los médicos clínicos está guiada por dos ejes principales: el primero y el más importante es el paciente; persona que padece, que sufre de alguna enfermedad, que “ha perdido el bienestar físico, psíquico y social” (Martínez, 2002, p. 114), condición que no le permite realizar las actividades diarias de manera óptima (Ortiz, 2014). El segundo es —originado a partir de la interacción entre el médico y el paciente— el expediente clínico;

---

<sup>5</sup> De acuerdo con los especialistas en la práctica médica (Lifshitz, 2013; Jinich, Lifshitz & Mangas, 2006; Henderson & Tierney, 2005; Laín, 1964, 1950), la *historia clínica* es el documento más importante de un expediente clínico, porque contiene la historia patográfica de una persona, es decir, todos los datos relevantes acerca de los padecimientos y dolencias que ha ostentado el individuo a lo largo de su vida.

<sup>6</sup> Aunque la historia clínica es el documento que, como argumentaré más adelante, expresa la relación médico-paciente y, por tanto, será el eje de la presente investigación; éste no se encuentra aislado, sino que forma parte del expediente clínico, por lo que su estudio necesariamente implica la revisión del expediente clínico en su totalidad.

compuesto por un cúmulo de documentos que contienen el relato patográfico del enfermo (Lifshitz, 2014; Henderson et al., 2005; Berg, 1996; Laín, 1964, 1950).

La práctica de los médicos clínicos está vinculada, necesariamente, con los pacientes; es decir, con personas que, por diferentes vías, han llegado al consultorio o institución en donde el médico labora, con la finalidad de que él mitigue o elimine el dolor y sufrimiento causados por una o varias enfermedades (Ramos, 2015; Ortiz, 2014; Lifshitz, 2014, 2013; Ou, Tan & Li, 2013; Martínez, 2002; Berg & Bowker, 1997; Laín, 1964, 1950).

Así, para que el paciente y el especialista en salud logren su objetivo,<sup>7</sup> es indispensable que entablen una buena comunicación acerca del padecimiento del individuo. Será a partir de la interacción entre estos dos agentes que el médico podrá establecer un diagnóstico (nombre de la enfermedad), un tratamiento (la manera en la cual será tratada la enfermedad) y un pronóstico (los efectos que tendrá una enfermedad específica sobre la persona) que, precisamente, tienen la finalidad de devolver la salud a la persona enferma (Lifshitz, 2014).

Es esencial enfatizar que, es gracias a la comunicación médico-paciente que el experto genera una de las herramientas más importantes de su labor como especialista de los procesos morbosos en seres humanos: la historia clínica;<sup>8</sup> documento que, de acuerdo con los manuales de medicina (Jinich et al., 2006; Henderson et al., 2005), permite la apertura del expediente clínico,<sup>9</sup> ya que es el formato inicial que el médico debe llenar durante el primer encuentro con el enfermo.

Los ejes rectores de la historia clínica son, por un lado, el denominado *interrogatorio* o *entrevista*; método que permite la obtención de datos relevantes acerca de la historia patológica del paciente y de su familia consanguínea, información que le dará pistas al clínico para saber cuál es la causa de la visita a su consultorio. Por otro lado, la *exploración física*:

---

<sup>7</sup> Por una parte, el paciente acude al médico en busca de la restauración de su salud, de tratamientos que lo ayuden a eliminar el dolor, el sufrimiento y el malestar biopsicosocial que le causa la enfermedad. Por otra parte, el objetivo del médico es diagnosticar —nombrar— la enfermedad del individuo y, a partir de esto, establecer vías de acción con la finalidad de “tratar al paciente para aliviar de la manera más efectiva posible el conjunto de sus alteraciones patológicas en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales” (Jinich et al., 2006, p.8).

<sup>8</sup> La descripción de la historia clínica en particular, así como la del expediente en general serán ampliamente detalladas en el capítulo II del presente trabajo.

<sup>9</sup> A lo largo del capítulo II, se realizará una exposición de todos los documentos que integran el expediente clínico y, además, se analizarán los formatos más relevantes de expediente; es decir, aquellos en donde la relación y por tanto la comunicación médico-paciente quedan evidenciadas.

técnica que permite al médico observar, palpar, escuchar, oler anomalías corporales en el paciente; mismas que serán confrontadas con los datos obtenidos durante el interrogatorio con la finalidad de que, siguiendo a Jinich (2006), el médico identifique los problemas de salud que aquejan al doliente, problemas que guían al especialista a ejecutar vías de acción encaminadas a la recuperación del paciente.

Hasta aquí, el lector se preguntará: ¿por qué un cúmulo de papeles son un instrumento imprescindible para la práctica de los médicos clínicos? La razón es que a partir de una buena historia clínica —es decir, a partir de un buen interrogatorio y una exploración física minuciosa y eficaz—, el especialista podrá determinar el estado de salud de la persona y, posteriormente, realizar una terapéutica y un tratamiento adecuados para combatir una enfermedad específica; plan y acciones que se pueden observar a lo largo y ancho de un expediente clínico completo. Así lo expresaron los sociólogos Marc Berg y Geoffrey Bowker: “la medicina moderna no puede ser imaginada sin ese otro objeto de consulta: el expediente clínico” (Berg et al., 1997, p. 514) [T. de la A.].

Lo anterior se debe, precisamente, a que el expediente clínico no solamente revela el estado de salud del paciente; sino que también (por tratarse de un cúmulo de documentos que explicitan los procedimientos llevados a cabo por todo el personal del hospital que interviene en la sanación de un enfermo —médico especialista, médicos residentes, cuerpo de enfermería, anestesiólogo, trabajadores sociales, entre otros actores—) refleja el proceso del servicio de salud brindado por la institución en la cual labora todo el personal mencionado. Esta aseveración se muestra claramente expresada en el siguiente párrafo:

Un expediente clínico completo es una base importante para la prevención de disputas médicas. Los controles vinculados con el diagnóstico, la examinación, las patologías y otros informes de los pacientes en el proceso de tratamiento deben ser rápidamente anotados en el expediente clínico como credenciales importantes, indispensables para el diagnóstico [del trabajo] de los médicos (Ou et al., 2013, p. 349) [T. de la A.].

Ahora bien, como se puede vislumbrar en lo escrito con anterioridad, es importante aclarar que en esta investigación se dará especial importancia al análisis de la historia clínica, la cual, siguiendo a los especialistas en medicina, es comprendida como:

[E]l registro escrito, manual o mecanizado, de los datos sociales, preventivos y médicos de un paciente, obtenidos de forma directa o indirecta y constantemente puestos al día. Los datos que se registran son componentes que se integran en un formato organizado. Son datos directos los que se obtienen con la presencia del paciente, en el curso de la entrevista clínica; los datos indirectos proceden de pruebas y juicios de valor, como los resultados de radiografías y los informes de los especialistas (Fernández & Fernández, 2000, p. 27).

De acuerdo con lo expresado en la cita anterior, se pueden observar dos situaciones relevantes para esta investigación. Por una parte, los médicos Fernández y Fernández, argumentaron que parte fundamental de los quehaceres cotidianos de los especialistas en salud es actualizar la información de la historia clínica de los pacientes, con la finalidad de que los datos ahí contenidos expresen el estado actual de la(s) enfermedad(es).

No obstante, en este sentido, la práctica se distancia de la teoría, puesto que, en los expedientes revisados de Cardiología, la historia clínica es llenada únicamente durante la entrevista y la exploración física; con el objetivo de que el especialista dictamine uno o varios diagnósticos (según sea el caso), y un plan terapéutico<sup>10</sup> con base en lo relatado por el paciente y en los hallazgos que el médico encuentre. En la práctica de los cardiólogos de la Unidad Médica de Alta Especialidad, hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”<sup>11</sup> del Centro Médico Nacional Siglo XXI, el documento en el cual se actualizan los datos del paciente —tanto diagnóstico(s) como terapéutica(s)— es la *Nota de evolución*.<sup>12</sup>

Por otra parte, la historia clínica cobra relevancia, justamente, porque es en este formato donde el paciente tiene una participación activa; es decir, es el momento en el que el enfermo expresa el motivo de su visita y, a partir del diálogo que la persona establece con el médico, se delimitarán las rutas de acción para el restablecimiento de la salud. En otras palabras, es aquí donde queda evidenciada la comunicación médico-paciente, relación verbal

---

<sup>10</sup> Este plan es de índole farmacológico, higiénico, dietético y, en la mayoría de los casos, implica tratamientos invasivos.

<sup>11</sup> El Dr. Luis Méndez Hernández (1910-1987) fue un importante médico y cardiólogo en la historia de la Medicina en México. “De 1958 a 1970 funge como subdirector general médico del Instituto Mexicano del Seguro Social: allí le corresponde reestructurar las unidades médicas, encauzar el sistema médico-familiar e inaugurar el Centro Médico Nacional” (Cárdenas, 2014, p. 48).

<sup>12</sup> Las notas de evolución serán descritas en el capítulo dos, reitero, siempre en relación a la historia clínica general.

que se cristaliza en el diagnóstico diferencial, y en la terapéutica que el médico decida es mejor de acuerdo con el diagnóstico (Cuenca, Rodríguez, Soto & Pentón, 2014, p. 534).

En consecuencia, el estudio del expediente clínico será realizado a partir de la relación que tiene la historia clínica con los demás documentos que conforman el expediente en su totalidad. La razón, es que la historia clínica tiene una importancia fundamental en la comunicación entre el médico y el paciente, debido a que el análisis de este formato evidencia la relación entre estos dos actores, porque este documento es el que inicia el camino hacia el restablecimiento o mejora de la salud.

### *El formato. Una estandarización de las prácticas médicas*

Hasta ahora he argumentado que la comunicación es el eje central de la relación médico-paciente —misma que se ve reflejada en la historia clínica—, puesto que es el elemento clave para la obtención de una historia clínica eficaz, completa; esto es, que refleje el estado de salud del paciente.

Sin embargo, en la literatura escrita por los especialistas en salud (Marini, 2016; Benavent, Arroyo, González & de Dios, 2015; Cuenca et al., 2014; Ortiz, 2014; Lifshitz, 2014, 2013, 2012; Magaliozzi, 2006; Benavent & Iscla, 2003; Chávez, 1991; Laín, 1985, 1964, 1950), se puede observar que todos coinciden en un punto indispensable: la comunicación entre médico y paciente es deficiente por dos principales razones. Por una parte, el vocabulario del médico es sumamente especializado, situación que entorpece la comunicación entre ambos, porque el paciente, la mayor parte de las veces, no entiende lo que el médico le dice acerca de lo que le sucede y los procedimientos que le serán aplicados a su cuerpo. Por otra parte, puesto que el médico únicamente fija su mirada en la parte objetiva de la enfermedad del individuo, muchas de las dolencias, experiencias y creencias que tiene el paciente sobre sí mismo y su condición son ignoradas por el médico, por tratarse de aspectos subjetivos de la enfermedad, aspectos que durante la enseñanza clínica no son relevantes para establecer diagnósticos, terapéuticas ni pronósticos.

En consecuencia, la comunicación entre médico y paciente no es efectiva, porque cada uno domina un lenguaje distinto, lenguaje que explicita la cosmovisión, las prácticas, el contexto social al que cada uno de los actores pertenece.

En este sentido, el lenguaje y los conceptos expresados a través de la palabra brindan un importante marco de investigación. Es a partir de las palabras utilizadas por una sociedad específica, que los individuos que pertenecen a esta experiencia del mundo y la realidad en la que viven. Es a través del lenguaje que aprendemos a interactuar en el mundo. Entonces, a partir de un análisis conceptual se puede llegar a conocer una cosmovisión específica; en el caso concreto de la medicina científica el estudio de las palabras podrá brindar elementos necesarios para comprender de qué manera el lenguaje y la práctica son inseparables (Foucault, 2012; Gutting, 2005).

Uno de los teóricos sociales más influyentes en la comprensión del quehacer de los médicos clínicos es Michel Foucault, ya que él intentó escribir una “historia sin sujetos individuales” (Gutting, 2005, p. 34) [T. de la A.]; es decir, realizó una revisión de los factores que inciden en la práctica médica, para determinar de qué manera emergieron los conocimientos que actualmente guían la práctica clínica.

Siguiendo los postulados de Foucault, en esta investigación intentaré dilucidar la comunicación médico-paciente a través de la revisión de los expedientes clínicos de la Unidad Médica de Alta Especialidad, hospital de Cardiología del “Dr. Luis Méndez”,<sup>13</sup> documentos que están elaborados a partir de un formato específico que contienen, de manera estandarizada, el lenguaje que guía la práctica médica clínica o, en otras palabras, la práctica que se expresa en un lenguaje particular.

Ahora bien, en este punto se torna imprescindible mencionar a qué me refiero con estándar, y por qué es importante su estudio en el quehacer médico:

Los estándares son una parte central de la infraestructura del conocimiento contemporáneo [...]. Como señala el sociólogo médico Stefan Timmermans (2015: 80): “Un estándar se coloca en una doble relación con un propósito determinado: abstrae los elementos relevantes de un universo de posibilidades más amplio ignorando deliberadamente otros elementos, y tiene autoridad para gobernar las acciones sociales, independientemente de los elementos que quedaron fuera en el proceso de abstracción” (Taylor-Alexander, 2016, p. 6-7) [T. de la A.].

---

<sup>13</sup> En adelante, este hospital será abreviado y referido como UMAE (Unidad Médica de Alta Especialidad).

El lenguaje es una práctica estandarizada.<sup>14</sup> Es en este sentido un sistema estructurante de realidades sociales, porque es independiente de los individuos: desde pequeños, las personas aprenden a relacionarse con el mundo a partir de conceptos. Los adultos enseñan a los niños palabras que tienen un referente en el mundo social al que pertenecen; los infantes aprenden y reproducen los vocablos que les han sido transmitidos, y no dudan ni se cuestionan acerca de los conceptos que les han sido enseñados, únicamente los aplican en su cotidianidad, en sus experiencias en el mundo.

En este sentido, el lenguaje está estandarizado de tal manera que constriñe nuestro campo de acción, ya que únicamente nos es permitido conocer el mundo por medio de conceptos que refieren a cosas, sentimientos, emociones, pensamientos, en fin, a la realidad de lo hablado (Gutting, 2005, p. 36).

Precisamente, la estandarización del lenguaje clínico es uno de los factores causantes de la falta de comunicación entre médico y paciente, porque cada uno de estos parten de conceptos distintos acerca de lo que es la enfermedad que aqueja al doliente.

Ahora bien, por su parte, en el campo de Comunicación de la Ciencia, el estudio de los discursos, de las palabras utilizadas por una sociedad particular en contextos específicos, es sumamente relevante para el análisis de las prácticas sociales en las cuales está inmersa una población, problemática que será abordada a partir de los siguientes postulados:

El CDA [por sus siglas en inglés: *Critical Discourse Analysis*] entiende el discurso —lenguaje utilizado en discurso hablado y escrito— como una forma de “práctica social”. Describir el discurso como una práctica social implica una relación dialéctica entre un evento discursivo particular y la(s) situación(es), institución(es) y estructura(s) social(es) que lo estructura: el evento discursivo es moldeado por las prácticas, pero también el evento discursivo modela las prácticas. Esto es, el discurso está constituido socialmente, pero también socialmente condicionado —constituye situaciones, objetos de conocimiento, y las identidades sociales de las relaciones entre personas y grupos de personas (Wodak & Busch, 2004, p. 108) [T. de la A.].

---

<sup>14</sup> No así el uso desmedido de abreviaturas inventadas por los expertos en salud. La falta de estándares en el lenguaje es un problema que entorpece la comunicación. Sin embargo, la estandarización de las prácticas, expresadas en el lenguaje, plantea otras vicisitudes en la comunicación, específicamente, referentes a la relación médico-paciente.

De esa manera, reitero, no sólo el lenguaje está estandarizado,<sup>15</sup> también la práctica misma: los espacios, los instrumentos, los formatos de los expedientes, las conductas, en fin, todo aquello en relación con la práctica clínica. En este sentido, “[I]os estándares y la estandarización son fenómenos ubicuos pero subestimados, ellos ayudan a regular y calibrar la vida social, al representar el mundo moderno como equivalente a través de las culturas, el tiempo y la geografía” (Timmermans & Epstein, 2010, p. 70) [T. de la A.].

El mundo moderno es un mundo institucionalmente seccionado. En este sentido, reitero, la práctica de los especialistas en salud está también estandarizada, ya que en su quehacer diario los expertos parten de una idea estándar, normativamente común de lo que es estar sano, de las maneras que tienen los individuos de enfermar, de los procedimientos que el médico tiene que realizar para diagnosticar, tratar y pronosticar una enfermedad, entre otros muchos factores que están incluidos en el *habitus*<sup>16</sup> de los médicos.

La práctica de la medicina científica está plagada de estándares. Esta multiplicidad de reglas, normas y protocolos no son exclusivos del equipo de especialistas que interactúa directamente con los expedientes (médicos especialistas, médicos residentes, cuerpo de enfermería médico, médico social y personal de archivo); sino que, debido a la naturaleza de la práctica, están implicados, inexorablemente, los pacientes. Una vez que los enfermos establecen comunicación con los médicos, éstos formarán parte del estándar de lo que es e implica portar una enfermedad y, en consecuencia, tendrán que ceñirse a lo estipulado por los protocolos de acción, mismos que están contenidos en los expedientes. Lo anterior se puede ejemplificar de la siguiente manera:

[...] para el dolor del paciente, puede incluir la habilidad de caminar sin cojear, así como precisar cuánto dolor siente a través de una escala numérica.<sup>[17]</sup> El estándar para el cirujano incluye un amplio rango de prácticas resumidas como una buena práctica quirúrgica. El estándar para el patólogo incluye aquellos implicados en la obtención de una muestra de

---

<sup>15</sup> No así algunas abreviaciones utilizadas ampliamente por los médicos en los expedientes clínicos, situación que hace cuestionarse acerca de la objetividad del lenguaje clínico.

<sup>16</sup> Concepto que refiere a las disposiciones estructurales de los agentes; en otras palabras, es la incorporación de la exterioridad social a la que los actantes están expuestos; por ejemplo, cuestiones de clase y educación que una persona expresa de acuerdo al contexto en el cual fue educado (Bourdieu, 2003).

<sup>17</sup> En los expedientes de la UMAE, como explicitaré en los dos capítulos siguientes, la escala de dolor utilizada es la EVA: Escala Visual de dolor Analógica.

tejido, para producir y leer propiamente un portaobjetos bajo el microscopio (Bush, 2011, p. 75) [T. de la A.].

Los estándares en la práctica médica (pacientes, especialistas, instrumentos, el hospital) se encuentran imbricados en una red, puesto que todos estos elementos, en conjunto, intervienen en la validación de la práctica misma. Cada componente constitutivo de la práctica médica es copartícipe en la ratificación y consecuente reproducción de los estándares aquí inmersos.

Así, el cúmulo de conocimientos que ostentan los practicantes de la disciplina médica, parafraseando a Foucault, expresa una pauta de normalidad sobre todos los cuerpos humanos, patrón que dictamina el deber ser de los seres, de los cuerpos, de las conductas que son indicativos de un ser humano saludable, normal, modelo. Estos estándares rigen las relaciones tanto físicas como morales de los individuos en sociedad, ya que seguir las pautas implica ser un *hombre modelo*, no enfermo (Foucault, 2012, p. 62).

Este hombre modelo, al que refiere Foucault, forma parte del estándar de las personas que enfermamos. Específicamente, con esto me refiero a lo que observé en los expedientes clínicos de la UMAE, ya que, bajo la rúbrica de factores de riesgo cardiovascular,<sup>18</sup> se encuentran enumeradas acciones y malos hábitos de los enfermos que han desembocado o pudieron haber influido en el desarrollo de una cardiopatía.

Un ejemplo de un factor de riesgo cardiovascular —FRCV—<sup>19</sup> es el sedentarismo, el cual es una práctica habitual para ciertos miembros de nuestra sociedad que trabajan en lugares específicos con funciones específicas, tales como son trabajos en oficinas u actividades similares que demandan altas horas en postura sedente. Siguiendo este razonamiento, existe una relación causal entre la falta de movimiento y las cardiopatías, siendo tal relación que en casi todos los expedientes de la UMAE está esta práctica como FRCV. Entonces, estos hombres y mujeres que pasan largos periodos de tiempo sentados no son personas modelo, sino que son todo lo contrario, ya que realizan actividades que atentan contra su salud.

---

<sup>18</sup> Este aspecto será ampliamente abordado en el capítulo III.

<sup>19</sup> Así se encuentra abreviado a lo largo y ancho de los expedientes clínicos de la UMAE.

Ahora bien, una vez aclaradas las implicaciones que tienen los estándares en la sociedad y, antes de continuar con los principales postulados en el tema de los estándares y formatos aplicados en el campo de la biomedicina, es imprescindible mencionar que todos los aspectos de la clínica están interrelacionados y, con el propósito de comprender la práctica médica y todo lo que ésta implica, es necesario analizar el conjunto.

Sin embargo, por cuestiones de tiempo y espacio, en esta investigación me limitaré a estudiar una pequeña porción de este vasto universo: los formatos del expediente clínico, particularmente, daré especial énfasis a la historia clínica general, la cual, sostengo, da cuenta de la relación médico-paciente por dos principales razones: a) el lenguaje que utiliza el médico para llenar los recuadros de este formato, durante el interrogatorio realizado al paciente y, b) el formato mismo de la historia clínica, ya que expresa una porción de la práctica médica.

No obstante, antes de continuar, es necesario aclarar que este punto será observado, analizado y expuesto en el presente trabajo a partir, únicamente, de la revisión de los expedientes clínicos de la UMAE, perteneciente al Centro Médico Nacional Siglo XXI; por lo que cuando refiero a las prácticas de los médicos, aludo, justamente, a los expedientes clínicos. La razón es que observar cómo se desarrolla su práctica dentro del consultorio y analizar directamente la relación que establecen el médico y el paciente implicaría el desarrollo de otra investigación.

Por lo anterior, el lenguaje que está expresado en los expedientes dará un marco de referencia en este trabajo, ya que específicamente en la historia clínica (documento donde el paciente expresa el motivo de la consulta) no se ve reflejada la voz del enfermo, sino que el médico, debido a la estructura del formato, traduce la voz del paciente a signos de la enfermedad, mismos que se transforman en un diagnóstico, una terapéutica y un pronóstico.<sup>20</sup> Lo anterior se puede corroborar con las palabras del médico e historiador Pedro Laín Entralgo:

La historia clínica puede ser estudiada, en efecto, según dos criterios no fácilmente deslindables: su forma y su contenido; en tanto documento genéricamente definible y como expresión verbal de un pensamiento patológico. El primer punto de vista permite indagar lo

---

<sup>20</sup> Este punto será ampliamente abordado durante el capítulo III.

que es y cómo es la historia clínica; el segundo, lo que la historia clínica dice. [...] no es cosa fácil aislar cada uno de los puntos de vista [...]. Ni siquiera resulta conveniente tal separación, porque las estructuras interna y externa del relato patográfico dependen en no escasa medida del pensamiento patológico y del ser de quien lo redactó (Laín, 1964, p. 8).

De acuerdo con el autor, la forma —estructura a partir de la cual está elaborado el documento de la historia clínica— y el contenido —las palabras que están plasmadas en el documento—, no pueden ser estudiados de manera separada, porque ambos elementos están de tal manera interrelacionados que no se entiende uno sin el otro. Esto es así, porque la historia clínica es un importante instrumento de trabajo para los médicos, en el cual vierten sus observaciones siguiendo el formato dado por la historia clínica misma.

Entonces, la práctica de los médicos clínicos está constreñida por el estándar —la forma— del documento, pero este formato responde, a su vez, a la praxis clínica, es decir, el formato está realizado de acuerdo con la manera en que se ejerce la medicina. En este sentido, el expediente clínico —entendido como un instrumento de trabajo—, en su conjunto, expresa —en su forma y contenido— el conocimiento imperante de la disciplina médica, por lo cual pertenece a un género literario: el epistémico.

¿A qué me refiero con género epistémico? Sencillamente, me refiero a aquella clase de textos que se desarrollan en conjunto con las prácticas científicas. [...] Cuando hablo de géneros epistémicos, me refiero específicamente a aquella clase de textos que están ligados, a los ojos de sus autores, a la práctica de la elaboración del conocimiento (culturalmente definido) (Pomata, 2014, p. 2) [T. de la A.].

Los documentos que están contenidos en el expediente clínico son una clara expresión de lo que Pomata conceptualizó como *género epistémico*, ya que se trata de documentos en los cuales los médicos anotan las observaciones que realizan sobre un paciente. Son documentos que contienen el conocimiento que se ha desarrollado, a lo largo del tiempo, por los especialistas en salud.

En consecuencia, la estandarización de los instrumentos —en este caso los expedientes clínicos—, en nuestra sociedad moderna y altamente científicista, cumple una función primordial: “un instrumento [convierte] las manifestaciones [de la enfermedad] en

un lenguaje gráfico y simple, universal, descifrado, objetivo y preciso, esto implica la domesticación de una enorme variabilidad de fenómenos” (Cházaro, 2001, p. 20).

El establecimiento de patrones de normalidad en los instrumentos, los cuerpos humanos, las patologías, los diagnósticos, las etiologías,<sup>21</sup> los tratamientos, los pronósticos y las prácticas es de vital importancia en la medicina científica, porque permite la eliminación de las particularidades en pro de universales: a un cuadro clínico específico —conjunto signos— corresponde un diagnóstico, una terapéutica y un pronóstico particular.

La estandarización de los documentos es central [...] porque permite la producción de un conjunto comparable de datos clínicos. En este contexto, los estándares gobiernan la acción a lo largo de todo el proceso clínico. Estos exigen a los médicos adaptarse a los modos de acción que ellos generan —tomar los registros del paciente de acuerdo con un protocolo estandarizado— mientras producen un conocimiento “científicamente objetivo” (Taylor-Alexander, 2016, p. 5) [T. de la A.].

Así, de acuerdo con el autor, la información contenida, particularmente, en la historia clínica está supeditada a la estructura misma del documento, estructura que da cuenta del pensamiento patológico, es decir, de la tradición clínica en la cual la observación y descripción de los signos son elementos necesarios para diagnosticar una enfermedad. Pero no sólo eso, sino que esta información también obedece a las particularidades del médico que redacta la historia, ya que existen aspectos de la vida humana que rebasan las normas estandarizadas, puesto que, las experiencias en contextos específicos moldean, en parte, las creencias, los saberes de los individuos, en este caso, el pensamiento del médico que escribe en la historia clínica.

Ahora bien, se le denomina historia clínica a este documento porque contiene el *relato patográfico de la enfermedad* (Lifshitz, 2014; Martínez, 2002; Laín, 1950). Este formato está dividido en once secciones, las cuales comprenden, *grosso modo*,<sup>22</sup> los siguientes datos: I) Ficha de identificación, II) Antecedentes heredofamiliares, III) Antecedentes personales no

---

<sup>21</sup> “La etiología es la ciencia que trata con los agentes causales de la enfermedad” (Juo, 2001, p. 434) [T. de la A.].

<sup>22</sup> La estructura y el contenido de la historia clínica, y su relación con el expediente clínico, serán elementos que desarrollaré en los siguientes capítulos.

patológicos,<sup>23</sup> IV) Antecedentes personales patológicos, V) Interrogatorio por aparatos y sistemas, VI) Antecedentes ginecoobstétricos, VII) Antecedentes perinatales, VIII) Padecimiento actual y motivo de envío,<sup>24</sup> IX) Exploración física, X) Interpretación de auxiliares de diagnóstico,<sup>25</sup> y finalmente, XI) Impresión diagnóstica.

Este interrogatorio verbal y físico está orientado de tal manera que el médico obtenga, respetando el orden del formato, los datos relevantes de los individuos, los cuales van desde lo expuesto por el paciente, hasta los datos obtenidos por la exploración física y los datos recopilados en las pruebas de laboratorio y gabinete.

Las presentaciones orales y escritas deben entregarse en un formato estándar, por lo general empezando con la razón de la consulta o la queja principal, después pasando al padecimiento actual, los antecedentes personales patológicos (incluidos medicamentos y alergias), la historia familiar, la historia personal y social, la revisión de sistemas, la exploración física y la valoración y planeación. El seguimiento de un formato estándar para la presentación ayuda a organizar sus ideas acerca del paciente, reduce la probabilidad de omitir datos importantes y hace que la presentación sea más fácil de seguir (Kravitz & Kravitz, 2005, p. 5).

La forma en la cual está estructurada la historia clínica obedece a la manera en que se practica la medicina clínica. Aunque el formato guía el orden en el cual debe de ser realizada la práctica, los autores sostienen que no es necesario que la información del paciente sea recolectada en el orden que marca la historia clínica (Lifshitz, 2014; Kravitz et al., 2005). Esto se debe a que si se preocupan más por la obtención de datos sistematizados, pueden pasar por alto gestos o lenguaje corporal que acompaña la verbalización de lo que el paciente dice acerca de su malestar; lo que en conjunto, podrá brindar al médico la oportunidad de un diagnóstico certero. Si el médico no observa los sentimientos y sensaciones del paciente, muchos de los datos relevantes podrán quedar relegados al olvido (Laín, 1964).

---

<sup>23</sup> En este apartado el médico anota malos hábitos que podrían desencadenar alguna enfermedad, por ejemplo, tabaquismo.

<sup>24</sup> Para ser recibido en un hospital de tercer nivel —hospital de especialidades— como lo son los hospitales que comprenden el Centro Médico Nacional Siglo XXI, es necesario que los pacientes sean remitidos por parte del médico de la clínica familiar que le corresponde a cada paciente, de acuerdo con su domicilio.

<sup>25</sup> En la especialidad de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, el formato de este apartado es una tabla que debe ser llenada de acuerdo con distintos estudios de laboratorio —por ejemplo, pruebas de sangre— y de gabinete —por ejemplo, ecocardiogramas.

De esta manera, el formato de la historia clínica omite la parte vivencial y emocional de los pacientes, puesto que estos elementos, de acuerdo con el razonamiento clínico, no dicen nada acerca de la enfermedad, porque se trata de experiencias personales. Precisamente, lo que la medicina científica ha resaltado, es la universalidad de las patologías a través de la elaboración de cuadros nosológicos, es decir, de la diferenciación y clasificación de los signos y enfermedades. “Al estandarizar los documentos [...] se facilita la Medicina Basada en Evidencia” (Taylor-Alexander, 2016, p. 2); la cual se define como:

‘[E]l uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes’. Destaca la importancia del examen de las evidencias procedentes de la investigación científica y resta importancia al papel de la intuición, de la experiencia clínica no sistemática y del razonamiento fisiopatológico como motivos suficientes para tomar decisiones clínicas (Vega, Allegue, Bellmunt, López, Riera, Solanich & Pardo, 2009, p. 31).

La medicina clínica es una medicina científica. Una de las razones de tal aseveración, es que la evidencia —datos extraídos del laboratorio y gabinete— funge como un modelo de salud; es decir, todos los resultados de los análisis de un individuo tienen que concordar con un rango ampliamente estandarizado. De manera contraria el individuo será diagnosticado como enfermo, aunque el diagnóstico no tenga absolutamente nada que ver con el motivo por el cual fue a consulta.

Asimismo, la medicina basada en evidencia es parte fundamental para el establecimiento de diagnósticos, terapéuticas y pronósticos, porque refuerza y valida la mirada clínica del médico, ya que a partir de los estudios el especialista podrá ver las anomalías internas del individuo. Esta situación excluye aún más la opinión del paciente sobre su cuerpo, su estado de salud, puesto que tanto los médicos como los pacientes, por una primacía científica en el conocimiento, darán especial credibilidad a lo que arrojen estos datos.

En este sentido, todos los actores sociales que interactúan con en el expediente clínico —incluido el paciente— tienen un comportamiento estandarizado dentro del hospital: tanto en la interacción existente entre el médico y el paciente, como en la relación de éstos con los instrumentos.

Lo anterior se debe, por una parte, al ambiente en el cual están imbuidos los actantes —el médico y el paciente—, porque consta de un espacio muy bien delimitado: el hospital; en el cual existen instrumentos —en este caso específico me refiero el expediente clínico— que están estandarizados en forma —estructura— y contenido —lenguaje. Por otra parte, están el médico y el paciente, individuos que, por sus vivencias y experiencias en el mundo, conciben la enfermedad de modos distintos; el médico, por ostentar experticia en el campo médico, mira a la enfermedad en su parte biológica, científica. El paciente, por ser poseedor de la enfermedad, la entiende en su parte experiencial, va más allá de las manifestaciones corporales de la enfermedad, él padece, vive la enfermedad en todos los sentidos de su existencia: corporal, psicológico y social.

Entonces, médico y paciente interactúan, se relacionan de forma completamente distinta con el entorno hospitalario y los instrumentos que ahí existen. Esta diferenciación en la manera en la cual cada actor se relaciona se debe a la carga teórica, al *habitus* que cada uno ostenta, a partir de su experiencia en el mundo social. Por lo tanto, una buena comunicación entre el médico y el paciente es aquella en donde cada punto de vista acerca de la enfermedad —signos y síntomas— es relevante para la construcción (Bush, 2011; Berg, 1996) de un diagnóstico, una terapéutica y, preponderantemente, un pronóstico que responda, a su vez, a los estándares del ambiente en donde los individuos se relacionan.

### *Expediente clínico y comunicación*

Anteriormente mencioné la importancia que tiene una buena comunicación en la práctica diaria de los médicos clínicos en el contexto hospitalario, puesto que “El conocimiento en sí mismo ha sido visto como una forma de práctica” (Secord, 2004, p. 657) [T. de la A.]. En otras palabras, el conocimiento que ostentan los médicos clínicos, mismo que está contenido en los expedientes clínicos que redactan a diario, se ve expresado en un cúmulo de prácticas —generadas a través de la comunicación entre los diversos actores que interactúan con el expediente clínico—, que los médicos realizan en su quehacer cotidiano. Es decir, la práctica es por sí misma conocimiento.

Por ello, en este apartado analizaré brevemente la comunicación existente entre los especialistas en salud, ya que los expedientes clínicos están realizados para ser leídos y entendidos, precisamente, por los especialistas en biomedicina.<sup>26</sup>

En este sentido, la comunicación entre pares —entre los demás especialistas que atienden al paciente: otros médicos y personal de enfermería, principalmente— es también de suma importancia en la práctica médica, puesto que la claridad y precisión con la que esté redactada, primordialmente, la historia clínica —documento en el que el paciente expresa el motivo de la consulta— brindará los elementos necesarios para que todos los especialistas que interactúan con este documento sepan cuál es el estado de salud del paciente.

Sin embargo, antes de continuar, es necesario aclarar que este análisis lo realicé contemplando tres elementos. En primer lugar, consulté la literatura que los médicos han escrito sobre su práctica y la relación que tienen con sus instrumentos de trabajo. En segundo lugar, estudié trabajos provenientes de diversas disciplinas que están enfocados en los aspectos sociales de la práctica médica —por ejemplo, antropólogos, historiadores, filósofos, sociólogos. Finalmente, en tercer lugar, revisé los expedientes clínicos de la UMAE, perteneciente al Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Ahora bien, ¿cómo estudiar las prácticas médicas? La respuesta está, precisamente, en la comunicación, en el lenguaje: “En el sentido foucaultiano, el discurso es visto como una manera de representar la(s) práctica(s) social, como una forma de conocimiento, como las cosas que dice la gente acerca de la(s) práctica(s) social” (Wodak et al., 2004, p. 193) [T. de la A.]. Y, justamente, el lenguaje utilizado en la comunicación del conocimiento entre los médicos de una institución se realiza por medio de los expedientes clínicos, ya que en los hospitales de tercer nivel<sup>27</sup> intervienen varios especialistas en la sanación de un sólo paciente.

En este sentido, la información que está contenida en el expediente clínico y, específicamente, en la historia clínica de un paciente, debe de ser entendida por todo el

---

<sup>26</sup> Como he reiterado, la comunicación médico-paciente es el tema de la presente investigación. Sin embargo, durante la observación de los expedientes clínicos de la UMAE, se evidenció, a su vez, la importancia de la comunicación entre especialistas de la salud para el buen cuidado del paciente. Es por esta razón que decidí integrar este breve apartado, ya que el estudio y análisis de los expedientes clínicos, por ser redactados por y para los médicos, implica la comunicación entre estos actores y su relación con dicho expediente.

<sup>27</sup> “En el primer nivel se atiende principalmente mediante servicios ambulatorios; el segundo nivel se enfoca a brindar acciones y servicios de atención ambulatoria especializada, hospitalización y de urgencias, y en el tercer nivel es donde se atienden las enfermedades de mayor complejidad, que necesitan equipos e instalaciones especializadas” (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013, p. 188).

personal que interactúa con estos formatos, de tal manera que la atención al enfermo sea óptima gracias a una buena comunicación entre los médicos clínicos acerca de los signos que presenta un individuo. Entonces, la comunicación debe de ser lo más clara y efectiva posible, puesto que es de suma importancia para la elaboración de un buen expediente clínico y, en consecuencia, poder brindarle una buena atención al paciente durante su estadía en el hospital.

Aunque, como se expuso en el apartado anterior, existe un estándar en la manera en que los médicos llenan el expediente clínico en general y la historia clínica en particular, diversos autores —entre ellos, especialistas de las ciencias de la salud— (Alexandre et al., 2015, 2003; Lifshitz, 2014; Ou et al., 2013; Foucault, 2012; Berg, 1996; Laín, 1950) sostienen que la manera en que los médicos describen los signos, es decir, las enfermedades que son diagnosticadas a lo largo del expediente, plantean varias problemáticas, entre las cuales se encuentra el lenguaje.

El lenguaje médico se ha ido conformando de acuerdo con las prácticas y, una cuestión que define a la medicina actual es, definitivamente, que está guiada por postulados, instrumentos y métodos provenientes de distintas ciencias. En otras palabras, la práctica y el lenguaje médico están ceñidos por un halo de objetividad. Así lo expresó Foucault en las siguientes líneas:

El signo es el síntoma mismo, pero en su verdad de origen. [...] Para médicos cuyos conocimientos fueran llevados “al más alto grado de percepción, todos los síntomas podrían convertirse en signo”: todas las manifestaciones patológicas hablarían un lenguaje claro y ordenado (Foucault, 2012, p. 133).

Foucault se refiere a que el signo es la parte científica, objetiva y racional del síntoma, el origen del malestar y sufrimiento en la persona. El signo es, en este sentido, la lesión, el agente externo que provoca y caracteriza los procesos morbosos, es la representación del lenguaje con la enfermedad. Por esta razón, los médicos comparten un mismo lenguaje acerca de la enfermedad, su descripción y todo lo que en ella se manifiesta con la finalidad de que, como en toda ciencia, se lleguen a padecimientos, lesiones, enfermedades: signos universales y, en consecuencia, poder definir el cuadro clínico, al que un cierto cúmulo de signos

pertenecen a una enfermedad específica en cualquier humano en el que se presente un cuadro sintomático específico.

No obstante, aunque ha habido numerosos intentos por estandarizar el nombre de las enfermedades y sus correspondientes signos, en los expedientes clínicos el lenguaje que utilizan los especialistas se ha tornado en un problema de comunicación. Esto es así, de acuerdo con la literatura de los propios médicos, por la cantidad excesiva de epónimos y abreviaturas que son utilizadas por los clínicos y demás especialistas que intervienen en el llenado de los formatos, al momento de redactar la información que cada documento les solicita.

Los epónimos son muy frecuentes en ciencias de la salud y una parte fundamental del lenguaje y de la cultura histórica de los médicos, ya que numerosas personas han dado nombre a enfermedades, síndromes y signos, partes anatómicas y procesos fisiológicos y patológicos. A pesar de ser términos etimológicamente vacíos, están ampliamente arraigados en la educación médica y en la historia de la medicina. [...] Se emplean en todas las especialidades médicas: en medicina interna, para referirse a múltiples síndromes y enfermedades; en cirugía, para referirse a incisiones, hernias, técnicas quirúrgicas, signos patognomónicos de algunas patologías quirúrgicas, clasificaciones empleadas para el diagnóstico y tratamiento de las mismas (Aleixandre et al., 2015, p. 164-165).

Como se puede observar en la cita anterior, los epónimos forman parte activa del lenguaje médico, de tal manera que impregna todas las especialidades en biomedicina. El uso de epónimos evidencia dos aspectos principales de la práctica médica.

Por un lado, por tratarse de palabras que hacen referencia a una persona que inventó o descubrió algún instrumento, procedimiento, una enfermedad y/o un trastorno, no denotan objetividad; es decir, como tal, no hay nada en ellos que represente a algo en el mundo, por ejemplo, la afección denominada como *Tetralogía de Fallot* debe su nombre al clínico que la describió en 1888, y se trata de una clase de *cardiopatía congénita*. De acuerdo con la objetividad que denota la práctica biomédica, el uso de epónimos no debería ser tan común y extensamente utilizado, ya que los estudiantes tienen que aprender de memoria estos términos, característica que dificulta su estudio, porque los términos no están directamente relacionados con la enfermedad que representan.

Por otro lado, y derivado de lo anterior, los epónimos entorpecen la comunicación. En primer lugar, oscurecen la comunicación entre los médicos residentes que están aprendiendo la práctica médica. Un médico versado en una especialidad específica, por su experiencia, seguramente no tendrá ningún problema en entender una historia clínica que contenga en el diagnóstico más de un epónimo. Sin embargo, para los médicos que están aprendiendo la especialidad, los epónimos implican una dificultad añadida en la comprensión de la enfermedad, procedimiento y/o instrumento al que refieren, porque el diagnóstico es, precisamente, el nombre y la descripción de los signos de una enfermedad. Además, “[n]o siempre existe unanimidad sobre el descubridor de la enfermedad, como demuestra el hecho de que existan epónimos compuestos por varios nombres o enfermedades para las que se emplean varios epónimos diferentes” (Aleixandre et al., 2015, p. 169), situación que, en vez de esclarecer el diagnóstico, complica y oscurece su significado.

No obstante, los mismos autores defienden el uso de epónimos arguyendo que “Una vez aceptados universalmente, son signos lingüísticos unívocos que facilitan la comprensión de muchos términos sin necesidad de explicar su concepto, facilitando la comunicación” (Aleixandre et al., 2015, p. 168), puesto que en vez de una larga descripción de los signos que acompañan un diagnóstico, todo puede ser sintetizado por medio de epónimos. Pero ¿no lo que se busca es precisión en la práctica y, en consecuencia, en el lenguaje? Puesto que forman parte del vocabulario clínico, erradicarlos implicaría una tarea titánica que tardaría generaciones en ocurrir.

Asimismo, cabe mencionar que esta clase de términos entorpecen la comunicación médico-paciente,<sup>28</sup> puesto que los pacientes son totalmente ajenos al lenguaje clínico y un epónimo no dice absolutamente nada —no hace referencia a ningún síntoma, ni tampoco a ninguna clase de signo— acerca del padecimiento que aqueja al enfermo. Ahora bien, otro elemento que se encuentra con bastante frecuencia en los expedientes clínicos —y por supuesto también en la historia clínica— es el uso desmedido de abreviaturas.

Se consideran abreviaciones las palabras a las que se les ha suprimido algunas de sus letras su empleo es abusivo, como ocurre en las historias clínicas de los pacientes, en las peticiones

---

<sup>28</sup> El constante uso de epónimos y términos de difícil comprensión, forman parte de la práctica, del habitus médico de manera escrita y oral.

de pruebas diagnósticas y en los informes y documentos de interconsulta entre profesionales. En numerosas ocasiones, el médico destinatario del documento desconoce totalmente el significado de las abreviaturas o de las siglas que ha escrito su compañero, lo que supone un serio inconveniente a la comunicación fluida entre ellos que acaba repercutiendo negativamente en la atención al paciente (Aleixandre et al., 2003, p. 21).

De acuerdo con la cita anterior, se puede observar que no existe un formato estandarizado en las abreviaturas que son utilizadas por los médicos en los documentos del expediente clínico. De esta manera, “existe una gran tendencia a inventar abreviaciones para economizar, de manera que todo puede ser potencialmente abreviado, aun a costa de convertir el lenguaje en un sistema ininteligible de signos difícilmente descifrables” (Aleixandre et al., 2003, p. 22).

En los hospitales de tercer nivel que pertenecen al IMSS los médicos tienen que tratar con docenas de pacientes cada día, razón por la cual se han visto en la necesidad de realizar las anotaciones en el expediente lo más rápido posible, y las abreviaturas son una manera de suprimir letras y ahorrar valiosos minutos en la redacción de los documentos. Sin embargo, abreviar sin un consenso es un error sumamente grave porque, como arguyeron los autores anteriormente referidos, entorpecen la comunicación entre todo el personal que trabaja y se relaciona con los expedientes clínicos.

De igual manera, llama la atención que a lo largo de todos los expedientes clínicos de la UMAE que revisé, no se encuentran abreviadas palabras como: aproximadamente, minutos, horas, cada hora, Ciudad de México, entre otras palabras que son muy utilizadas y que sí existen consensos acerca de su abreviación, mismas que por aparecer de manera sumamente reiterativa en un solo expediente, podrían ahorrar valioso espacio y tiempo.

Además, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe un consenso en el uso de algunas abreviaturas, por ejemplo, *CIA* que significa Comunicación Interauricular, siglas que todos los especialistas en Cardiología conocen y utilizan siempre que se diagnostica esa lesión. En este sentido, las abreviaturas son utilizadas, con la finalidad de, por una parte, economizar el lenguaje para no malgastar valioso tiempo en la redacción y; por otra parte, llevar un registro mundial de las enfermedades más comunes en poblaciones específicas en donde cada hospital, con base en los expedientes clínicos, envía, de manera

mensual, un reporte de las enfermedades que fueron tratadas por el personal de salud, siguiendo el estándar de abreviaciones dictaminado por la OMS.

En consecuencia, el uso de epónimos y de abreviaturas en los expedientes clínicos entorpece la comunicación entre los especialistas de salud debido a la ambigüedad de estos términos.

En el caso de los epónimos, muchas veces se tornan ambivalentes, es decir, una misma enfermedad, un mismo diagnóstico, puede tener varios nombres; situación que complica el entendimiento. En el caso de las abreviaturas, no existe un consenso del uso de todas las abreviaturas que aparecen durante la práctica diaria. Entonces, si la comunicación entre pares es complicada, aunque comparten un mismo lenguaje: el clínico; la comunicación entre médico y paciente se torna ininteligible. A menos que el médico realice un proceso de traducción con la finalidad de que el paciente comprenda lo que el médico dice acerca de su cuerpo y su padecer.

No obstante, es importante subrayar y reiterar que los pacientes atendidos en los hospitales de tercer nivel no tienen acceso a su expediente clínico. Este conjunto de formatos son elaborados para los ojos de los especialistas: es a través de los expedientes clínicos que los diversos médicos y especialistas que atienden a un mismo paciente conocen los diagnósticos y los tratamientos que le han sido administrados. De esta manera, los médicos, por ser parte de su práctica cotidiana y debido a su autoridad epistémica, se comunican, no sólo con sus pares, sino también con los pacientes a partir de este lenguaje sumamente especializado.<sup>29</sup>

### *Estructura de la atención médica: la historia clínica*

En páginas anteriores mencioné la importancia que tiene el expediente clínico en su conjunto, puesto que, dentro del hospital, éste organiza y funge una multiplicidad de funciones.<sup>30</sup> Cada

---

<sup>29</sup> Por ejemplo, durante el marco del seminario permanente de Bioética, UNAM, Lifshitz aseveró durante la presentación de su libro *La nueva clínica* lo siguiente: “La comunicación debería ser fundamental en la enseñanza médica” (Seminario Permanente de Bioética, 16 marzo 2017, UNAM), comentario que señala las carencias de la enseñanza clínica, campo en donde él es especialista. Consultado en: post <http://facebook.com>

<sup>30</sup> Registro de la carrera del enfermo, evaluación del personal que labora en el hospital y que interviene en la elaboración de dichos documentos, protección legal de los médicos y del hospital, función pedagógica, investigación científica, evaluación de las condiciones del hospital.

uno de los documentos que componen el expediente clínico de un paciente son indispensables para evaluar y dictaminar el estado de salud de un individuo ya que “[...] cada uno de los registros escritos de un paciente durante la hospitalización reflejan todo el proceso de diagnóstico, examinación, tratamiento y enfermería en el hospital” (Ou et al., 2013, p. 347) [T. de la A.].

Tal y como he recalcado a lo largo de este escrito, de las decenas de formatos que integran el expediente, la historia clínica general es en donde la relación y, por lo tanto, la comunicación entre el médico y el paciente queda evidenciada. Por un lado, este documento es el que inicia el vínculo entre médico y paciente, porque el médico comienza a llenar este formato a partir de que un individuo entra en su consultorio por primera vez (Ortiz, 2014; Jinich et al., 2006; Fitzgerald, 2005; Fortin, Djamena & Smith, 2005; Berg, 1996). Por otro lado, durante el interrogatorio que da pie este formato, el paciente expresará sus síntomas, malestares y miedos; y de acuerdo con lo enunciado por el enfermo, el clínico valorará el estado de salud de la persona. Por estas razones, y siguiendo la hipótesis de esta investigación, daré especial énfasis a la historia clínica general por tratarse de un formato en el que el enfermo participa activamente (Lifshitz, 2014; Laín, 1964, 1950).

Es menester mencionar que, al igual que sucede con el resto de los documentos del expediente clínico, la historia clínica participa en una serie de dinámicas sociales, las cuales estructuran y guían ciertas prácticas dentro de los hospitales (Timmermans et al., 2010; Berg et al., 1997, 1996), tales como: “docencia e investigación, epidemiología, mejora continua de la calidad, gestión y administración, así como instrumento médico legal” (Cuenca et al., 2014, p. 536).

Llama especial atención de la cita anterior que, de todas las prácticas que son guiadas por la historia clínica, los autores no incluyeron la atención al paciente, quehacer que, precisamente, es el que hace que una nueva historia clínica sea llenada, porque el paciente y la enfermedad que porta son los ejes centrales de dicho documento. En contraste, Sergio Ramos, especialista en Bioética, brindó las siguientes características:

La HC [historia clínica] es el conjunto de datos biopsicosociales vinculados a la salud de un paciente. Tiene como fin la asistencia sanitaria, aunque también tiene usos de carácter judicial, epidemiológico, de salud pública, de investigación y de docencia. [...] El contenido de la HC prácticamente está centrado en el ámbito médico en general, y apenas se hace

referencia a otros contextos de carácter psicosocial, olvidándose que en la salud de una persona intervienen aspectos biopsicosociales y no solo biológicos (Ramos, 2015, p. 260).

En este sentido, existe una idea generalizada —principalmente por parte de la literatura en las investigaciones realizadas por especialistas en salud (médicos), sociólogos, antropólogos, filósofos e historiadores de la medicina— de que la historia clínica en particular, y en general todo el expediente clínico, deben servir, por obvias razones, para la investigación científica; es decir para el estudio de los signos, enfermedades y tratamientos más comunes en poblaciones específicas (Taylor-Alexander, 2016; Ramos, 2015; Cuenca et al., 2014; Lifshitz, 2012; Alexandre et al., 2005, 2003; Henderson et al., 2005; Fernández et al., 2000; Berg et al., 1997; Laín, 1950). Pero, además —y esto es lo más importante—, todos apuntan a la necesidad urgente de integrar otros aspectos de la vida del paciente, puesto que las actuales características de las historias clínicas están centradas en la visión del médico, visión que se reduce a observar únicamente los aspectos biológicos de la enfermedad que sufre el individuo. Esta aseveración se puede constatar con las siguientes líneas:

La historia clínica tradicional ha tenido casi siempre un carácter biológico, ya que descuida los aspectos psicológicos y sociales del paciente, los cuales quedan incluidos en el concepto o definición de entrevista médica. Es necesario lograr tres objetivos esenciales: conocer la historia clínica, a la persona durante el proceso y establecer con ella una relación positiva. Esta es la estrategia, pero la táctica (cómo hacerlo) deberá ser flexible con cada paciente (Cuenca et al., 2014, p. 536).

Este reduccionismo biológico imperante en las historias clínicas ha derivado en la separación de dos ámbitos que están interrelacionados en la práctica médica: a) la investigación clínica y, b) la práctica clínica. Escisión que ha sido perjudicial en la relación médico-paciente, porque son ámbitos que más que ser diferentes, se nutren los unos a los otros (Lifshitz, 2013).

No obstante, en la praxis clínica esta ruptura es tajante, ya que durante las investigaciones clínicas el objetivo primordial no es el bienestar del paciente, sino generar ensayos clínicos —evaluación experimental de nuevos procedimientos, medicamentos, instrumentos—; es decir, responder a preguntas de orden científico: “[a]unque los pacientes

suelen beneficiarse de su participación en la investigación, casi todas las investigaciones clínicas incluyen procedimientos que involucran riesgos para los sujetos que no son compensados por los beneficios correspondientes” (Truog, 2012, p. 583). En este sentido:

La historia clínica "ideal" es la que refleja de forma fidedigna todas las características clínicas del paciente y su evolución periódica. [...] este documento refleja el resultado del trabajo del médico, la ejecución de la fase cognoscitiva de la relación médico-paciente, el cual tendrá un análisis o síntesis, conocido como diagnóstico y tratamiento (Cuenca et al., 2014, p. 534-535).

En pocas palabras, y siguiendo todo lo esgrimido acerca del instrumento principal de los médicos, la historia clínica actual está diseñada de tal manera que los especialistas se olvidan de que tratan con seres humanos que confían su vida en la experticia de los médicos, quienes únicamente miran la parte biológica, aquellas dolencias, aquellos síntomas que se expresan corporalmente: los signos. En palabras de Foucault:

[...] la mirada del médico no se dirige inicialmente a ese cuerpo concreto, a ese conjunto visible, a esa plenitud positiva que está frente a él, el enfermo, sino a intervalos de la naturaleza, a lagunas y a distancias, donde aparecen como en un negativo “los signos que diferencian una enfermedad de otra, la verdadera de la falsa, la legítima de la bastarda, la maligna de la benigna”. Reja que oculta al enfermo real, y retiene toda indiscreción terapéutica (Foucault, 2012, p. 30).

De esta manera, el médico, guiado por el contenido estandarizado de la historia clínica, no ve en el individuo una persona y todo lo que ella implica: “una unidad somato-psíquica y socio-cultural que vive, piensa, siente a su manera; que percibe, interpreta y responde a la enfermedad, al médico, a la medicina a su manera” (Martínez, 2002, p. 113), sino, únicamente, observa una parte de esa unidad, aquella porción corporal que ostenta una anomalía con respecto a los estándares de normalidad de un órgano, un tejido, un cuerpo sano.

Entonces, de acuerdo con lo planteado hasta el momento con relación a la comunicación médico-paciente, se puede sostener que actualmente “[e]l propósito

fundamental de la historia clínica es establecer un diagnóstico diferencial para un síntoma dado” (Henderson et al., 2005, p. 2). El diagnóstico diferencial<sup>31</sup> refiere, precisamente, a un conjunto de signos, a la manifestación corpóreamente visible y, por tanto, objetiva de una enfermedad específica, que puede ser diferenciada de otra enfermedad, justamente, por los signos que se presentan en el cuerpo biológico del enfermo.

En consecuencia, la historia clínica es el instrumento de trabajo más importante para los médicos, porque a partir de la elaboración de una buena historia clínica —sustentada en una buena comunicación médico-paciente— el experto podrá realizar un diagnóstico que corresponda a los síntomas expresados por el enfermo y, asimismo una terapéutica y un pronóstico adecuado al individuo en cuestión. En otras palabras:

Una buena historia clínica constituye la base del diagnóstico. De poco sirven la erudición, la lógica de razonamiento y los refinamientos tecnológicos modernos si se sustentan en un conjunto de datos clínicos recogidos en forma incompleta, imprecisa o equivocada. Ésta es la causa más frecuente de error en la práctica médica (Jinich et al., 2006, p. 11).

Así, con la finalidad de que los médicos clínicos lleguen a un diagnóstico certero es necesario establecer una buena comunicación con el enfermo, pues es este el que expresará sus malestares, dolencias y creencias respecto a su enfermedad. Pero no sólo esto, sino que la importancia que tiene la comunicación entre el médico y el paciente es también esencial para establecer tratamientos y, sobre todo, pronósticos que se adecúen a las particularidades del enfermo. La razón es porque a partir de una buena comunicación entre estos dos actores se estimula la confianza del paciente hacia el médico, característica que genera una mejor adherencia a los tratamientos que le son administrados. Asimismo, el especialista podrá brindar un tratamiento que se ajuste a las prácticas y hábitos que ostenta el enfermo en su vida diaria. Esto podría tener como resultado un pronóstico<sup>32</sup> más adecuado y completo para el paciente con respecto a su estado de salud.

---

<sup>31</sup> El diagnóstico diferencial, como su nombre lo indica, diferencia una enfermedad de otra de acuerdo con un cuadro sintomático específico y bien definido.

<sup>32</sup> Aunque el tema de los pronósticos será abordado en el capítulo III, es interesante que en los expedientes de Cardiología los pronósticos están en su mayoría vacíos o se llenan con la palabra *reservado*.

## *Comunicación médico-paciente*

A lo largo del tiempo, médicos de diversas especialidades —un ejemplo que compete a este estudio es el cardiólogo Ignacio Chávez— han expresado y plasmado distintas reflexiones acerca de su práctica, de su constante batalla contra las afecciones del cuerpo. Estos razonamientos apuntan a una premisa que da coherencia y sentido a su práctica: la comunicación entre médico y paciente es el eje rector de una buena atención clínica y quirúrgica, porque “[c]omunicar de manera eficaz es de suma importancia para obtener una historia [clínica] minuciosa” (Henderson et al., 2005, p. 1).

Entonces, una comunicación eficiente, inteligible entre el paciente y el médico es vital para que el especialista pueda determinar un buen diagnóstico, una correcta terapéutica y un pronóstico certero. “Sólo por medio de la historia clínica los pacientes nos dicen qué tanto necesitan de nuestra ayuda y cómo es la mejor manera de brindárselas. Ellos nos lo han dicho una y otra vez en encuestas en que la mayor queja relacionada con los médicos de nuestra era es que no escuchan” (Fitzgerald, 2005, p. 3).

La persona enferma necesita ser escuchada por el médico, porque solamente él puede interpretar y conocer sus síntomas, sus dolencias, su cuerpo y sus vivencias, todos factores importantes para el paciente con relación a la afección que siente y comunica. En este sentido:

Los problemas de salud que le presenta el paciente al médico no consisten solamente en la existencia de una determinada enfermedad con los síntomas que le son propios; comprenden también la manera como estos síntomas son vividos o experimentados por el paciente debido a sus características personales de orden psíquico, cultural, autobiográfico, social, etcétera (Martínez, 2002, p. 112).

Precisamente, lo que señala Martínez Cortés es uno de los puntos centrales de esta problemática, puesto que, como se mencionó en líneas anteriores, una persona no se reduce a un ente biológico, sino que forma parte de un complejo contexto sociocultural. Una persona enferma tiene implicaciones dentro de ambientes sociales como son la familia, el trabajo. Aunado a esto, la manera en la cual entiende y vive la enfermedad es también parte del entramado social; condición que no debe de ser ignorada por el médico, sino que tiene que

ser integrada a la historia clínica. Esta idea se puede apreciar de manera clara en palabras del médico Alberto Lifshitz:

Recientemente, se ha reivindicado la necesidad de trascender el formato tradicional de la historia clínica que se suele centrar en las necesidades del médico y no tanto en las del paciente. Además de los elementos que son claves para el diagnóstico nosológico hay mucho sufrimiento, prejuicios, ideas, temores, vivencias, culpas que conforman lo que se llama “la otra historia clínica”, a la que el médico no puede permanecer indiferente, y que tiene una influencia definitiva en la evolución del caso (Lifshitz, 2012, p. 211).

Esta *otra historia clínica* a la que refiere Lifshitz está totalmente ausente en el formato actual. La razón es que las vivencias del individuo no son consideradas relevantes para el diagnóstico, para el tratamiento, ni tampoco para el pronóstico debido al reduccionismo biológico del que ha sido presa la medicina científica. Y es precisamente este reduccionismo, expresado en la historia clínica tradicional actual, el causante de una comunicación deficiente entre el paciente y su médico, porque el denominado *interrogatorio* que realiza el médico al paciente está estructurado para que el médico recolecte la información que le enseñaron es significativa, ya que ésta, de acuerdo con la visión y la práctica de los médicos clínicos, es suficiente y necesaria para establecer un diagnóstico con su debida terapéutica.

¿Qué es lo que hace falta a los médicos, y por tanto a las historias clínicas, para contemplar la totalidad del paciente? La respuesta nos es dada por teóricos avezados, principalmente, en disciplinas que estudian al ser humano en sus múltiples aspectos — biológico y sociocultural— como la Antropología y la Historia: el humanismo (Marini, 2016; Lifshitz, 2014; Ortiz, 2014; Jinich et al., 2006; Kleinman & Benson, 2006; Magliozzi, 2006; Martínez, 2002; Laín, 1985, 1964). El humanismo médico es una práctica que necesita más presencia en la currícula obligatoria<sup>33</sup> durante la enseñanza de esta disciplina, puesto que, a

---

<sup>33</sup> El mapa curricular del plan de estudios de la licenciatura en medicina de la UNAM está dividido en tres principales áreas de conocimiento: 1. Bases biomédicas de la medicina; 2. Clínica; y 3. Bases sociomédicas y humanísticas de la medicina. De esta manera, el área de bases sociomédicas y humanísticas brinda conocimientos acerca de metodologías clínicas aplicadas en la práctica tales como la importancia del pronóstico para los pacientes, la relevancia de la familia y de la comunidad, la medicina preventiva, aspectos éticos durante las investigaciones en humanos, la interacción eficiente a través de la comunicación verbal y no verbal, la incidencia de los ambientes en la salud, el desarrollo de una visión humanista en la relación médico-paciente, integración de una visión histórica de la medicina, entre otros temas que enriquecen el razonamiento crítico de los estudiantes. Sin embargo, el área con más presencia a lo largo de la licenciatura de médico cirujano es, sin

partir de una visión más holista de lo que significa ser humano, de las diversas creencias acerca de la salud, la enfermedad, la vida y la muerte; es que la comunicación médico paciente será enriquecida debido a un mejor entendimiento y empatía entre estos actores. La importancia del humanismo médico es defendida por Martínez Cortés de la siguiente manera:

El humanismo médico es, en primer lugar, un afectuoso interés del médico por curar o aliviar los problemas de salud que le presentan los pacientes, pero no considerados como cuerpos humanos, sino como personas. [...] Finalmente, suelen ser un problema de salud, sobre todo de carácter psíquico, cultural y social, las restricciones y las medidas terapéuticas que el médico prescribe para la curación, el alivio o el “control” de la enfermedad (Martínez, 2002, p. 112).

Como se puede observar en la cita anterior, el médico debe de tener un entendimiento completo de la persona; es decir en su ser biológico, cultural, social y psicológico. Esto es con la finalidad de que, una vez terminado el interrogatorio —en este caso sería más correcto llamar a esta interacción *entrevista*, ya que, siguiendo los argumentos de Martínez, éste es más un intercambio de información que una obtención de datos duros— el médico proceda a la exploración física, ambos elementos indispensables para la obtención de una historia clínica completa y fidedigna.

Esta manera de ver al paciente implica observar más allá del signo, intentar comprender los síntomas que expresa cada uno de los pacientes que lo consultan, entender su individualidad de manera tal, que juntos encuentren el camino ideal hacia un diagnóstico y una terapéutica acorde con las necesidades de la persona, sin dejar de lado los protocolos científicos. Así,

El buen clínico debe tener una buena cabeza, pero también un buen corazón. [...] Nada de lo que es humano debe serle ajeno o indiferente. Debe querer al enfermo, respetarlo como a un igual, sin agredir nunca su dignidad. Debe intentar comprenderlo. Podrá no estar de acuerdo con él, en sus ideas y acciones, pero debe evitar ponerse en el lugar del juez, del policía o del sacerdote. Debe comprender... (Jinich et al., 2006, p. 4).

---

duda alguna, la clínica, delegando la mayor parte de asignaturas humanistas a materias optativas, de las cuales sólo toman dos durante su estadía en la facultad.

De lo expresado por Horacio Jinich en el Manual de *Síntomas y signos cardinales de las enfermedades*, se puede apreciar la importancia que tendría incluir una visión humanista del enfermo, a ese reconocimiento de la individualidad humana que ha sido opacado por el intento cientificista de encontrar, establecer y estandarizar universales en todos los aspectos de la vida de los seres humanos, a través de un vocabulario que remite a un pensamiento conducido, exclusivamente, por el raciocinio. Foucault plasmó esta idea con las siguientes palabras:

El pensamiento clínico no hace más que transponer, al vocabulario más lacónico y a menudo más confuso de la práctica, una configuración conceptual. El síntoma, en el equilibrio general del pensamiento clínico, desempeña casi el papel del lenguaje de acción (Foucault, 2012, p. 130).

¿Por qué el síntoma es el lenguaje de la acción? Precisamente, porque a partir de lo expresado por el paciente, el clínico realizará un diagnóstico que corresponde con los síntomas que el paciente ha verbalizado como parte de su malestar y sufrimiento. Este producto el médico lo obtiene a partir de la información que está contenida en la historia clínica y que “tradicionalmente se denomina ‘interrogatoria’” (Lifshitz, 2014, p. 18).

Nuevamente, es importante remitir al vocabulario que emplean los clínicos, no solamente a la hora de llenar la historia clínica; es decir, de nombrar un cúmulo de síntomas en un concepto que engloba una enfermedad específica y que tendrá como segunda etapa, precisamente, la puesta en acción de la terapéutica médica.

La palabra *interrogatorio* es una palabra sumamente fuerte para referir a una parte de la comunicación existente entre el médico y el paciente. Este interrogatorio es lo primero que sucede en el momento del encuentro entre estos actores, ya que el médico, con la finalidad de conocer el padecimiento del individuo que entró a su consultorio, realiza una serie de preguntas, conforme lo establecido en la historia clínica. De esta manera, “[l]a información que se obtiene por este medio se agrega a la que se recoge en la historia clínica tradicional para conformar el llamado *relato patográfico personal*”; es decir, la historia clínica misma (Martínez, 2002, p. 116).

Hasta ahora, los autores citados en este apartado son en su mayoría médicos —con excepción de Foucault (2012) y de Kleinman et al. (2006)— preocupados por analizar su

práctica y encontrar nuevas maneras de enriquecer su quehacer, o bien, retomar conocimientos que han sido olvidados por el paso de los años (Laín, 1950).

En este sentido, los enfoques humanistas provenientes de los propios especialistas en salud señalan, justamente, la necesidad creciente de una comunicación más horizontal, en la que el paciente y el médico tengan una relación y, por tanto, una comunicación efectiva. Con efectiva me refiero a que juntos construyan el diagnóstico, que el conocimiento que ambos ostentan — por una parte, el del paciente sobre su cuerpo, y los malestares que le aquejan y, por otra parte, el del médico especialista en salud, en enfermedad y en las prácticas terapéuticas— se conjugue para crear juntos el diagnóstico y por ende la terapéutica adecuada para un paciente en específico.<sup>34</sup>

El humanismo clínico opta por la humanización de la enfermedad, es decir, no solamente observar la patología, sino a la persona que la porta y que, dependiendo de la enfermedad —por ejemplo, enfermedades crónicas y/o degenerativas—, es ahora y para siempre parte activa de la vida de la persona.

De esta manera, la opinión, la visión del enfermo es sumamente importante. Un buen entendimiento de su enfermedad y de lo que él mismo piensa acerca de lo que le sucede, podrán brindar herramientas para un diagnóstico más certero, una terapéutica y un pronóstico que se ajusten, en la medida de lo posible, a las necesidades y creencias del enfermo y, así, lograr más adherencia a los tratamientos y, por tanto, hacerlos más efectivos:

[El interrogatorio] ahora tiende a llamarse entrevista y permite conocer lo que denomina anamnesis, lo que literalmente significa “recuerdo” que es una representación o traída a la memoria de algo pasado. [...] La entrevista es la herramienta diagnóstica y terapéutica más versátil para el médico, pero también es la habilidad más difícil de dominar pues demanda tanto capacidades intelectuales como emocionales (Lifshitz, 2014, p. 18).

---

<sup>34</sup> Aunque estos enfoques son sumamente interesantes, hasta el momento no he hablado de los tiempos de las consultas, factor imprescindible para la comunicación médico-paciente. Pareciera que las propuestas humanistas reclaman un mayor tiempo de consulta, puesto que así el paciente podrá expresar no sólo síntomas, sino también sentimientos que acompañan el padecer. Sin embargo, en las instituciones públicas de salud de nuestro país, específicamente en el IMSS, la incorporación de las corrientes humanistas parece una utopía ya que la gran cantidad de gente que acude a estos hospitales, conjugado con un espacio no apto para atender a tantas personas, sumado al poco personal de salud (en comparación con los derechohabientes), problematiza aún más estas perspectivas. No obstante, el análisis propuesto por el antropólogo Arthur Kleinman (2006), sugiere que el problema del tiempo se puede resolver con el dominio de la práctica comunicativa efectiva, como se verá más adelante.

En la práctica actual de los médicos clínicos, es más precisa la palabra *interrogatorio* para referir a la comunicación médico-paciente que el vocablo *entrevista*. La razón se encuentra en la historia clínica, porque *interrogar* corresponde al estándar de este formato. No existe un espacio destinado al punto de vista del paciente, ya que la historia clínica está estructurada de manera tal que el médico, únicamente, tiene que llenar recuadros correspondientes, en su gran mayoría, a preguntas cerradas, es decir, preguntas en donde las respuestas son sí o no, porque están enfocadas a obtener datos objetivos que ayuden al médico a plantear un diagnóstico correspondiente a lo respondido durante el interrogatorio (Martínez, 2002).

Entonces, se le denomina historia clínica a este formato porque en él está contenido el *relato patográfico de la enfermedad* (Lifshitz, 2014; Martínez, 2002; Laín, 1950). Así, la historia clínica es el único documento de todo el expediente clínico en donde se aprecia la participación del enfermo<sup>35</sup> y por tanto es el formato donde queda evidenciada la comunicación médico-paciente.

De acuerdo con lo observado en las historias clínicas que forman parte de los expedientes clínicos de la UMAE, en conjunto con uno de los manuales más importantes de enseñanza clínica: el manual de *Síntomas y signos cardinales de las enfermedades* de Horacio Jinich, se puede apreciar que, aunque sí se trata de un relato patográfico, éste es dado, reitero, por la mirada del médico clínico. El paciente es interrogado de manera verbal y física, sin que haya un espacio en el cual el enfermo exprese esa *otra historia clínica* de la que habla Lifshitz.

Bajo el modelo biomédico, se entrena a los estudiantes para obtener sólo los datos de los síntomas usando la entrevista aislada centrada en el médico. Sin embargo, este tipo de entrevista a menudo ignora datos personales muy relevantes y carece del contenido emocional

---

<sup>35</sup> Con excepción del documento *Notas de trabajo médico social* (único documento de todo el expediente que está redactado a máquina de escribir), en el cual un(a) trabajador(a) social entrevista al paciente acerca de: nombre y parentesco del acompañante; datos generales del paciente: edad, origen, religión, estudios, ocupación, antecedentes médicos, estado civil, número de hijos, cómo y con quién vive, cómo es su relación con sus familiares; datos administrativos: ocupación y filiación a la unidad médica familiar; datos de localización: dirección, número fijo y número móvil; y acciones realizadas: información que se le debe de dar al paciente: programa de donación de sangre, reglamento del hospital, derechos y obligaciones durante su estancia en la institución, técnica de lavado de manos, y una afirmación de que se le brindó apoyo emocional al enfermo. También, es el único formato que no contiene información relevante para los especialistas en salud que intervendrán en la mejoría del paciente, por la clase de información que contiene.

necesario para establecer una relación eficaz con el paciente. La integración de la entrevista centrada en el paciente con la centrada en el médico permite al entrevistador obtener la historia clínica completa del paciente además de establecer la óptima relación médico-paciente (Fortin et al., 2005, p. 9).

Entonces, trascender la estructura y el formato de la historia clínica se está convirtiendo en una necesidad imperante, porque la enfermedad no sólo es a nivel biológico, sino que ésta involucra aspectos sociales y psicológicos del individuo que son clave para el tratamiento de un padecimiento. La razón es que “las mayores aflicciones de nuestros pacientes (temor, desesperación, fatiga y dolor) pueden incluir hallazgos no objetivos. Ningún resultado de laboratorio o imagen puede plasmarlos” (Fitzgerald, 2005, p. 3-4).

Las dolencias, los miedos, los sentimientos, las emociones, en fin: partes constitutivas de los síntomas son elementos que intervienen en el estado de salud de una persona, porque precisamente, “[e]l síntoma remite a la conciencia del paciente que sufre, es decir, es la concreción de un sufrimiento, y se configura y cobra sentido a raíz de su biografía” (Ramos, 2015, p. 261). Son los síntomas los responsables de que un individuo acuda al consultorio y estos desaparecen en la voz y la pluma del médico que los transforma, los traduce a signos,<sup>36</sup> a esa parte observable, medible, palpable de la enfermedad que se expresa en el cuerpo enfermo, anómalo. Por esta razón, es que durante la consulta la comunicación del médico con el paciente es esencial. El médico debe ser un especialista en comunicación, porque dentro de sus quehaceres, es menester que sepa leer al paciente, su lenguaje corporal y verbal (Laín, 1964), porque sólo de esta manera, podrá establecer una buena terapéutica, con base en un diagnóstico correcto.

La enfermedad más el sufrimiento dan como resultado el malestar de las personas. Aquí valdría la pena establecer una distinción necesaria: la enfermedad es un disturbio orgánico tangible por los métodos de la ciencia médica, y está bien identificada a un nivel molecular; por lo tanto, puede ser tratada racional y científicamente. El malestar, en cambio, es impreciso, porque es el resultado de la forma en que la enfermedad afecta a un paciente específico con base en su biografía personal, edad, sexo, cultura, religión, tipo de trabajo,

---

<sup>36</sup> “Signos y síntomas son y dicen lo mismo: aproximadamente lo que el signo *dice* es lo mismo que *es* precisamente el síntoma. En su realidad material, el signo se identifica con el mismo síntoma; éste es el soporte morfológico indispensable del signo” (Foucault, 2012, p. 131).

situación económica; esa persona, por lo tanto, ofrece una respuesta personal y emotiva, la cual provoca el sufrimiento. Para decirlo de otra manera: los cuerpos sienten dolor físico y mental pero sólo las personas sufren (Ortiz, 2014, p. 194).

El punto de vista del enfermo es imprescindible porque los síntomas que expresa, preponderantemente por medio del lenguaje verbal, son la clave para la exploración física y para el establecimiento del diagnóstico por parte del médico. Sin embargo, la manifestación verbal de los síntomas implica un problema para el médico puesto que cada uno de los individuos interpretará, dará sentido a su enfermedad de una manera peculiar, porque esta interpretación está dada por su historia de vida, las condiciones sociales en las que se encuentra, la cultura de la que forma parte, el contexto histórico en el que vive. En otras palabras, la causación otorgada por el enfermo a la enfermedad es dependiente de su biografía particular. Laín Entralgo lo explicitó de la siguiente manera:

Llamo *interpretación constructiva* [...] a aquella en que el paciente, sin dejar de serlo, pero pasando ya de la condición de puro paciente a la de autor-intérprete de sí mismo, explica al médico su personal modo de entender la significación de la dolencia que padece o de alguno de sus síntomas (Laín, 1964, p. 326).

El paciente habla de su enfermedad en cuanto ésta forma parte de su vida, le pertenece, está fundida en su cuerpo y en su ser, porque a partir de que el individuo enferma, éste tiene que adaptarse a su nueva realidad, a su nueva condición: la enfermedad. En este sentido, la enfermedad, no puede ser pensada de manera aislada, sino como parte de la constitución de un ser vivo. Además, el paciente, por ser parte de su cuerpo y de su vida, tendrá una explicación, una causación, una significación de su enfermedad que impacta en la manera en que éste ve y se relaciona consigo mismo y con el mundo.

Por esta razón, la anamnesis es un elemento muy importante para la historia clínica, ya que la mirada del médico, a partir de lo expresado verbalmente por el paciente, podrá ir más allá de la mirada clínica. Es decir, aquellos ojos que se posan solamente en los signos, en la parte del cuerpo que está siendo afectada, podrán ver, a partir de lo dicho por el paciente, la totalidad de los síntomas, la totalidad del individuo, que dará pie, a la exploración física, que en su conjunto —anamnesis y exploración física— brindarán elementos necesarios para

dar un mejor diagnóstico y por supuesto, una terapéutica acorde con las necesidades del paciente.

Para los médicos clínicos lo expresado por el paciente complementado con la exploración física “se integran en un pensamiento médico lógico para resolver los problemas de salud; estos deben estar reflejados fidedignamente en la historia clínica” (Cuenca et al., 2014, p. 537). Así, de acuerdo con lo expresado por el médico Cuenca Garcell y sus colaboradores, los datos de la historia clínica son un reflejo, una revelación objetiva de los síntomas verbales y corporales del paciente. Esta aseveración implica que la traducción que realiza el médico es veraz, real puesto que no existe interpretación alguna, sino que la experticia del médico devela lo que las palabras subjetivas del paciente ocultan, descubre la enfermedad a través de estas dos imprescindibles herramientas —interrogatorio y exploración física— contenidas en la historia clínica. En este sentido y siguiendo el razonamiento clínico, las palabras del médico acerca de la enfermedad de un paciente corresponden con la realidad de la enfermedad.

De esta manera, se puede observar que una parte de la literatura médica —por ejemplo, lo expresado anteriormente por Cuenca et al.—, en conjunto con la revisión de los expedientes clínicos de la UMAE, dan la impresión de que la única tarea del médico es dar nombre a una enfermedad —diagnóstico— (Lifshitz, 2014). Sin embargo, la comunicación médico-paciente revela más que eso, ya que —tal y como he mencionado a lo largo de estas páginas— la terapéutica y el pronóstico son también parte indispensable del quehacer de los médicos clínicos.<sup>37</sup>

En este sentido, la comunicación entre médico y paciente es primordial para la atención médica en su totalidad. A partir de un buen interrogatorio, o mejor dicho, un cuestionario, una entrevista, el médico obtendrá la anamnesis, para que juntos puedan establecer más que un diagnóstico: una terapéutica adecuada, personalizada y orientada a las necesidades, creencias, sentimientos y aspiraciones del paciente en cuestión; lo que a su vez podrá mejorar su pronóstico. En este sentido, Sarah Ross postuló que:

---

<sup>37</sup> Los conceptos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico, particularmente, serán desarrollados a lo largo de los dos capítulos consecuentes, conceptos en relación con los expedientes clínicos de la especialidad de Cardiología.

La toma de decisiones entre pacientes y médicos, algunas veces denominada ‘concordancia’, tiene el propósito de incrementar la adherencia del paciente a los medicamentos, asegurando que los pacientes sean copartícipes en las decisiones acerca del tratamiento. Este enfoque ha sido ampliamente recomendado, porque se ha demostrado que aumenta la satisfacción del paciente con relación a la consulta (Ross, 2016, p. 391) [T. de la A.].

Ante estas posturas que apelan a una reestructuración del formato de la historia clínica, autores como Alberto Lifshitz (2014, 2013, 2012), Marini (2016), Rita Charon (2011, 2006), Spiegel & Charon (2009), Magliozzi (2006), Pedro Laín Entralgo (1985, 1950, 1964), Arthur Kleinman & Peter Benson (2006), Jinich (2006) han resaltado la necesidad de elaborar *narrativas del conocimiento o narrativas de la enfermedad*. Se trata de escritos que tengan como eje central una comunicación bidireccional y que apelen, precisamente, en el caso de la medicina, al punto de vista de los pacientes, a sus síntomas, vivencias y todas aquellas problemáticas concernientes a su enfermedad; cómo la comprenden, la significan y se apropian de ella.

Si las narrativas son historias que tienen un relator, un oyente, una temporalidad, una trama y una cuestión, entonces las narrativas del conocimiento son lo que usamos de manera natural para hacer sentido de nuestras historias. Las narrativas del conocimiento proporcionan a una persona una comprensión amplia de la situación en la que se encuentra otra persona, a medida que la narrativa se desarrolla en el tiempo, ya sea en textos como novelas, periódicos, películas, campos de batalla, matrimonios, y enfermedades (Charon, 2006, p. 9) [T. de la A.].

Así, Rita Charon enfatiza en la relevancia que tiene la experiencia de los pacientes con su enfermedad, puesto que esta es vital para el establecimiento de una terapéutica y un pronóstico eficaz. Para lograr una buena comunicación y, por ende, una narrativa coherente y significativa para ambos actantes, es menester que el médico adquiera habilidades comunicativas y, a su vez, metodologías provenientes de otras disciplinas sociales, por ejemplo, la Antropología Social (Taylor-Alexander, 2016; Kleinman et al., 2006), la Sociología (Timmermans et al., 2010; Berg et al., 1997, 1996) e, inclusive, el Arte y la Literatura (Spencer, 2017; Charon, 2011, 2006).

Específicamente, la Antropología Social es una disciplina que se vale de una herramienta metodológica para la obtención de los datos cualitativos: la etnografía. Este método es ampliamente utilizado por estos expertos con la finalidad de obtener información de las personas involucradas en la temática que el antropólogo estudia —visión *emic*. Así, la etnografía clínica<sup>38</sup> podrá brindar interesantes y valiosas herramientas comunicativas a los médicos, ya que conocer la perspectiva del otro es una tarea que enriquece la ciencia médica, precisamente, por la importancia que tiene la experiencia del paciente en la terapéutica y, por supuesto, en la anamnesis.

Antropólogos y clínicos comparten una creencia común, es decir, la primacía de la experiencia. El clínico, al igual que algunos antropólogos, puede simpatizar con la experiencia vivida de la enfermedad del paciente, y tratar de comprender la enfermedad tal y como la comprende, la siente, la percibe y responde a ella (Kleinman et al., 2006, p. 1674) [T. de la A.].

Kleinman y Benson arguyeron que para la obtención de una historia clínica significativa —y todo lo que este ejercicio conlleva—, el clínico debe de hacer una *minietnografía* con la finalidad de conocer al paciente en su totalidad. Sin embargo, en las instituciones mexicanas de Seguro Social, esta clase de metodologías tienen una problemática visible: el tiempo de atención al paciente. No obstante, este tema rebasa los objetivos del presente trabajo, ya que, únicamente, estoy enfocando mi investigación a la comunicación médico-paciente, a esa pequeña porción de la problemática que se puede vislumbrar en los expedientes clínicos de la especialidad en Cardiología de la UMAE del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

En resumen, una comunicación efectiva entre el paciente y el médico es de vital importancia por varias razones. En primer lugar, ésta permite que el paciente experimente confianza en su médico, puesto que, si el médico escucha y respeta lo esgrimido por el

---

<sup>38</sup> Esta propuesta plantea un problema evidente, por lo menos para las instituciones de salud pública en México: el tiempo de atención. Sin embargo, el antropólogo médico Arthur Kleinman y la médica Rita Charon, aseveraron que la etnografía y la medicina narrativa —respectivamente— son valiosas herramientas para la obtención de una historia clínica que respete la narrativa del paciente, situación que asegura una mejor recepción a la terapéutica. Estos artilugios metodológicos, sostienen ambos especialistas, bien llevados a la práctica, no llevan más tiempo que un interrogatorio estándar (Spencer, 2017; Charon, 2006; Kleinman et al., 2006).

enfermo, se genera un vínculo empático más sólido y el paciente podrá expresar sus síntomas con toda confianza de que su opinión es válida y será tomada en cuenta desde el denominado *interrogatorio*, hasta la mejoría o sanación del individuo.

En segundo lugar, Laín Entralgo (1985, 1964, 1950) señaló la importancia de la comunicación para la terapéutica. En este sentido, la terapéutica, es decir, el camino del tratamiento de la enfermedad comienza con la confianza que tiene el paciente con el médico, porque si no se genera este vínculo, el paciente dudará tanto del diagnóstico como de las vías de acción encaminadas a la sanación de su malestar.

En tercer lugar, derivado de los dos puntos anteriores, una buena comunicación entre ambos actores es fundamental para la elaboración de una historia clínica de calidad. Con calidad me refiero a que el documento refleje, lo más fielmente posible, la condición anatómica, social y psicológica del paciente. De esta manera la anamnesis servirá para la construcción de un diagnóstico, una terapéutica y un pronóstico en donde ambos actores participen activamente (Ross, 2016).

Finalmente, en cuarto lugar, en estrecha relación con lo que señaló Laín Entralgo en el punto dos —en esta cuestión me refiero únicamente a enfermedades crónicas—, una terapéutica constante: que el médico asignado al paciente sea aquel que conozca su cuerpo, sus dolencias, sus sufrimientos, sus síntomas y a partir de este conocimiento del cuerpo del otro, el médico sea el que trate la enfermedad hasta la defunción de alguno de los dos (Laín, 1985, 1964).

### *Sobre esta investigación*

De acuerdo con todos los argumentos teóricos esgrimidos a lo largo del presente capítulo, el lector puede apreciar que, aunque el tema de la relación y comunicación médico-paciente se aborda a partir de diversas perspectivas, los postulados del presente trabajo se reducen básicamente a dos: a) Un análisis acerca de la práctica de la medicina clínica —a través de, por un lado, la revisión de los expedientes clínicos de la UMAE y, por otro lado, a partir del estudio de la literatura especializada—; y b) Un deber ser. Ambos son complementarios, porque el estudio del estado actual de la práctica médica conlleva, en este caso, a un deber ser.

Lo anterior se debe a que gran parte de los estudios dedicados a la práctica de la medicina clínica que son realizados por médicos estudiosos de su disciplina, resaltan las carencias del sistema de salud. Esto se puede ver plasmado en la conceptualización del vocablo *salud* realizado por la OMS: “la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948); definición que contempla un panorama holístico ideal de la lozanía de los individuos.

Por un lado, la disciplina médica se subdivide en numerosas especializaciones y subespecializaciones que se encargan de brindar atención a cada uno de los aspectos que engloba la definición que da la OMS. No obstante, los seres humanos somos entes complejos en donde confluyen al mismo tiempo y de forma conjunta ámbitos físicos, sociales y psicológicos. Un ejemplo en donde es posible observar la interacción de los tres ámbitos de la salud referidos por la OMS, es una enfermedad física —pensemos, para estar en consonancia con la especialidad médica aquí tratada, en una cardiopatía—, que puede desencadenar un estado de depresión —trastorno psicológico— en el individuo que porta la afección,<sup>39</sup> condición que podría llegar a producir problemáticas en el entorno laboral y/o familiar.

Son innegables las virtudes de las especializaciones médicas. El estudio del cuerpo humano por áreas específicas —sistemas, órganos, tejidos—, ligado a intervenciones quirúrgicas propias de una rama del conocimiento, han permitido el desarrollo de estándares, tecnologías y prácticas médicas que han propiciado mejores diagnósticos, nuevos métodos clínicos, medicamentos novedosos; características que implican un considerable prolongamiento de la vida de los seres humanos —longevidad. Así, las especializaciones médicas son de carácter ambivalente: han traído beneficios y perjuicios a nuestras sociedades humanas. Ya lo sentenciaba el médico cardiólogo Ignacio Chávez en el marco del III Congreso Mundial de Cardiología:

Es cierto que la especialización trae en su interior una enorme fuerza expansiva de progreso; responsable en buena parte del avance espectacular que estamos presenciando; pero también contiene el germen de una regresión en el orden intelectual y espiritual. Especialización

---

<sup>39</sup> Los individuos que padecen de enfermedades crónico-degenerativas podrían desarrollar un trastorno depresivo, puesto que aprender a vivir con enfermedades de esta naturaleza requiere de la asimilación de la misma, porque acompañará a la persona hasta el día de su muerte.

quiere decir fragmentación, visión parcial, limitación de nuestro horizonte [...]. Y en este drama del hombre de ciencia actual se perfila un riesgo inminente: la deshumanización de la medicina y la deshumanización del médico (Chávez, 1991, p. 26).

La escisión del conocimiento médico por especialidades es una de las causas de la comunicación deficiente entre el paciente y su médico. Siguiendo el pensamiento médico clínico, los especialistas mutilan el cuerpo humano en busca de la enfermedad, de aquel ente patógeno que amenaza la salud biológica del enfermo, en donde, por ejemplo, el cardiólogo sólo ve el corazón y el aparato circulatorio como algo que hay que arreglar, reparar; dejando de lado al portador de ese sistema, a esa persona asustada, preocupada y temerosa de su vida; elementos que no son mirados por el médico.

La razón de lo anterior es, justamente, el estándar inmerso en los postulados de la medicina científica, porque la carga emotiva del paciente no es de ningún modo relevante para el trabajo de los médicos especialistas, ya que el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico son dictaminados por el experto con base, prioritariamente, en la medicina basada en evidencia.

Por otro lado, el concepto de salud como un estado de bienestar, ha sido criticado por parte de los especialistas en medicina, puesto que “La salud es posible sin bienestar. [...] El bienestar, en cambio, requiere la salud y reobra beneficiosamente sobre ella” (Laín, 1985, p. 506). Entonces, esta definición de salud se torna como un ideal inalcanzable, porque ese completo bienestar al que alude la OMS implica una utopía social en la que el individuo puede encontrarse en un completo estado de felicidad, de bonanza, como si las vicisitudes de la vida diaria permitiesen tal condición.

De esta manera, es imprescindible señalar que las fuentes utilizadas para demarcar y analizar la comunicación médico-paciente dentro del marco de la estandarización de la práctica médica —expedientes clínicos en general e historia clínica en particular— serán separadas en dos grandes rubros: fuentes primarias y fuentes secundarias.

Por una parte, cuento con tres clases de fuentes primarias, mismas que describiré a continuación. En primer lugar, están los expedientes clínicos de la especialidad en Cardiología de la UMAE, perteneciente al Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social. Como he mencionado, estos legajos son formatos pre-dados, llenados por: a) médicos especialistas en Cardiología, b) médicos que están realizando un

posgrado en esta especialidad (que van desde residentes nivel uno —los que están en el primer año de residencia—, hasta los R5 —quienes están cursando el último año de la residencia—,<sup>40</sup> c) el cuerpo de enfermería y, d) los trabajadores sociales. Sin embargo, como he dejado entrever, durante la presente investigación serán analizados únicamente los documentos en los cuales participan los médicos —especialistas y/o residentes—, ya que el tema de esta investigación así lo demanda.

Revisé un total de 50 expedientes clínicos de archivo vivo,<sup>41</sup> esto es, personas que estuvieron en la UMAE hace no más de cinco años.<sup>42</sup> Por cuestiones de logística de las personas que laboran en el espacio del archivo denominado ARIMAC,<sup>43</sup> únicamente me permitieron ver los expedientes de los pacientes que eran dados de alta el día de mi visita y, en escasas y extraordinarias ocasiones, podía revisar expedientes clínicos de defunciones.<sup>44</sup>

De un total de 50 expedientes clínicos, 37 corresponden a expedientes de pacientes que fueron dados de alta por mostrar una mejoría en relación a la cardiopatía causante de su ingreso al hospital; mientras que los 13 expedientes restantes corresponden a defunciones.<sup>45</sup>

---

<sup>40</sup> En los expedientes clínicos los residentes aparecen como R1, R2, R3, R4 y R5.

<sup>41</sup> Debido a la extensión de los expedientes clínicos, me daba tiempo de leer uno al día, máximo dos por cada visita que realizaba al área de archivo, con un horario de 8:00 a 14:00 horas.

<sup>42</sup> Es considerado archivo vivo el espacio en donde los expedientes clínicos son actualizados constantemente, debido a la presencia continua de los pacientes en el hospital. Una vez que los cardiópatas han sido dados de alta por una mejoría en su salud y, además, su condición se ha mantenido estable por un periodo de tiempo mayor a cinco años, los expedientes pasan a ser archivo muerto, esto significa que ya no están vigentes y, en consecuencia, son empaquetados en cajas de cartón y llevados al sótano, con el objetivo de liberar espacio en los estantes del archivo vivo y así mantenerlo actualizado y ordenado para el fácil acceso a los expedientes.

<sup>43</sup> El archivo clínico se divide en dos grandes áreas: la primera es el Área de Información Médica y Archivo Clínico —ARIMAC— el cual es el espacio destinado al resguardo de los expedientes clínicos. Es aquí el lugar donde los médicos van diariamente a recoger los expedientes de los pacientes que atenderán en el día y, una vez que finaliza su actividad laboral deben regresar los expedientes a esta área. Asimismo, el personal de ARIMAC es el encargado de generar nuevos expedientes clínicos cuando llegan pacientes de nuevo ingreso, así como de coserlos —ordenarlos— cuando el enfermo ha sido dado de alta o ha fallecido. La segunda área en que se divide el archivo consta de una pequeña oficina con cuatro computadoras; este espacio se conoce como el Sistema de Información Médico Operativo —SIMO. El personal que aquí labora es el encargado de clasificar y codificar los diagnósticos (para cada enfermedad existe un código mundial dictaminado por el la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición —CIE 10—), información que es mandada mensualmente a la base de datos de la OMS, con la finalidad de generar estadísticas de morbilidad y mortalidad nacionales e internacionales.

<sup>44</sup> Estos se encuentran resguardados detrás de una puerta con candado. El jefe del área de archivo es la persona encargada de guardar la llave y utilizarla en caso de que se requiera abrir la puerta; ya sea debido al ingreso de un nuevo expediente de defunción o porque el Comité de mortalidad necesita revisar algún expediente.

<sup>45</sup> El personal de archivo que labora en el área de ARIMAC elegía —de una pila de expedientes que se encuentran en un estante dedicado a altas hospitalarias por mejoría en la salud de los pacientes— de manera azarosa (uno de hasta arriba, uno de en medio y otro de abajo) los expedientes clínicos que yo revisaba. Por tratarse de altas, estos expedientes están completos, es decir, contienen todos los documentos que dan cuenta de la enfermedad y evolución de la cardiopatía desde su ingreso hasta el egreso del hospital. Una vez que los expedientes están completos, el personal de ARIMAC tiene la tarea de coserlos, esto es, ordenar los documentos

A este respecto, existen dos principales razones por las cuales revisé la cantidad de 50 expedientes, mismas que explicitaré a continuación.

Por una parte, debido a que son el objeto de análisis de esta investigación, fungieron como guías de acción. Esto fue así porque, a partir de mi constante interacción con estos legajos, me percaté de que cada uno de estos formatos es una herramienta pre-dada en forma y en contenido. De esta manera, principalmente la historia clínica y la nota de urgencias orientaron buena parte de la revisión bibliográfica que estudié a lo largo de esta tesis. La razón, es que en un inicio, este trabajo de archivo fue especialmente difícil para mí, puesto que soy ajena a los contenidos y a las narrativas que se expresan en el campo médico.

Debido a lo anterior, me di a la tarea de revisar literatura proveniente, prioritariamente, del campo médico; con la finalidad de comprender el por qué están estructurados en la manera en la que se encuentran actualmente, tanto en forma como en contenido.

Por otra parte, una vez que me familiaricé con estos estándares, noté que son sumamente similares todas las narrativas contenidas en cada uno de los expedientes clínicos, pertenecientes a distintos y diversos<sup>46</sup> pacientes. Así, una vez que entendí la estructura pre-dada de los formatos, me di a la tarea de comparar las narrativas vertidas en los legajos — especialmente las de las historias clínicas—, con la finalidad de ver qué tan estandarizados estaban los discursos, las palabras vertidas en estos formatos. De esta manera, me di cuenta de que los discursos, las traducciones que hacen los médicos de lo expresado por los enfermos están tan estandarizados, que la información ahí plasmada es casi igual en todos los expedientes; razón por la cual ya no fue necesario revisar más expedientes clínicos.

Entonces, el número de expedientes clínicos revisados fue suficientemente robusto. Esto es así, puesto que, por un lado, me brindaron las herramientas necesarias para su correcto entendimiento tanto en forma como en contenido. Por otro lado, estudié los expedientes clínicos hasta el momento en que dejaron de brindar elementos relevantes para el análisis de la comunicación médico-paciente, debido, precisamente, al estándar que estructura y constriñe estos papeles.

---

de acuerdo con las normativas estipuladas en las guías del IMSS. Así, los expedientes que yo revisaba estaban a punto de ser cosidos o me los entregaban acabados de coser.

<sup>46</sup> Con diversos me refiero a los distintos rangos de edad, al sexo y a la procedencia de los pacientes a los que pertenecen los expedientes clínicos que revisé.

Ahora bien, la información contenida en los expedientes clínicos de Cardiología de la UMAE brindó un importante marco de referencia para la presente investigación, puesto que a partir de estos —los expedientes— es que pude observar una parte de la práctica de los médicos especialistas: la forma en cómo los síntomas expresados por un individuo que padece una enfermedad son traducidos, transformados en un cúmulo de signos, de datos duros en las manos y grafías del médico.

Esto se debe a que a lo largo y ancho de los expedientes que revisé, la voz del paciente, en su propio expediente clínico, es casi nula,<sup>47</sup> ya que, con la finalidad de que la comunicación entre pares sea lo más clara y accesible posible, los expedientes contienen un lenguaje sumamente técnico que únicamente entienden los especialistas.<sup>48</sup> Sin embargo, las particularidades de los pacientes, es decir, los síntomas y los contextos socioculturales propios de cada individuo, son eliminados en su totalidad, borrando todo rastro de la persona, y dando pie a la estandarización de dolores, sensaciones y demás componentes que acompañan a las cardiopatías.

En segundo lugar, está la literatura que ha sido redactada por médicos que analizan su propio campo. Esta clase de fuentes las subdividí, de acuerdo con los planteamientos de la presente investigación, en dos vertientes: 1) los especialistas que realizan análisis descriptivos de la práctica médica; es decir, aquellos biomédicos que dan cuenta de cómo son aplicados los saberes clínicos en el campo laboral —hospitales, clínicas, consultorios— Esta clase de descripciones, en algunos casos, abarca la enseñanza de la medicina dentro de las aulas de clases y los espacios donde los alumnos realizan sus prácticas —hospitales— (Ross, 2016; Aleixandre-Benavent et al., 2015; Ou et al, 2013; Truog, 2012; Vega-de Céniga et al., 2009; Jinich et al., 2006; Fitzgerald, 2005; Fortin et al., 2005; Henderson et al., 2005; Kravitz et al., 2005; Fernández et al., 2000). 2) Los especialistas en medicina que, además de realizar una descripción de su práctica, resaltan e integran en sus escritos la necesidad cada

---

<sup>47</sup> Este punto será extensamente desarrollado en el capítulo III.

<sup>48</sup> Los expedientes clínicos de los pacientes son confidenciales, es decir, únicamente tienen acceso a ellos, como he explicado anteriormente, cierto personal del hospital, entre ellos, los especialistas en medicina; por lo cual es importante que los expedientes contengan un lenguaje ordenado y claro acerca de la enfermedad y tratamiento de un paciente y que, por tanto, este lenguaje sea entendido por el personal que interactúa con el expediente. No obstante, el médico que crea la historia clínica es el primero en hacer dicha traducción, que será transmitida a los demás especialistas, en donde lo expresado por el paciente es estandarizado de manera tal, que sus palabras quedarán en el olvido durante su tratamiento. Y esto es precisamente el problema, ya que los especialistas que intervienen en el proceso de sanación del paciente trabajarán sobre la traducción que realizó el R1 que llenó la historia clínica en primera instancia.

vez más imperante de hacer modificaciones en la práctica médica para que ésta responda a las necesidades de los enfermos. En esta clase de literatura, los argumentos de los especialistas apuntan a una medicina más humana y menos mecanicista, a la trascendencia de los formatos de los expedientes clínicos que en forma y contenido constriñen el campo de acción de los médicos. Esto con la finalidad de que la voz y la experiencia del enfermo formen parte de los datos relevantes que los médicos tienen que recopilar durante su práctica (Marini, 2016; Cuenca et al., 2014; Lifshitz, 2014, 2013, 2012; Ortiz, 2014; Charon, 2011, 2006; Spiegel et al., 2009; Magliozzi, 2006; Benavent et al., 2003; Chávez, 1991; Laín, 1985, 1964, 1950).<sup>49</sup>

Por otra parte, las fuentes secundarias que utilicé para la presente investigación provienen, como se ha visto a lo largo del texto, de distintas disciplinas que estudian el quehacer de los médicos, de los especialistas en salud en general, de los espacios en donde estos actores desarrollan su práctica —hospitales y clínicas, por ejemplo—, entre otros aspectos que abarca el fenómeno social del proceso salud-enfermedad.

De esta manera, los autores han señalado, a partir de sus propios campos de estudio, la importancia que tienen las ciencias sociales para el análisis del quehacer médico; razón por la cual, a continuación, expondré brevemente, de acuerdo con los autores aquí referidos, las principales aportaciones de diversos campos de las ciencias sociales respecto a la relación y comunicación médico-paciente.

En primer lugar, la Antropología (Taylor-Alexander, 2016; Kleinman & Benson, 2006) debido a que en ella se estudian los comportamientos humanos dentro contextos sociales y geográficos muy particulares que son propios de una comunidad específica. En este sentido, la comunidad de médicos especialistas la analizaré en función de la práctica de su oficio —práctica observada, exclusivamente, a través de los expedientes clínicos de la UMAE— que realizan dentro de un importante complejo hospitalario de alta especialidad en la Ciudad de México: el Centro Médico Nacional Siglo XXI.

En segundo lugar, la Filosofía (Ramos, 2015; Foucault, 2012; Gutting, 2005), disciplina que brindará un marco de referencia epistémico, a partir de un estudio de los

---

<sup>49</sup> Son muy pocas las asignaturas de orientación humanista a lo largo de la carrera de médico cirujano en la UNAM, en relación con la carga científica que orienta esta disciplina; puesto que los contenidos sociales, históricos, culturales y artísticos tienen una presencia predominantemente optativa dentro de la currícula. Consultado en: <http://www.facmed.unam.mx/fm/pa/>

formatos y estándares ostentados en la práctica médica. Estudiar y analizar cómo están estructurados y redactados los expedientes clínicos y, particularmente las historias clínicas, dilucidará la carga teórica que guía a los practicantes del oficio médico.

En tercer lugar, la Comunicación (Busch, 2011; Secord, 2004; Wodak & Busch, 2004) ofrecerá importantes herramientas de análisis. La razón se encuentra, justamente, en entender la comunicación como el conocimiento puesto en práctica: la manera en la cual circula el conocimiento —expedientes clínicos— y las palabras que son utilizadas en la expresión de este —signos que son una expresión de cómo se entiende la enfermedad, la salud, a los enfermos y a los especialistas. En otras palabras, las narrativas que están plasmadas en los expedientes clínicos son una manifestación de cómo comprendemos, estructuramos y representamos el mundo —practicantes y usuarios.

En cuarto lugar, la Sociología (Busch, 2011; Timmermans & Epstein, 2010; Berg & Bowker, 1997; Timmermans & Berg, 1997; Berg, 1996) ya que, a partir de una lectura cuidadosa de la literatura especializada en sociología médica, se podrán esclarecer problemáticas particulares de las personas que tienen contacto con los expedientes clínicos, con el objetivo de determinar las maneras en las cuales el personal del hospital organiza sus quehaceres cotidianos a partir de la interacción que tienen con los expedientes clínicos. Es decir, cómo los expedientes clínicos organizan las prácticas dentro del hospital.

Finalmente, en quinto lugar, la Historia (Alonso-Arroyo, 2015; Pomata, 2014, 2011; Foucault, 2012; Secord, 2004; Laín, 1985, 1964, 1950), ya que será la disciplina encargada de otorgar un marco de referencia a los expedientes clínicos de Cardiología, con la finalidad de observar cómo es que se han estandarizado los formatos —forma y contenido— de los expedientes clínicos y, por lo tanto, las prácticas médicas. Todo esto con el objetivo de esclarecer qué otras formas de comunicación tienen y han tenido cabida en los expedientes, información que apuntan a distintas maneras de practicar la medicina y, en consecuencia, de entender el proceso salud-enfermedad.

En resumen, es importante reiterar y subrayar que, por una parte, en la teoría —manuales de enseñanza clínica, artículos y libros especializados— la comunidad de médicos reconocen y señalan la existencia de problemáticas —a partir de sus respectivas especialidades— derivadas de la estandarización de los expedientes clínicos —por ejemplo,

las dificultades existentes en la comunicación médico-paciente—, problemáticas que comienzan desde la enseñanza en las universidades hasta la práctica formal de los médicos.

Por otra parte, estos señalamientos acerca de los inconvenientes que están implicados en la estandarización no son aplicados en la práctica, sino que los estándares son reproducidos por los especialistas en salud una y otra vez. La razón se encuentra —como he argumentado en este capítulo y como se verá a lo largo de la presente tesis— en los postulados que están sustentados en la *medicina basada en evidencia* y en la investigación clínica, ya que gran parte de la comunidad médica y de la población en general son guiados por el dogma cientificista del reduccionismo biológico; en contraposición a las *narrativas de la enfermedad* (Marini, 2016; Charon, 2011, 2008; Spiegel et al., 2009) y a la *otra historia clínica* (Lifshitz, 2014), posturas que dan un protagonismo a la visión y experiencia del paciente, a los síntomas que expresa, al contexto al que pertenece.

De esta manera, el lector puede observar cómo es que en esta investigación haré confluir cinco disciplinas: la Antropología, la Filosofía, la Comunicación, la Sociología y la Historia —disciplinas que conforman las fuentes secundarias que utilizaré a lo largo de este trabajo. Esto es así, porque especialistas de cada una de las áreas mencionadas han analizado el problema de la comunicación médico-paciente a partir de un área de conocimiento específica. En consecuencia, establecer un diálogo entre las posturas médicas clínicas y los argumentos provenientes de las disciplinas sociales enriquecerá de manera sustancial la manera en la cual pensamos la enfermedad, la salud, a los especialistas y a los pacientes.

## CAPÍTULO DOS

### MEDICINA INSTITUCIONAL. DE FORMATOS ARQUITECTÓNICOS A FORMATOS TECNOLÓGICOS

El presente capítulo es de carácter descriptivo, puesto que el objetivo es comprender los estándares que norman la práctica médica y, en consecuencia, la comunicación médico-paciente. Por esta razón, en primer lugar, describiré el contexto en el cual se desarrolla la práctica médica: la UMAE, hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez” perteneciente al Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS; contexto que ayudará a comprender el formato de los expedientes clínicos. Así, de acuerdo con lo anterior, en segundo lugar, explicaré de manera general las características de los documentos que conforman un expediente clínico.

En este sentido, el conjunto de formatos que conforman un expediente ayudarán a entender la práctica médica y, por tanto, dilucidar la relación y la consecuente comunicación que se entabla en la praxis clínica. Los legajos del expediente clínico son una expresión de, por un lado, la práctica clínica en sí, porque —especialmente la historia clínica— funcionan como guías de acción médica: contienen todas las observaciones y procedimientos — verbales y físicos— que el médico y los demás especialistas en salud que intervienen en el proceso de sanación de un paciente deben realizar durante la estadía del enfermo en el hospital y a lo largo del seguimiento de los enfermos durante su tratamiento, o bien, para el posterior monitoreo de algún procedimiento que se le haya practicado al paciente; por ejemplo, la revisión periódica de un STENT<sup>50</sup> (Jinich et al., 2006; Henderson et al., 2005).

Por otro lado, los expedientes clínicos son la cristalización de la comunicación entre médico y paciente. No obstante, como he reiterado a lo largo de estas páginas, la historia clínica es el documento más relevante de este vínculo por dos principales razones: 1) contiene los datos que fueron expresados verbalmente por el paciente, información interpretada y plasmada por el médico encargado de realizar el interrogatorio; y 2) es el formato que genera la apertura del expediente clínico; en otras palabras, es el que inaugura el proceso comunicativo en el caso particular de la enfermedad a tratar.

---

<sup>50</sup> STENT es una prótesis que se coloca en las venas o arterias con la finalidad de abrir una vena y/o arteria tapada.

Así, la historia clínica en particular y cada uno de los formatos que integran un expediente clínico serán entendidos y estudiados como un acto comunicativo; es decir, debemos “pensar siempre acerca de cada texto, imagen, acción, y objeto como un vestigio de un acto comunicativo, con receptores, productores y modos, y convenciones de transmisión. Esto significa erradicar la distinción entre hacer y comunicar el conocimiento” (Secord, 2004, p. 661) [T. de la A].

Entonces, durante estas páginas, la práctica de los médicos clínicos será siempre observada como una expresión de un acto comunicativo (Secord, 2004), puesto que analizarla a partir de la perspectiva propuesta por Secord (2004) ayudará a contestar la pregunta con la cual se inició esta investigación, a saber: ¿por qué el formato de los expedientes clínicos genera una comunicación médico-paciente ineficaz? Esto es debido a que a través del estudio de los formatos instrumentales —forma y contenido— que guían la práctica médica podremos entender cuáles son las problemáticas a las que se enfrenta la práctica/conocimiento médico clínico.

Ahora bien, con la finalidad de ofrecer una parte<sup>51</sup> de la respuesta a esta interrogante es necesario, en segundo lugar,<sup>52</sup> el análisis del fenómeno comunicativo dentro de su contexto: el hospital; recinto que resguarda los expedientes clínicos y que, a su vez, es estructurante del oficio de los especialistas en salud; lugar donde se puede observar la clase de comunicación que el médico y el paciente entablan.

Lo anterior, implica la interacción, como bien señaló Secord (2004), entre dos elementos que constituyen y que dan sentido y coherencia a la práctica médico-clínica: 1) el vínculo entre el paciente y el especialista en salud; relación situada en un espacio y un tiempo determinados que comienza, por una parte, debido a la necesidad del enfermo por aliviar el malestar que le aqueja. Por otra parte, el especialista en salud, siguiendo el objetivo del paciente, entrevistará verbal (entrevista preponderantemente cerrada debido al formato de la historia clínica) y físicamente al individuo sufriente con la finalidad de conocer su cuerpo y sus síntomas, y por ende descubrir la causa de tal afección. 2) El expediente clínico en el cual

---

<sup>51</sup> Sólo una parte porque la tesis en conjunto responderá a la pregunta; por lo que cada capítulo proporciona una porción al problema aquí tratado. En el presente capítulo se abordará el tema de los formatos, es decir, de la estandarización que comienza con los espacios en donde este importante artefacto cobra vida.

<sup>52</sup> El lector puede apreciar que la pregunta de investigación la comienzo a responder durante el capítulo uno con el análisis de los autores que han problematizado tres factores que confluyen en el estudio que aquí compete: a) la práctica médica; b) la relación médico-paciente; y, c) la estandarización.

el especialista en salud vierte toda la información relevante —signos y hallazgos paraclínicos— que observó durante su encuentro con el enfermo.

Siguiendo esta línea de pensamiento, los expedientes clínicos, tanto en forma como en contenido, son la materialización del conocimiento médico que se tiene en la actualidad y que se ha generado y acumulado<sup>53</sup> a lo largo de los siglos; conocimiento obtenido de las observaciones que los especialistas (naturalistas, anatomistas, entre otros especialistas interesados en los fenómenos que acontecen en el cuerpo humano) han realizado y plasmado en papel para su preservación y circulación (Pomata, 2011; Hess et al., 2010; Laín, 1950, p. 725-764).

Entonces, es a través de los formatos de los expedientes clínicos, es decir, de la práctica de los médicos especialistas y de su interacción con los pacientes y con la enfermedad que se ha conformado la práctica como hoy la conocemos, pues ha sido a partir de la comunicación de sus observaciones y de sus anotaciones que se ha conformado y reproducido la práctica médica; y con esto me refiero específicamente a la estructura de los formatos en dos niveles (Laín, 1950, p. 8): 1) La forma. El diseño de los formatos que los especialistas en salud deben llenar en su interacción con los pacientes, el orden en la cual está distribuida la información que obtienen de esta interacción, los procedimientos que deben realizar durante su contacto con la enfermedad, los instrumentos en los cuales apoyan sus observaciones, en fin, todos los aspectos que están relacionados con la estructuración de la práctica médica en sí; y 2) El contenido. La práctica de los médicos ya puesta en acción, es decir, la manera de observar, de escuchar y tocar la enfermedad, las palabras que utilizan para la designación de las enfermedades, los métodos diagnósticos que realizan para nombrar y diferenciar las enfermedades, los procedimientos quirúrgicos que llevan a cabo en cada intervención, la terapéutica prescrita y realizada al paciente, entre otros elementos constitutivos de la práctica médica.

De esta manera, queda evidenciado que los expedientes clínicos son, en sí mismos, una práctica comunicativa en dos sentidos: 1) porque estos contienen la relación que existe

---

<sup>53</sup> Si bien existe una importante acumulación de conocimientos de índole anatómica, patológica, nosológica, entre otros factores que inciden en la manera de cómo se practica la medicina, autores como Pedro Laín Entralgo (1950, capítulo VIII, p. 725-764) han sostenido que, a pesar de que hay una continuidad en el conocimiento, las prácticas cambian con el tiempo debido, entre otras causas, al olvido de ciertas prácticas/conocimientos que existieron, pero que ya no son relevantes en la concepción del proceso salud/enfermedad.

entre el paciente y el/los especialistas en salud que interactúan con el expediente (práctica médica) y, 2) porque a su vez los expedientes son una expresión del conocimiento médico, es decir, son la materialización de cómo nuestra sociedad entiende y vive los conceptos de salud y enfermedad. Estos dos puntos están íntimamente relacionados y no se puede entender el uno sin el otro ya que, reitero, el conocimiento es una práctica comunicativa: la relación entre el médico y el paciente está dada por formatos provenientes desde tiempos de Hipócrates, hasta las reestructuraciones que se efectuaron a estos formatos a raíz de las observaciones de finales del siglo XVII y principios del XVIII realizadas por naturalistas, físicos, médicos, es decir, pensadores de esa época que normaron la manera en la cual la naturaleza debe de ser examinada (*observationes*)<sup>54</sup> y revelada (*experimenta*)<sup>55</sup> (Daston, 2011; Pomata, 2011; Laín, 1950, capítulo VIII).

Como se puede observar, esta práctica comunicativa se remonta a varios siglos de antigüedad, puesto que el fenómeno salud/enfermedad ha sido una preocupación de nuestra especie desde hace milenios. Esta comunicación tiene múltiples expresiones: entre especialistas de la salud —pares—, lo que implica conocimientos de índole: anatómicos, nosológicos, patológicos; y conocimiento del otro, de su enfermedad, de su padecer, de sus síntomas, de su ambiente laboral y familiar (entre médico y paciente); elementos dados por el enfermo y plasmados por los clínicos en los expedientes clínicos, que son la expresión del acto comunicativo o, lo que es lo mismo, de la práctica médica.

Ahora bien, una vez aclarado lo anterior, el presente capítulo está dedicado a la descripción y el análisis de los expedientes clínicos de la UMAE, que se encuentra dentro del complejo hospitalario del Centro Médico Nacional Siglo XXI. En este sentido, mi objetivo con este capítulo es, por una parte, analizar la forma, es decir, el formato en el cual se presentan los expedientes clínicos; formato que, como se explicitará más adelante, guía el oficio, principalmente, de los médicos. Por otra parte, observar el contenido, esto es, la manera en la cual estos formatos son llenados por los especialistas en salud.

---

<sup>54</sup> A finales del siglo XVI y principios del XVII la práctica de *observar* obtuvo un nuevo significado el cual está ligado a la actividad científica. *Observationes* quiere decir estudiar, examinar la naturaleza como ocurre, es decir, como se nos presenta a los sentidos sin ninguna clase de intervención más que la mirada que se posa sobre el fenómeno a analizar (Daston, 2011, p. 95).

<sup>55</sup> *Experimenta* es un término que se populariza en 1660 y expresa la intervención del hombre en el curso de la naturaleza para producir efectos o causas. Implica la demostración pública de algún fenómeno natural a través de procedimientos empíricos, por ejemplo, las recetas médicas (Daston, 2011, p. 95).

De esta manera, expondré un panorama general acerca de cómo se estructura la práctica de los médicos clínicos, a partir del análisis de la herramienta de trabajo más importante: los expedientes clínicos. El ejercicio de observar y anotar, es decir, la materialidad de la práctica comunicativa es expresión de los conocimientos que los especialistas —por ser ellos los que realizan la práctica— y los pacientes —por formar parte de la validación de la práctica— construyen día a día en los muros de este hospital.

Para consumir satisfactoriamente el objetivo aquí planteado, es necesario, antes de comenzar con la descripción y el análisis de los expedientes clínicos, contextualizar la práctica médica en el espacio físico en donde esta se desarrolla. La finalidad de entender el lugar en el cual sucede la comunicación médico-paciente es porque los formatos de los expedientes clínicos —forma y contenido— están elaborados de manera tal que estructuran el espacio, a la institución que los resguarda y da vida, puesto que tanto médicos como expedientes pertenecen a una dinámica de construcción —investigación clínica, posgrados e instituciones internacionales que investigan y estandarizan el conocimiento—, circulación —expedientes clínicos, artículos especializados y de divulgación— y práctica —asistencia— del conocimiento que ostentan los hospitales como instituciones de salud pública.

Entonces, la comunicación médico-paciente está nutrida por el espacio geográfico y arquitectónico que da cabida a las prácticas propias de los hospitales. Por esta razón, a continuación, explicaré brevemente lo que es un hospital de tercer nivel y, posteriormente, entraré en materia acerca del espacio que compete a esta investigación: la UMAE, como parte del Centro Médico Nacional Siglo XXI.<sup>56</sup>

### *Hospitales de tercer nivel*

Antes de comenzar con las especificaciones del lugar que nos compete —CMNSXXI—<sup>57</sup> es necesario aclarar, de manera general, cuál es la función específica de los hospitales de tercer nivel, la importancia de estos espacios y por qué se diferencian de otros niveles de atención

---

<sup>56</sup> De ahora en adelante el Centro Médico Nacional Siglo XXI será referido como: CMNSXXI.

<sup>57</sup> En esta sección no me remitiré a ningún hospital en particular, sino las características que definen esta clase de hospitales; con la finalidad de que en el siguiente apartado el lector tenga una idea de la función de los hospitales de tercer nivel.

clínica; ya que al clarificar las generalidades de estos espacios podremos tener un mejor entendimiento del recinto que compete a esta investigación: CMNSXXI.

Sin embargo, para lograr lo anterior, es necesario realizar, en primer lugar, una caracterización de la diversidad hospitalaria que hay en nuestro país; y, en segundo lugar, un breve abordaje histórico de la conformación de los hospitales en la Ciudad de México. Estos elementos darán un contexto más amplio a los expedientes clínicos y, en consecuencia, una mejor comprensión de las problemáticas concernientes a la comunicación médico-paciente.

Comenzaré esta contextualización de los espacios distinguiéndolos entre sí, ya que los servicios de salud varían de hospital en hospital de acuerdo con las especialidades médicas que traten, los instrumentos con los cuales está equipado el hospital, la zona geográfica en donde son construidos y el tipo de población que los visita.

De esta manera, el médico e historiador Enrique Cárdenas de la Peña (1973), en el contexto del IMSS, distingue seis clases de hospitales, los cuales parafrasearé a continuación:

1. Hospital general: brinda servicios de cirugía, medicina interna, pediatría y ginecología.
2. Hospital especial: únicamente atiende enfermedades particulares, por ejemplo, cáncer, enfermedades mentales, maternidad, etc.
3. Hospital local: atienden a poblaciones de localidades determinadas. Cuenta con un reducido número de camas y está enfocado a medicina general y cirugía básica.<sup>58</sup>
4. Hospital subregional: atiende a poblaciones aledañas, por lo que tiene más capacidad que el local.
5. Hospital regional: sus servicios se extienden a localidades de más importancia, esto es, tiene una mayor cobertura y mayor número de camas y de especialidades médicas.
6. Hospital nacional: tiene médicos especialistas y atención a pacientes que requieren equipos sumamente especializados y de alto costo, esta clase de hospitales recibe enfermos de toda la red de servicios (Cárdenas, 1973, p. 186-187).

De acuerdo con la clasificación realizada por Enrique Cárdenas (1973), podemos observar que uno de los factores que incide en la configuración distributiva de los hospitales es la región en donde estos recintos están ubicados, ya que están diseñados y construidos de acuerdo con la densidad poblacional de zonas específicas. Así, los hospitales regionales y nacionales son unidades de salud que se encuentran en zonas de fácil acceso, para captar población de diversa índole que vive en las inmediaciones de estos recintos.

---

<sup>58</sup> Las cirugías básicas son cirugías menores en donde no hay complicaciones en la técnica quirúrgica, es decir, no se necesita ningún especialista médico.

Sin embargo, en la anterior clasificación no se contemplaron las Unidades Médicas de Alta Especialidad,<sup>59</sup> las cuales tienen una organización enfocada en “autosuficiencia y autonomía de gestión de los servicios médicos [...] [estructura] que favorece el sistema de referencia y contrarreferencia médica”<sup>60</sup> (Clave: 0500-002-001, 2005, p. 4). Esta clase de unidades tienen capacidad para atender un gran número de enfermos de diversas especialidades médicas, por lo que cuentan con instrumentos y tecnologías de punta para el diagnóstico y tratamiento de las múltiples enfermedades que se atienden en estos hospitales.

Siguiendo esta línea argumentativa, las zonas urbanas tienen varias características que favorecen el fácil acceso a buena parte de la población, tanto circundante como de las zonas aledañas, tales como infraestructura vial (por ejemplo, calles pavimentadas, banquetas, rampas para sillas de ruedas) y mobiliario urbano (letreros con nombre de la calle, alumbrado público, teléfonos públicos) (INEGI, 2014). Además, las ciudades cuentan con una mayor densidad poblacional en comparación con las zonas rurales;<sup>61</sup> factores que favorecen la construcción de los hospitales de tercer nivel de atención en contextos urbanos.<sup>62</sup>

---

<sup>59</sup> Como es el caso del hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”; así como los hospitales: de Pediatría, de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, de Oncología, de Gineco Obstetricia; todos ellos ubicados en el CMNSXXI. Otros hospitales que entran en la denominación de Unidades Médicas de Alta Especialidad en la Ciudad de México son: en el Centro Médico Nacional “La Raza”, “Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”. Asimismo, ubicados también en la CDMX pero que no forman parte de un complejo hospitalario está el Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Dr. Luis Castelazo Ayala” y el Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”. En el Estado de México está el Hospital de Traumatología y Ortopedia “Lomas Verdes”. En Monterrey, Nuevo León el Hospital de Cardiología No. 24, y dentro del Centro Médico Nacional del Noreste, el Hospital de Especialidades No. 25; y, finalmente, en Guadalajara, Jalisco está el Hospital de Pediatría y el Hospital de Especialidades perteneciente al Centro Médico Nacional de Occidente (Clave: 0500-002-001, 2005, p. 10).

<sup>60</sup> Con referencia y contrarreferencia se refiere al traslado de un paciente —por sus malas condiciones de salud o por presentar una comorbilidad— de un hospital —que puede ser de primer, segundo y tercer nivel de atención— a otro hospital, pero ese último de especialidades.

<sup>61</sup> De acuerdo con datos del INEGI, en 2010 78% de la población mexicana vive en zonas urbanas. Consultado en: [http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur\\_urb.aspx?tema=P](http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P)

<sup>62</sup> Sin embargo, es importante mencionar que autores como Carlos Galindo-Pérez (2017), Fernanda Azuela (2014), Rodrigo Vega (2014) y David Romero (2012) analizan la distribución de los espacios a partir de una perspectiva histórica, puesto que no es una cuestión contingente la centralización de los servicios de salud en las grandes urbes; sino que esta distribución, organización y centralización de los diversos espacios está en directa relación con los procesos históricos de nuestro país.

En consecuencia, los hospitales de tercer nivel más importantes de nuestro país se encuentran ubicados, precisamente, en los centros urbanos:<sup>63</sup> la Ciudad de Guadalajara<sup>64</sup> y la Ciudad de México. Hecho que ha traído como consecuencia que las personas que sufren de cierto tipo de patologías y viven en zonas periféricas tengan que realizar largos traslados para poder acceder a los equipos y especialistas médicos que su condición demanda (Galindo-Pérez, 2017; López, 2012).<sup>65</sup>

Ahora bien, es imprescindible mencionar que las transformaciones estructurales que se realizaron en los hospitales en territorio mexicano fueron una de las consecuencias de una corriente originada a principios del siglo XX, en Estados Unidos. En 1910 se publicó un importante informe conocido como el *Informe Flexner*, escrito, justamente, por Abraham Flexner.<sup>66</sup>

El Informe Flexner, parafraseando a Galindo (2017) tuvo una innegable influencia en la construcción, organización y estructura de los hospitales y de las normativas que deben de seguir los especialistas en salud que laboran en estos espacios. Fue así como en 1918 inició en México el “Movimiento de Estandarización de Hospitales” el cual fue una tendencia originada y difundida en Estados Unidos, la cual delimitó el estándar mínimo para el cuidado de los enfermos. Además, esta corriente de estandarización de la práctica médica brindó la actual clasificación de los hospitales, que va de acuerdo con la especialización médica a la cual se adscriben estos recintos (Narro, 2009, p. 81; en Galindo-Pérez, 2017, p. 230).<sup>67</sup>

---

<sup>63</sup> “[...] el equipamiento para la atención médica en los tres niveles de atención médica siguió, desde sus inicios, una estructura territorial concentrada y centralizada, a partir de la que se administró la desigualdad por la vía de la seguridad (IMSS e ISSSTE) y la asistencia social (SSA y SS del GDF). Esta centralidad metropolitana definió un patrón centro-periferia de la movilidad cotidiana de la población en su búsqueda de servicios de salud” (Galindo-Pérez, 2017, p. 234).

<sup>64</sup> “[E]l 3 de noviembre de 1792, se inauguró solemnemente la Real Universidad de Guadalajara, con la misa que ofició el deán de la catedral, Salvador Antonio Roca y Guzmán y el acto académico en el cual se leyó la Real Cédula de Fundación” (Real, 2013), única escuela de medicina ubicada fuera de la Ciudad de México.

<sup>65</sup> Aunque existen hospitales de especializaciones ubicados en zonas periféricas y de difícil acceso —por ejemplo, el Hospital Regional de la Huasteca, ubicado en la sierra madre occidental, en el Estado de Hidalgo— los centros médicos ubicados en CDMX cuentan con un mejor equipamiento para el diagnóstico, tratamientos y terapéutica de las diversas especialidades médicas.

<sup>66</sup> Pedagogo norteamericano que realizó una crítica y, posteriormente, una reforma en el sistema educativo médico norteamericano (Canadá y Estados Unidos), para después extender estas innovaciones al resto del mundo.

<sup>67</sup> En el contexto mexicano, es importante mencionar que, aunado a lo que sucedía en E.U.A. con el Informe Flexner, los principios del siglo XX estuvieron marcados por una serie de movimientos sociales que buscaban transformar la estructura sociopolítica del país. En este sentido, la esfera política mexicana, motivada e impulsada por la creciente industrialización que irradiaba su influencia por todo el globo, buscaba llevar a México por el camino del desarrollo y el progreso. Uno de los esfuerzos para alcanzar la modernización era la unificación cultural, lo que significaba que la población indígena —ubicada preponderantemente en zonas

Es de esta manera que se puede observar el paulatino surgimiento de los estándares en los espacios hospitalarios. Por una parte, el Informe Flexner contiene los lineamientos que deben de cumplir las personas que se encargarán de brindar atención médica a los enfermos, puesto que estos deben ser especialistas en el área en la cual desempeñarán su práctica y, como bien describe Galindo, se comienzan a especializar no sólo los individuos, sino también los espacios en los cuales la práctica se desarrolla.

Por otra parte, el progreso, la modernidad y la industrialización en México se extendieron por toda la República y llegaron a todos los rincones. En el ámbito médico la palabra modernidad se convirtió en sinónimo de especialización en todos los sentidos: espacios, muebles, instrumentos, vestimenta, personal, entre otros aspectos que acompañan a la práctica médica; todo esto en pro de los avances científicos, de las observaciones, de las investigaciones clínicas, de estándares de normalidad, pero también de la práctica misma.

Hasta aquí, he dado un breve contexto histórico acerca del surgimiento de los estándares que norman los espacios en donde ocurre la asistencia médica en la Ciudad de México. Asimismo, he dejado entrever las características del hospital que es parte del objeto de estudio de esta investigación; pero ¿qué es un hospital de tercer nivel? la Secretaría de Salud define estos espacios de la siguiente manera:

Tercer Nivel de Atención. Es la red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología. Aquí es donde se tratan enfermedades de baja prevalencia, <sup>[68]</sup> de alto riesgo y las enfermedades más complejas. En ellos se atiende a los pacientes que remiten de los Hospitales de segundo nivel. Son los Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES), los Institutos Nacionales de Salud, que se concentran en su mayoría en la Ciudad de México [al sur de la Ciudad en la denominada “Zona de Hospitales”], y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, de los cuales actualmente existen seis en distintas regiones del país (Secretaría de Salud <https://www.gob.mx/salud>).

---

periféricas del país— se integrara a los procesos de modernización, con la finalidad de industrializar al país haciendo a un lado la agricultura y las costumbres culturales tradicionales, para adquirir así nuevas prácticas que estén a tono con las tendencias de modernización e industria de la época, es decir, dejar de ser campesinos para convertirse en obreros. Asimismo, estos movimientos sociopolíticos contribuyeron a la centralización de la urbanidad, ya que la Ciudad de México contaba con los espacios adecuados para el impulso y desarrollo de la industria, en este caso particular, de las instituciones de salud: edificios, artefactos y prácticas propias de la modernidad.

<sup>68</sup> Enfermedades poco frecuentes en poblaciones específicas.

En este sentido, los hospitales de tercer nivel son instituciones altamente valoradas en nuestra sociedad, ya que cumplen con varias funciones dentro de la misma. En primer lugar, el hospital cumple con la función asistencial, por lo que es un espacio que reúne en su interior a médicos especialistas que están comprometidos con la institución hospitalaria y con los pacientes. Es decir, estos actores laboran teniendo como objetivo primordial el devolver o al menos mejorar la salud de las personas que ingresan a estas instituciones de altas especializaciones médicas.

En segundo lugar, es un espacio de enseñanza. Por una parte “[el hospital es] [m]anera de enseñar y de *decir* convertida en manera de aprender y de *ver*” (Foucault, 2012 p. 95). Siendo más clara, es el lugar en donde los alumnos son enseñados a ver y a hacer, a partir de lo visto y hecho por los médicos especialistas; ya que estos últimos ilustran con sus conocimientos y experticia a los recién egresados de la licenciatura y/o a los alumnos de posgrado, con la finalidad de que aprendan su oficio a través de la observación directa de los pacientes y la consecuente notación —en los expedientes clínicos— que sigue al interrogatorio y a la exploración física, ámbitos que definen y dan sentido a la práctica.

En tercer lugar, el hospital es un lugar de investigación clínica, esto se debe a que “[l]os enfermos del hospital son, bajo muchos aspectos, los sujetos más adecuados para un curso experimental” (Foucault, 2012, p. 120). La razón es que, por un lado, los pacientes se encuentran en una posición vulnerable: dependen de los especialistas para su sanación; y, por otro lado, debido a la mala condición de su salud, no tienen otra alternativa —ya que su vida depende de ello— más que aceptar los procedimientos —muchas veces innovaciones quirúrgicas, la implementación de alguna herramienta— y tratamientos que el médico delibere que son la mejor opción durante su práctica. Esta vulnerabilidad hace que los pacientes tengan que acceder —de no hacerlo no habrá tratamiento— a las innovaciones prácticas propuestas por el especialista.<sup>69</sup>

Finalmente, en cuarto lugar, ligado al punto anterior, el hospital es un recinto de investigación y producción científica. Con esto me refiero, por un lado, a la parte estadística

---

<sup>69</sup> El lector recordará que en el capítulo uno se abordó el problema que implican los epónimos en la práctica médica. Durante mi estancia en el archivo del hospital “Dr. Luis Méndez” del CMNSXXI, escuché que el personal que labora en el archivo no encontraba un expediente. El expediente apareció en la gaveta ubicada en un consultorio de un especialista, ya que al dueño indirecto del expediente (el paciente) se le iba a aplicar una innovación quirúrgica y el médico que resguardó el expediente quería ser el especialista en aplicarla.

de enfermedades poblacionales, puesto que es en estos centros de especializaciones médicas en donde las enfermedades son codificadas y enviadas a la OMS con la finalidad, reitero, de generar estadísticas acerca de las enfermedades más frecuentes, el tipo de población en la cual se presentan, entre otras cuestiones referentes a la generación de conocimiento médico nosológico. Por otro lado, es en estos espacios en donde se “investigan las causas principalmente biológicas de los padecimientos humanos y los mejores sistemas terapéuticos en la lucha contra el dolor humano” (Lazo, 1966, p. 65); con el objetivo de crear estándares etiológicos<sup>70</sup> y terapéuticos que ayuden a aliviar o mitigar el sufrimiento ocasionado por cierta clase de padecimientos.

De acuerdo con lo anterior, el lector puede apreciar cómo es que el enfermo se encuentra en una posición vulnerable en el momento en que ingresa al hospital, ya que su voluntad pasa a segundo plano y depende de los especialistas médicos para su mejoría o total recuperación. En este sentido, los médicos, durante su formación, fueron enseñados a ver enfermedades y no enfermos,<sup>71</sup> característica que se aprecia en las investigaciones que realizan sobre sus pacientes. Esto se puede apreciar en las cartas de *consentimiento informado*, ya que éstas pasaron de ser un proceso de comprensión del paciente acerca de lo que el especialista sabe sobre su enfermedad y los procedimientos que llevará a cabo para su sanación o mejoría, a un mero requisito administrativo del hospital por cualquier cuestión legal que se pudiera presentar.

[En consecuencia,] se llamará especialización terciaria al conjunto de los gestos por los cuales la enfermedad, en una sociedad, está cercada, médicamente investida, aislada, repartida en regiones privilegiadas y cerradas, o distribuida a través de los medios de curación, preparados para ser favorables (Foucault, 2012, p. 39).

---

<sup>70</sup> La etiología es la “ciencia que se ocupa de los agentes causales de la enfermedad” (Juo, 2001, p. 434).

<sup>71</sup> No obstante, esta premisa de que los especialistas son enseñados a ver únicamente la enfermedad y no al individuo que la porta no siempre ha sido así, por lo menos en la enseñanza de los médicos mexicanos. Esta idea se puede ver expresada en el discurso inaugural del Instituto Nacional de Cardiología (17 de octubre de 1976), pronunciado por el cardiólogo Ignacio Chávez: “Como hospital que es, sus médicos deben ser cada día más hombres de ciencia y cada día mejores clínicos, porque de la conjunción de ambas virtudes depende la excelencia de sus servicios [...]. Como hospital especializado que es, reconoce también que el enfermo, por su parte, es una unidad en sí y debe ser **visto y atendido como un todo** [...]. Reconoce asimismo que la atención a los enfermos, además de científica, debe estar impregnada de calor humano; que el sufrimiento físico está doblado casi siempre de sufrimiento espiritual y que tanto como de la ciencia, el enfermo espera de su médico comprensión, ayuda y simpatía” (Chávez, 1978, p. 16) [Las negritas son mías].

Precisamente, esto que alude Foucault es una de las problemáticas de la especialización médica —expresada en los hospitales de tercer nivel. Al igual que las diversas especialidades en las cuales se divide la práctica médica, los hospitales —y esto se ve expresado en las historias clínicas que analizaré más adelante— son la manifestación arquitectónica de esta división, de esta escisión del enfermo con la sociedad, de la enfermedad con el cuerpo; en donde la división se realiza desde el espacio —centralizado—, pasando por la arquitectura —división de enfermedades— y los cuerpos mismos —tejidos, órganos—, hasta la práctica clínica y la enseñanza, es decir, todos los elementos que rodean el proceso salud/enfermedad de un individuo.

Hasta aquí, he resaltado la importancia del estudio de los espacios, ya que la práctica médica ha estructurado la distribución del lugar en donde este oficio se lleva a cabo; pero, asimismo, los espacios delimitan y estructuran las actividades y conductas que se llevan a cabo en lugares específicos.

En este sentido, es imprescindible el análisis del espacio que compete a esta investigación, el lugar que genera y resguarda los expedientes clínicos: la UMAE como parte del complejo hospitalario del CMNSXXI del IMSS. Su arquitectura, su ubicación y, por supuesto, su historia, podrán brindar luz en las prácticas médicas que se desenvuelven en su interior, porque son prácticas que dan origen y estructuran a los expedientes clínicos.

En palabras de Silvia Chacón Martínez, “[los hospitales] juegan un papel determinante para comprender la estructura y la dinámica de las sociedades en los diferentes momentos históricos y contextos socio-culturales y político-económicos” (Chacón, 2015, p. 19), puesto que, la manera en la cual están distribuidos los espacios, los diseños de los edificios, la fachada de los hospitales, la disposición de los muebles, la distribución de los interiores, el lugar en donde está ubicado el complejo hospitalario, en fin, la geografía y la arquitectura de los hospitales cuentan una historia de cómo se practica la medicina y cómo se vive la enfermedad en el interior de sus muros.

### *Centro Médico Nacional Siglo XXI*

Una vez definido lo que implica un hospital de tercer nivel, sus características y su conformación en centros urbanos es momento de entrar al recinto que nos compete: el Centro

Médico Nacional Siglo XXI;<sup>72</sup> complejo hospitalario de alta especialidad médica que está ubicado en el centro de la Ciudad de México, esto es en avenida Cuauhtémoc no. 330, entre Dr. Márquez y Eje 3 Sur, en la Colonia Doctores.



*Figura 1.* Foto panorámica del CMNSXXI.<sup>73</sup>

Ahora bien, en este apartado me daré a la tarea de dar un breve contexto histórico de este Centro Médico, con la finalidad de dilucidar la importancia que tiene en nuestro país, los objetivos con los cuales fue creado y, de esta manera, comprender el ambiente en el cual está imbuido el hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”, recinto que forma parte del Centro Médico y que resguarda los expedientes clínicos —mismos que se estudiarán más adelante—, puesto que no podemos entender a estos formatos si primero no comprendemos el espacio que los origina y del cual forman parte.

Actualmente, el CMNSXXI es orgullo institucional de nuestro país, enfoque que se puede ver plasmado en la arquitectura, en los bustos que adornan el Centro y que se encuentran dispersos por sus instalaciones, por los bellos murales que atavían las paredes de los diversos hospitales que componen este imponente Centro. Al acceder a este espacio por la puerta principal —entrada que se encuentra sobre la avenida Cuauhtémoc— o por la estación del metro Centro Médico —tiene una salida que lleva directo a la entrada principal

---

<sup>72</sup> En adelante, este Centro Médico será referido como CMNSXXI.

<sup>73</sup> Recuperada de: <http://edumed.imss.gob.mx/pediatrica/circultura/pagcultura.htm>

y que, además, en esta estación se encuentra el primer mural que destaca las virtudes de este Centro—, se muestra imponente ante los visitantes una escultura del logotipo<sup>74</sup> institucional<sup>75</sup> del Instituto Mexicano del Seguro Social, que versa lo siguiente:

Este Centro Médico Nacional Siglo XXI, orgullo institucional, vigoriza nuestra lucha por el bienestar de la clase trabajadora y sus familias... es ejemplo de la voluntad y la vitalidad que han hecho grande al pueblo de México y es muestra fehaciente de su férrea decisión por avanzar día con día, sin escatimar esfuerzos, creando espacios de esperanza y humanismo para la salud y la vida (Emilio Gamboa Patrón, Director General del IMSS, abril 27 de 1992).



*Figura 2.* Escultura que representa el logotipo institucional ubicado en la entrada del CMNSXXI.<sup>76</sup>

De esta forma, se puede apreciar que el logotipo y el texto que lo acompaña, sumados al lugar en donde está situada la escultura son un reflejo del esfuerzo gubernamental por resaltar el desarrollo y la prosperidad nacional a través de los valores institucionales, en este caso particular, de trabajo, salud, solidaridad y bienestar social. Sin embargo, para

---

<sup>74</sup> “El logotipo del IMSS es una creación del artista Salvador Zapata, realizada en 1944” (IMSS, 2017, p. 101).

<sup>75</sup> “En primer nivel aparece el águila, la cual representa la fortaleza y la vigilancia del pueblo mexicano para brindar protección a los trabajadores y a sus familias, como sugieren las alas que cubren la figura de la madre y su hijo que a su vez simboliza la comunidad histórica vigente. En segundo nivel se percibe la ternura materna, el calor humano y la naturalidad; es interesante el efecto que expresa la mano sosteniendo la criatura que es tan grande como un nido. Finalmente en la base del símbolo aparecen con caracteres energéticos las siglas IMSS (logotipo) y con tipografía más pequeña SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL (lema)” (IMSS, 2003).

<sup>76</sup> Recuperada de: <https://www.picuki.com/tag/hospitalsigloxxi>

comprender de manera más completa las implicaciones que tienen las instituciones en la práctica médica, es necesario remontarme, brevemente, a la historia de la conformación institucional del CMNSXXI, puesto que fue el momento en donde se plantearon los objetivos y los estándares que deben cumplir esta clase de organismos gubernamentales; contexto que clarificará la estandarización de los formatos arquitectónicos y de procedimientos que se desarrollan en el interior de este espacio.

Para comenzar, debo reiterar y subrayar la influencia que tuvo el *Informe Flexner* en todo el continente americano, ya que él arguyó que los hospitales debían ser importantes centros de enseñanza clínica, lo que tuvo como consecuencia la estandarización de los hospitales y, por lo tanto, de la práctica médica. En este sentido, la premisa principal de este *Informe* fue que “la medicina es básicamente un sistema educativo” (Flexner, 1910, p. 10) [T. de la A.].

Así, dicho *Informe* —publicado en Estados Unidos en 1910—<sup>77</sup> sumado a un contexto mexicano progresista —movimiento heredero de la Revolución mexicana, el cual, *grosso modo*, pretendía convertir a México en un país industrializado con el objetivo de superar el atraso cultural y, además, no depender económicamente del campo, sino de la industria—, impulsaron la creación de un Centro Médico que sentaría las bases de la modernidad y el progreso; a través de un complejo hospitalario equipado con los instrumentos más modernos de diagnóstico y tratamiento, así como médicos calificados para el manejo de los mismos y, además, clínicos especialistas con un criterio altamente científico.

---

<sup>77</sup> En la introducción de este reporte realizada por Henry S. Pritchett, presidente de la fundación *Carnegie for the advancement of teaching* —en donde Flexner publicó su informe—, el autor realizó un puntual resumen acerca de los cinco puntos más relevantes sobre los cuales Flexner propuso la reforma de los estándares de la práctica médica, los cuales, a grandes rasgos versan de la siguiente manera: 1. Sobreproducción de médicos mal preparados. 2. Proliferación de escuelas de medicina con un enfoque comercial, lo que implica ver a los pacientes como clientes. No obstante, la medicina no es un negocio, sino una ciencia al servicio de la población. 3. Esta falta de estándares en los médicos es debido a los bajos recursos con los que cuentan las escuelas de medicina, ya que en aquel periodo —principios del siglo XX— la ciencia avanzaba rápidamente y con ella el incremento de herramientas innovadoras que permiten mejores diagnósticos, tratamientos y, por lo tanto, pronósticos más certeros. Entonces, la falta de presupuesto fue expresión de escuelas mediocres con un personal poco especializado. 4. Mediocridad por parte de los médicos en su práctica, misma que se sitúa en las escuelas de medicina. 5. Un hospital es, necesariamente, un lugar de enseñanza ya que introduce a los estudiantes a la práctica médica a partir de la observación de las rutinas de los especialistas médicos. Todo esto con la finalidad de que adquieran experticia en las ciencias clínicas (Flexner, 1910, p. X-XI) [T. de la A.].

Bajo este contexto, se produjeron una serie de cambios estructurales en materia de salud, mismos que fueron planteados con el nombre de *Plan Nacional de Hospitales* (1944);<sup>78</sup> reestructuración que le fue encomendada al Dr. Norberto Treviño Zapata,<sup>79</sup> por parte del Secretario de Salubridad el Dr. Gustavo Baz (1940-1946). Así, Norberto Treviño fue enviado a Chicago para “estudiar construcción y administración de hospitales” (Ramos, 1999, p. 359), puesto que tenía el objetivo de observar, analizar y estudiar “la estructura, organización y funcionamiento de los hospitales” (Treviño, Olvera, Ramírez & Díaz, 1996, p. 13). Fue así como comenzaron las reformas hospitalarias: modelos que fueron implementados en territorio mexicano a partir del estudio de la estandarización de los recintos dedicados a la práctica clínica hospitalaria, principalmente, en el norte del continente americano.

Estas reformas hospitalarias eran, en nuestro país, un claro ejemplo del progreso y la modernidad; características que se expresaron en un solo conjunto hospitalario: el Centro Médico Nacional [SXXI], espacio que representó los ideales nacionales tanto en su fachada como en sus funciones.

Por una parte, su ubicación central lo hace de fácil acceso para la población mexicana concentrada en la Ciudad de México (Coquet, 1964); pero además, el lugar en donde está construido favorece la visibilidad de los mexicanos a tan imponente Centro por contar con una “arquitectura emblemática que proyectaba potestad y poderío” (Azuela, 2014, p. 21).<sup>80</sup> Por otra parte, los hospitales del Centro Médico estaban equipados con los mejores y más novedosos instrumentos y, también, con médicos especializados que contaban con gran experticia en su campo de estudio. De esta manera, el Centro Médico es un ejemplo que ha demostrado (desde su construcción hasta hoy día) el compromiso social y científico que tiene nuestro gobierno.

---

<sup>78</sup> El *Plan de Hospitales* formaba parte del *Plan Nacional*, el cual pretendía delimitar y normar las funciones y acciones del gobierno para el desarrollo y progreso de México, a través de la implementación de políticas públicas, en este caso particular, de prevención y salubridad social.

<sup>79</sup> Norberto Treviño Zapata fue el “jefe del Departamento Autónomo de Estudios, Planeación y Ejecución del Plan Nacional de Construcción de Hospitales, coordinando la labor de 10 arquitectos y 10 asesores” (Ramos, 1999, p. 359).

<sup>80</sup> Como expuse en el apartado anterior, los espacios son sumamente importantes puesto que la ubicación y la arquitectura son parte de las prácticas comunicativas. En este sentido, en México se tiene un importante legado del periodo colonial, ya que no es para nada arbitrario que la construcción del Centro Médico sea en el centro de la Ciudad de México, puesto que el centro de la ciudad, durante la colonia hasta nuestros tiempos, ha estado plagado de bellas edificaciones en las cuales se desarrollaban actividades propias de las gentes estudiosas dedicadas a actividades culturales y científicas (Azuela, 2014).

Ahora bien, fue hasta el año de 1961 que el presidente de la República Adolfo López Mateos junto con su Secretario de Salubridad y Asistencia<sup>81</sup> Ignacio Morones Prieto realizaron la transición de este Centro Médico al Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de proteger y asegurar a la población trabajadora de México. Por lo que el 15 de marzo de 1963 se inauguró el Centro Médico Nacional, el cual estaba capacitado para atender a sus derechohabientes a cualquier hora de los 365 días del año, con especialidades que demandan médicos con experticia en su campo de conocimiento con disponibilidad las 24 horas del día (Treviño et al., 1996, p. 15; Coquet, 1964).

Sin embargo, desde que el Centro Médico Nacional pertenece al IMSS (1961), se han favorecido dos clases de personas: “*asegurados*: trabajadores que aportan al sostenimiento del Seguro y que pueden ser asalariados urbanos, trabajadores del campo y trabajadores independientes; y *beneficiarios*: familiares a cargo de los trabajadores” (Lazo, 1966, p. 196). De esta manera, las personas que viven en las zonas periféricas<sup>82</sup> y/o zonas marginadas de las ciudades tienen una clara desventaja: para acceder a este centro hospitalario de especialidades tienen que realizar largos traslados en condiciones de salud deficientes.<sup>83</sup> A raíz de la compra por parte del IMSS del Centro Médico “[este] fue construido en la ciudad de México para servir de núcleo de especialización para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos de los trabajadores” (Coquet, 1964, sin número de página).

Una vez aclarado el contexto de surgimiento del CMN[SXXI] es momento de algunas especificaciones de la distribución de los espacios que, como he expuesto hasta el momento, son características de vital importancia para comprender su funcionamiento y las prácticas que se llevan a cabo en su interior. De acuerdo con los textos *Servicios Médicos del IMSS*.

---

<sup>81</sup> “La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) fue creada a raíz de un decreto presidencial el 15 de octubre de 1943; en ella se fusionaron la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad Pública” (Neri, 2002, p. 89). Esta fusión entre estas dos instancias tuvo un objetivo muy concreto: “absorber todos los aspectos de la Salud Pública Nacional, dentro del **concepto moderno de la medicina: Prevenir, Curar, Rehabilitar**” (Lazo, 1966, p. 96) [Las negritas son mías].

<sup>82</sup> “Durante los primeros años de vida del IMSS únicamente atendió a trabajadores urbanos, no fue sino hasta 1954 cuando este servicio incorporó al sector de los trabajadores agrícolas, constituido por pequeños propietarios y ejidatarios. [...] En 1959 se modificaron 26 artículos de la Ley del Seguro Social, lo que permitió asegurar a trabajadores agrícolas” (Neri, 2002, p. 90).

<sup>83</sup> En los Estados del interior de la República también existen hospitales de tercer nivel, los cuales se conocen como Hospitales Regionales y también Centros Médicos (por ejemplo, en la Ciudad de Guadalajara). No obstante, esta clase de hospitales, aunque tienen equipos y herramientas para ser considerados de tercer nivel, no se comparan —en tamaño, en personal especialista que ahí labora, ni tampoco en herramientas y equipos de diagnóstico y tratamiento— a los Centros Médicos ubicados en la actual Ciudad de México.

*Doctrina e Historia* (Cárdenas, 1973, p. 201) y *La Seguridad Social en México* (Coquet, 1964)<sup>84</sup> el CMN abarca un área de 156,000 metros cuadrados. Así, en 1961 este Centro “comprendía un hospital de Ginecoobstetricia; uno dedicado a Oncología y otro a enfermedades pulmonares, necesidades prioritarias para el momento” (Treviño et al., 1996, p. 25), por la clase de padecimientos que la población mexicana sufría en aquellos años. Estos hospitales fueron los primeros en tener el equipo y el personal adecuado para desempeñar las funciones institucionales por las cuales fue creado.

Sin embargo, como mencioné en párrafos anteriores, es hasta 1963 que el Centro Médico es inaugurado oficialmente por el presidente Adolfo López Mateos con el objetivo de “ofrecer [...] una nueva medicina, la mejor que pudiera brindarse en cualquier parte del mundo, inspirada en un profundo sentido de servicio social” (IMSS, 2017, p. 151). Es decir, es hasta esta fecha que el Centro Médico concentraba en él los hospitales de especialidades que respondían a las necesidades sociales de la época, por lo cual contaba con los siguientes espacios que están distribuidos y separados de acuerdo con la función que cumplían en el Centro: Hospital de Pediatría, Hospital de Traumatología y Ortopedia, Hospital de Gineco-Obstetricia, Hospital de enfermedades del Tórax y Cirugía de Tórax (antes de Neumología),<sup>85</sup> Hospital de Oncología, Hospital de Convalecencia, Banco Central de Sangre, Farmacia, Unidad de Habitaciones-Escuela,<sup>86</sup> Central de Anatomía Patológica, Biblioteca de Medicina y Seguridad Social, Unidad de Medicina Experimental, Oficinas Administrativas, Central de ambulancias, Servicios Generales, Talleres y Lavandería, Escuela de Enfermería<sup>87</sup> y Unidad de Congresos<sup>88</sup> (IMSS, 2017, p. 152; Cárdenas, 1973, p. 200; Coquet, 1964).

---

<sup>84</sup> Estos libros cuentan la historia institucional del CMNSXXI, por lo que su contenido es parecido además de que son sumamente descriptivos.

<sup>85</sup> Ahora hospital de Cardiología. La especialidad de Cardiología obtuvo su propio espacio debido al incremento de enfermedades cardiovasculares en la población mexicana.

<sup>86</sup> “[A] diferencia de lo que sucede en la actualidad, los residentes vivían dentro de las instalaciones” (Lifshitz, 1996, p. 333), por lo que este edificio fue creado con la finalidad de dar albergue a los médicos residentes.

<sup>87</sup> Otorga el título de Enfermera (o) a los egresados de esta carrera.

<sup>88</sup> Es un imponente edificio el cual está dedicado, como su nombre lo indica, a la impartición de congresos de Medicina, en los cuales especialistas de diversos centros y universidades discuten acerca de un tema en particular. Este espacio es sede de una gran diversidad de congresos, exposiciones y otros eventos relacionados con las ciencias de la salud. Pero, además, es un recinto de enseñanza, no sólo de comunicación entre pares (especialistas), sino también es un espacio en donde los alumnos de diversas ciencias de la salud (licenciatura y posgrados) acuden para participar en los debates planteados por los especialistas acerca de alguna enfermedad o algún nuevo procedimiento, con el objetivo de aprender acerca de su próximo oficio por boca de los expertos que ahí exponen.

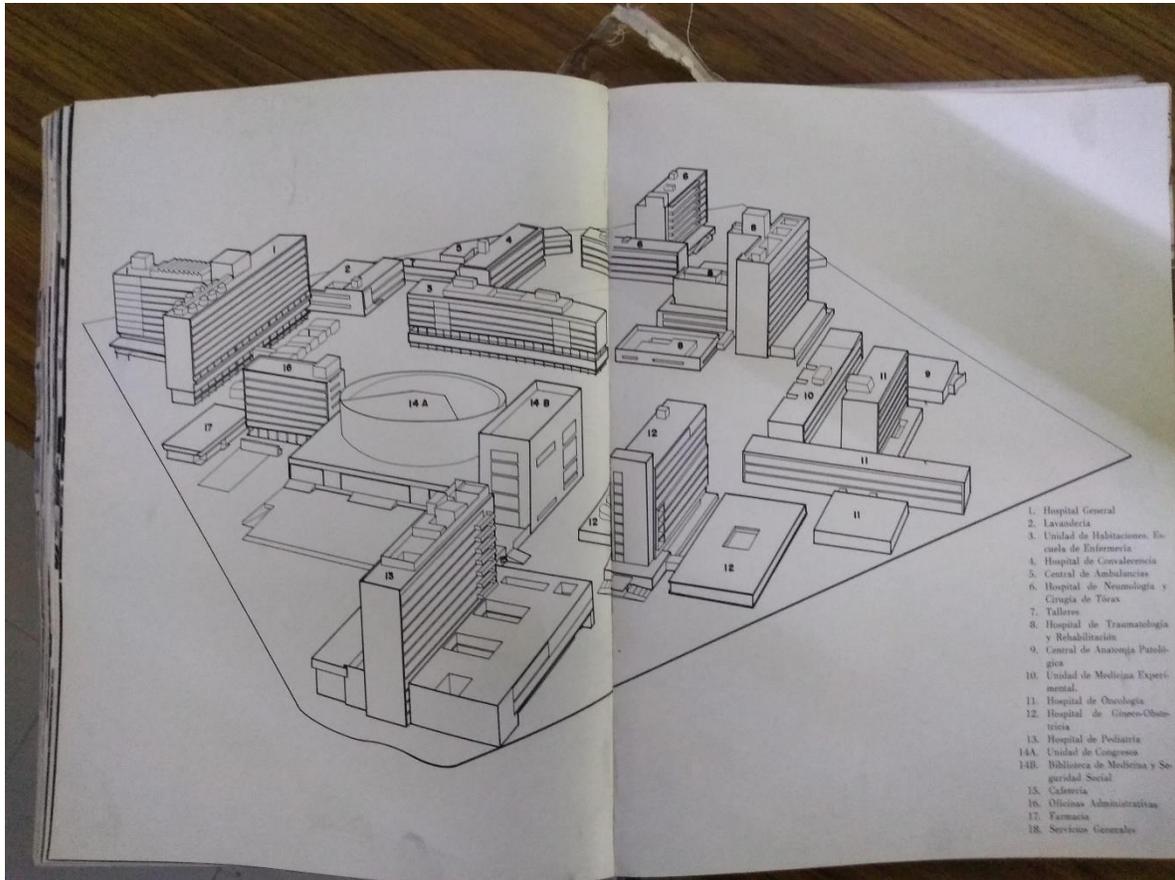


Figura 3. Distribución del CMNSXXI antes de 1985.<sup>89</sup>

De acuerdo con estos datos, la superficie construida del Centro Médico es de 207, 283 metros cuadrados, los cuales están distribuidos en tres grandes bloques edificados que conforman una T a lo largo y ancho del Centro. Cada edificación tiene sótano, planta baja y diez pisos: siete para hospitalización uno de quirófanos y central de equipos, uno para laboratorios y uno más para oficinas y servicios en general (Treviño et al., 1996; Cárdenas, 1973, p. 201). A su vez, los servicios están organizados por especialidades, por lo que la arquitectura por sí misma es sumamente funcional.

He mencionado en anteriores páginas que la arquitectura del CMNSXXI refleja el esfuerzo institucional por la modernidad y el progreso de México. No obstante, por cuestiones prácticas, para los objetivos de esta investigación, dividiré la arquitectura en dos partes, mismas que se encuentran interrelacionadas entre sí puesto que es un solo complejo

<sup>89</sup> Distribución del CMNSXXI, antes de su reconstrucción, ocasionada por el terremoto que sacudió a la Ciudad de México en 1985. Recuperado de: Coquet, 1964, sin número de página.

hospitalario. Por una parte, está la arquitectura propiamente dicha, esto es la proyección y el diseño de los edificios y los espacios al aire libre que componen a este Centro Médico. La planeación y consecuente construcción del CMN estuvo a cargo del arquitecto Enrique Yáñez de la Fuente,<sup>90</sup> quien a través de este complejo hospitalario logró plasmar para el Instituto ser el modelo “más representativo de la arquitectura hospitalaria moderna” (IMSS, 2017, p. 104).

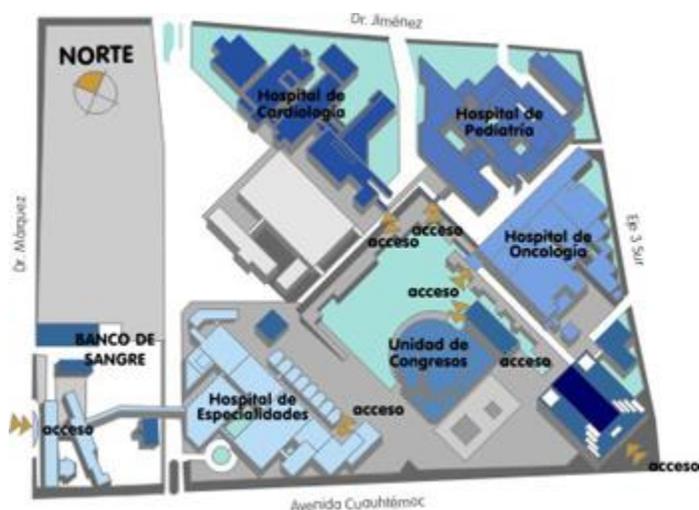


Figura 4. Distribución actual de los espacios y hospitales que componen el CMNSXXI.<sup>91</sup>

El estilo arquitectónico del CMN es iniciativa del IMSS —derivada del *Plan Nacional de Hospitales*—, el cual fue pensado con la finalidad, de acuerdo con el mismo Instituto, de satisfacer a la población mexicana “para que pudiera disfrutar de zonas abiertas o al aire libre, en las que hubiera dónde sentarse y admirar el arte” (IMSS, 2017, p. 104). Es decir, para que los derechohabientes y sus familiares admiren el progreso de la nación que se encuentra proyectado en los hospitales del IMSS, puesto que tanto los murales como las esculturas que adornan las paredes y los espacios del Centro proyectan la grandeza de nuestro país, el progreso y la modernidad que se ha cristalizado, a través de los años, en las instituciones de salud pública.

<sup>90</sup> Arquitecto perteneciente a la corriente funcionalista. De esta manera “el Centro Médico Nacional constituye un avance en modelo de arquitectura funcional: lujo, confort y comodidad que aplaudimos sin reserva” (Lazo, 1966, p. 66).

<sup>91</sup> Recuperado de: [http://edumed.imss.gob.mx/edumed/Cds/pag\\_cdscmn.htm](http://edumed.imss.gob.mx/edumed/Cds/pag_cdscmn.htm)

Es a través de estas obras de arte —arquitectura, murales y esculturas—,<sup>92</sup> que el Instituto cuenta una historia acerca de las virtudes de la medicina científica en contraposición a la medicina tradicional, que está plagada de creencias y supersticiones e impide el desarrollo de la población del país; sobre los esfuerzos del gobierno para que en México exista la justicia social y la solidaridad.<sup>93</sup> De esta manera, el espacio físico del CMNSXXI denota un funcionalismo de carácter ideológico, porque en su diseño se puede observar que la comodidad de los familiares de los derechohabientes ha sido sacrificada por una bella ornamentación, la cual se torna difícil de observar en tiempos de enfermedad. Con esto me refiero, específicamente, a los espacios al aire libre puesto que es en estos sitios donde los familiares esperan a sus enfermos; espacios que carecen de comodidad para aquellos que aguardan a sus amigos o familiares por días e, incluso por varias semanas y que están expuestos a las inclemencias del clima, a dormir sobre bardas de concreto o en cajas de cartón dispuestas en el piso de afuera de los hospitales.



*Figura 5.* Mural que adorna la entrada del hospital de Especialidades del CMNSXXI.<sup>94</sup>

Por otra parte, la arquitectura del CMN es funcional en el sentido de la práctica médica; ya que, como se puede observar en la descripción espacial del Centro, la estructura edificada está en concordancia con el desarrollo de las especialidades médicas, mismas que están en estrecha relación con las innovaciones tecnológicas de los instrumentos utilizados durante la práctica de los médicos especialistas.

---

<sup>92</sup> “En su acervo cultural, el IMSS, reúne más de 800 obras de arte que incluyen pintura mural, esculturas monumentales —tanto en relieve como tridimensionales—, murales en mosaico, dibujos, bocetos de obras, vitrales, murales transportables, que aunados a joyas arquitectónicas, constituyen su patrimonio artístico” (IMSS, 2017, p. 102).

<sup>93</sup> “José Chávez Morado, Francisco Zúñiga, Luis Nishizawa, Luis Ortiz Monasterio, Federico Cantú e Iker Larráuri, entre otros artistas, también plasmaron sus obras en el Centro Médico Nacional [SXXI] entre 1957 y 1963” (IMSS, 2017, p. 103).

<sup>94</sup> Uno de los murales más bellos que se encuentran en todo el CMNSXXI. En esta obra se cuenta la historia y el progreso de la Ciencia Médica en México. Recuperado de: <http://edumed.imss.gob.mx/pediatria/circultura/pagcultura2.htm>

Estas innovaciones en las técnicas de diagnóstico y terapéutica necesitaban un espacio que funcionara de acuerdo con las nuevas necesidades de la práctica clínica; hecho que trajo como consecuencia una nueva distribución de los espacios, la cual se cristalizó en la arquitectura funcional de los hospitales, de la cual el IMSS es precursor en nuestro país: las edificaciones verticales —especialidades asignadas por pisos— suplieron a las horizontales —por pabellones de especialidades—; es decir, “[l]os hospitales modernos ya no se construyen por pabellones aislados, sino que su planeación es en edificios por pisos de especialidad separando en alas a los pacientes encamados de acuerdo con el sexo” (Lazo, 1966, p. 65). Así, un cambio en la práctica y en los instrumentos propios del oficio de los médicos impactó en la manera en la cual se clasifican y distribuyen las enfermedades en los hospitales.



*Figura 6.* Hospital de Especialidades en donde se aprecia la distribución del espacio por pisos.<sup>95</sup>

---

<sup>95</sup> En esta fotografía se puede apreciar, además de la distribución del Hospital por pisos, las obras de arte que se encuentran desplegadas por todo el CMNSXXI. Asimismo, se observan las áreas verdes y las bancas (no presentes en todo el Centro), espacios para comodidad de los derechohabientes y sus familias. Recuperada de: <https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.picuki.com%2Ftag%2Fhospitalsigloxxi&psi g=AOvVaw0XsD11YbbS6R9PIjvrCE->

Asimismo, cada uno de los hospitales que comprenden el CMN están equipados con los mejores equipos e instrumentos propios de la especialidad donde se encuentran. La razón, como he resaltado en estas páginas, es que el CMN es la manifestación arquitectónica, material y práctica del progreso y la modernidad de México, en otras palabras: “El CMN es ejemplo de la continuidad de los esfuerzos de la Revolución Mexicana para cumplir uno de los postulados de la justicia social: cuidar a la población trabajadora del país dentro de los altos principios de la Seguridad Social mexicana” (Cárdenas, 1973, p. 199).

Tanto el equipamiento de los hospitales como el personal médico especialista que ahí labora hacen del Centro Médico un espacio perfecto para la enseñanza clínica, ya que cada hospital es por sí mismo un centro de enseñanza: “El médico se forma en las escuelas de medicina, pero más que todo, en los hospitales. *Escuela de medicina que no tiene un hospital propio para la práctica diaria de sus alumnos es una escuela que está coja: que le falta el mejor lugar de enseñanza para la perfección profesional de sus alumnos*” (Lazo, 1966, p. 64).

De esta manera, el CMNSXXI es el lugar ideal para la preparación de los estudiantes de posgrado,<sup>96</sup> puesto que pueden estar en contacto directo con los pacientes y su enfermedad, lo que les da la oportunidad de observar directamente a los especialistas clínicos y demás especialistas en salud durante la práctica diaria que ejercen en estos recintos; asimismo, los especialistas observarán las prácticas de los alumnos con la finalidad de que éstos aprendan a utilizar los instrumentos propios de su especialidad, así como desarrollar la experticia apropiada de su campo laboral.

Sin embargo, es importante hacer una distinción entre dos clases de alumnos que acuden a los hospitales. Por un lado, los alumnos de pregrado están obligados a realizar un año de servicio social,<sup>97</sup> en donde se prioriza el nivel de atención primaria<sup>98</sup> con la finalidad de que pongan en práctica lo aprendido en las aulas y, además, adquieran pericia clínica.

---

Q&ust=1602781118334000&source=images&cd=vfe&ved=2ahUKEwjHzfqKx7TsAhWHfK0KHRsfA6oQr4kDegQIARBL

<sup>96</sup> En los inicios operativos del CMN, únicamente los estudiantes de la UNAM realizaban aquí sus observaciones y prácticas clínicas. Posteriormente se integraron otras universidades (Coquet, 1964).

<sup>97</sup> Es en 1936 cuando se implementa el Servicio Médico Social para los estudiantes de medicina (Fajardo, 2002, p. 138).

<sup>98</sup> “Los médicos generales/de familia son los profesionales fundamentales en atención primaria, como los médicos especialistas lo son en hospitales [...]. Pueden atender a los pacientes en sus domicilios, en la consulta y, ocasionalmente en el hospital” (Gérvás & Ortún, 1995, p. 501).

Debido a que esta clase de alumnos todavía no tiene conocimientos concretos acerca de las especialidades médicas, sus prácticas las realizan en clínicas y hospitales de primer y segundo nivel.

Por otro lado, están los residentes, estudiantes que están realizando su posgrado en alguna especialidad Médica.<sup>99</sup> Para esta clase de alumnos los hospitales de tercer nivel son literalmente una escuela de Medicina.<sup>100</sup> Así, durante su estancia en los hospitales de tercer nivel y para egresar del posgrado, los residentes —R1, R2, R3, R4 y R5— deberán aprobar satisfactoriamente los cursos de especialidad con una calificación mínima de ocho y, además, al finalizar su residencia tendrán que entregar un trabajo de investigación ya sea en formato de tesis o un artículo publicado en una revista especializada (Urtuzuástegui, Pérez, Paris, Ramírez & Ramírez, 2000).

Así, la residencia tiene la función de normar y uniformar las prácticas de los estudiantes, puesto que éstos siguen las instrucciones y consejos de sus superiores: médicos de base (especialistas de un área específica) y jefes de servicio, quienes ayudan y guían a los residentes a desempeñar la práctica, a partir de su propia experiencia en el hospital en general y con la enfermedad en particular.

Al término de sus estudios, los estudiantes de pregrado y de posgrado habrán tenido acceso a “un gran número de pacientes, a los mejores recursos tecnológicos de la época y a los expertos con más iniciativa y potencialidad de desarrollo” (Lifshitz, 1996, p. 334); es decir, la enseñanza clínica a través de la práctica de los estudiantes en los hospitales es la manera en la cual circula el conocimiento en el campo de las ciencias de la salud.

A partir de lo expuesto con anterioridad, se puede observar que los objetivos de la labor docente dentro del CMNSXXI son principalmente dos; por una parte “ser la sede más importante para la formación de especialistas clínicos para satisfacer las necesidades del IMSS” (Coquet, 1964, sin número de página). Por otra parte, brindar “la capacitación y

---

<sup>99</sup> Desde 1994, la enseñanza de especialidades médicas se realiza siguiendo el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM), el cual “establece las características aceptables para las sedes hospitalarias de posgrado médico, los requisitos de ingreso y egreso de los alumnos, el perfil curricular de los profesores y la estructura programática de los cursos” (Urtuzuástegui et al., 2000, p. 19).

<sup>100</sup> “Están afiliados al PUEM la mayor parte de los centros hospitalarios de tercer nivel. Tanto la matrícula como el número de cursos se concentran principalmente en el IMSS, la Secretaría de Salud y el ISSSTE, aunque también participan el sistema de hospitales de PEMEX, la Cruz Roja y el DIF y varios centros hospitalarios privados. La mayoría de los cursos se imparten en el D. F., pero hay sedes en algunos estados de la República” (Urtuzuástegui et al., 2000, p. 20).

actualización del personal químico, laboratorista y auxiliares de diagnóstico en los procedimientos de laboratorio y en el conocimiento y adiestramiento en instrumentación automatizada” (Coquet, 1964, sin número de página).

Estos objetivos institucionales están sustentados en el fenómeno comunicativo, debido a que, desde sus inicios el CMN es un espacio que funge como un recinto de práctica médica, de enseñanza clínica y científica y, además, es un centro de investigación. Desde su apertura hasta nuestros días, han existido las prácticas de enseñar a ver y enseñar a hacer— la manera en cómo se sostiene y utiliza tal o cual instrumento, la forma de llenar los expedientes clínicos, cómo hacer exploraciones físicas (qué sentir, qué ver, qué escuchar, qué oler, qué y cómo palpar), entre otros procedimientos propios de la práctica clínica. En otras palabras, es a partir de las prácticas de enseñanza e investigación que los médicos especialistas reafirman y legitiman su labor, práctica que es, a la vez, una expresión del conocimiento médico clínico que impera en la actualidad.

Hasta aquí, he expuesto una de las funciones más importantes del CMNSXXI: la comunicación en la enseñanza clínica; pero también he delineado una característica imprescindible en la práctica médica que se lleva a cabo entre los muros de los hospitales de este imponente Centro: la investigación, preponderantemente me refiero a la investigación terapéutica.

El investigador, dentro de su ejercicio profesional como médico especialista, puede tener la inquietud de utilizar un nuevo e innovador método terapéutico que puede estar todavía en la fase de prueba e implementarlo en el tratamiento de algún paciente. No obstante, para tal implementación es vital que el especialista contemple que, como parte de su ejercicio profesional, tiene la “obligación de permanecer como el protector de la vida y la salud de esa persona” (Cárdenas, 1973, p. 491); razón por la cual, en primer lugar, debe de informarle al paciente o a su apoderado legal —si es que el enfermo es menor de edad o no se encuentra en las condiciones para decidir por ella/él mismo(a)— acerca de los riesgos que implica la aplicación de un nuevo método y/o instrumento quirúrgico, un nuevo fármaco para el tratamiento, entre otras innovaciones que podrían presentarse en el campo médico.

En segundo lugar, el médico especialista debe respetar la autonomía del paciente y suspender el procedimiento y/o tratamiento si el enfermo se niega a seguir participando en él. En tercer lugar, derivado de los dos puntos anteriores, el médico debe explicarle, clara y

fidedignamente todos los posibles riesgos derivados de los procedimientos a investigar. Finalmente, en cuarto lugar, todos los candidatos a la investigación deben encontrarse en buen estado de salud física y mental<sup>101</sup> para que tengan capacidad de decisión acerca del estudio en el que participará (Cárdenas, 1973, p. 491).

Por tanto, el CMNSXXI es un complejo hospitalario en el cual, desde su fundación hasta la fecha, funge como un espacio que norma las prácticas que se desenvuelven en su interior y estandariza la comunicación entre todos los actores sociales que interactúan en este recinto. La razón se debe, como he descrito, al contexto sociocultural en el cual el CMNSXXI fue edificado y como tal, responde a las necesidades político-económicas y culturales de los inicios del siglo XX en nuestro país. En consecuencia, el CMNSXXI del IMSS, a través de su ubicación, su arquitectura, las obras de arte que lo atavían, los especialistas médicos que ahí ejercen su labor asistencial y de investigación, los alumnos adiestrados en el arte clínico y la ciencia médica, y los pacientes que confían en la práctica de la medicina moderna, son en conjunto componentes imprescindibles para la práctica médica: comunicación de saberes y quehaceres acerca de la manera que tenemos como sociedad de enfermar y de lidiar con los sufrimientos que esta condición nos causa como individuos sociales.

#### *Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”*

El CMNSXXI tiene como uno de sus objetivos institucionales primordiales enseñar a las nuevas generaciones todo lo concerniente al ejercicio médico: clínica, laboratorio, técnicas diagnósticas y terapéuticas, pronósticos, uso de instrumentos médicos, interpretación de datos de laboratorio y gabinete, técnicas quirúrgicas, llenado de expedientes clínicos; es decir, la práctica en sí. En este sentido, la educación médica se imparte a partir de una estructura normada a través de formatos de acción bien definidos, que estandarizan la manera en la cual se comunica el conocimiento o, en otras palabras, la forma en la que se practica la medicina. Entonces, el CMNSXXI es una institución en la cual los estudiantes de diversas universidades realizan sus prácticas: durante su estancia, en el caso particular de la UMAE, los alumnos de posgrado aprenden el *habitus* que todo cardiólogo debe ostentar.

---

<sup>101</sup> Sin embargo, como planteé líneas arriba, existen casos en donde el paciente no se encuentra capacitado para la decisión debido a que su enfermedad le impide participar en tan importante resolución.

Es de esta manera que la UMAE del CMNSXXI es un recinto de enseñanza y de vanguardia en investigación científica, porque desde su planeación se pensó para estar equipado con los instrumentos más modernos de diagnóstico y tratamiento. El objetivo de tal planeación fue el de asegurar la calidad de los servicios brindados a la población trabajadora de México.<sup>102</sup>

En los primeros años del CMN (1961)<sup>103</sup>, la especialidad de Cardiología no tenía un edificio propio, sino que este servicio se practicaba en el hospital de Enfermedades de Neumología y Cirugía de Tórax; espacio que contaba con 276 camas para el tratamiento de pacientes con afecciones pulmonares, principalmente (Magaña, 2012). Los servicios médicos de este hospital estaban en consonancia con los padecimientos que tuvieron más registros en aquella época —década de los 60—, los cuales afectaban a los órganos ubicados en la caja torácica: influenza y neumonías,<sup>104</sup> tuberculosis pulmonar, tos ferina, fiebre reumática,<sup>105</sup> catarro común y bronconeumonía (Neri, 2002, p. 70).

Fue hasta 1976 que, debido al incremento de enfermedades cardiovasculares en México, al desarrollo de nuevas tecnologías para el diagnóstico y tratamiento de diversas cardiopatías, y gracias a la creación y buena distribución de los espacios en este del CMN, se instauró como tal el hospital de Cardiología y Neumología.<sup>106</sup> Este empeño institucional

---

<sup>102</sup> En 1963 el servicio de Cardiología de adultos se pasó al octavo piso del Hospital de Especialidades lugar en donde “se tomaban únicamente electrocardiogramas con un preamplificador, una fuente de poder, una cámara Grass y un osciloscopio Dumont de dos canales. Con este armamentario, el primer ‘vector’ fue tomado el 8 de octubre de 1963. Un año más tarde ya contábamos con el equipo solicitado para la toma de fonomecanocardiogramas, un aparato Hellige fotográfico de cuatro canales, y el primer trazo se tomó el 5 de octubre de 1964, en la cámara sonoamortiguada suspendida que se instaló en el ala de consulta externa del octavo piso” (Escudero, 1996, p. 98).

<sup>103</sup> “La operación del Centro Médico Nacional inició el 11 de mayo de 1961 [dos años antes de la inauguración oficial], con la puesta en marcha de los hospitales de Neumología y Cirugía de Tórax [ahora Cardiología], el de Oncología, el de Ginecología y Obstetricia, el laboratorio de Anatomía Patológica, la Escuela de Enfermeras y la Farmacia Central” (Magaña, 2012, p. 12).

<sup>104</sup> “El estudio de la neumología consideraba conjuntamente le tratamiento de corazón y pulmones” (González, 2008, p. 12).

<sup>105</sup> La fiebre reumática es una enfermedad cardiovascular puesto que daña las válvulas mitral y aórtica provocando insuficiencia cardíaca.

<sup>106</sup> De acuerdo con Jorge Escudero de la Peña, una vez que el hospital de Cardiología fue bautizado como “Dr. Luis Méndez” y formó parte del CMNSXXI —en el año de 1986, puesto que este complejo hospitalario fue reconstruido a causa del terremoto de 1985—, tuvo una mejoría en los servicios y la calidad de los mismos. Sin embargo, el hospital de Cardiología siempre ha sido reconocido por ser pionero en métodos quirúrgicos y en los tratamientos cardiovasculares: “fue la primera clínica de anticoagulantes en el IMSS y la segunda en la República Mexicana (1963), primera cardioversión eléctrica del país (1964), prótesis cardíaca a 53 pacientes (1964), Primer aloinjerto de válvula aórtica en México, obtenida en el rastro (1968), pruebas de esfuerzo Sheffield y Bruce (1969), nueve aloinjertos y xenoinjertos libres, únicos realizados en México (1967-1970), Ecocardiografía modo “M” (1970) y el primer puente aortocoronario (1971)” (Escudero, 1996, p. 102).

de estandarizar y normar la práctica médico-clínica-quirúrgica trajo como consecuencia el aumento de recepción de alumnos de posgrado provenientes, en primera instancia, de universidades como la UNAM y el IPN y, posteriormente, se integraron otras universidades como La Salle y la Anáhuac (Escudero, 1996; Coquet, 1964).

De esta manera, la conformación de la UMAE, hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez” fue un proceso que duró décadas en consolidarse. La razón, como se puede apreciar, es que el espacio brindado a esta especialización está en estrecha relación con los avances tecnológicos; es decir, gracias a la implementación de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento para las cardiopatías que tienen mayor presencia en nuestro país, es que los especialistas en esta rama de la Medicina —al igual que con los espacios y con los instrumentos— han modificado la manera en que comunican los conocimientos de esta especialidad. Esta modificación de las prácticas médicas institucionales se puede apreciar, como he reiterado, tanto en los expedientes clínicos como en el hospital mismo:



Figura 7. En la parte superior se aprecia la UMAE, Hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez” visto desde afuera. En la parte inferior se observan herramientas y procedimientos de alta especialización para el tratamiento y diagnóstico de las cardiopatías.<sup>107</sup>

<sup>107</sup> Esta imagen es la portada de la revista *Liderazgo y Experiencia Médica* (julio 2012); fotografía en donde se contempla la importancia que tienen las innovaciones tecnológicas en la práctica de la medicina actual. En este número de la revista, se exaltan las innumerables virtudes de la UMAE, ya que cuentan no sólo con cardiólogos comprometidos con la labor asistencial, sino también con las herramientas más modernas de diagnóstico y terapéutica. Recuperada de: <https://issuu.com/liderazgoyexperienciamedica/docs/cardiolegia/14>

Hasta aquí he delineado la conformación de la UMAE del CMNSXXI del IMSS. No obstante, es de vital importancia describir uno de los espacios más relevantes dentro de la UMAE: el servicio de urgencias.<sup>108</sup> La razón es que durante la investigación de archivo de los expedientes clínicos de la UMAE me percaté que, por lo menos en esta especialidad, gran parte de los ingresos de los pacientes se generan a través de este servicio.<sup>109</sup> En este sentido, se trata de un espacio vital, puesto que si los pacientes no son canalizados por parte de sus clínicas familiares u hospitales de segundo nivel al CMNSXXI —o también porque algún familiar del enfermo labore en este centro— es porque, en el caso de Cardiología, sufrieron un infarto o presentan algún signo alarmante en relación con alguna cardiopatía que trajo como consecuencia el ingreso al CMNSXXI por el servicio de urgencias de la UMAE.

De manera general, el servicio de urgencias fue creado con la finalidad de evitar “la ineficiencia, improvisación y superficialidad” (Serafín & Matute, 1996, p. 243), asegurando una atención rápida y de calidad. Siguiendo esta línea, fue pensado para cumplir con objetivos y características propias de las prácticas que ahí se desarrollan: 1) El espacio físico es lo suficientemente amplio para atender a los enfermos de manera rápida y eficaz. 2) Está dotado con el equipo y el personal adecuado. 3) El servicio debe tener médicos con formación humanista para asegurar la integridad física y emocional tanto de los pacientes como de sus familiares y, por tanto, no rechazar a ningún enfermo sin antes haber realizado la valoración correspondiente. 4) Los médicos tienen la obligación de “[e]laborar a todos los pacientes una o varias notas médicas completas incluyendo además de datos del interrogatorio y la exploración, probabilidades diagnósticas, pronóstico; plan de estudio y tratamiento; en caso de hospitalizarse, elaborar historia clínica completa” (Serafín et al., 1996, p. 243).<sup>110</sup> 5) Es necesario que se le realicen al paciente pruebas de laboratorio, rayos X y medicina nuclear para tener un diagnóstico más certero, además de proporcionar evidencia que respalda el diagnóstico del especialista (Treviño et al., 1996; Cárdenas, 1973; Coquet, 1964).

---

<sup>108</sup> Cada hospital de este CMNSXXI cuenta con su propio servicio de urgencias.

<sup>109</sup> Una de las causas por la cual buena parte de los ingresos a la UMAE es a través de urgencias, se debe al protocolo denominado como *Código Infarto*, el cual abordaré en los siguientes párrafos.

<sup>110</sup> Como se podrá ver más adelante en el presente capítulo, muchas de las historias clínicas de los expedientes de alta —expedientes completos debido a la mejoría del paciente en cuestión— de la UMAE no están completamente llenadas o están vacías cuando los enfermos ingresan por el servicio de urgencias.

Ahora bien, específicamente, el servicio de urgencias cardiovasculares se instauró cuando la especialidad de Cardiología se separó físicamente del hospital de Neumología — esto después de la reconstrucción del CMN a causa del sismo de 1985.<sup>111</sup>

Este servicio es sumamente importante, precisamente, por la pronta respuesta del equipo médico para atender a los derechohabientes que ingresan por esta vía; así, de acuerdo con la información obtenida a partir de la revisión de los expedientes clínicos de esta especialidad, gran parte de las personas que entran por urgencias es porque muestran síntomas de infarto agudo de miocardio (IAM).<sup>112</sup> Esta información se complementa con los datos estadísticos que brinda el INEGI acerca de la mortalidad y morbilidad en México: “las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte: en 2015 se reportaron 116 002 defunciones, de las cuales el 70% son por infarto agudo de miocardio” (Borrayo, Pérez, Martínez, Almeida, Ramírez, Estrada & Arriaga, 2017, p. 384).

Este aumento en la incidencia de cardiopatías en nuestro país está en relación con las prácticas socio-culturales propias de una sociedad moderna.<sup>113</sup> De esta manera, la población mexicana, como he señalado a lo largo de este capítulo, ha estado expuesta a procesos de adaptación e integración de nuevos mecanismos de relación y organización social que, aunados a la interacción de nuevas tecnologías y artefactos, se han modificado ciertos hábitos y costumbres —prácticas—; mismos que se pueden ver plasmadas en los expedientes clínicos de Cardiología, puesto que bajo la rúbrica *Factores de Riesgo Cardiovasculares* (FRCV) el lector se puede percatar cómo las dinámicas de la modernidad han impactado en la salud cardiaca de sociedades específicas. Los FRCV están asociados a malos hábitos de vida — debido a que pueden desencadenar una cardiopatía, como es el caso de infarto agudo de

---

<sup>111</sup> “Existía anteriormente el área de Urgencias Neumológicas, que generalmente eran por insuficiencia cardiorrespiratoria, dado que éste era un hospital de enfermedades del tórax” (Arriaga, 2012, p. 66).

<sup>112</sup> “El infarto agudo de miocardio, conocido también como *ataque al corazón*, es la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo sanguíneo en una de las arterias coronarias. *Infarto* significa ‘necrosis por falta de riego sanguíneo’, con *agudo* se refiere a ‘súbito’, con *mio* a ‘músculo’ y con *cardio* a ‘corazón” (Fernández, 2009, p. 259).

<sup>113</sup> *Grosso modo*, la modernidad se caracteriza por la emergencia de una forma de organización social a partir de instituciones funcionales e interdependientes; por ejemplo, la institución de salud (ya sea pública o privada). Un aspecto sumamente relevante de la modernidad es, precisamente, que estas instituciones son dirigidas por lo que el autor denomina el *sistema de expertos* “el cual es un sistema de logros técnicos y/o de experticia profesional que organiza los ambientes materiales y sociales. Esta experticia provee confianza y fe a los ciudadanos de estas sociedades, ya que existe un respeto en el conocimiento técnico generado por la experticia científica” (Giddens en Broks, 2006, p. 52). Un ejemplo de lo anterior es, justamente, la institución de salud pública en nuestro país.

miocardio—; pero también puede referir a cierta clase de comorbilidades que, de igual manera, pueden desencadenar enfermedades cardíacas.

Por un lado, los factores de riesgo cardiovascular que aparecen con más frecuencia en los expedientes clínicos de la UMAE del CMNSXXI y que están asociados a malos hábitos de la vida cotidiana, con excepción de los primeros dos, son: edad (población mayor de 60 años), género (hombres menores de 50 años son más propensos), sedentarismo, sobrepeso/obesidad,<sup>114</sup> tabaquismo (activo y pasivo) y etilismo.<sup>115</sup>

Por otro lado, están los factores de riesgo cardiovasculares de comorbilidad, esto es, otras enfermedades que coexisten en un individuo con alguna cardiopatía y, además, incrementan el riesgo o de complicar una cardiopatía existente o desencadenarla. De esta forma, las comorbilidades más frecuentes en los factores de riesgo cardiovasculares<sup>116</sup> en los expedientes son: dislipidemia,<sup>117</sup> diabetes mellitus tipo 2 (DM2),<sup>118</sup> hipertensión arterial sistémica (HAS),<sup>119</sup> infarto agudo de miocardio (IAM),<sup>120</sup> hiperuricemia<sup>121</sup> y cardiopatía isquémica crónica.<sup>122</sup>

Por tanto, se puede observar que los FRCV, como mencioné, están en estrecha relación con los cambios de prácticas cotidianas de una población considerada moderna. Por ejemplo, la edad como factor de riesgo obedece al incremento de edad en la esperanza de vida a nivel poblacional; incremento que está vinculado al desarrollo de prácticas y artefactos propios de las ciencias de la salud que, precisamente, han aumentado considerablemente la

---

<sup>114</sup> “La obesidad constituye uno de los padecimientos de peor pronóstico, por el hecho de que raras veces es curable y comúnmente recidivante. Predispone al desarrollo de otros padecimientos, muchos de ellos serios como **hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia pulmonar y litiasis biliar**. Suele ser [...] fuente de importantes problemas emocionales y de conflictos en las relaciones sociales e interpersonales” (Jinich et al., 2006, p. 265) [Las negritas son mías].

<sup>115</sup> Alcoholismo.

<sup>116</sup> En adelante, los factores de riesgo cardiovascular serán abreviados como en los expedientes clínicos: FRCV.

<sup>117</sup> “Exceso de grasa en la sangre” (Jinich et al., 2006, p. 131).

<sup>118</sup> “La diabetes es un síndrome doble, con un componente metabólico y otro componente vascular. El componente metabólico se caracteriza por elevación de la concentración de la glucosa sanguínea y por alteraciones del metabolismo de los lípidos y proteínas ocasionadas por deficiencia relativa o absoluta de insulina. El componente vascular consiste en una microangiopatía que afecta preferentemente los vasos retinianos y renales, y en aterosclerosis prematura y acelerada” (Jinich et al., 2006, p. 262).

<sup>119</sup> Presión alta en las arterias sistémicas, esto es, en los vasos sanguíneos que llevan sangre del corazón a los tejidos del cuerpo (excepto a los pulmones) (Taussig, 2017). Consultado en: <http://www.pted.org/?id=sp/syshypertension1>

<sup>120</sup> “Es una necrosis miocárdica que se produce como resultado de la obstrucción aguda de una arteria coronaria” (Wayne, 2016). Consultado en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedad-coronaria/infarto-agudo-de-miocardio-im>

<sup>121</sup> Aumento de la concentración del ácido úrico en la sangre.

<sup>122</sup> *Grosso modo*, es el estrechamiento de las arterias coronarias.

esperanza de vida a nivel mundial, bajo ciertas condiciones socio-económicas —por ejemplo, no entran en estas estadísticas poblaciones que viven en pobreza extrema, puesto que tienen tasas de mortalidad y morbilidad muy altas debido a las malas condiciones de salubridad en las que viven.

Ahora bien, de acuerdo con datos estadísticos del INEGI, durante 2017 este instituto documentó y publicó cifras concernientes a las defunciones registradas en México: “las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres son las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos” (INEGI, 2018, p. 1).

Con esta evidencia por parte del Instituto de Estadística, es evidente que los padecimientos del corazón en nuestro país son un problema de salud pública. A este respecto, el IMSS implementó desde 2013 un programa de atención integral llamado *A Todo Corazón*<sup>123</sup> el cual, justamente, fue creado con el objetivo de “fortalecer las acciones para la prevención y atención de las enfermedades cardiovasculares” (Borrayo et al., 2017, p. 383), y así disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad en nuestro país. No obstante, este programa se enfocaba, primordialmente, a la prevención de cardiopatías a través de campañas públicas orientadas a la participación, por parte de la población, a cambiar malos hábitos de la cotidianeidad y suplirlos con actividades que favorecen la salud cardíaca tales como: una alimentación sana (sustituir comida chatarra por frutas y verduras), realizar actividad física por lo menos una hora al día (para disminuir el sedentarismo) y evitar consumir o estar en espacios expuestos al humo de tabaco.

A pesar de que el IMSS realizó estas estrategias preventivas, la tasa de morbilidad y mortalidad a causa de enfermedades cardíacas arroja todavía números alarmantes: en 2015 “el INEGI reportó 116 002 defunciones, el 70% por infarto agudo de miocardio” (Borrayo et al., 2017, p. 384). Ante esta situación, el IMSS adoptó la estrategia *Código Infarto*<sup>124</sup> la cual se integra al programa *A Todo Corazón* con la finalidad de ser un proyecto que no sólo sea preventivo, sino que demanda la atención pronta por parte del servicio de urgencias.

Así, *Código Infarto* es un protocolo de acción que tiene como objetivos preservar la función cardíaca y, evidentemente, salvar vidas. Esto se realiza a través de un enfoque de calidad que abarca seis dimensiones explicitadas en el artículo *Dimensiones de calidad*

---

<sup>123</sup> Este programa de corte preventivo tiene el slogan de “Chécate, Mídete y Muévete” que, precisamente, son acciones personales que disminuyen los factores de riesgo cardiovascular —FRCV.

<sup>124</sup> Tiene los *slogans*: “Tiempo es músculo” y “La hora dorada” (Borrayo, 2017, p. 385).

*enfocadas en el protocolo de atención Código Infarto* elaborado por Gabriela Borrayo, Gilberto Pérez y Jesús Arriaga; mismo que parafrasearé a continuación: 1. Segura. Evitar daño a los pacientes y garantizar una atención rápida y oportuna. 2. Efectiva. Red de atención con un protocolo uniforme basado en guías de práctica clínica nacionales e internacionales. 3. Centrada en el paciente. Atención respetuosa a las preferencias, necesidades y valores de los pacientes. 4. Oportuna. Acciones contra reloj, esto es, no más de 90 minutos para la realización de los procedimientos. 5. Eficiente. Estrategia costo-efectiva: “mejorar 37.5% el tratamiento y reducir en un 53% la mortalidad”. 6. Equitativa. Se eliminaron barreras entre los tres niveles de atención (Borrayo et al., 2017, p. 385-386).

Es importante mencionar que *Código Infarto* inició como un protocolo piloto en la UMAE, debido a que, como he reiterado, es un recinto que cuenta con los espacios adecuados,<sup>125</sup> el equipo más moderno<sup>126</sup> y el personal especializado;<sup>127</sup> características que todo hospital de Cardiología debe tener para la implementación de este protocolo.

Ahora bien, la estrategia *A Todo Corazón* tiene 7 ejes de acción: “tres son estrategias preventivas, dos de ellos integran el Código Infarto y los últimos dos están enfocados respectivamente a los cuidados coronarios y la prevención secundaria y terciaria” (Borrayo et al., 2017, p. 384); mismos que describiré a continuación (Pérez, 2015, p. 23-31):

1. Promoción de hábitos saludables,<sup>128</sup> a través de implementar prácticas que motiven a los mexicanos a cambiar hábitos que ayuden a tener un corazón sano; por ejemplo: mejorar el atractivo de las opciones sanas, elevar el precio de lo no sano (cigarros, bebidas alcohólicas y azucaradas, dulces y comida chatarra) y prohibir la selección de lo no sano en las tiendas y cafeterías del IMSS (Pérez, 2015, p. 23).

2. Detección y Control de FRCV, riesgos que puedan ser modificables por los individuos —se excluyen edad, sexo y antecedentes patológicos familiares (heredabilidad). De esta manera, existen programas como “Pasos por la Salud” creado en 2012 para capacitar y explicar a los derechohabientes la importancia del ejercicio para ostentar una vida más sana

---

<sup>125</sup> Servicio de Urgencias, Sala de Hemodinamia, Unidad de Cuidados Intensivos Cardiacos (UCIC), Rehabilitación Cardíaca y sala de estudios de gabinete y laboratorio.

<sup>126</sup> Por ejemplo, máquina de ECG, Ultrasonido de diagnóstico y Desfibriladores.

<sup>127</sup> Médicos cardiólogos, Urgenciólogos especialistas en Cardiología y equipo de enfermería que también está especializado en cardiopatías.

<sup>128</sup> *A Todo Corazón* forma parte del programa PREVENIMSS el cual organiza y gestiona acciones de promoción de salud y orientación nutricional de prevención.

y combatir el sedentarismo; en 2014 se implementó, por parte de PREVENIMSS, el programa “Envejecimiento Activo” con la finalidad de disminuir las comorbilidades durante la etapa de la tercera edad; durante 2015 se implementó “Yo Puedo” que son cursos para derechohabientes que padecen obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial (Pérez, 2015, p. 24-25).

3. Prevención Primaria en Pacientes con Alto Riesgo Cardiovascular. El propósito de este eje de prevención es disminuir la frecuencia de las enfermedades cardiovasculares a través de la promoción de actividades que disminuyen los FRCV<sup>129</sup> modificables. Con el *slogan* “Chécate, Mídete, Muévete” el IMSS incentiva a una vida saludable a través de esta práctica preventiva (Pérez, 2015, p. 28).

4. Diagnóstico de Primer Contacto, es una práctica que debe realizar un especialista que ostente un alto grado de experticia en este campo, puesto que este primer diagnóstico debe establecerse de rápidamente. De esta manera, de acuerdo con este protocolo de acción, el médico debe de realizar una breve historia clínica en donde interrogue al paciente acerca de los FRCV, complementando estos datos con sus conocimientos clínicos para identificar la clase de síntomas que el paciente presenta para establecer las vías de acción adecuadas. En caso de que existan dudas con este primer diagnóstico, se realizaran estudios complementarios: electrocardiograma (EKG) de doce derivaciones, y un estudio de laboratorio para observar cierto tipo de biomarcadores en la sangre, esto es, sustancias que el corazón libera al momento de presentarse un infarto (Pérez, 2015, p. 35-36).

5. Diagnóstico Confirmado. Una vez que el paciente es diagnosticado por el especialista y confirmado por los estudios paraclínicos es momento de tratar al enfermo, quien será enviado a la sala de Hemodinamia<sup>130</sup> en donde se le realizará una angioplastia,<sup>131</sup> con la finalidad de evitar daños cardiacos (Pérez, 2015, p. 36-38).

6. Atención y Prevención de Complicaciones. Una vez que se le aplicaron los tratamientos adecuados, el paciente es llevado a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios

---

<sup>129</sup> Recuerdo al lector que es una abreviatura que significa: factores de riesgo cardiovascular.

<sup>130</sup> Es una sala que está equipada con herramientas de alta tecnología que permiten diagnosticar y tratar enfermedades cardiovasculares, tales como: infarto agudo de miocardio (IAM), angina de pecho, enfermedades valvulares cardiacas, entre otros padecimientos.

<sup>131</sup> Puede ser primaria, temprana o de rescate, dependiendo las vías de acción que haya realizado el especialista dentro del protocolo establecido. *Grosso modo*, la angioplastia es un procedimiento de dilatación de una vena o arteria para que el flujo sanguíneo sea restaurado.

(UCIC), ya que se podrían presentar complicaciones durante las primeras horas del diagnóstico de infarto agudo de miocardio —IAM— (Pérez, 2015, p. 39).

7. Rehabilitación y Prevención Secundaria de Complicaciones y Recurrencia. Como su nombre lo indica, es para que los pacientes recuperen sus actividades laborales y familiares, todo a través de cambios de hábitos para reducir o eliminar los FRCV modificables (Pérez, 2015, p. 49).

Ahora bien, la implementación del protocolo de atención *Código Infarto* es una práctica que se ve reflejada en los expedientes clínicos, ya que el documento *Nota de Urgencias y Evaluación Inicial* contempla buena parte de los ingresos por el servicio de urgencias. La importancia de esta estrategia de acción rápida y eficaz está plasmada sobre el suelo del CMNSXXI, puesto que al entrar por la puerta principal hay un camino rojo llamado, justamente, *Código Infarto* el cual guía a los pacientes con síntomas de infarto a la entrada de urgencias de la UMAE.



Figura 8. Camino *Código Infarto* desde el ingreso al CMNSXXI, hasta el servicio de urgencias de la UMAE.<sup>132</sup>

En consecuencia, a partir de la descripción de este recinto hospitalario se puede apreciar no sólo la importancia de esta especialidad médica para la población mexicana, sino

---

<sup>132</sup> Recuperada de:

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.picuki.com%2Ftag%2Fhospitalsigloxxi&psi g=AOvVaw0XsDl1YbbS6R9PIjvrCE-Q&ust=1602781118334000&source=images&cd=vfe&ved=2ahUKEwjHzfqKx7TsAhWHfK0KHRsfA6oQr4kDegQIARBL>

que, además se suman los esfuerzos institucionales por integrar protocolos de acción para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que presentan altos índices de mortalidad y morbilidad, así como promover la prevención de los FRCV que pueden desencadenar en una cardiopatía. Práctica institucional que se puede ver plasmada en los formatos arquitectónicos del centro y también en los expedientes clínicos.

*Expedientes clínicos de la UMAE, Hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”, Centro Médico Nacional Siglo XXI*

De acuerdo con los objetivos planteados en la presente investigación, en el apartado anterior revisé, de manera breve, la estructura, el equipamiento y la distribución de los espacios que componen el CMNSXXI y, en consecuencia, los estándares en los que se desarrolla la comunicación médico-paciente, a partir de la descripción de la organización espacial y arquitectónica de este importante Centro. Esta descripción permite entender la configuración institucional de este complejo hospitalario. Me refiero a la UMAE, puesto que la constitución institucional del Centro Médico guía las actividades que se realizan en este importante hospital. De esta forma, el departamento de archivo fue creado con la misión de custodiar los expedientes clínicos, formatos que en forma y contenido muestran una parte de la realidad que constituye y norma las prácticas que acontecen en los hospitales; particularmente me refiero a la comunicación médico-paciente.

Ahora bien, de acuerdo con lo planteado en el presente capítulo, es momento de estudiar los expedientes clínicos, puesto que el hospital mismo no se puede entender si no es a partir de la estructura de los legajos que comprenden los expedientes.<sup>133</sup> Por tanto, con el objetivo de entender esta inseparable relación, es necesario describir y analizar la estandarización de la práctica que se desarrolla dentro del recinto arquitectónico que genera y resguarda estos formatos. Así, siguiendo los planteamientos esgrimidos por el médico e historiador Pedro Laín Entralgo (1950) —expuestos en el capítulo uno—, primero analizaré

---

<sup>133</sup> Como he señalado, la relación de los formatos con la estructura y disposición de los espacios hospitalarios es bidireccional, esto es, las normas que rigen las prácticas que ahí se desarrollan se estructuran entre sí en una correlación imbricada, puesto que no se puede entender el espacio sin los expedientes que norman la práctica ni a los expedientes sin el espacio que los genera y da vida a la comunicación que se desarrolla, primordialmente, durante el acto médico.

la forma —formatos de los documentos— y, posteriormente, el contenido de las formas que constituyen un expediente clínico (Laín, 1950, p. 8).

El expediente clínico<sup>134</sup> se rige por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA-2012, la cual es el estándar actual de los expedientes clínicos. Sin embargo, esta norma se ha ido modificando,<sup>135</sup> a través del tiempo, de acuerdo con la implementación de nuevas políticas institucionales que el expediente debe reflejar. La razón se encuentra, recapitulando brevemente la función social e institucional de los expedientes clínicos, en que estos dan cuenta acerca de una gran variedad de prácticas que se desarrollan en los hospitales, tales como: asistencia médica, educación, investigación, regulación de los servicios brindados por el hospital, soporte físico de la implementación de políticas públicas y de los procesos administrativos y financieros del hospital (INAI, 2015). De esta manera, la Norma actual fue publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 5 de octubre de 2010 por parte del presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e información en Salud, el médico Germán Enrique Fajardo Dolci.<sup>136</sup>

Las normas de los expedientes clínicos fueron creadas con la finalidad de estandarizar las prácticas de las entidades pertenecientes al Sistema Nacional de Salud mexicano. De esta manera, los expedientes clínicos se convirtieron en un importante e imprescindible instrumento, que da cuenta de la calidad de los servicios de salud brindados en contextos públicos y privados.

Ahora bien, la norma vigente en la UMAE, de acuerdo con la Secretaría de Salud, tiene el propósito de “establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad” (NOM-004-SSA3-2012, 2010, DOF) de los

---

<sup>134</sup> De acuerdo con la práctica que se desarrolla en el archivo clínico del hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”, el expediente clínico es definido como el “conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud hace sus registros, con arreglo a las disposiciones sanitarias” (Clave C. P. 01-2007, p. 137).

<sup>135</sup> De acuerdo con el *Manual Didáctico para los Aspirantes de la Segunda Categoría “Oficial de Estadística”* ubicado en el archivo clínico de la UMAE, la primera Norma Oficial Mexicana NOM-1688-SSA1-1998 de los expedientes clínicos fue publicada en el DOF el 14 de septiembre de 1999. Esta norma, y sus consecuentes modificaciones están dirigidas a “sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias” (Clave C. P. 01-2007, p. 136).

<sup>136</sup> Actualmente es el director de la Facultad de Medicina de la UNAM.

expedientes clínicos, que se generen por parte del personal que interactúa con estos documentos.

En otras palabras, la norma es la materialización de la práctica médica, ya que se integraron las innovaciones tecnológicas y las políticas de toma de decisiones por parte de los pacientes en los tratamientos y terapéuticas que les son administrados. De hecho, una de las particularidades más relevantes de esta norma es “el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona el personal del área de salud” (NOM-004-SSA3-2012, 2010, DOF). Es decir, la manera en cómo son utilizados los datos de los pacientes, principalmente para enseñanza e investigación, por tratarse de datos confidenciales,<sup>137</sup> deben de ser manejados de manera cuidadosa, ya que cualquier dato que pudiera develar la identidad del paciente tiene que ser suprimido; a menos que se obtenga permiso del paciente en cuestión.

Tal y como expliqué anteriormente, la UMAE —y, en general, esto aplica para todos los hospitales de tercer nivel— es una institución donde el acto médico es solamente una de las prácticas que acontecen entre sus muros; puesto que la enseñanza y la investigación clínica son también prácticas intrínsecas de este recinto. En palabras del médico Gilberto Pérez Rodríguez:

La investigación en salud no sólo se desarrolla en cuestiones clínicas, también [se orienta] a la implementación e investigación de nuevos dispositivos y técnicas quirúrgicas, así como en investigación básica, genética y biología molecular, siendo además sede de asignatura en metodología y análisis para la Maestría en Ciencias Médicas de la UNAM (Pérez, 2015, p. 63).

---

<sup>137</sup> Aunque los expedientes clínicos, en este caso particular, fueron creados, primordialmente, para la atención médica en favor de la recuperación o mejoramiento de la salud de los enfermos; el carácter institucional de estos expedientes, como he explicado, dictamina las normas tanto de procedimientos —qué y cómo llenar los formatos y el orden de acción de las prácticas— como de archivo —método de ordenamiento en archivo, orden de los documentos, información relevante a codificar— por lo que “los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos [en archivo vivo] por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico” (Clave C. P. 01-2007, p. 137). Pasado este lapso, los expedientes pasarán a ser parte del archivo muerto; esto es, guardados en grandes cajas de cartón para ser conservados en el sótano del hospital.

La razón de lo anterior es, justamente, que esta Norma está en concordancia con los lineamientos y recomendaciones internacionales establecidas por la OMS (Clave C. P. 01-2007). Con base en los formatos de los expedientes clínicos, la norma estipula la manera en la cual los datos de los pacientes y su enfermedad deben de ser obtenidos y anotados en los legajos; con la finalidad de que la información ahí contenida sea relevante no sólo para el tratamiento de los enfermos, sino también con los fines de enriquecer y comunicar a las siguientes generaciones el conocimiento médico que se genera a partir de la comunicación médico-paciente.

Así, es a partir de esta norma, de carácter obligatorio, que médicos y cuerpo de enfermería comenzaron a realizar los registros de los pacientes de manera estándar. Es decir, siguiendo un orden dado por los formatos, tanto de apertura de expediente como de las consecuentes actualizaciones de los procedimientos aplicados a los derechohabientes; puesto que el expediente clínico contiene las acciones médicas del ámbito asistencial, las cuales involucran actividades preventivas, curativas y de rehabilitación de los enfermos.

Hasta aquí, he caracterizado a los expedientes clínicos de acuerdo con su función institucional; es decir, a partir de las normas que estipulan la manera en la cual todos los funcionarios que laboran en el hospital y tienen contacto con los expedientes clínicos deben de proceder ante dicha interacción. De esta manera, se torna necesario explicitar y describir cuáles son los documentos que componen a los expedientes clínicos.

#### *Formatos de los Expedientes Clínicos de la UMAE, Hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”*

En este apartado me daré a la tarea de describir los formatos de los documentos que componen un expediente clínico cosido, esto es, expedientes completos debido a egresos por alta hospitalarias o egresos por defunciones. Es importante mencionar que todos los expedientes clínicos cuentan con información sumamente iterativa, razón por la cual este apartado lo dedicaré a describir y relacionar los formatos con las prácticas que se desenvuelven en la UMAE y que he descrito hasta el momento.

De esta manera, la exposición de los formatos estará clasificada de acuerdo con su contenido y consecuente función. En este sentido, Olga Carreño de Esparza sostiene que el

expediente clínico en su totalidad está dividido en tres principales secciones: “I. Hoja de identificación. II. Sección Médica. III. Sección de Enfermería” (Carreño, 1959, p. 167-168). Esta clasificación del contenido de los expedientes responde a las funciones específicas de cada formato dentro del hospital; ya que, reitero, estos organizan las prácticas del personal que interactúa con cada uno de los documentos.

Sin embargo, lo que la Dra. Carreño define como hoja de identificación es, precisamente, el conjunto de datos que dan cuenta de la derechohabencia del paciente al IMSS, puesto que no existe una hoja de identificación como tal.<sup>138</sup> Sino que es información —como bien señala la autora— que ayuda a reconocer la identidad, registro y clasificación de cada paciente para su correcto acomodo en los estantes del archivo clínico y, en consecuencia, el fácil acceso a cualquier expediente que sea solicitado.

En primer lugar, los documentos de identificación son: “cubierta o carpeta, hoja frontal de revisión, trabajo social” (Clave C. P. 01-2007, p. 138). Estos documentos, con excepción de la hoja frontal —la cual describiré más adelante puesto que es escrita por médicos residentes nivel uno y revisada por el médico de base—, son llenados por el personal de admisión y médicos sociales respectivamente.

La *cubierta* o también denominada *carpeta de contención* (forma MF-1/2000) de cada uno de los expedientes es de tamaño carta (no así algunos documentos que integran el expediente), y en ella está impreso un recuadro para ser llenado por el personal del archivo en donde, sin duda alguna, el dato más importante es el número de seguridad social. Por una parte, indica cuáles son los servicios a los que el paciente tiene derecho. Por otra parte, como mencioné anteriormente, funge como índice de clasificación para ser archivado de manera eficaz. Además, escritos con máquina de escribir, contienen el nombre completo del paciente, fecha de apertura y grupo sanguíneo —este último dato a veces no está.<sup>139</sup>

Por su parte, las *notas de trabajo social* (forma MF-4-30-54/2000) es un documento tamaño carta que únicamente tiene dos columnas a ser llenadas con máquina de escribir: ficha de identificación (con fecha y hora) y, justamente, las notaciones que realice la/el médico

---

<sup>138</sup> Todos los documentos del expediente clínico contienen un apartado con este título, por lo que una forma que contenga solamente estos datos sería sumamente ineficaz.

<sup>139</sup> En el recuadro vienen más datos a ser llenados; sin embargo, en la gran mayoría de los expedientes solamente vienen los datos que están expuestos en el cuerpo del texto, ya que los demás recuadros se encuentran vacíos.

social encargado de esta importante labor. Los datos que contienen todas las notas están en relación con el contexto social del paciente.

En primer lugar, está la información asociada con la vivienda del paciente (por ejemplo, si tiene servicios básicos, si convive con animales y qué clase de animales, si vive con algún familiar, entre otros datos de esta índole). En segundo lugar, se encuentran los datos administrativos (cómo fue su ingreso al hospital, el estatus económico y laboral, número de afiliación al Seguro Social). Finalmente, en tercer lugar, los datos de localización (dirección y números de teléfono). Además de lo anterior, contiene un breve párrafo de acciones realizadas por parte del médico social al derechohabiente.<sup>140</sup>

De manera general, por su parte institucional, la labor del médico social es la de generar de manera breve y puntual un escrito que refleje el ambiente socioeconómico y cultural del enfermo, ya que la información ahí contenida alude a los factores psicosociales que pudieran contribuir al desarrollo de una enfermedad cardiovascular. Por su parte asistencial, el objetivo del médico social es contribuir a la reeducación de los pacientes que, de acuerdo con su contexto sociocultural-económico, realizan dentro de su cotidianidad prácticas que son consideradas FRCV<sup>141</sup> modificables, puesto que favorecen la emergencia de cardiopatías. Esta reeducación consta de información acerca de la importancia de una buena dieta y el ejercicio diario, además de la relevancia que tiene la higiene personal.

Así, los datos de los pacientes que se expresan en estas dos formas, siguiendo lo estipulado por la Norma, son sumamente importantes para obtener toda la información de los derechohabientes, principalmente, para establecer una relación entre el nivel socioeconómico y los padecimientos que ostenta el enfermo. La utilidad de esta relación se podrá traducir en datos estadísticos que servirán para fines de investigación clínica, así como de enseñanza, ya que los médicos avezados podrán instruir a las nuevas generaciones de residentes acerca de otros factores —sociales— que pudieran incidir en la salud cardíaca de las personas que ingresan a este hospital.

---

<sup>140</sup> Todas las notas de trabajo médico social en este párrafo versan lo mismo: “se le informó al paciente sobre: 1. Programa de donación de sangre. 2. Reglamento del hospital. 3. Derechos y obligaciones durante su estancia en el hospital. 4. Técnica apropiada de lavado de manos. 5. Se ha brindado apoyo emocional” (Notas de Trabajo Social, UMAE).

<sup>141</sup> Nota para recordar al lector que esta abreviatura aparece en los expedientes clínicos de la UMAE y refiere a los Factores de Riesgos Cardiovascular.

En segundo lugar, siguiendo lo planteado por Olga Carreño, es momento de describir la sección de enfermería, ya que los practicantes de este oficio cuentan con sus propias formas. De manera general, el cuerpo de enfermería tiene la responsabilidad de llevar a cabo “las observaciones y cuidado del enfermo tratado por el médico” (Carreño, 1959, p. 167). Esta práctica está plasmada en la hoja de enfermería, documento que en el hospital de Cardiología lleva el rótulo de *Hoja de registros clínicos y tratamiento de enfermería* (clave 37180209109).

De todo el expediente clínico, estos formatos son los únicos que están impresos en hojas tamaño oficio<sup>142</sup> y también los únicos que están llenados a mano. Se trata de una página impresa por ambas caras que contiene diversas tablas para ser llenadas por los enfermeros (as), quienes anotan con una tinta de distinto color, de acuerdo con el turno en el que laboran,<sup>143</sup> el habitus exterior (aspecto físico del enfermo a simple vista), signos vitales (expresados a su vez en una pequeña gráfica), fecha, hora, cantidad y vía de administración de los medicamentos prescritos por el médico especialista, tipo de dieta y, finalmente, observaciones generales y firma del observador. De esta manera, el cuerpo de enfermería son los encargados de vigilar continuamente el estado de salud de los pacientes, además de asegurar la correcta administración de los tratamientos ordenados por el especialista.

En tercer lugar, está la sección médica, la cual ocupa la mayor parte —incluyendo los estudios de gabinete y laboratorio— del total de los documentos que integran el expediente clínico. Sin embargo, de acuerdo con mis observaciones realizadas en el archivo clínico, dividiré esta sección en dos: a) formatos llenados por médicos especialistas y médicos residentes; y b) estudios paraclínicos (de gabinete y laboratorio).

Comenzaré la descripción con los formatos dirigidos a estas dos clases de médicos puesto que contienen información relevante del estado de salud de los pacientes que atienden y, además, esta información está redactada en palabras de los médicos. Debido a lo anterior, estos documentos son importantes para la presente investigación, ya que la manera en la cual se plasman las palabras en el papel, la distribución de los datos, la información del paciente

---

<sup>142</sup> Puesto que la carpeta de contención es de tamaño carta, la(s) hoja(s) de enfermería vienen dobladas de la parte de abajo para que quepan en la carpeta. Aprovechando la parte doblada de este formato en esta pestaña generada por doblar la forma está(n) contenida(s) las formas de *Hoja de indicaciones médicas*, la cual contiene los medicamentos y dosis a ser administradas a los pacientes, precisamente, por las enfermeras (os).

<sup>143</sup> Color azul para el turno matutino, verde para el vespertino y rojo para el nocturno.

que se considera relevante y, por supuesto, las palabras utilizadas a lo largo de los expedientes clínicos son una expresión de la práctica médica y, en consecuencia, de la comunicación médico-paciente (Secord, 2004; Wodak & Busch, 2004).

Anteriormente mencioné que los expedientes clínicos que revisé durante mis observaciones en el archivo clínico fueron legajos terminados. Es decir, estudié los archivos de los pacientes que fueron dados de alta el día de mi visita (expedientes a punto de ser cosidos) y, con menor frecuencia, de pacientes que fallecieron durante su estadía en el hospital.<sup>144</sup>

Al abrir la carpeta de contención, el primer formato que aparece es la *Hoja de Alta Hospitalaria*. Consta de diez tablas impresas en una hoja tamaño carta para ser llenadas, casi en su totalidad por el médico especialista, ya que contiene los siguientes datos: ficha de identificación (FI), motivo de egreso (todas las hojas de alta que revisé tenían la marca en el número cinco: mejoría), el diagnóstico principal<sup>145</sup> de ingreso y de egreso, así como los diagnósticos secundarios<sup>146</sup> y la cantidad de recetas prescritas por el especialista.

Además de las anotaciones impresas en tinta negra por el cardiólogo, en el recuadro que especifica los diagnósticos principales —ingreso y egreso—, tiene una columna para que las personas que laboran en el área de SIMO<sup>147</sup> escriban la codificación de las principales enfermedades del derechohabiente; porque, precisamente, el objetivo de esta forma, de acuerdo con los lineamientos estipulados por el manual de *Procedimiento para el registro de atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo* es “proporcionar información básica de los pacientes egresados de hospitalización a fin de conocer el comportamiento de los egresos hospitalarios, incluye defunciones” (2E10-003-002, 2018, p. 145). Siendo más clara, la codificación de los diagnósticos —nombres de las enfermedades—

---

<sup>144</sup> Nunca sucedió en mis visitas que llegara algún expediente de defunción, sino que revisaba defunciones que estaban archivadas con un tiempo no menor de dos años.

<sup>145</sup> Se define como la “afección principal que se trató o investigó durante el episodio de atención de la salud”. Por su parte la afección principal es la enfermedad “diagnosticada al final del proceso de atención a la salud y es la causante primaria de la necesidad del tratamiento o investigación que tuvo el paciente” (2E10-003-002, 2018, p. 225).

<sup>146</sup> El diagnóstico secundario es aquel que “coexiste con la enfermedad principal en el momento del ingreso, o se desarrolla a lo largo de la estancia hospitalaria, e influye en la duración de la misma o en el tratamiento administrado” (2E10-003-002, 2018, p. 225-226).

<sup>147</sup> SIMO, como expuse en el capítulo anterior, es la abreviatura del área denominada como Sistema de Información Médico Operativo. Este espacio, ubicado en el área de archivo clínico, tiene la función de clasificar y codificar las enfermedades que están expresadas en los expedientes.

son los datos relevantes a obtener y clasificar por la institución para ser analizados y estudiados por aquellos interesados en las Ciencias de la salud.

De esta manera, el segundo documento que se encuentra en los expedientes es la *Nota de Egreso* —si el paciente egresa por defunción esta hoja está ausente en el expediente—, formato que expresa, los *datos clínicos relevantes*<sup>148</sup> del paciente. Esta forma es una breve extensión de la *hoja de alta*. Contiene el motivo de egreso, los diagnósticos principales de ingreso y egreso —sin sus correspondientes claves—, pero estos vienen redactados de una manera más precisa y detallada; también incluye los procedimientos terapéuticos llevados a cabo por el especialista de acuerdo con cada uno de los diagnósticos de las cardiopatías por las cuales los pacientes ingresan a este hospital en específico. Además, refiere los factores de riesgo del enfermo,<sup>149</sup> medicamentos aplicados y motivo de ingreso en el cual se expresa la historia cardiovascular del paciente. En pocas palabras, la *nota de egreso* es un resumen<sup>150</sup> que da cuenta acerca de la estancia del paciente en términos patográficos.

Sin embargo, es importante mencionar dos puntos importantes acerca de este documento: por una parte, debido a la naturaleza de las enfermedades cardiovasculares, los egresos por alta hospitalaria en este hospital son por mejoría. Es decir, el paciente muestra una mejoría en su salud suficiente para no estar internado en el hospital, pero todavía necesita atención de seguimiento por parte de médicos especialistas a través del servicio de consulta externa.<sup>151</sup>

Por otra parte, siguiendo el marco dado por la *Norma del Expediente Clínico* en el apartado 8.9 *Nota de Egreso*, se especifican los contenidos mínimos de esta forma, en donde se incluye el *pronóstico*<sup>152</sup> del paciente por parte del médico especialista. Este punto es

---

<sup>148</sup> Así viene expresado. Información que viene enseguida de la ficha de identificación.

<sup>149</sup> Omitiendo los FRCV no modificables (edad, género y antecedentes personales patológicos) —éste último presente en la mayoría de los expedientes clínicos revisados— son malos hábitos del derechohabiente, preponderantemente, tabaquismo y sedentarismo.

<sup>150</sup> De acuerdo con lo estipulado por la *Norma de los Expedientes Clínicos*, un resumen clínico debe incluir los “registros de los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete” (NOM-004-SSA3-2012, 2010, DOF).

<sup>151</sup> De acuerdo con el manual de SIMO, la consulta externa es la “atención médica que se otorga al paciente ambulatorio en un consultorio o en su domicilio [si las circunstancias así lo demandan], la cual consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente (2E10-003-002, 2018, p. 6).

<sup>152</sup> Siguiendo las definiciones incluidas en la Norma, el pronóstico se denomina como “al juicio basado en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso, duración, terminación y secuelas de la enfermedad” (NOM-004-SSA3-2012, 2010, DOF).

sumamente importante, ya que a partir del pronóstico dado por el especialista es que el paciente podrá saber o al menos darse una idea acerca de cómo será su vida, en qué cambiará y que permanecerá ahora que será acompañado por una cardiopatía. No obstante, es interesante observar y resaltar que en la mayoría de estos formatos no está contenida la palabra *pronóstico*, y si lo está viene acompañada de la palabra “reservado” o “reservado a evolución”.

Ahora bien, en el caso de los expedientes de alta hospitalaria por defunción, los cuales son resguardados en un closet bajo la protección de un candado con llave, la primera hoja que aparece al abrir la carpeta de contención dependerá del proceso de revisión en el cual se encuentra el expediente clínico; tarea que es designada al Comité de Mortalidad.<sup>153</sup> De esta manera, en la mayoría de los expedientes revisados aparece en primera instancia la *Hoja de Alta Hospitalaria* —mismo formato que fue explicitado renglones atrás— en donde vienen marcada la opción 4. *Defunción* como motivo de egreso. Además, hay un recuadro exclusivo para ser llenado bajo estas circunstancias, en donde el médico especialista debe de volver a escribir el primer diagnóstico —principal— y el segundo diagnóstico (con el espacio correspondiente para la codificación en SIMO) y, de acuerdo con los procedimientos que se le han realizado al paciente, tachar la opción de 1) sin autopsia; o 2) con autopsia.

Existen diversos formatos que dan cuenta de la defunción de un usuario, siendo el único constante la *Hoja de Alta Hospitalaria* y la *Carpeta de contención*,<sup>154</sup> puesto que los documentos que a continuación describiré no están presentes en todos los expedientes —por lo menos en los que revisé. Comenzaré con el *Certificado de defunción*, formato que aparece en el expediente una vez que se le ha realizado la autopsia al difunto. Esta forma está dividida en tres apartados: en la primera parte se especifican las causas de la defunción: el diagnóstico principal. En la segunda parte, el médico especialista debe anotar las causas antecedentes a saber: “estados morbosos, si existiera alguno, que produjo la causa consignada arriba”

---

<sup>153</sup> En todos los hospitales de tercer nivel en nuestro país existen Comités evaluadores, normados por la Secretaría de Salud y, además, por la institución a la cual pertenecen —en el caso del CMNSXXI es el IMSS—, los cuales se encargan de analizar y evaluar distintos aspectos y prácticas de los hospitales con la finalidad de fortalecer y mejorar la calidad en atención clínica. En este sentido, el Comité de Mortalidad determinará, con base en el análisis y comparación de la práctica clínica plasmada en los expedientes, las guías y normas del Instituto, la clase de atención brindada al paciente por parte de todo el personal que interactúa con el enfermo y con el expediente clínico.

<sup>154</sup> La única diferencia que se muestra en la carpeta, con respecto a los expedientes de egreso por mejoría es un sello con el escudo nacional que dice *defunción*, y la fecha en la cual el comité de mortalidad se reunió para revisar el expediente clínico.

(Certificado de defunción, UMAE);<sup>155</sup> es decir, la causa de defunción que es la misma que el diagnóstico principal (por ejemplo, Infarto Agudo de Miocardio —IAM—), en el cual se especifica el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios con el intervalo de tiempo entre la enfermedad y la muerte del paciente.

Finalmente, en la tercera parte del documento el especialista deberá escribir “otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo” (Certificado de defunción, UMAE). Por ejemplo (y es uno de los padecimientos secundarios y FRCV más mencionados en los expedientes clínicos de esta especialidad), diabetes mellitus tipo 2, enfermedad con la que un paciente en particular convivió por más de diez años, pero no fue la causante de su muerte, sino que falleció a causa de una insuficiencia cardiaca terminal. Además de los datos anteriores, este documento especifica la hora y fecha de defunción y el nombre, firma y cédula profesional del médico especialista que trató al paciente.

Otro documento que se encuentra en los expedientes de defunción es la *Hoja de Salida de Cadáver*, documento dirigido al jefe de servicio de anatomía patológica del hospital, con la finalidad de que realice la autopsia correspondiente y, posteriormente, se entregue el cuerpo a los familiares del difunto.

Ahora bien, existen otros documentos de egreso que explicitan algunas de las prácticas que se desarrollan en espacios específicos dentro de la UMAE, y del mismo CMNSXXI. Sin embargo, para comprender estos formatos es importante recordar que los espacios del complejo hospitalario y del hospital “Dr. Luis Méndez” están seccionados de acuerdo con la práctica que se desarrolla en cada una de las áreas que comprenden estos recintos. El edificio consta de cinco edificios o cuerpos, clasificados de acuerdo con las prácticas que se desarrollan en este hospital. No obstante, con la finalidad de cumplir los objetivos de la presente investigación, me limitaré con ubicar los espacios que estén relacionados con la información contenida en los legajos de los expedientes clínicos.

---

<sup>155</sup> Debido a que no existe un formato para citar esta clase de documentos, en la referencia específico de qué forma obtengo la información citada, y el lugar de donde pertenece el expediente.



Figura 9. Distribución de los espacios por pisos de la UMAE.<sup>156</sup>

Así, los formatos que llevan el título de *Nota de egreso*, como he expresado hasta ahora, se pueden dar de diversas maneras, puesto que existen muchas clases de egreso —en este caso, por mejoría y por defunción. No obstante, hay notas que refieren a egresos de piso; por ejemplo, *Nota de Egreso de Cardiología Segundo Piso*, *Nota de Egreso de Cardiología Tercer Piso*, *Egreso Quinto Piso Pediatría*, *Egreso Quinto Piso Adultos*.

Estas notas aluden al término de una práctica en específico, puesto que las labores y habilidades del personal —médicos especialistas y cirujanos, estudiantes de posgrado, cuerpo de enfermería, anesthesiólogos, médicos sociales— están clasificadas, como se puede apreciar en los títulos de egresos, por pisos: en el edificio C<sup>157</sup> el segundo, tercero y quinto piso están destinados a la hospitalización de los pacientes adultos y, específicamente, el quinto piso está dividido en hospitalización pediátrica y adulto. Por esta razón, las *Notas de egreso* de piso refieren una mejoría considerable en el paciente, pero todavía falta rehabilitación cardiaca

<sup>156</sup> Fotografía tomada por la autora.

<sup>157</sup> Los documentos de egresos no especifican el edificio en donde la práctica se llevó a cabo, pero debido al contenido que se expresa en estos formatos se puede saber el servicio de procedencia del documento.

(ubicada en el primer piso del edificio A) o son dados de alta hospitalaria con visitas periódicas por medio de la consulta externa (también está en el primer piso del edificio A).

En los formatos de *Alta hospitalaria* —inclusive en los *egresos* de piso—, se puede observar que la mayor parte de los derechohabientes tienen más de un padecimiento —diagnósticos secundarios—, pero debido a la especialidad en donde realicé la investigación, los diagnósticos principales son, por obvias razones, cardiopatías que generalmente coexisten con otras enfermedades ajenas a la especialidad aquí tratada. La importancia de ambos diagnósticos —principales y secundarios— se puede apreciar en los diversos formatos con los cuales una persona ingresa a la UMAE, los cuales describiré a continuación.

En todos los formatos de egreso viene indicada la fecha de ingreso que, dependiendo la naturaleza del documento, señalará la entrada a un piso en particular o la entrada al hospital de Cardiología. Para ingresar a este hospital es necesario, por una parte, ser remitido por otra unidad médica, ya sea la Unidad Médica Familiar —UMF— o por el Hospital General de Zona —HGZ— (dependiendo de la ubicación geográfica en donde vive el derechohabiente es la UMF que le corresponde), o también puede ser enviado por otro hospital del mismo CMNSXXI o de otro complejo hospitalario (por ejemplo, del Centro Médico Nacional “La Raza”). De igual manera, se puede acceder por medio del servicio de urgencias —como explicité en el protocolo de atención *Código Infarto*.

Comenzaré con los documentos que refieren a las UMF y los HGZ. Hay dos clases de formatos que explicitan el ingreso de los derechohabientes por medio de sus clínicas y/o hospitales de zona. En primer lugar, están las *notas médicas* de estos lugares; únicos documentos ajenos al CMNSXXI puesto que las hojas no están membretadas con el logo institucional, sino que son los formatos propios de clínicas y/o hospitales públicos o privados, que están elaboradas por un médico familiar y contienen los síntomas del paciente y, en consecuencia, el motivo por el cual el usuario es enviado a un hospital de especialidades.

En segundo lugar, están los formatos denominados *Interconsulta a Especialidad* que, como su nombre lo advierte, son una “solicitud y valoración médica o paramédica a petición de algún Servicio o Departamento Clínico a otra especialidad” (2E10-003-002, 2018, p. 7). Esto aplica, únicamente, entre hospitales y servicios del CMNSXXI. En estos documentos el médico especialista indica la necesidad de que su paciente sea diagnosticado y/o tratado por otro especialista —por ejemplo, hay un paciente que del hospital de Oncología del

CMNSXXI que fue enviado a Cardiología por las características sintomáticas del individuo (disnea paroxística)<sup>158</sup> durante el tratamiento de un cáncer— en el padecimiento que afecta al individuo; por lo que este formato contiene el diagnóstico de envío y la especialidad a la que se envía.

Sin embargo, buena parte de los expedientes clínicos expresan que los ingresos por medio de urgencias son los más frecuentes. De acuerdo con las definiciones manifestadas en el manual SIMO con clave 2E10-003-002, en el servicio de urgencias se atiende “todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función que requiera atención inmediata” (2E10-003-002, 2018, p. 11). Debido a la emergencia de los padecimientos que se presentan en este servicio,<sup>159</sup> urgencias está ubicado en el primer piso del edificio C y es el único servicio del hospital que cuenta con su propia entrada, puesto que así se facilita un ingreso rápido y eficaz de los derechohabientes.

El formato que corresponde a la práctica que se desarrolla en este servicio lleva como título *Nota de Urgencias y Evaluación Inicial*. El nombre devela el quehacer del médico especialista en este espacio. En este espacio, el médico le realiza al paciente una evaluación médica inicial, esto es, anota de dónde es remitido el enfermo<sup>160</sup> y los síntomas principales que presenta y por los cuales es ingresado por este medio.

Este formato es sumamente similar a la historia clínica<sup>161</sup> puesto que, muchas veces, es el primer contacto que tiene el paciente con el cardiólogo, razón por la cual el médico debe conocer los FRCV, la historia patológica del derechohabiente y el padecimiento actual. Este documento contiene varias tablas para ser llenada por el especialista y por los residentes que lo auxilian en la valoración del enfermo en las que se vierte la información del paciente: ficha

---

<sup>158</sup> Disnea paroxística es un tipo de dificultad respiratorio. Se presenta, generalmente, cuando la persona está acostada.

<sup>159</sup> El lector recordará que el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es un problema de salud pública debido a la alta mortalidad que representa en nuestro país.

<sup>160</sup> En urgencias el paciente puede ingresar por medio de los servicios anteriormente mencionados, a saber: consulta externa, HGZ, UMF, consultorios médicos privados, hospitales de otras especialidades médicas; o, reitero, por la estrategia institucional *Código Infarto*, la cual pertenece al programa del IMSS *A Todo Corazón*: son acciones de atención médica pronta y eficaz para evitar mortalidad de derechohabientes que presenten Infarto al Miocardio. Este programa asegura el diagnóstico y tratamiento del paciente en un tiempo no mayor a 90 minutos, lapso suficiente para evitar la muerte del individuo que presente este padecimiento (Borrayo-Sánchez et al., 2017, p. 233).

<sup>161</sup> Parte del protocolo *Código Infarto* es la elaboración de una historia clínica que contenga los datos más relevantes (interrogatorio —FRCV, antecedentes personales patológicos y antecedentes heredofamiliares— y exploración física) para el establecimiento de un diagnóstico inicial o de primer contacto.

de identificación, antecedentes patológicos, plan diagnóstico, pronóstico y la información del médico especialista (matrícula, nombre y firma). A este respecto, es importante mencionar que cuando los ingresos son por el servicio de urgencias, en la mayoría de los expedientes clínicos, el documento de historia clínica está totalmente vacío —ni siquiera está completa la ficha de identificación—, esto debido a la similitud de la información contenida en estos dos documentos. Sin embargo, en la historia clínica la información se presenta más completa y con mayor detalle.

De acuerdo con lo anterior, la *Historia Clínica General* es uno de los documentos más extensos del expediente clínico. Tiene una extensión aproximada entre tres y cinco páginas ya que, aunque se trata de tablas para ser llenadas conforme la historia patográfica de cada paciente, ésta se puede extender debido a los hallazgos o complicaciones que muestre el paciente durante el llenado de esta forma.

Tal y como explicité en el capítulo uno, el formato de la historia clínica contiene once apartados,<sup>162</sup> mismos que dan cuenta del estado de salud del derechohabiente desde su nacimiento hasta el momento de encuentro entre el médico y el enfermo. Precisamente la función de este documento, es que el personal de salud que atenderá al usuario esté al tanto acerca de la historia patográfica del paciente, misma que devela una parte de los riesgos que pudiera tener el paciente durante su estancia en el hospital.

Este formato comprende tres páginas —dos hojas— impresas en tinta negra tamaño carta en anverso y reverso. La primera página está membretada y tiene el logotipo del IMSS en la parte superior izquierda y el del CMNSXXI, hospital de Cardiología en la parte superior derecha; en el centro está el título de *Historia Clínica General*, por contener aspectos biopsicosociales del derechohabiente.

Precisamente, una de las diferencias sustanciales entre la *Nota de Urgencias y Evaluación Inicial* y la *Historia Clínica General* es la vía de ingreso al hospital. La historia clínica es un formato que se llena durante la primera consulta, además de que es redactado por el R1 y revisado por el especialista en Cardiología; mientras que la nota de urgencias es

---

<sup>162</sup> Para comodidad del lector resumo: I. Ficha de Identificación. II. Antecedentes Heredofamiliares. III. Antecedentes Personales No Patológicos. IV. Antecedentes Personales Patológicos. V. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas (cardiovascular, respiratorio, nervioso, endócrino, gastrointestinal, genitourinario, musculoesquelético, tegumentario y órganos de los sentidos. VI. Antecedentes Ginecoobstétricos (en caso de que aplique). VII. Antecedentes Perinatales (en caso de que aplique). VIII. Padecimiento Actual y Motivo de Envío. IX. Exploración Física. X. Interpretación de Auxiliares de Diagnóstico. XI. Impresión Diagnóstica.

llenada por el urgenciólogo del servicio de Cardiología quien está capacitado para extraer la información más relevante para atender al paciente dentro del tiempo que marcan los protocolos de acción para este servicio —no más de 90 minutos.

Una vez que se realiza la evaluación inicial y el cardiólogo ha identificado y nombrado el padecimiento principal, éste tiene que confirmar y validar su diagnóstico con la mejor evidencia disponible: los estudios paraclínicos. Sin embargo, antes de comenzar con el plan de acción derivado de las observaciones del clínico, es necesario que el paciente esté de acuerdo con las acciones a realizar por parte del médico y, en caso de que el derechohabiente no esté en las condiciones físicas y/o mentales para decidir, la responsabilidad de decisión recaerá en un familiar o tutor, o representante legal que le acompañe (Consentimiento para la Atención Médica, UMAE).

La manera por la cual el paciente acepta los procedimientos clínicos planteados por el especialista está plasmada en las formas de *Consentimiento Informado* las cuales, de manera general, son “documentos [impresos], signados por el paciente [...], mediante los cuales se acepta un procedimiento médico quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente” (NOM-004-SSA3-2012, 2010, DOF). Siguiendo la definición brindada por la Norma y de acuerdo con mis observaciones de los expedientes clínicos, son formatos que aluden a la práctica que los especialistas llevarán a cabo y, además, subrayan la importancia de comunicar al usuario de manera clara y sencilla la información completa acerca de su estado de salud y las vías de acción que se le realizarán: describiendo los posibles riesgos, el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

No obstante, la única excepción existente para la comunicación de procedimientos del médico al paciente, y la consecuente firma del consentimiento informado es en el caso particular de ingreso por medio del servicio de urgencias: si el estado de salud del enfermo así lo demanda, es deber del especialista realizar las acciones médicas que eviten su muerte de acuerdo con los protocolos institucionales.

De esta manera, existen distintas clases de consentimientos informados de acuerdo con la práctica a realizar. Todas estas cartas dicen lo mismo, es decir, el texto redactado en estos documentos está sumamente estandarizado, con excepción, evidentemente, de la ficha

de identificación<sup>163</sup> y del médico que hará el procedimiento con su número de matrícula y cédula profesional.

a) *Consentimiento Informado para la Atención Médica*, es un formato de carta responsiva en donde se aclara que el usuario permite al especialista realizar la atención médica que éste requiera. Contiene de manera estándar los objetivos que se buscan al implementar los procedimientos quirúrgicos e intervenciones que se le pudieran realizar al derechohabiente.

b) *Carta de Consentimiento Bajo Información para la Anestesia General y/o Sedación y/o Anestesia Regional*, es una forma impresa que explicita cuáles son los procedimientos anestésicos, el objetivo de la anestesia y los diversos riesgos que pueden derivar de esta. Los campos que tiene para ser llenados por el anestesiólogo en el servicio de anestesiología<sup>164</sup> son: lugar y fecha, FI, número de cama y, además, existe un recuadro para ser tachado acerca del si el procedimiento es electivo (si el paciente está consciente y aprobó el procedimiento) o urgente (si el paciente ingresó por el servicio de urgencias).

c) *Consentimiento Informado para Cirugía Cardiovascular*, nuevamente, se trata de un formato impreso en el cual se describen los posibles riesgos que el paciente podría sufrir durante la cirugía. Cuenta con los siguientes campos para ser llenados a mano por el cirujano: FI (nombre, seguro social, edad y cama), si la cirugía es electiva o urgente, el diagnóstico previo al procedimiento o intervención quirúrgica, el procedimiento o intervención proyectada, el porcentaje de presentar alguno de los riesgos descritos en el documento y un recuadro para llenar “sí” o “no” sobre la existencia de riesgos personalizados (de acuerdo con su particular padecimiento y su historia patográfica).

d) *Carta de Consentimiento Informado para la Transfusión*, formato que da a conocer los riesgos de este procedimiento. Contiene la FI del paciente.

e) *Carta de Consentimiento Informado para la Autorización de Estudios de Diagnóstico e Intervención Cardiovascular*, formato que contiene todos los estudios e intervenciones cardiacas que se le puedan realizar a un paciente.

f) *Carta de Consentimiento Bajo Información para la Realización de la Prueba de Esfuerzo*, es una hoja que autoriza la realización del protocolo Bruce con fines

---

<sup>163</sup> De ahora en adelante, la ficha de identificación será abreviada y referida al igual que en los expedientes clínicos de la UMAE: FI.

<sup>164</sup> La división de anestesia se ubica en el tercer piso del edificio D.

primordialmente diagnósticos, pero también pronósticos. De acuerdo con la *Guía de Práctica Clínica* del IMSS, esta prueba se realiza en “una banda sinfín [...], es el estudio paraclínico más accesible y útil para lograr el diagnóstico preciso y establecer el pronóstico de pacientes con dolor torácico y sospecha de cardiopatía isquémica crónica” (IMSS, 2017, p. 16). Es un servicio brindado por parte del área de estudios de gabinete ubicados en el primer piso del edificio A. Se trata de un formato que, al igual que los descritos con anterioridad, cuenta con la FI del paciente en la parte superior derecha de la hoja y en el texto impreso se declaran los posibles riesgos sintomáticos que pudiera sufrir el paciente durante la realización de la prueba.

Las cartas de consentimiento informado son parte importante del proceso de comunicación en dos niveles. Por un lado, todos los formatos de esta índole expresan que el médico tiene la responsabilidad de comunicarle al paciente, de manera clara y sencilla —adjetivos que se observan en mayúsculas en cada uno de estos formatos— los diagnósticos, procedimientos, terapéuticas, riesgos y beneficios de las vías de acción que se le realizarán con la finalidad de mejorar su salud. Por otro lado, estos documentos fungen como protección jurídica, puesto que son evidencia institucional de que los protocolos de acción clínica han sido elaborados y ejecutados de manera correcta y ordenada, característica que protege a los médicos que intervinieron en el proceso de hospitalización de un paciente, al hospital y al Centro Médico acerca de cualquier irregularidad que pudiera presentarse durante el acto médico.

Ahora bien, dentro del expediente clínico la parte más voluminosa —en el sentido que son los formatos que ocupan más espacio en cada uno de los expedientes revisados de la UMAE— corresponde a los estudios paraclínicos. El lector recordará que en el capítulo uno se abordó el tema de la Medicina Basada en Evidencia —MBE—, el cual es el estándar de cómo se practica la medicina en el sentido de que estos estudios validan o invalidan la experticia clínica del especialista, porque los datos recolectados por el médico son relevantes en tanto aporten significado a los paraclínicos. Así, los paraclínicos son la mejor evidencia disponible para el establecimiento de diagnósticos y sus posteriores tratamientos.

Ahora bien, en la UMAE del CMNSXXI, como se ha entrevisto con la descripción de los formatos, existen dos clases de estudios paraclínicos: los de laboratorio y los de gabinete. Comenzaré con la descripción de los estudios de laboratorio que, de acuerdo con

los formatos observados en los expedientes clínicos, se realizan en el área destinada al laboratorio clínico, servicio ubicado en la planta baja del edificio D. A grandes rasgos, este tipo de estudios no son invasivos, puesto que se trata generalmente de análisis de sangre — biometría hemática<sup>165</sup> y química sanguínea<sup>166</sup>— con la finalidad de corroborar y/o complementar la primera impresión diagnóstica del especialista.

Por su parte, los estudios de gabinete se caracterizan por extender la visión de los especialistas. Esta clase de estudios se caracteriza por proporcionar, generalmente, imágenes de los órganos, así como frecuencias cardíacas; datos de los órganos que son relevantes para esta especialidad médica: corazón y pulmones. En este sentido, existen diversos estudios de gabinete que dependen de los síntomas del paciente, así como de la valoración del médico de acuerdo con los signos y el y/o los diagnósticos y tratamientos que se le hayan asignado al enfermo. Los estudios de gabinete más frecuentes en este hospital son los ecocardiogramas, electrocardiogramas, monitoreo Holter,<sup>167</sup> rayos X de tórax, ultrasonido carotídeo femoral, gammagrafía cardíaca. Es importante mencionar que, con excepción de los rayos X —área ubicada en primer piso del edificio C— y los electrocardiogramas, estos estudios son realizados en el espacio dedicado a medicina nuclear —sótano del edificio E— puesto que para la obtención de las imágenes a los pacientes se les administran radiofármacos — compuestos radioactivos.

Otro procedimiento con fines diagnósticos y de tratamiento es el cateterismo cardíaco. Es una técnica invasiva, en la cual se introduce un catéter por medio de una arteria para introducirse en las cavidades cardíacas, con el objetivo de comprobar si hay lesiones en el corazón. Este procedimiento se realiza en el área de Hemodinamia —ubicada en el cuarto piso del edificio C.<sup>168</sup> Debido a que se trata de un método diagnóstico y de tratamiento

---

<sup>165</sup> La biometría hemática brinda información acerca del estado general de salud del paciente. Esto a partir del análisis de tres tipos de células sanguíneas: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.

<sup>166</sup> La química sanguínea es un examen en donde el objetivo es medir los niveles de ciertas sustancias en la sangre. A partir de esta información, los especialistas obtienen información acerca del funcionamiento de ciertos órganos.

<sup>167</sup> Holter es un aparato que se utiliza para monitorear —medir y registrar— la actividad electrocardiográfica del paciente en periodos de actividad y reposo. Junto con este instrumento, existe un formato para ser llenado por los pacientes con la finalidad de que, a manera de diario, anoten en esta hoja las actividades y la hora en que las realizan, además de los medicamentos prescritos, con la finalidad de que el cardiólogo compare el diario con los datos que ofrece el monitoreo.

<sup>168</sup> También existen *notas de ingreso* y *notas de egreso* del servicio de Hemodinamia.

invasivo un tanto delicado por los factores de riesgo que conlleva su práctica, se trata de una subespecialidad cardiológica por la experticia que requiere realizar esta técnica.

Ahora bien, una vez que el paciente es diagnosticado y es candidato para ingresar a la UMAE, éste podrá ser canalizado, como se ha visto hasta el momento de acuerdo con los formatos revisados, en distintas áreas del hospital (Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares —UCIC—, Quirófano, Urgencias, Hospitalización y Hemodinamia), conforme la valoración de los especialistas.

Una vez que el enfermo se encuentra valorado y asignado a una cama en un área específica, el/los médicos encargados deberán elaborar la *Hoja Frontal del Paciente*, que es una hoja impresa que contiene los datos de identificación del paciente —cama, piso, fecha de ingreso, nombre completo, número de seguro social, edad y sexo—, así como el/los diagnósticos y el nombre del médico especialista y del residente.

En un mismo expediente clínico pueden existir una gran cantidad de *Hojas frontales*. Estas se actualizan cada vez que un paciente cambia de piso o área de hospitalización, así como si se aumentan o disminuyen los diagnósticos que le han sido asignados, de acuerdo con los signos encontrados en los resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico —laboratorio y gabinete; o también si existe algún cambio en los fármacos administrados debido a alergias u otros factores que pudieran ocasionar estos cambios.

Uno de los formatos más importantes de todo el expediente es el denominado *Notas Médicas y Prescripción*, porque en estos documentos está plasmada la “Evolución y Actualización del Cuadro Clínico” (Notas Médicas y Prescripción UMAE). Es decir, contiene un resumen acerca del padecimiento actual del paciente —síntomas y signos—, el servicio por el cuál ingresó, el servicio en el cual se encuentra en el momento de elaboración del documento, datos de la exploración física, los resultados de laboratorio y gabinete con sus correspondientes hallazgos, los diagnósticos y los medicamentos que le han sido administrados. Además, como en todos los documentos, tiene la ficha de identificación en la parte superior derecha y los signos vitales, así como fecha y hora de la valoración médica del especialista.

Debido a la naturaleza de este formato —actualización del cuadro clínico— es uno de los documentos que se encuentra con más frecuencia en los expedientes clínicos. Cada mejora o decaída, cada nuevo procedimiento aplicado, cada cambio de dosis o de fármaco

implica la creación de una nueva *nota médica*; razón por la cual la información que contiene es sumamente relevante para todo el personal clínico que interactúa con el expediente — médicos especialistas y residentes, cuerpo de enfermería, personal de paraclínicos, médicos de UCIC y Hemodinamia y médicos de otras especialidades médicas en casos de *interconsulta*—, puesto que una mirada a estas notas brindará al observador el estado actual de salud, así como las prácticas que se le han realizado al paciente.

Hasta aquí, el lector se puede percatar de cómo cada uno de los formatos que integran un expediente clínico son una expresión y una guía de la manera en cómo se practica la medicina dentro de un hospital. En ellos se advierte que la parte relevante de los usuarios es la enfermedad misma: el diagnóstico y su correspondiente tratamiento.

A manera de conclusión, a lo largo de este capítulo he demostrado que el expediente clínico forma parte constitutiva de las prácticas que se desarrollan en el interior de la UMAE, CMNSXXI del IMSS. Esto se debe a todas las implicaciones que tiene el uso de los expedientes clínicos; porque, por una parte, cada uno de los formatos que componen un expediente clínico son una expresión de un *género epistémico* (Pomata, 2014). Esto se debe a que a partir de los datos que los especialistas vierten en estas hojas es que se generan nuevos saberes acerca, en este caso particular, de las enfermedades, de los tratamientos, de las innovaciones tecnológicas, entre otros aspectos que están implicados en la práctica médica cardiovascular.

Por otra parte, la comunicación médico-paciente está inmersa en todos estos formatos institucionales, por lo que existe una relación imbricada entre todas las prácticas que se desarrollan dentro de los muros de este hospital, en donde coparticipan activamente los espacios, los edificios, el arte, los instrumentos, los pacientes, los especialistas médicos; es decir, todos los elementos que forman parte de la comunicación médico-paciente, porque todos los elementos que intervienen en la práctica médica dan sentido y significado al quehacer de estos especialistas clínicos.

Específicamente, los expedientes clínicos que aquí revisé son la materialización de la práctica médica cardiológica que, como he señalado, tiene una visión científica de la enfermedad: noción preponderantemente biológica. Esta visión se contrapone a la perspectiva que tiene el paciente de sí mismo y de su enfermedad, puesto que las vivencias que tiene el enfermo otorgan significado a su padecer, a su sufrimiento.

Así, a partir de la descripción de las prácticas que suceden en el CMNSXXI en general y, particularmente, en la UMAE, se observa cómo es que para la medicina institucional el paciente cuando está hospitalizado se transforma en una cardiopatía, en un número de derechohabencia y de cama. Fuera del hospital su número se traduce en un código de diagnóstico, de tratamiento; dejando de lado datos que son irrelevantes para el médico institucional —por ejemplo, cultura y/o religión— y que son sumamente valorados por el paciente, debido a que es a partir de sus creencias y de sus hábitos cotidianos que construye y da sentido a su vida, que establece relaciones causales de su padecer y del sufrimiento que le suceden, elementos a partir de los cuales construye sus experiencias en el mundo.

No obstante, cierro este capítulo con tres interrogantes que se planteó el médico e historiador Pedro Laín Entralgo, las cuales me parecen sumamente pertinentes y, además. Interesantes. Precisamente, se cuestiona el reduccionismo biológico como única vía para esclarecer y explicar las causas morbosas de las aflicciones que suceden a los organismos:

“¿acaso la peculiaridad vital del individuo que padece la enfermedad no influye en los diversos avatares patológicos de su hígado o sus pulmones? ¿Es el “sujeto” no más que un soporte de las alteraciones de sus órganos? La individual entidad del enfermo, ¿Queda limitada, en el suceso de la enfermedad, a sentir el buen orden o el desorden de las funciones particulares?” (Laín, 1950, p. 734).

Estas preguntas plantean la necesidad de repensar los formatos de la práctica médica, modificar la comunicación que estos formatos establecen entre todos los actores sociales; principalmente el médico y el paciente, con la finalidad de integrar la voz del enfermo, no sólo de la enfermedad.

### CAPÍTULO III

#### COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE: ESTÁNDAR DE LA ENFERMEDAD

Con la finalidad de responder puntualmente a la interrogante que guía esta investigación, a saber: ¿por qué los formatos de los expedientes clínicos generan una comunicación médico-paciente ineficaz?, en el presente capítulo analizaré los contenidos de dos importantes documentos que forman parte de los expedientes clínicos de este hospital: la *Historia Clínica General* —documento presente en todos los expedientes revisados— y la *Nota de Urgencias y Evaluación Inicial* —formato que aparece, únicamente, en los expedientes en donde los ingresos fueron a través del servicio de urgencias. La razón por la cual centraré mi atención en los documentos mencionados con anterioridad, es porque ambos están diseñados para comenzar la comunicación médico-paciente y, en este sentido, en ellos está contenida la guía de acción que los médicos siguen al momento de interactuar con los enfermos y, en consecuencia, al llenar estos documentos. Así, ambos formatos, en especial la historia clínica, reflejan la clase de interacción que médico y paciente establecen durante la estadía del enfermo en este hospital (Laín, 1950, Capítulo VIII).

De esta manera, en el presente capítulo esclareceré la relación médico-paciente a partir del estudio del contenido de los documentos antes mencionados. Es decir, examinaré cómo llenan y qué escriben los médicos en apartados específicos que aparecen en estas formas; con la finalidad de establecer, precisamente, cómo se expresa la comunicación médico-paciente en esta importante herramienta de trabajo, y por lo tanto en la práctica clínica.

Para cumplir de manera cabal mi objetivo, a lo largo de este capítulo elaboraré una relación entre los dos capítulos que le anteceden. Lo anterior se debe a dos principales razones que explicitaré a continuación.

En primer lugar, durante el capítulo uno expuse, por una parte, el panorama actual de los postulados epistémicos inmersos en la práctica médica actual, a partir de los argumentos esgrimidos por parte de diversos especialistas que estudian el fenómeno de la comunicación médico-paciente.

Por otra parte, y en relación con el párrafo anterior, realicé un análisis de las implicaciones que tienen los estándares que están inmersos y que subyacen en la práctica

médica. Así, me percaté de que es a través de estos estándares instrumentales — específicamente, me refiero a los expedientes clínicos—, que se puede apreciar cómo está construido el conocimiento imperante en la práctica médica que se desarrolla en los hospitales; práctica en donde están involucrados distintos actores, a saber: los especialistas en salud —médicos cardiólogos, médicos residentes, cuerpo de enfermería—, los pacientes y los instrumentos utilizados en esta interacción. Todos ellos elementos importantes en la configuración, repetición y consecuente validación de la práctica médica; o, dicho de otra manera, de los conocimientos imperantes en el campo médico.

En segundo lugar, a lo largo del capítulo dos me di a la tarea de describir el contexto del CMNSXXI y, por tanto, de la UMAE. La finalidad de tal descripción fue para comprender los objetivos institucionales que norman la práctica médica; puesto que los expedientes clínicos forman parte de los estándares institucionales de este conjunto hospitalario.

De acuerdo con lo anterior, en el presente capítulo conjugaré, por un lado, los argumentos centrales de la práctica médica: aquellos que están expresados en el desarrollo de la comunicación médico-paciente —el reduccionismo biológico que explicaré más adelante—, y que están plasmados en los expedientes clínicos aquí analizados. Por otro lado, está el lugar en el cual esta práctica se desarrolla: la UMAE, que forma parte del complejo hospitalario del CMNSXXI del IMSS, instituto que norma y regula los estándares a los que se ciñe la práctica médica; específicamente: la comunicación-médico paciente.

De esta manera estableceré, concretamente, qué clase de comunicación médico-paciente se desarrolla entre los muros de la UMAE; y, además qué implicaciones tiene esta comunicación en el contexto mexicano de la medicina institucional, del cual el hospital “Dr. Luis Méndez” es un ejemplo. En este sentido, al final del presente capítulo tendré argumentos suficientemente robustos para contestar, puntual y satisfactoriamente, la pregunta de investigación que guía el presente trabajo.

A este respecto, he insistido y subrayado en la importancia que tiene el formato de la historia clínica general, ya que en él se puede observar la visión biológica y científica en la cual los especialistas en salud basan su quehacer: el modelo biológico-lesional de la enfermedad (Lifshitz, 2012, 1993; Jinich, 2006, 1993; Laín, 1950). Esta manera de concebir la enfermedad tuvo su apogeo a lo largo del siglo XIX, debido a la relación que el médico René Laënnec estableció entre los signos y las lesiones anatomopatológicas a partir de las

observaciones y comparaciones que realizó entre cadáveres y cuerpos sanos (Awad & González, 2011, p. 212; Martínez, 1993, p. 3). Este modelo es sumamente importante puesto que tiene implicaciones que se expresan actualmente en el campo de la biomedicina. En palabras de Martínez Cortés:

Es un esquema conceptual en el que se han vertido los conocimientos que se tienen sobre la enfermedad, y cuya principal característica es su utilidad para descubrirla, identificarla y manejarla terapéuticamente. Representamos dicho modelo en tres planos **a)** el plano clínico, constituido por los síntomas y signos; **b)** el plano de la lesión, que corresponde a la enfermedad propiamente dicha, y **c)** el plano de las causas (Martínez, 1993, p. III-IV).

En la cita anterior, el lector puede apreciar que los especialistas en salud parten del supuesto de que lo relevante de la enfermedad es, precisamente, la lesión, la enfermedad misma. En otras palabras, el estándar que norma la práctica médica es la visión biológica de la enfermedad, misma que está basada en supuestos científicos: observaciones objetivas, uniformes y universales de las lesiones, de los cuerpos enfermos, atípicos y fuera de la norma, del estándar de lo que socialmente se considera saludable, normal.

En este contexto los síntomas son sólo un reflejo, una interpretación que realiza el inexperto (el portador de la enfermedad, ajeno al campo médico) del problema real: la lesión; esto es la “alteración o anomalía de las moléculas, organelos celulares, células, tejidos, órganos y aparatos” (Martínez, 1993, p. II). Perturbaciones que son ocasionadas por diversas causas que, aunque Martínez (1993) escribió que no todas son bien conocidas, la mayor parte refieren a factores físicos, tales como agentes patógenos,<sup>169</sup> un mal funcionamiento de un órgano, predisposiciones genéticas, etc.

Esta visión biológica que tenemos como sociedad acerca de la enfermedad —a un cuadro sintomático específico, le corresponde una enfermedad concreta—, se puede observar en los espacios en donde la práctica del acto médico se desarrolla. Esta visión está integrada en cada uno de los rincones de nuestras instituciones de salud pública, en las normas operativas a partir de las cuales se estructuran y funcionan los centros de salud (clínicas y hospitales de distintos niveles de atención), en los centros médicos que están seccionados por

---

<sup>169</sup> Los agentes patógenos son “microorganismos capaces de causar enfermedades” (Juo, 2001, p. 819) [T. de la A.].

especialidades médicas, en los expedientes clínicos que funcionan como guías de acción para la comunicación entre médico-paciente y también entre los especialistas en salud.

Sumado a lo anterior, esta visión —del modelo biológico-lesional de la enfermedad— se refuerza con la evidencia clínica que los expertos obtienen a partir de los instrumentos utilizados en los paraclínicos. Tal y como expresé en el capítulo anterior, la mayor parte de un expediente clínico está compuesto por los resultados de esta clase de estudios. *Grosso modo*, estas herramientas, primordialmente diagnósticas, han sido desarrolladas a través de los años con la finalidad de extender los sentidos de los clínicos, para que puedan ver y escuchar lesiones en los órganos y tejidos internos del cuerpo.

Así, la cantidad de estos documentos en cada uno de los expedientes clínicos es muestra de la relevancia que tienen los paraclínicos —laboratorio y gabinete— durante la práctica médica. De acuerdo con el razonamiento biológico-lesional, el objetivo es establecer relaciones entre signos y enfermedades, con la finalidad de disponer líneas causales concretas y, en consecuencia, nombrar a las enfermedades.

Estas relaciones causales que han observado los especialistas en su constante lucha contra la enfermedad, han sido de gran utilidad para nuestra sociedad, porque los médicos han logrado identificar agentes patógenos que causan lesiones específicas, y factores de riesgo que desencadenan patologías. Asimismo, identifican aquellos factores y/o microorganismos que pueden ser controlados con tratamientos, y aquellas enfermedades que pueden ser curadas. En consecuencia, la medicina científica ha traído muchos beneficios a las sociedades que la practicamos y validamos a través de los procesos comunicativos.

Sin embargo, como he explicado en párrafos anteriores, el reduccionismo biológico del modelo biológico-lesional concibe a la enfermedad, únicamente, en su parte física, biológica. En otras palabras, el soporte de la enfermedad que es el cuerpo humano; en donde los médicos observan cuerpos seccionados por tejidos, órganos, células y moléculas que expresan la intromisión de un agente externo, una lesión, un funcionamiento atípico que ocasiona en la persona malestar.

Siguiendo esta línea de pensamiento, la visión clínica no mira el padecer, sino el fundamento biológico el cual, como señalan algunos autores, es precisamente lo que se ha perfeccionado en el campo médico: el diagnóstico de la enfermedad (Jinich, 2006, p. 78;

Lifshitz, 1993). De esta forma, se puede apreciar que existe una diferencia sustancial entre enfermedad y padecer (Jinich, 2006; Martínez, 2002, 1993):

Enfermedad es la lesión, es la alteración estructural y funcional, descubierta a nivel macroscópico, microscópico y aun molecular. Pero lo que el paciente sufre, lo que lo obliga a buscar la ayuda del médico es otra cosa: es un padecer; es ciertamente, la enfermedad, pero es más que la enfermedad: es la interpretación que el paciente hace de sus síntomas: castigo por pecados reales o imaginarios, venganza de enemigos, maldición inexplicable; es el conjunto de emociones asociadas a los síntomas; [...] es irrupción de los estudios y del trabajo; motivo para reclamar atención, afecto o lástima; es desquite, purificación, lenguaje visceral [...]. El padecer puede existir aun en la ausencia de enfermedad (Jinich, 2006, p. 78).

En la cita anterior se puede observar que, el paciente y el médico tienen una visión sumamente distinta de lo que es enfermar y de las implicaciones psicosociales —además de las biológicas, que en este punto ya son evidentes— que tal condición conlleva: “la enfermedad es el problema del médico, el padecer del paciente” (Jinich, 2006, p. 78). Reitero, el médico está capacitado, exclusivamente, para atender lesiones biológicas, práctica que aprehenden desde pregrado hasta la comunicación de su ejercicio profesional.

De acuerdo con Martínez Cortés, *paciente* es un “término que viene del latín *pati* que significa padecer, sufrir” (Martínez, 2000, p. 113). Esto quiere decir que el vocablo paciente remite, por sí mismo, a un ser que en nuestra sociedad sufre por una mala condición de salud, característica que el médico pudiera sanar a través de la eliminación de la lesión física.

Así, en esta relación, es el paciente el que está supeditado a las órdenes médicas, a lo que el especialista, de acuerdo con su preparación profesional y su experticia clínica está facultado para decidir y actuar sobre la condición y el cuerpo del paciente. Esta jerarquización complica aún más el padecer, porque el enfermo ya no es dueño de su cuerpo ni de sus decisiones, sino que está a expensas de los conocimientos del equipo de salud que está a cargo de su enfermedad. Aquí, la comunicación entre el paciente y su médico es vital, ya que si esta es ineficaz —es decir, no cumple su propósito terapéutico— la condición del paciente puede agravarse.

No obstante, falta una reflexión sumamente importante: las implicaciones de ser médico, de cómo estos seres humanos viven su labor asistencial y de investigación, de cómo

impacta en ellos el ceñirse al modelo biológico-lesional: los especialistas en salud también enferman, también padecen.

En consecuencia, es importante subrayar que tanto médicos como pacientes son seres humanos que realizan sus prácticas cotidianas de acuerdo con estándares que imperan en nuestra sociedad, normas que rigen nuestra manera de ver el mundo, nuestra manera de expresarnos, de comunicar al otro nuestras creencias y conocimientos. Por lo tanto, estudiar los expedientes clínicos, analizar los documentos que dan cuenta de esta interacción, equivale a observar una fracción de esa comunicación, de esa visión que tenemos como sociedad de enfermar, de padecer y de sanar. Esto es así, reitero, debido a que en la práctica médica existe una interrelación entre los espacios, los instrumentos, el personal que labora en los hospitales —específicamente, me refiero a médicos especialistas y residentes—, y los pacientes que asisten a estos recintos para sanar su enfermedad.

Esta interrelación entre todos los actores anteriormente mencionados es indispensable en toda la práctica médica, ya que sólo a partir del entrelazamiento de estos elementos, es que esta práctica puede ser entendida. En este sentido, los pacientes juegan un rol esencial, puesto que su presencia en la UMAE demuestra su creencia en la medicina institucional. En cierto sentido,<sup>170</sup> médicos y pacientes comparten la visión científica del reduccionismo biológico imperante en el ejercicio de la medicina. De lo contrario, no asistirían ni formarían parte de la constante validación y reproducción de los conocimientos que se ostentan en este ejercicio.

Entonces, la comunicación médico-paciente es parte fundamental de la práctica médica, no sólo en el ámbito asistencial. Reitero, es a través de los procesos comunicativos que se construyen, reproducen y validan los conocimientos del médico tratante, de los instrumentos que utiliza, y de la institución en la cual esta comunicación sucede.

Ahora bien, los siguientes tres apartados de la presente investigación —diagnóstico, terapéutica y pronóstico— corresponden a la estructura dada, principalmente, por la historia clínica. La razón de lo anterior es que, estos tres campos son los elementos relevantes —

---

<sup>170</sup> Este matiz es importante ya que, aunque he argumentado que médicos y pacientes no se comunican de manera eficaz debido, de acuerdo con diversos autores, a la carga teórica presente en el discurso expresado por cada uno de estos actores. No obstante, en la sociedad hegemónica existe una concepción científica del mundo, creencia que tiene su manifestación en la diversidad de instituciones sociales que estructuran las prácticas en comunidad. Un ejemplo de lo anterior es la institución educativa y, por supuesto, la institución sanitaria.

como revisé en el capítulo uno— de la práctica asistencial: son los tres ejes a desarrollar durante la estancia de los pacientes en la UMAE. Sin embargo, como explicaré a continuación, estos pasos en la atención clínica no poseen el mismo valor, ya que la norma que guía a los médicos en su labor asistencial, debido a los estándares institucionales —como vimos en capítulo dos— hacen que el diagnóstico sea considerado como lo más significativo del enfermo, de la práctica misma. Razón por la cual, en las siguientes páginas me daré a la tarea de clarificar estas tres etapas por las que pasan los enfermos de la UMAE; mismas que están claramente marcadas en cada uno de los formatos del expediente clínico.

### *Diagnóstico*

El diagnóstico, dentro de la práctica médica que está normada por el modelo biológico-lesional, es considerado como la parte relevante de la enfermedad. Esto se debe a que, es a partir de la clasificación de los signos y el consecuente nombramiento de la lesión, que el acto médico<sup>171</sup> puede comenzar. En este sentido, los síntomas del paciente son interpretados por todo el equipo médico, con la finalidad de establecer un plan terapéutico encaminado a la mejoría o restitución de la salud del paciente. Esta mejoría es entendida, en el campo médico, como la eliminación o mitigación de la lesión orgánica que provoca malestar y/o alteraciones físicas en una persona (Jinich, 2006; Henderson et al., 2005; Martínez, 2002, 1993; Lifshitz, 1993).

La importancia del diagnóstico no sólo es relevante para los especialistas en salud, sino que es significativo para toda la población que interactúa y forma parte activa del sistema médico imperante en nuestra sociedad; puesto que tal concepción del proceso salud/enfermedad tiene un impacto en la manera en que vivimos la enfermedad.

Así, el diagnóstico —nombre de la enfermedad— es un importante factor que reduce contingencia en dos sentidos (Luhmann, 2006). Por un lado, por parte del personal de salud, el diagnóstico, como he señalado, establece criterios de acción racionales encaminados a concretar las vías terapéuticas que estén en consonancia con la enfermedad diagnosticada. Por otro lado, los enfermos, una vez que conocen el nombre de la enfermedad que les aqueja,

---

<sup>171</sup> De acuerdo con los especialistas en salud, el acto médico es, precisamente, la parte asistencial de la práctica médica.

pueden reducir el malestar de su padecer, puesto que ya saben si la enfermedad es curable, si será crónica, si esto implicará cambios sustanciales en sus vidas, o sólo es un mal momento por el que están pasando.

En este sentido, una vez enunciado el nombre de la enfermedad, de aquello que provoca desasosiego, ambos actantes pueden tomar activamente decisiones acerca del proceder: por parte de los médicos, establecer qué tratamiento funciona mejor ante esa enfermedad en esa persona. Por parte de los enfermos, podrán decidir cuál será la mejor manera de mitigar su padecer —ir al hospital, cambiar de trabajo, acudir a otros sistemas de salud, entre otras muchas acciones que el enfermo podría realizar una vez definida la enfermedad.

Sin embargo, diagnosticar implica un razonamiento complejo, tarea nada sencilla que va más allá de la comunicación entre médico y paciente; puesto que esta clase de razonamiento está condicionado por el modelo biológico-lesional de la enfermedad. Diagnosticar es el acto de sintetizar y clasificar un cúmulo de síntomas y signos en una palabra, datos que los especialistas obtienen e interpretan a partir de la comunicación verbal —interrogatorio— y física —exploración física— con el paciente. Esta idea es expresada con mayor claridad en palabras de Alberto Lifshitz:

Quando se observa a los clínicos en acción, el diagnóstico parece ser el reto fundamental, al grado que en ocasiones lo convierten en un fin. Y es que el razonamiento diagnóstico tiene un atractivo intelectual que no poseen la decisión terapéutica ni la estimación pronóstica (Lifshitz, 1993, p. XVI).

Precisamente, esta práctica diagnóstica se puede observar a lo largo y ancho de los expedientes clínicos, ya que existen diversos, variados y múltiples documentos —entre ellos los paraclínicos— que dan cuenta de la relevancia del diagnóstico para la atención médica; tal es su importancia que en cada uno de los documentos existen apartados dedicados a los diagnósticos principales y los secundarios, a los que se establecieron durante el ingreso del paciente al hospital como en el momento en que es dado de alta. De esta manera, reitero, los expedientes clínicos son una herramienta fundamental en la labor de los especialistas; pero, además, explicitan la importancia del diagnóstico, misma que expresa la visión que tienen

los especialistas de la enfermedad y de lo que esta implica, en el caso específico de las cardiopatías tratadas en el hospital “Dr. Luis Méndez”.

A este respecto y retomando la cita anterior me surge la interrogante de ¿por qué Lifshitz aseveró que el razonamiento diagnóstico tiene un atractivo intelectual? A diferencia, por ejemplo, de dos importantes aspectos que forman parte de la sanación o mejoría del enfermo: la terapéutica y el pronóstico; elementos que van de la mano con el diagnóstico y que no son tan considerados por los especialistas en salud.

Diagnosticar, de acuerdo con las afirmaciones de algunos autores (Spencer, 2017; Marsh, 2016, p. 117; Lifshitz, 2014, 1993; Jinich, 2006; Fitzgerald, 2005; Fortin et al., 2005; Henderson et al., 2005; Kravitz et al., 2005; Martínez, 2002; Laín, 1950), es el acto en donde reside el arte de la práctica clínica. Así, para establecer las relaciones causales —entre signos y enfermedades— implicadas en este razonamiento; en primer lugar, es menester del médico saber escuchar al paciente: prestar atención en las palabras que utiliza, en lo que el cuerpo expresa acerca del padecer que llevó a la persona a buscar ayuda de los especialistas en biomedicina.

En segundo lugar, el médico avezado tiene a su disposición, debido a sus estudios y a su experticia, un amplio repertorio de cuadros clínicos, en donde están implicadas las lesiones físicas y las condiciones atípicas halladas durante la exploración física y, además, los síntomas verbalizados durante el interrogatorio. Ambos, elementos que el clínico debe interpretar y convertir en signos que sean equivalentes a una enfermedad concreta.

Sin embargo, existen padecimientos que no difieren mucho en cuestión de los signos que se expresan en el cuerpo del afectado (Jinich et al., 2006), por lo cual al momento del interrogatorio esta situación es más complicada porque la sintomatología es, al igual que los signos, sumamente confusa.

Un ejemplo de lo anterior es el dolor torácico, el cual puede ser síntoma y signo de diversas enfermedades que, para efectos de esta investigación, reduciré el amplio espectro a las que son cardiovasculares. Esta clase de dolor puede ser de origen coronario —angina de

pecho<sup>172</sup> e infarto de miocardio<sup>173</sup>— o no coronario —pericarditis<sup>174</sup> y aneurisma disecante de la aorta<sup>175</sup>— (Jinich et al., 2006, p. 128). En cada uno de estos casos, los síntomas son sumamente parecidos, característica que pudiera conducir a errores si el médico no tiene la suficiente experticia para diferenciar los unos de los otros. Además de estas dificultades, se le agrega el factor de que no existe el caso típico, esto es, nadie presenta los mismos síntomas ni signos que se expresan en los manuales de medicina (Jinich et al., 2006, p. 4); y, sumado a lo anterior, no existen dos enfermos iguales, con lo cual la labor del clínico se torna sumamente complicada. Entonces, es precisamente esta experticia la que mitiga las complicaciones de las semejanzas entre los signos y síntomas de distintas enfermedades.

Siguiendo esta línea de pensamiento, se añade a esta dificultad otra problemática: el lenguaje. La manera de expresarse del paciente —si este es ajeno al campo médico— es totalmente distinta a las palabras que ocupa el especialista, ya sea por diferencias culturales y/o educativas; o bien, por falta de vocabulario del enfermo para expresar lo más fidedignamente su malestar (Marsh, 2016; Lifshitz, 2014; Charon, 2006; Jinich et al., 2006; Kleinman et al., 2006; Fortin et al., 2005; Henderson et al., 2005; Martínez, 2002). El médico, como argumenté en los capítulos anteriores, durante su formación no es enseñado a escuchar, hecho que se observa en la interpretación que realizan de los síntomas a signos, interpretación que será confirmada o falseada por los paraclínicos; instrumentos en los que recae, en última instancia, el establecimiento del diagnóstico.

---

<sup>172</sup> “En los casos típicos se caracteriza por su localización retrosternal, su carácter pasivo y su relación con los esfuerzos físicos. Suele irradiar a las extremidades superiores, sobre todo a la izquierda, donde puede ser descrita como sensación de adolorimiento, adormecimiento u hormigueo. También puede irradiar al cuello, mandíbula, parte izquierda de la cara, epigastrio y borde costal derecho. El diagnóstico es clínico, lo da el interrogatorio” (Jinich et al., 2006, p. 128).

<sup>173</sup> “**El dolor se parece a la angina de pecho**, aunque generalmente es más intenso y más prolongado. Se describe de diversas maneras: como una presión intolerable, una garra que aprieta fuertemente al tórax o como una sensación de intensa quemadura. Suele acompañarse de sensación de muerte inminente, palidez, diaforesis fría y debilidad extrema. Continúa durante media a una hora y en ocasiones sólo es posible controlarlo con morfina. Sus irradiaciones son similares a las de angina de pecho. Cuando se irradia a los segmentos superiores del abdomen puede originar problemas de diagnóstico diferencial con síndromes abdominales agudos” (Jinich et al., 2006, p. 128) [Las negritas son mías].

<sup>174</sup> “Es de localización retrosternal, profundo, **parecido al infarto del miocardio**. Se exacerba con la inspiración y la tos; empeora al adoptar posición supina y mejora al sentarse e inclinarse hacia adelante” (Jinich et al., 2006, p. 128) [Las negritas son mías].

<sup>175</sup> Dolor por lo general moderado, de aparición súbita y persiste varias horas; en ocasiones, **es casi imposible diferenciarlo del producido por el infarto de miocardio**, ya que su naturaleza y localización son muy similares, pero las áreas de irradiación son más amplias en el aneurisma; se propaga a la espalda y a veces también a la región lumbar o abdominal” (Jinich et al., 2006, p. 128) [Las negritas son mías].

Así, estas inferencias que realizan los clínicos están sustentadas en estrategias diagnósticas, que son aplicadas durante el razonamiento clínico, en el contacto con la enfermedad. Cada ejercicio diagnóstico “comprende una interacción entre el médico y el hombre doliente y esperanzado; una relación del médico con el conocimiento vigente y una proyección del médico a su propio ser, a su propia experiencia” (Lifshitz, 1993, p. XVII). De esta manera, el conocimiento vigente no sólo implica un cúmulo de etiquetas y relaciones causales entre estas, sino también diversas metodologías de razonamiento clínico; es decir, diversas maneras para establecer un diagnóstico, razonamiento que se debe complementar con la experiencia del médico en su constante interacción con la enfermedad.

Con la finalidad de comprender esta clase de razonamiento y el fundamento fisiológico que lo acompaña, en las siguientes páginas me daré a la tarea de explicitar, concretamente, cuál es el método y las estrategias diagnósticas que utilizan los especialistas.

De acuerdo Alberto Lifshitz (1993, p. XVII-XXIII), el método diagnóstico es el denominado *por analogía* en el cual “se trata de homologar lo que el paciente tiene (padecimiento) con lo que refieren las descripciones clásicas de la enfermedad” (Lifshitz, 1993, p. XVII). En otras palabras, es aquí en donde el médico debe buscar las semejanzas entre los esgrimidos por el paciente y los cuadros clínicos que aprende en los libros de texto. Pero este diagnóstico tiene un inconveniente que ya he referido: no existen dos pacientes iguales, en consecuencia, los síntomas no son expresados de igual manera en cada caso —no existe el caso típico sintetizado y sistematizado en los libros de medicina—; situación que implica una problemática, especialmente, para los médicos que están iniciando su práctica (Lifshitz, 2014, p. 11).

De esta manera, el lector puede apreciar que la información que el médico obtiene del paciente es sumamente compleja, debido a la carga teórica que cada uno de estos actantes comunica; razón por la cual en la práctica clínica los especialistas se ven en la necesidad de interpretar —a partir de sus conocimientos adquiridos en las aulas de clase y en las prácticas hospitalarias— la experiencia fenoménica del paciente acerca de su enfermedad.

En ese sentido, el método por analogía muchas veces falla, razón por la cual los médicos ponen en práctica una serie de estrategias que permiten establecer el nombre y la causa de la enfermedad. No existe una única estrategia, sino que se combinan entre sí con la finalidad de que obtengan la mayor certeza diagnóstica posible. De acuerdo con Lifshitz

(2014, 1993), existen siete estrategias que los clínicos utilizan durante su razonamiento diagnóstico, las cuales parafrasearé a continuación.

En primer lugar, está la estrategia sistémica (Lifshitz, 1993, p. XVIII). Esta estrategia se puede ver plasmada en la historia clínica general, puesto que la premisa de la cual parte es: si al paciente, durante la exploración física se le revisan y recogen los datos de una manera ordenada y completa (de acuerdo con el orden dado en el rubro *V. Interrogatorio por aparatos y sistemas*), el médico no pasará por alto ninguna clase de anomalía y, a su vez, podrá verificar exactamente en qué sistema(s) se encuentra la lesión. De esta manera, la exploración física habrá sido total y el médico podrá establecer un diagnóstico que corresponda a la lesión(es) y/o anomalía(s) observadas en conjunción con lo previamente verbalizado por el paciente.

Uno de los fundamentos principales de esta estrategia es que el médico realice las observaciones sin juicios *a priori*, esto es, que su razonamiento diagnóstico sea aplicado hasta que finalice la exploración sistémica. De lo contrario corre el riesgo de malinterpretar sus hallazgos y etiquetar de manera errónea las lesiones observadas (Lifshitz, 1993, XIX).

Al respecto de esta estrategia, es interesante subrayar y reiterar que, de acuerdo con mis observaciones de las historias clínicas de la UMAE, estos formatos —cuando están llenos— son escritos por los residentes de más bajo rango —R1. Es decir, por aquellos médicos que están empezando a cursar un posgrado en la especialidad de Cardiología, con la finalidad de que aprendan las habilidades y adquieran la experticia necesaria que todo cardiólogo debe ostentar durante el primer contacto con el enfermo.

Esta práctica de enseñanza clínica, siguiendo el plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM, ha sido conceptualizada como *aprendizaje por competencia* y se define como el “[c]onjunto de conocimientos, habilidades, actitudes, valores y aptitudes que interrelacionados permiten tener un desempeño profesional eficiente de conformidad con el estado del arte” (Duarte, Martínez, Morales, Lozano & Sánchez, 2011). En otras palabras, es la adquisición de todos los elementos que necesita un individuo para poder ejercer la medicina clínica.

Entonces, el aprendizaje por competencia implica exponer a los R1 al contacto con la enfermedad y con el paciente, con el objetivo de que adquieran el *habitus* que todo cardiólogo ostenta en el campo médico. Por ejemplo, la obtención de datos relevantes del interrogatorio

y de la exploración física, el desarrollo del juicio clínico y las habilidades técnicas implicadas en el uso de herramientas diagnósticas y terapéuticas utilizadas en los paraclínicos, así como los instrumentos propios utilizados por los cardiólogos (estetoscopio, oxímetro, electrocardiógrafo, entre otros artefactos propios de la especialidad).

Sin embargo, en las historias clínicas de Cardiología del CMNSXXI pocas veces se puede apreciar esta estrategia. Como he mencionado, este importante documento es llenado por los R1, médicos que están comenzando su especialidad y que están adquiriendo el *habitus* de los cardiólogos; razón por la cual, de acuerdo con los planteamientos y objetivos de la estrategia sistémica, deben llenar todo este formato. El apartado V. *Interrogatorio por aparatos y sistemas* —cardiovascular, respiratorio, nervioso, endócrino, gastrointestinal, genitourinario, musculoesquelético, tegumentario y órganos de los sentidos— de la historia clínica general, da cuenta de esta estrategia, porque en él está contenido el cuerpo humano de manera seccionada, con la finalidad de que aprendan a observar las relaciones de cada uno de los aparatos y sistemas que pudieran estar implicados en el proceso morboso.

El problema radica, precisamente, en que en buena parte de los documentos que estudié, este apartado está completamente vacío o dice de manera estándar “Interrogado y negado” en cada uno de los nueve recuadros. Asimismo, en la gran mayoría de las historias clínicas, únicamente, está llenado el sistema cardiovascular en donde se pueden leer aseveraciones como “dolor opresivo, sin irradiaciones intensidad 5/10. ACME<sup>[176]</sup> 20 minutos, disnea” (Historia Clínica General, UMAE); mientras que los demás recuadros o están vacíos, o aparece la leyenda anteriormente citada.

En la minoría de las historias clínicas analizadas, se puede apreciar que el residente realizó y anotó en cada uno de los aparatos y sistemas el interrogatorio realizado al paciente. A este respecto Lifshitz escribió que: “La realidad es, que tanto el interrogatorio como la exploración física deben de ser, por fuerza limitados y, por ello, conforme el clínico alcanza experiencia, adquiere la capacidad de seleccionar con precocidad los datos más significativos” (Lifshitz, 1993, p. XIX).

Debido al reducido tiempo que los médicos dedican a la consulta clínica —interrogatorio y exploración física— por la enorme cantidad de derechohabientes que tienen

---

<sup>176</sup> “El estudio ACME, fue diseñado para evaluar si la ICP [Intervención Coronaria Percutánea] es superior a la terapia farmacológica en el tratamiento de la angina en pacientes con afectación de 1 o 2 vasos” (Silber, Albertsson, Avilés, Camici, Colombo, Hamm & Urban, 2005, sin número de página).

que atender en un día, es justificable que su mirada y atención sea enfocada a la especialidad que les compete. No obstante, esto plantea una nueva problemática que va en contra de la premisa de esta estrategia y es, precisamente que el médico, al solo observar el sistema del cual es especialista, durante su interacción con el paciente elabora lo que se conoce como “hipótesis diagnóstica preliminar” (Lifshitz, 1993, p. XIX); es decir, realiza juicios *a priori* acerca de la enfermedad que porta el individuo. En consecuencia, esta manera de obtener información para establecer diagnósticos no es unívoca, sino que se aplica en conjunto con otras estrategias que desarrollaré en los siguientes párrafos.

En segundo lugar, está la estrategia secuencial o algorítmica, a partir de la cual el clínico diagnostica de acuerdo con “programas similares a los diagramas de flujo de la informática” (Lifshitz, 1993, p. XX). Esto significa que los médicos siguen reglas precisas para acciones concretas; característica que lo hace especialmente funcional para la predicción diagnóstica, ya que conforme la información obtenida y analizada, se decidirá cuáles serán las vías de acción a ejecutar por todo el personal de salud (Lifshitz, 2014; 1993, p. XIX).

El inconveniente de esta estrategia es el tiempo. Para que el diagrama de flujo sea funcional, en primera instancia, los médicos tienen que elaborar formatos que no forman parte del expediente clínico, en donde realizan una caseta destinada a registrar todos los datos de cada uno de los pacientes. Posteriormente, elaborarán casetas de decisión que contienen preguntas cerradas, acerca del caso específico que se busca diagnosticar. Finalmente, está la caseta de ejecución, la cual arroja las instrucciones a seguir por el personal médico, para tratar la enfermedad en cuestión de un paciente en particular.

En tercer lugar, la estrategia hipotético-deductiva. Se trata de una clase de razonamiento que se aproxima al científico: se basa en la plausibilidad y/o verisimilitud de los posibles diagnósticos derivados de la historia clínica. En otras palabras, los médicos, a partir de lo aprendido en libros y manuales de medicina, sumado a su experiencia con la enfermedad, son capaces de realizar hipótesis preexistentes que irán refutando o confirmando de acuerdo con las observaciones directas de la enfermedad, y con los estudios que se realicen al paciente (Lifshitz, 2014; 1993, p. XX).

En cuarto lugar, la estrategia por exclusión (*per eclusionem*) que, como su denominación advierte, comienza con la eliminación de hipótesis diagnósticas. El razonamiento implicado es similar al de la estrategia anterior, porque a partir de la refutación

de las hipótesis previamente planteadas es que los médicos podrán establecer el diagnóstico. Esta estrategia es utilizada cuando las características del paciente plantean dificultades para realizar estudios paraclínicos y/o un examen sistémico completo, ya que la salud y estabilidad del paciente podrían empeorar si se le practican esta clase de procedimientos. Razón por la cual, los médicos son forzados a elaborar y trabajar con hipótesis de este tipo (Lifshitz, 2014; 1993, p. XX-XXI).

En quinto lugar, está la estrategia con ayuda externa (*ex-adjuvantibus*). Como su nombre lo indica, se basa en el establecimiento del diagnóstico a partir de la administración de un “tratamiento prueba” al paciente. A diferencia del tratamiento empírico (medicamentos sustentados en los datos clínicos del enfermo), esta clase de terapéutica se lleva a cabo cuando la enfermedad es lo suficientemente agresiva como para que el equipo de especialistas espere a tener un diagnóstico certero,<sup>177</sup> otorgado por los estudios paraclínicos —si es que la enfermedad así lo requiere.

De esta manera, los tratamientos de prueba funcionan para comprobar o refutar una hipótesis diagnóstica: si el tratamiento es eficaz, entonces el diagnóstico es correcto. No obstante, esta estrategia cae en la falacia de la *afirmación del consecuente*, porque si el paciente responde de manera positiva ante un tratamiento prueba, no necesariamente se debe a que la hipótesis diagnóstica sea correcta; sino que podría deberse a otras razones. Por ejemplo, el tratamiento administrado pudiera estar mitigando el malestar sintomático del enfermo, pero no aliviando la causa primordial de la enfermedad, o también podría deberse a cuestiones psicológicas, como lo es el efecto placebo (Lifshitz, 2014; 1993, p. XXI).

En sexto lugar, la estrategia bayesiana. Está basada, precisamente, en el teorema de Bayes; razón por la cual se centra en un razonamiento de tipo probabilístico. En palabras de Lifshitz:

Tiene la ventaja de generalizarse a casi todas las situaciones que requieren del diagnóstico y de ser suficientemente económico para no solicitar redundancia de datos. Su desventaja principal, además de que en ocasiones no es operativo por falta de información precisa, es

---

<sup>177</sup> El lector recordará que la MBE —Medicina Basada en Evidencia— es aplicada con la premisa de que los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete brindan, a los especialistas en salud, la mejor evidencia disponible. Esto es, datos fisiológicos que confirman o refutan la mirada clínica.

que presta demasiada importancia al diagnóstico, concede así a la decisión terapéutica un papel secundario (Lifshitz, 1993, p. XXII).

De manera general, todo diagnóstico tiene implicaciones probabilísticas que parten del teorema de Bayes, ya que algunas de las premisas que sostienen la conclusión diagnóstica están basadas en la frecuencia de ocurrencia ciertos de signos y enfermedades (Lifshitz, 2014, p. 12-13). Sin embargo, como se puede observar en la cita anterior, esta estrategia tiene ciertos inconvenientes, algunos de los cuales ya he delineado a lo largo de estas páginas; a saber: el diagnóstico como eje central de la práctica médica, hecho que le resta importancia a la terapéutica y al pronóstico, ambos elementos imprescindibles para el mejoramiento o sanación del paciente.

Otra desventaja que menciona el autor es que, para realizar inferencias probabilísticas de este tipo, es necesario contar con información estadística completa, precisa y confiable, que permita el establecimiento de un diagnóstico altamente probable. Pero, en el caso de México, los datos estadísticos son “imprecisos para todas las enfermedades y para todos los síntomas” (Lifshitz, 1993, p. XXII). Por último, esta estrategia ha sido criticada, justamente, porque el teorema de Bayes es sumamente complejo y, por tanto, poco útil para ser aplicado por los médicos durante la consulta clínica (Lifshitz, 1993).

Finalmente, en séptimo lugar está la estrategia decisional. Aquí se prioriza una postura operativa; es decir, “lo importante ya no es el nombre de la enfermedad, sino saber qué hacer para ayudar al paciente” (Lifshitz, 2014, p. 14). Con el objetivo de delimitar e identificar las decisiones que se pueden tomar ante un paciente específico, se procede de manera similar a la estrategia algorítmica: se crea un árbol decisional y se seleccionan aquellas enfermedades que son más probables —a partir de la información obtenida de la historia clínica—, con la finalidad de elegir el curso de acción más adecuado.

Así, “más que un modelo de razonamiento clínico es un modelo para justificar determinadas resoluciones” (Lifshitz, 1993, p. XXIII). En este sentido, se torna imprescindible recalcar y subrayar algo que mencioné en los dos capítulos precedentes: el expediente clínico tiene múltiples y diversos objetivos en la práctica que se desarrolla en los hospitales, entre los que destacan, la evaluación del acto médico, la organización del personal que interactúa con estos documentos, instrumento de investigación clínica y estadística, entre

otras características mencionadas previamente (Ou et al., 2013; Timmermans et al., 2010; Kravitz et al., 2005; Berg et al., 1997, 1996).

En consecuencia, no existe una estrategia diagnóstica que sea más valiosa que otras. Sino que, en la enseñanza clínica, estos razonamientos son comunicados a los estudiantes para que sean aplicados de acuerdo con las dificultades que se presenten ante el lecho del enfermo; por lo cual se deja al criterio del médico la aplicación de alguna estrategia en específico y/o una combinación entre dos o más de ellas (Lifshitz, 2014, 1993).

A partir de los métodos y estrategias explicitados, se puede observar que en todos los razonamientos existe una relación entre tres factores que son fundamentales, para que los especialistas establezcan el diagnóstico y las consecuentes vías de acción terapéutica. A) Libros y manuales de medicina, que los médicos tienen que estudiar, analizar y aprender, ya que en ellos se especifican los signos y algunos síntomas,<sup>178</sup> que corresponden a enfermedades concretas. B) Comunicación entre pares. Durante la práctica médica en los hospitales, esta clase de interacción es vital para que, por una parte, los aprendices adquieran los conocimientos necesarios para establecer las relaciones causales, derivadas de la visión del modelo biológico-lesional, y, además, aprendan a utilizar las herramientas que complementan la mirada clínica. Por otra parte, los especialistas que durante su estancia en los hospitales comunican y, a su vez, refuerzan los conocimientos propios de su práctica. C) Experticia clínica; es decir, la experiencia que adquiere el médico siempre que se encuentra frente a la enfermedad y el padecer de un individuo, porque cada persona enriquecerá el acervo que tiene el especialista ante cierta enfermedad.

Pero, en esta relación tripartita parece faltar un elemento que es clave en la práctica clínica y es, justamente, la comunicación médico-paciente. Elemento constitutivo del quehacer médico que ha sido eclipsado por las innovaciones tecnológicas, que permiten el establecimiento de diagnósticos a partir de estándares de bienestar.<sup>179</sup> Hecho que ha

---

<sup>178</sup> A este respecto “se dice que los enfermos no han leído los libros” (Lifshitz, 2014, p. 11), haciendo referencia a las descripciones *ad hoc* de los síntomas expresados en los manuales y libros de medicina; porque, como he mencionado, existe una enorme diferencia entre las palabras que utilizan los médicos y las que emplean los pacientes en las descripciones de la enfermedad. Narrativas derivadas de la carga teórica que ostentan cada uno de los actantes durante el acto comunicativo.

<sup>179</sup> Como argumenté en los dos capítulos precedentes, estos estándares de bienestar, de lo que significa enfermedad y salud, de los síntomas expresados, entre otros elementos que están normados en los elementos implicados en el proceso salud/enfermedad, presentan múltiples inconvenientes que ya fueron expuestos (Taylor-Alexander, 2016; Bush, 2011; Timmermans et al., 2010; Cházaro, 2001).

contribuido a la desvaloración de la palabra y el sentir del enfermo, debido a la falta de precisión al referir su enfermedad, su malestar. Esta idea se puede apreciar claramente en la siguiente cita:

Pareciera que lo más importante que debe hacer el clínico es ponerle nombre de enfermedad a los sufrimientos del paciente, y se ha llegado al extremo de no concederle credibilidad a éste si sus quejas no corresponden con el cuadro clínico de una enfermedad conocida (Lifshitz, 2014, p. 11).

Siguiendo esta línea argumentativa, mencioné al inicio del apartado que el razonamiento diagnóstico es considerado, por diversos especialistas en salud (Spencer, 2017; Marsh, 2016; Lifshitz, 2014, 1993; Bush, 2011; Jinich, 2006; Fitzgerald, 2005; Fortin et al., 2005; Henderson et al., 2005; Kravitz et al., 2005; Martínez, 2002; Laín; 1950), como una práctica de corte artístico. Esto se debe a que, para establecer el nombre de la enfermedad, los médicos se valen, primordialmente, de su experiencia con la enfermedad y el padecer, ya que como expuse, las estrategias diagnósticas son herramientas de razonamiento que el médico utiliza durante su quehacer. Pero, estas metodologías no son precisas ni absolutas, por lo cual entre más experiencia ostente el médico en su rama de especialización, más refinadas serán sus inferencias diagnósticas: “en la medida en que el paciente de hoy se parece a uno del pasado se puede suponer que tiene la misma enfermedad que aquél” (Lifshitz, 2014, p. 12).

En este sentido, los diagnósticos son inferencias refutables e inciertas, pero también son probables y confiables; debido a que las estrategias aquí presentadas están planteadas en grados de probabilidad, con lo cual reducen la incertidumbre tanto del equipo médico, como de los pacientes implicados. No obstante, no basta con que los juicios diagnósticos reduzcan incertidumbre; sino que se requiere que sean precisos, esto es científicos y no artísticos — característica que impera en la comunicación médica, cuando refieren a esta medicina como de corte científico.

Así, para establecer un diagnóstico en una época en donde la tecnología ha impregnado casi todos los aspectos de nuestra vida diaria, no basta con la interpretación de síntomas a signos, ni tampoco es suficiente la experticia clínica del especialista. Sino que las aseveraciones de los médicos deben estar corroboradas y sustentados en los paraclínicos,

debido a que son herramientas elaboradas específicamente para ese fin. Característica que brinda a los especialistas evidencia de tipo científica, que los auxilia a ratificar o falsear cualquier hipótesis diagnóstica que se haya realizado previamente a un paciente en específico —MBE.

Aunque la tecnología diagnóstica ha aportado innovaciones en la práctica sumamente funcionales, también tienen diversos inconvenientes. En primer lugar, tal y como expuse a lo largo del apartado *1.1. El formato. Una estandarización de las prácticas médicas* del capítulo uno, la información que se obtiene de los paraclínicos está basada en estándares estadísticos poblacionales, que no necesariamente fueron tomados de la población en donde son aplicados estos estándares.

En segundo lugar, la desvalorización de la comunicación médico-paciente se ha dado, precisamente, por la MBE. Se considera que la evidencia científica, otorgada por los paraclínicos, es más útil que los datos aportados por el paciente, acerca de su condición de enfermo; razón por la cual esta visión científica de la enfermedad ha erigido una muralla entre la interacción de estos dos actores. En otras palabras, la voz del paciente es doblemente suprimida: por un lado, como ya mencioné, los estudios de gabinete y laboratorio suponen la mejor evidencia disponible por ser estos datos medibles, comparables y visibles. En contraposición con el lenguaje utilizado por los enfermos que es impreciso, ambiguo, y hace referencias a su padecer más que a su enfermedad.

Por otro lado, el médico realiza una traducción de los síntomas verbalizados por el paciente. Interpretación que refuerza la visión anatomopatológica del modelo biológico-lesional de la enfermedad; en donde el especialista “concentra el interés, en forma casi exclusiva, en la identificación de la lesión anatómica, la ‘enfermedad’, a la que se le atribuye la causa única y total del ‘padecer’ que trae el paciente a la consulta médica” (Jinich, 2006, p. 75). De hecho, estos elementos se pueden apreciar perfectamente en la historia clínica general de los enfermos, en donde se observa claramente la interpretación que realizan los R1 de lo referido por los pacientes, principalmente, en los apartados *V. Interrogatorio por aparatos y sistemas* —muchas veces incompleto— y *VIII. Padecimiento actual y motivo de envío* —no se observan síntomas, sino signos clínicos—, por ser estos rubros en donde los enfermos pueden expresar sus dolencias en referencia a su padecer y su enfermedad.

Por su parte, el apartado X. *Interpretación de auxiliares de diagnóstico*, es en donde el residente anota los hallazgos obtenidos a través de los paraclínicos (si es que ya cuenta con los resultados de los estudios), recuadros ampliamente llenados con esta clase de información.

En tercer lugar, muchos de estos estudios, principalmente aquellos destinados a determinar diagnósticos, son sumamente costosos; por lo que en ocasiones no resulta conveniente su aplicación.

Finalmente, en cuarto lugar, los paraclínicos también restan valor a la formación clínica de los especialistas médicos. Se tiene la creencia de que estos estándares son la mejor evidencia disponible; pero ni los mismos especialistas clínicos conocen los estándares acerca de cuál fue la población en la(s) que se basaron, para la estandarización de estas herramientas y, como consecuencia, existe una gran posibilidad de que los datos que se obtienen por medio de estos no correspondan con la realidad de la población a la que se están aplicando (Lifshitz, 2014; Bush, 2011, p. 101-104).

En consecuencia, “los procedimientos tecnológicos pueden, no sólo ayudar al diagnóstico, sino que pueden, por el contrario, conducir al error” (Jinich, 2006, p. 76); ya que tanto especialistas médicos como pacientes, tienen una alta valoración de esta clase de procedimientos. Con esto se puede observar que, actualmente, los médicos estiman desmesuradamente a los estudios de laboratorio y gabinete, aseveración plasmada en los expedientes clínicos, a través de los cuales se puede constatar que, muchas veces, el diagnóstico clínico es igual al diagnóstico establecido posteriormente con auxilio de los paraclínicos. Esta situación refuerza la premisa de que muchos de estos estudios son innecesarios, y sólo exponen al paciente a procedimientos incómodos y costosos.

A partir de lo anterior, llama la atención que el apartado XI del formato de la historia clínica general de la UMAE, esté titulado como *Impresión Diagnóstica*, rótulo que sugiere la falta de elementos para establecer un diagnóstico concreto. Esto quizá obedezca a que este formato es llenado por el R1 —residente de más bajo rango y que durante su práctica es supervisado por el R2—, pero falta el visto bueno del cardiólogo especialista que avale o refute lo que el residente transcribió de lo comunicado por el paciente —interrogatorio—, la

exploración física y los hallazgos paraclínicos;<sup>180</sup> información necesaria para establecer un diagnóstico (Henderson et al., 2012; Jinich et al., 2006).

Así, una vez completada la historia clínica, esta tiene que ser revisada por el médico cardiólogo. Esto tiene la finalidad de que verifique que este documento fue llenado de manera correcta —de acuerdo con las guías operativas del IMSS—, y así evitar caer en errores de razonamiento diagnóstico que, como he señalado, la experiencia clínica de los médicos avezados en su especialidad juega un papel fundamental en este proceso.

De esta manera, los diagnósticos que están escritos en el apartado *XI* de este formato, son aquellos con los que el equipo de salud trabaja a lo largo de la estadía del paciente en el hospital, así como durante las consultas externas y revisiones posteriores. A menos que, como señalan algunas historias clínicas, hagan falta los resultados de ciertos paraclínicos. También existe la posibilidad de que el enfermo desarrolle nuevas comorbilidades durante su estadía en el hospital, por lo cual los diagnósticos tienen que ser actualizados en las *Notas médicas y prescripción*.

Generalmente, la impresión diagnóstica, a partir de lo observado en los expedientes clínicos de Cardiología, es el diagnóstico concreto. Es decir, es el diagnóstico que prepara tanto al enfermo, como a los especialistas en salud para la siguiente fase: la terapéutica.

Ahora bien, en contraste con la historia clínica general, está la nota de urgencias y evaluación inicial; documento que guía al urgenciólogo y al cardiólogo en su quehacer contextualizado, evidentemente, en el servicio de urgencias. Este formato es llenado por estos dos especialistas y, en este sentido, los datos que contiene son distintos a los expresados por el R1.

Aunque ambos documentos son similares, la diferencia principal está dada, precisamente, por la persona que pone en práctica lo dado por el documento: los especialistas en Cardiología. La razón, es que esta clase de médicos, a partir de su experticia, conocen qué

---

<sup>180</sup> En este recuadro viene el nombre del estudio, una columna para escribir “sí” o “no” de acuerdo con las necesidades diagnósticas y terapéuticas del paciente. Posteriormente, está impresa otra columna, para que en ella se vacíen los hallazgos encontrados en los estudios, y las conclusiones que se infieren; tomando como premisa estos elementos. Los estudios impresos en esta forma son: ECG reposo (electrocardiograma en estado de reposo), RxTx (Rayos X del Tórax), laboratorio (estudios de sangre), ecocardiograma, prueba de esfuerzo, medicina nuclear, monitoreo Holter, cateterismo cardiaco, TAC/IRM (Tomografía Axial Computarizada / Imagenología de Resonancia Magnética), otros (Historia Clínica General, UMAE).

mirar. Por lo tanto, ya no es necesario, como tampoco funcional (debido a la naturaleza del ingreso),<sup>181</sup> que se le haga una revisión de todos los aparatos y sistemas al paciente.

Consecuentemente, en el caso específico de nuevos ingresos, el interrogatorio y la exploración física que se realizan al paciente son distintos al que practican los R1 (plasmado en la historia clínica). Lo primero que tiene que llenar el cardiólogo, es una evaluación médica: datos generales del paciente y el diagnóstico o motivo de ingreso al hospital por servicio de urgencias. Posteriormente, los factores de riesgo y los medicamentos que toma, en caso de que presente comorbilidades que son consideradas FRCV,<sup>182</sup> y/o si ya ha sido diagnosticado previamente con alguna cardiopatía; de ser así, cuáles son los medicamentos que le fueron dados, para controlar la enfermedad.

Después, está el apartado destinado a que el paciente conteste un breve interrogatorio, denominado *padecimiento actual*. Aquí, el enfermo debe hacer memoria para recordar cuándo inicio su malestar, en qué condiciones, y cuáles son los síntomas que presenta. Enseguida, está el apartado de la *exploración física*; espacio para que el médico anote las generalidades del habitus exterior que observa del enfermo, así como particularidades de auscultación y palpación de tórax. Posteriormente, se encuentra la sección de paraclínicos: si el estado de salud del derechohabiente lo permite, se esperarán los resultados de laboratorio y gabinete. De lo contrario, la experticia clínica del cardiólogo es suficiente para establecer el diagnóstico, y las consecuentes vías terapéuticas.

Finalmente, este documento contiene los rubros correspondientes a las condiciones sociales del paciente. Estas son: apoyo familiar, valores, creencias, religión, nivel de educación, y barreras de aprendizaje; información que, como expuse en el capítulo anterior, es relevante en la medida que el médico considere que el enfermo debe cambiar hábitos cotidianos de su vida, que le están causando afecciones cardiacas y/o empeoran las comorbilidades. Un ejemplo de esto es la relación que tiene la hipertensión, la dieta y el sedentarismo, con el desarrollo de ciertas cardiopatías.

---

<sup>181</sup> No es funcional por los protocolos de atención médica, que deben ser aplicados en este servicio. Durante el capítulo dos, expuse las estrategias *A todo corazón* y *Código infarto*, las cuales optimizan el tiempo de atención que deben de tener los pacientes que presentan Infarto Agudo de Miocardio —IAM.

<sup>182</sup> Por ejemplo, hipertensión arterial sistémica —HAS—, obesidad y diabetes mellitus tipo dos. Comorbilidades, y factores de riesgo cardiovascular —FRCV— más frecuentes, en los expedientes clínicos de la UMAE.

A partir de lo expuesto en este apartado, se puede concluir que “en muy pocos casos el clínico encuentra la ventaja de poder formular un diagnóstico certero. En la mayoría de los casos el diagnóstico médico representa una conclusión razonablemente confiable pero no de del todo segura” (Lifshitz, 1993, p. XXI). Por esta razón, la comunicación médico-paciente es fundamental: será a través del intercambio activo de las prácticas de cada uno de estos actantes que podrán entenderse. Por parte del médico, le permitirá comprender el motivo de la consulta del paciente —no del enfermo—; y por parte del doliente, podrá esclarecer el motivo de su enfermedad, y explorar explícitamente su padecer. Esto con la finalidad de que médico y paciente establezcan una comunicación efectiva y, en consecuencia, una mejoría del estado de salud del enfermo.

### *Terapéutica*

Tal y como subrayé en el apartado anterior, pareciera que el fin que persiguen los médicos no es la curación o mejoramiento de la salud del paciente, sino clasificarlo a partir de un cúmulo de signos que darán pie a darle nombre a su padecer, a su enfermedad (Lifshitz, 2014, 1993). Esto es, poner en práctica ese ejercicio intelectual que los distancia del paciente, puesto que es un razonamiento en donde los médicos establecen relaciones causales entre signos y enfermedad; mientras que los pacientes expresan una narrativa en donde relatan causalidades entre síntomas y padecer.

Es imprescindible que el médico establezca un diagnóstico confiable, porque será a partir de la enunciación de la enfermedad, que el equipo de especialistas puede trazar las vías de acción necesarias para curar o mejorar la condición del paciente. De esta manera, una vez identificada la enfermedad —como mencioné, existen dos estrategias diagnósticas en donde se administran tratamientos antes de tener certeza diagnóstica debido a las condiciones de salud del paciente—, es momento de que el especialista administre un tratamiento adecuado, ya que “el objetivo último del tratamiento puede ser: la curación, prevención de recurrencias, limitación del deterioro funcional o estructural, prevención de complicaciones tardías, el alivio de los síntomas o, simplemente, permitir una muerte digna y no muy dolorosa” (Lifshitz, 1993, p. XXV).

Sin embargo, es importante aclarar que el tratamiento no comienza con la administración de medicamentos, aunque esto así se ha planteado desde la visión del modelo biológico-lesional de la enfermedad. Este hecho que se ve plasmado en cada uno de los expedientes clínicos, específicamente en la *Hoja de registros clínicos y tratamiento de enfermería*, en donde se explicitan los tratamientos que se le administran a los enfermos por parte del cuerpo de enfermería; quienes son los encargados de la correcta administración de los medicamentos prescritos por el cardiólogo. En este documento se especifica la fecha, hora, cantidad y vía de administración de los fármacos, así como la dieta (que también es considerada como tratamiento). En resumen, en este formato, el cuerpo de enfermería anota los elementos que son considerados relevantes para sanar, mitigar, aliviar los síntomas y lesiones que se presentan en el cuerpo de la persona.

Ahora bien, con el objetivo de comprender las nociones implicadas en las acciones terapéuticas del equipo médico, es necesario abordar dos cambios paradigmáticos que han marcado el rumbo de esta práctica a lo largo de la historia (Jinich, 2006, p. 17). Por una parte, está la modificación que la teoría de sistemas y la cibernética introdujeron en el campo de la biología; innovación que evidenció que “el organismo viviente se comporta como un todo y no puede ser entendido si se estudian sus partes por separado” (Jinich, 2006, p. 18). Es decir, en el caso de los seres humanos, entender que somos organismos sistémicos en donde cada sistema está en estrecha relación con todos los demás. Este hecho permitió dejar atrás el dualismo cartesiano, con la finalidad de estudiar y entender a nuestra especie como un todo orgánico (Jinich, 2006).

Por otra parte, el descubrimiento de los péptidos implicó otro giro en la concepción biológica de la enfermedad. Los péptidos son “moléculas dotadas de la novedosa propiedad de actuar como mensajeras encargadas de interconectar las células del organismo, especialmente las neuronas, las células endócrinas y las de la inmunidad en una red” (Jinich, 2006, p. 20). Así, estas moléculas permitieron y reforzaron una concepción holista del cuerpo humano, porque “al conectar las células inmunitarias, glandulares y cerebrales, forman una auténtica red psicosomática que abarca al organismo en su totalidad” (Jinich, 2006, p. 20), lo que trajo como consecuencia un abordaje terapéutico que considera al ser humano en su dimensión biopsicosocial.

A este respecto, en los formatos de los expedientes clínicos, se puede observar que no solamente son fármacos los elementos que se consideran como parte de la terapéutica. Sino que también entran en esta categoría los denominados *procedimientos terapéuticos*, los cuales abarcan un amplio espectro de intervenciones médicas, que serán descritas a continuación.

Anteriormente, mencioné que la dieta forma parte de los procesos terapéuticos, porque los alimentos que consumimos influyen directamente en los procesos morbosos de algunas enfermedades. Tal es su importancia que una mala alimentación es considerada como factor de riesgo cardiovascular.

Las terapias basadas en dietas específicas están expresadas en cada una de las historias clínicas consultadas, en donde el apartado XV está dedicado, precisamente, al *Plan terapéutico*. Este espacio está estructurado a manera de lista, en donde se explicitan las tres clases de tratamiento que se practica a cada uno de los pacientes: A) Medidas no farmacológicas. Por un lado, se trata de dietas bajas en grasa, azúcar y sal y, además, se recomienda —no en todos los casos— de manera general la ingesta de líquidos claros. Por otro lado, están los tratamientos físicos, los cuales, como cualquier terapéutica, están supeditados al tipo de enfermedad que presenta cada cardiópata. En este sentido, existen casos en donde la orden médica es de reposo total o de muy poca actividad física durante la cotidianidad; mientras que en otros casos la recomendación es de caminatas diarias, de una duración aproximada de una hora.

B) Medidas farmacológicas. Como su nombre advierte, son los fármacos que los especialistas establecen, ante una enfermedad concreta, para ser administrados a los pacientes. En caso de que el enfermo haya presentado una cardiopatía con anterioridad, el R1 anota los cambios que considere necesarios durante el reingreso del paciente al hospital; tales como la administración de un nuevo medicamento que mitigue las molestias que presenta el paciente, un ajuste en el gramaje de los fármacos que ya estaba tomando o, también, puede aparecer la leyenda “sin cambios” en este recuadro de la historia clínica general.

En el caso de que sea el primer ingreso del paciente, este apartado, muchas veces, aparece en blanco. Esto se debe a que falta la confirmación diagnóstica de los paraclínicos y, además, el visto bueno del cardiólogo, con la finalidad de que el enfermo cuente con un plan terapéutico certero, que corresponda con la enfermedad que se presenta en el individuo.

C) Tratamiento invasivo. Esta clase de tratamientos implican intervenciones quirúrgicas, en donde lo que se busca es reparar una lesión, en este caso particular, ubicada en el sistema cardiovascular. Entre las intervenciones más practicadas están: el cateterismo cardiaco,<sup>183</sup> colocaciones de STENT,<sup>184</sup> emplazamiento de marcapasos y cirugías de corazón.

Ahora bien, en caso de que el ingreso y, por lo tanto, la evaluación inicial haya sido realizada por parte del equipo ubicado en el servicio de urgencias; los antecedentes patológicos personales, la exploración física y los paraclínicos son cruciales, debido a que será a partir de estos tres elementos que los especialistas pueden determinar un diagnóstico.

No obstante, si la persona ya ostentaba una cardiopatía anterior a la fecha de ingreso escrita en este documento, en el apartado dedicado a los antecedentes, los médicos anotan los fármacos que ya le habían recetado en previas ocasiones, y que el enfermo debiera estar tomando para disminuir sus síntomas y controlar su enfermedad. En el caso de que la lesión sea nueva, en este apartado todavía no está expresado plan terapéutico ni tampoco ninguna clase de fármacos. Así, por la naturaleza del ingreso —urgencia médica—, es de vital importancia que se establezca un diagnóstico, pues es a partir de este que se pueden establecer vías de acción terapéuticas confiables y adecuadas, que correspondan al estado de salud del paciente.

De esta manera, tanto la historia clínica general como la nota de urgencias y evaluación inicial, expresan la relevancia que tiene el diagnóstico para poder establecer un plan terapéutico que contemple todos los factores previamente descritos. Sin embargo, existe un componente que es totalmente ignorado en la práctica clínica, ya que está ausente en cada una de las formas que integra un expediente clínico, pero se trata de un elemento terapéutico imprescindible en la sanación o mejoría del estado de salud del enfermo: el médico mismo (Jinich, 2006; Lifshitz, 1993; Laín, 1964, Capítulo VI). Aseveración expresada claramente, en palabras del psicoanalista Michael Balint:

El médico es la droga más utilizada con mayor frecuencia en la práctica de la medicina y, a pesar de ello, aún no existe la “farmacología” de esta importante droga; ningún texto de

---

<sup>183</sup> El cateterismo cardiaco es un procedimiento que es utilizado, según sea el caso, para el diagnóstico o terapéutica de un individuo. Se trata de la introducción de un catéter por un vaso sanguíneo para ser guiado hasta el corazón y las arterias.

<sup>184</sup> *Grosso modo*, STENT es una malla de metal que se utiliza para la dilatación de arterias tapadas.

medicina contiene recomendaciones acerca de la dosis de sí mismo que deba prescribir el clínico, ni de la forma, ni de la frecuencia, etc. (Balint en Jinich, 2006, p. 62).

La presencia del médico es similar a un efecto placebo, porque producen en los pacientes estados de bienestar, que son ajenos a los planes terapéuticos convencionales. De hecho, estos elementos —los placebos y el médico como parte activa de la terapéutica— han sido reconocidos como efectivos por la misma comunidad médica: reconocen su existencia, pero no existe evidencia científica, ni tampoco ninguna clase de estudios que validen estos estímulos como parte esencial del mejoramiento de los pacientes.

Así, para efectos de esta investigación, específicamente en lo referente a la comunicación médico-paciente es, precisamente, la presencia del médico como factor terapéutico el elemento que me interesa desarrollar a continuación.

En este sentido, llama la atención la ausencia de este elemento en cada uno de los formatos que componen un expediente clínico. La razón, como he argumentado, se debe a la visión del modelo biológico-lesional que reduce la enfermedad a factores anatomopatológicos: lesiones y patógenos que alteran el estado de normalidad del cuerpo de los organismos vivos.

Tal y como expuse en párrafos anteriores, a partir del formato expresado en la historia clínica general, existen tres clases de tratamientos —no farmacológico, farmacológico e invasivo. Pero, de acuerdo con Jinich (2006, p. 13-22), falta la integración de uno más: el interpersonal; componente estrechamente ligado a la comunicación médico-paciente.

Si la comunicación se establece de manera favorable —que ambos actantes se entiendan y el interrogatorio fluya de manera positiva entre ellos—, es más probable que el paciente responda adecuadamente al tratamiento, y también aumenta la probabilidad de que tenga una mayor adherencia al mismo, debido a que su padecer fue enunciado y escuchado por el médico. Inclusive la sola presencia del médico puede mitigar el malestar del paciente, ya que éste último ha depositado sus esperanzas en él, confiado en su experticia. Confianza que se sustenta, reitero, en una comunicación efectiva (Jinich, 2006).

De manera contraria, si la comunicación se establece de forma desfavorable —médico y paciente no se entienden durante su encuentro—, el enfermo podría tener una reacción negativa al tratamiento. Además, esta condición perjudicial podría exacerbarse, porque en estas instituciones de salud —CMNSXXI del IMSS— el derechohabiente no puede escoger

a su médico, sino que la institución asigna a todo un equipo de salud, y éste será el que lo trate durante su estadía en el recinto.

Esta característica perniciosa de los tratamientos es conocida como *daño iatrogénico* (Jinich, 2006, p. 13-22). *Grosso modo*, refiere a una condición adversa o desfavorable en un paciente a causa de, un fármaco específico; por ejemplo, los daños colaterales que causan en los individuos las quimioterapias. Asimismo, este daño puede ser provocado, precisamente, por el médico mismo.

Entonces, la comunicación médico-paciente es esencial no sólo para el establecimiento del diagnóstico clínico, sino que esta interacción va más allá: forma parte del proceso terapéutico, inclusive antes de conocer la enfermedad que aqueja al paciente.

Sin embargo, antes de concluir este apartado, es imprescindible mencionar que la comunicación entre estos dos actantes no es solamente menester del médico, sino que también el paciente influye en el desarrollo de esta práctica. Con esto me refiero, por ejemplo, a que existen ocasiones en que la comunicación no es efectiva, pero puede deberse a que la persona, sin emitir palabra alguna, no nos da confianza o nos cae mal de entrada. Por lo tanto, se torna necesario que tanto médico como paciente estén en la mejor disposición para escuchar y ser escuchados, puesto que se trata de una interacción bidireccional en donde las narrativas son fundamentales: el cardiólogo aprenderá del paciente una nueva expresión de la enfermedad que tantas veces se le ha presentado en su consultorio; el paciente profundizará en aspectos de su cuerpo que quizá no sabía o ignoraba por no considerarlos relevantes.

### *Pronóstico*

Hasta este momento, a partir de, por un lado, la literatura producida por los especialistas en salud (Ross, 2016; Lifshitz, 2014, 2013, 2012; Charon, 2006; Fitzgerald, 2005; Henderson et al., 2005; Laín, 1964) y, por otro lado, las observaciones que realicé de los expedientes clínicos de Cardiología de la UMAE; he señalado que el pronóstico es una de las prácticas menos valoradas por parte de los médicos, por ser un elemento que se considera poco relevante en el quehacer de su oficio.

De manera contraria, y de acuerdo con la literatura especializada —tema expuesto durante el capítulo uno—, para los pacientes, el pronóstico de su enfermedad es un elemento

sumamente importante, puesto que expresa, de acuerdo con el conocimiento de los expertos, la condición de salud que el individuo debe esperar. En otras palabras, los pronósticos son predicciones acerca de las repercusiones que tendrá una enfermedad específica sobre la vida de la persona, una vez que es dado de alta del hospital (Lifshitz, 2014).

Ahora bien, tal y como evidencian las hojas de alta hospitalaria, las enfermedades cardiovasculares plantean una necesidad para los pacientes de conocer el pronóstico de las mismas. La razón, es que los egresos del hospital no son por una sanación de la lesión, sino por una mejoría del estado de salud; característica que enmarca a esta clase de padecimientos dentro de las enfermedades denominadas como crónicas. En palabras de Pedro Laín:

La enfermedad crónica es incorporada por el paciente a su vida personal [...] la dolencia pasa en el enfermo de la esfera de lo-en-mí a la esfera de lo-mío, es por él <<apropiada>>. Por tanto, debe organizar su vida incorporando a ésta su enfermedad [...] absteniéndose de cuanto el estado morbo le veda (comer tales o cuales cosas, moverse normalmente, subir escaleras, leer, etc.) (Laín, 1964, p. 419).

Las enfermedades crónicas plantean un cambio radical en la vida de su portador, quien a fin de mitigar su padecer, deberá aprender a vivir con ella, a integrarla en su ser. Hecho que se dificulta si este no sabe qué esperar de su vida, una vez expresada la lesión en su cuerpo; ya que, a diferencia de las enfermedades agudas —que son sólo un paréntesis en la cotidianidad del portador (Laín, 1964, capítulo VI)—, las cardiopatías acompañarán al doliente hasta el día de su muerte.

En este sentido, un pronóstico bien elaborado por parte del equipo de especialistas podrá concretarse en una mayor adherencia a los tratamientos ordenados por el cardiólogo. Porque el paciente sabe qué resultados esperar de la terapéutica en el desarrollo de su enfermedad, la cual formará parte activa de la vida de éste.

Pero, a este respecto surge la interrogante acerca de ¿cómo es que los médicos realizan los pronósticos? Respuesta que está en consonancia con los elementos que hasta aquí he evidenciado para cada uno de los procesos implicados en la comunicación médico-paciente. A saber: la información brindada por los libros y manuales de medicina, en combinación con la experiencia que hayan tenido con casos similares, componentes necesarios para que se puedan determinar cuáles son los *factores pronósticos* de la enfermedad.

Los factores pronósticos “son las condiciones presentes en personas enfermas, asociados a determinado desenlace de la misma” (Lifshitz, 1993, p. XXIII). Aseveración que, nuevamente, pone en evidencia que estos factores son determinados por la enfermedad y no por el padecer. Visión que no contempla la individualidad del paciente tanto en su expresión de la enfermedad, como en el resultado que tiene en cada paciente la terapéutica a la que es sometido durante su estadía en el hospital, y al tratamiento que deberá seguir para controlar su enfermedad, dentro de un contexto sociocultural particular.

En este sentido, la comunicación médico-paciente se torna, nuevamente, como un factor imprescindible para el establecimiento de estos pronósticos, pues a partir de ésta el médico puede realizar predicciones que estén en consonancia con las particularidades expresadas en cada individuo. Así, la inefectividad<sup>185</sup> de la comunicación médico-paciente ha desembocado en la falta de valor pronóstico por parte de los especialistas en salud. En otras palabras:

La sobreestimación del valor del diagnóstico no es menos cierta que el menosprecio con el que se suele abordar el pronóstico, el que frecuentemente se soslaya o se encubre por eufemismos o estereotipos (“reservado”, condicionado a la certeza diagnóstica”, “incierto”, “pendiente”, “diferido”, etcétera) (Lifshitz, 1993, p. XVI).

En este sentido, las predicciones diagnósticas se tornan difíciles de realizar, principalmente, por los estándares a los que está sometida la práctica médica, ya que el pronóstico se debe realizar a partir del individuo, no de la enfermedad (Martínez, 2002; Lifshitz, 1993). La razón, es que cada persona, de acuerdo con las características individuales de su cuerpo, su casa, su familia, su trabajo, en fin, de todo el entramado biológico-sociocultural-psíquico que engloba a una persona específica, contribuye a los factores

---

<sup>185</sup> Hasta aquí he planteado y reiterado que la comunicación médico-paciente no es efectiva debido a una serie de factores que, en conjunto, han desencadenado una mala relación entre estos actores. A manera de resumen, esta inefectividad se debe a la visión del modelo biológico-lesional en el cual se basan los médicos para establecer lo que es la enfermedad en contraposición al concepto de salud. Esta perspectiva del proceso salud/enfermedad ha ocasionado una estandarización en la manera que tenemos como individuos pertenecientes a una sociedad de enfermar; estándar guiado por un reduccionismo biológico que impacta de manera negativa en la individualidad de las personas, porque existe una desvalorización de los síntomas individuales en pro de la universalización de los signos clínicos. De esta manera, como he argumentado, la comunicación médico-paciente es evidencia de la epistemología médica, la cual está expresada y plasmada en los expedientes clínicos, ya que son documentos que dan cuenta acerca de la práctica médica.

pronósticos, esto es: lo que piense sobre sí mismo y su enfermedad, el tipo de trabajo que desempeña en su cotidianidad, cómo lo conciben y tratan sus compañeros de trabajo, su familia y, en general, la sociedad acerca de su nueva condición. Todos factores que, en su conjunto, influyen e inclusive determinan el bienestar o malestar de la persona portadora de una enfermedad crónica.

De esta manera, es vital que el paciente, sus familiares y amigos conozcan el pronóstico del enfermo. Será a partir de lo verbalizado por los médicos, que el paciente y su núcleo social podrán tener certeza en que las cosas sucederán de tal o cual manera:

La estimación del pronóstico tiene varias conveniencias: el paciente y sus familiares reciben valoración formal de lo que pueden esperar; mejora la comunicación entre el médico y el enfermo, y puede lograrse un mayor apego al tratamiento; de acuerdo con una expectativa concreta, el enfermo y su familia pueden tomar decisiones que dependan de esta (Lifshitz, 1993, p. XXIII).

Siguiendo los postulados de Lifshitz (2014, 1993), un pronóstico cuidadoso y personalizado ayudará al paciente a tener una perspectiva acerca de los cambios que su nueva condición traerá a su vida; expectativa que se fundamenta en la experticia del médico, persona en la que el enfermo ha puesto su vida, salud y confianza. Así, una vez que el paciente conoce el pronóstico de su enfermedad, la probabilidad de adherencia a los tratamientos aumenta, precisamente, porque el enfermo sabe qué implicaciones tendrá en su salud tomar ciertos fármacos y/o realizar algunas actividades. Prácticas que podrán concretarse en un tratamiento más eficaz, que logre la mitigación de la enfermedad y el padecer de individuo.

De hecho, la falta de adherencia que tienen los pacientes a los tratamientos, de acuerdo con los especialistas, es un problema de salud que se puede vislumbrar en los expedientes clínicos de Cardiología. La razón, es que buena parte de los pacientes que expresan comorbilidades —primordialmente, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica—, en su gran mayoría, ingresan al hospital con estas enfermedades en estados descontrolados, y por tanto bastante avanzados. Inclusive, existen ingresos que están en estados críticos debido a que descuidan, olvidan u hacen caso omiso de las prescripciones médicas; característica que complica el tratamiento de las cardiopatías.

En este sentido, la adherencia a los tratamientos es sumamente importante, puesto que es un factor que también influye en la probabilidad de un pronóstico favorable. Pero esto no sucederá así si el médico es poco cuidadoso en lo que comunica a su enfermo, desde la primera interacción —el momento de apertura del expediente clínico: llenado de la historia clínica general o de la nota de urgencias y evaluación inicial, según sea el caso—, hasta la finalización del acto comunicativo, ya que la presencia del médico y su tacto con los pacientes son también parte de la terapéutica y, por lo tanto, del mejoramiento del paciente.

El primer contacto del paciente con el médico —residente o especialista de acuerdo con las características de ingreso al hospital— es fundamental para establecer una comunicación efectiva, con el objetivo de que las acciones terapéuticas sean lo más funcionales posibles.

Por una parte, está la historia clínica general, en donde el apartado número *XII* corresponde al *pronóstico presuntivo* —recuadro que se encuentra debajo de la impresión diagnóstica. Espacio que el residente completa en función de las lesiones observadas en el paciente. Es presuntivo, porque hasta ese momento no existe evidencia que refute o siquiera ponga en duda lo que el residente predijo acerca del estado de salud del paciente.

Sin embargo, de acuerdo con las observaciones que realicé en el archivo clínico de la UMAE, el pronóstico presuntivo, tal y como aseveró Lifshitz (1993), es casi inexistente, puesto que en la gran mayoría de las historias clínicas el apartado se encuentra totalmente vacío o versan las siguientes aseveraciones: “reservado”, “reservado a evolución”, “reservado a evolución no exento de complicaciones”, “pronóstico reservado. Paciente muy delicado” o “reservado a evolución y hallazgos de estudios clínicos y paraclínicos” (Historia clínica general, UMAE). Únicamente, en muy pocas ocasiones los residentes se aventuran a pronósticos más específicos; por ejemplo: “Se espera bueno. Reservado al foco de la fiebre, al control de factores de riesgo y al resultado del estudio perfusorio”<sup>186</sup> o “pronóstico malo asociado a BAV [Bloqueos Auriculoventriculares]” (Historia Clínica General, UMAE).

Esta vaguedad pronóstica expresada en las historias clínicas, puede deberse a que, por un lado, los residentes de rango 1 —el más bajo— son los médicos con menor experiencia en su campo. Razón por la cual, aventurarse a realizar una aseveración pronóstica podría

---

<sup>186</sup> Se trata de un estudio de gabinete con fines diagnósticos, en donde los médicos observan el flujo sanguíneo en el miocardio.

tener consecuencias negativas en la salud del enfermo, si es que su predicción no es la adecuada.

Por otro lado, y en consonancia con el punto anterior, los residentes carecen de las herramientas necesarias para esbozar un pronóstico, debido a que no cuentan con la confirmación diagnóstica de los paraclínicos —MBE. Como he expuesto, muchas veces faltan los hallazgos provenientes de los estudios de gabinete para establecer un diagnóstico; evidencia que los residentes deben esperar para establecer el nombre de la enfermedad y, en consecuencia, un plan terapéutico y un pronóstico que correspondan con la enfermedad presentada en el cuerpo del paciente.

Por otra parte, está la nota de urgencias y evaluación inicial, en donde también existe el apartado dedicado al pronóstico, y se pueden leer exactamente las mismas aseveraciones que en las historias clínicas. La diferencia entre ambos formatos es, por un lado, que estos son escritos por cardiólogos —médicos altamente especializados en su campo de estudio. Por otro lado, en este documento no hay palabras que indiquen que son supuestos —por ejemplo: el vocablo *presuntivo*—, sino que ya se tiene evidencia suficientemente robusta para establecer un diagnóstico concreto y, en consecuencia, un pronóstico que concuerde con la enfermedad y con las vías terapéuticas que se le asignarán al paciente en cuestión.

Ambos formatos —historia clínica y nota de urgencias—, tienen una distribución similar de las acciones que el médico lleva a cabo sobre el paciente. Razón por la cuál en el momento de establecer el diagnóstico, los especialistas ya cuentan con la información relevante y necesaria para determinar los factores pronósticos que influirán en el desarrollo de la enfermedad del paciente.

A este respecto, es importante subrayar que los pronósticos —al igual que las inferencias diagnósticas— “deben adscribirse al paciente individual y no a la enfermedad” (Lifshitz, 1993, p. XXIII), ya que las condiciones de vida de cada paciente, sus hábitos cotidianos, su ambiente social, su cuerpo, su lesión, entre otros aspectos que están integrados en lo que significa ser una persona, son elementos que rebasan los formatos. La razón es que no existen dos individuos iguales y, por tanto, no puede haber dos pronósticos idénticos, sino que los factores pronósticos son el resultado de cómo la persona enfrenta las vicisitudes de su enfermedad y cómo la integra a su vida.

Entonces, a partir de las observaciones que realicé, particularmente de estos dos documentos, me percaté de que el pronóstico no depende totalmente del establecimiento de un diagnóstico concreto, ni tampoco está supeditado íntegramente a los hallazgos provenientes de los paraclínicos, ni de las observaciones de los médicos —especialistas y/o residentes. El pronóstico también está subordinado al paciente, a su ámbito social, cultural, económico y, por supuesto, de una buena comunicación entre el paciente y su médico.

De esta manera, una comunicación eficaz traerá como consecuencia un ambiente de confianza entre estos actantes, misma que se puede traducir, por parte del paciente, en una adherencia a las terapéuticas, porque existe confianza en su médico y su quehacer como especialista en salud.

De acuerdo con lo expresado en este apartado, queda evidenciado que el pronóstico es esencial para los pacientes. Un pronóstico cuidadosamente elaborado eleva las probabilidades de que un paciente mejore su estado de salud, debido a que éste sabe exactamente qué esperar del tratamiento, de su enfermedad y, por tanto, de su vida misma. Entonces, ¿por qué el personal médico no da la importancia que tiene? Si dentro de la estructura de la comunicación médica —enseñanza, investigación y clínica— está expresada la relevancia de este factor, el cual se puede observar, precisamente, a lo largo de los formatos de expedientes clínicos de Cardiología y en la literatura médica. Al respecto, Jinich argumentó lo siguiente:

El temor a las demandas legales, tan comunes en otros países, pero de ocurrencia creciente en México, obliga a los médicos y a las instituciones médicas a informar a los pacientes acerca de las posibilidades diagnósticas, incluyendo las más graves, y de todos los riesgos del procedimiento o tratamiento médico o quirúrgico planeados, aunque sean estadísticamente remotos (Jinich, 2006, p. 62).

Tal y como lo planteé en el capítulo anterior, existen diversas cartas de consentimiento que tienen como objetivo la obtención, por parte de los especialistas en salud, del permiso de los pacientes para poder realizar acciones médicas concretas sobre sus cuerpos enfermos. *Grosso modo*, estos formatos comunican cualquier clase de riesgo que pudiera presentarse durante el acto médico —vías diagnósticas y terapéuticas—, pero en cada una de estas cartas se puede apreciar que los informes médicos que contienen son formularios

prescritos —están elaborados de manera general, sin contemplar las especificidades de cada paciente—, donde únicamente hay unos pocos espacios en blanco para la identificación del derechohabiente —nombre del paciente, número de seguro social, fecha y firma del paciente o tutor—, quien está obligado a firmar si quiere ser atendido en el hospital.

Un hecho que salta a la vista en el contenido de estas cartas es que claman ser “claras y concisas” (palabras que aparecen en mayúsculas), con la finalidad de que el paciente comprenda las acciones a las que será expuesto, así como los riesgos que se pudieran presentar durante los diversos procedimientos médicos. Sin embargo, por tratarse de formularios genéricos sólo exponen las consecuencias más graves y desfavorables de cada acto practicado en este recinto; razón por la cual, de acuerdo con Jinich (2006), pareciera que estos documentos, más que ser cartas de consentimiento, son para proteger al hospital y al personal en caso de que algo salga mal —por ejemplo, una defunción durante una operación quirúrgica.

Debido a los riesgos implicados en cada acto médico, los pronósticos son predicciones que de ser erradas pudieran comprometer legalmente al Instituto, al hospital y al equipo de salud que trató al paciente. Un ejemplo de esto está dado por una historia clínica general que observé durante mis constantes visitas a la UMAE; ya que de las cincuenta historias clínicas que analicé, solamente un pronóstico presuntivo estaba elaborado a partir de inferencias estadísticas acerca de los factores de riesgo implicados en un paciente: “reservado con riesgo de complicaciones 0.9% mortalidad” (Historia Clínica General, UMAE). Este porcentaje tan bajo de mortalidad hubiera sido un problema para el residente que lo especificó, si el paciente hubiera fallecido durante su estadía en el hospital o, incluso, ya fuera de éste una vez que fue dado de alta, porque, precisamente, el cardiópata y sus familiares al conocer que la mortalidad era casi nula, las expectativas de vida son altas y confiables. De lo contrario, los familiares del difunto pudieron haber demandado al hospital y al residente tratante por negligencia médica, o algo similar.

En consecuencia, a través de la forma y contenido de estos formatos, se puede inferir que la práctica médica está basada en una relación laboral (Lifshitz, 2014, 2012), en donde el prestador de servicios (personal médico) brindará atención al cliente (enfermo) siempre y cuando éste último acate todas las instrucciones que el médico ordene. Hecho que resta valor a la comunicación médico-paciente; aseveración que infiero a partir de la práctica pronóstica,

ya que parece no importar qué pase una vez que el enfermo es dado de alta, porque lo relevante de tal intercambio comercial es el diagnóstico y el tratamiento como base de la investigación y enseñanza clínica: fuera del hospital es deber del paciente velar por su salud y en caso de que su salud se vea mermada nuevamente, solamente será responsabilidad de ella/él, por no acatar las órdenes médicas.

*La Historia Clínica General: estándar de la comunicación médico-paciente*

A lo largo de esta investigación he profundizado en el fenómeno social de la comunicación médico-paciente, a través de la literatura proveniente, primordialmente, del campo médico. Esta discusión ha sido enriquecida gracias a los aportes que estudiosos de otras disciplinas —Antropología, Historia, Sociología, Comunicación y Filosofía— han realizado acerca de esta práctica, debido a que las perspectivas de pensadores ajenos al campo de las Ciencias de la Salud aportan una visión más compleja de los fenómenos sociales que acontecen en esta práctica.

Estas contribuciones, provenientes de los campos de conocimiento mencionados son, por una parte, saberes y conceptos propios de sus respectivas ramas de conocimiento. Por otra parte, y como consecuencia de lo anterior, estas perspectivas concretan sus estudios en una visión, un panorama más amplio para entender los procesos salud/enfermedad que están inmersos en la vida cotidiana. Consecuentemente, esta diversidad disciplinar ha aportado interesantes elementos a la discusión de la comunicación médico-paciente, aportaciones que permiten comprender esta práctica como una expresión de la epistemología médica contemporánea.<sup>187</sup>

Asimismo, he expuesto que esta comunicación expresa múltiples problemáticas, todas ellas derivadas de la concepción que los especialistas en salud tienen acerca de lo que significa enfermar. Concepción firmemente sustentada en el modelo biológico-lesional de la enfermedad, el cual norma y estructura la práctica de estos especialistas (Timmermans et al., 2010).

---

<sup>187</sup> Las aportaciones provenientes de disciplinas de corte social, que aludo constantemente en la presente investigación, se encuentran implícitas a lo largo del trabajo. Sin embargo, serán explicitadas claramente en las conclusiones.

Recapitulo: el factor que influye sustancialmente en esta problemática es, principalmente, la estandarización del expediente clínico, la cual obedece a este reduccionismo biológico de la enfermedad. Este modelo de entender, estudiar y actuar ante los procesos morbosos se puede observar, por una parte, en la estructura de los legajos que conforman un expediente clínico; y, por otra parte, en el contenido de estos formatos. Es decir, en el lenguaje, el discurso que los especialistas en salud utilizan durante su práctica en los hospitales (Lifshitz, 2013; Berg et al., 1997; Laín, 1964, p. 8).

Este lenguaje especializado que utilizan los médicos, como he subrayado, plantea diversas problemáticas. Por un lado, las palabras escritas en los expedientes clínicos son empleadas para la comunicación entre pares. En estos legajos, salta a la vista el uso excesivo de abreviaciones y epónimos, los cuales dificultan la transmisión de lo que se quiere informar. Por ejemplo, entre residentes y especialistas (Aleixandre et al., 2015, 2003).

Por otro lado, está la comunicación entre paciente y médico, expresada en el contenido de, prioritariamente, la historia clínica y en la nota de urgencias.<sup>188</sup> Ambos formatos debieran ser escritos en términos descriptivos, y no interpretativos; ya que, en este proceso de traducción de los síntomas personales a los signos clínicos, el médico pierde información relevante que da cuenta de esa expresión particular de la enfermedad, que cada uno de los pacientes narra durante el interrogatorio (Kleinman et al., 2006).

Sumado a los puntos anteriores, está la cuestión de “la burocratización de la medicina institucional y la privada, y la proliferación de las especialidades médicas” (Jinich, 2006, p. 23), así como la estandarización de los espacios (Galindo-Pérez, 2017; Neri, 2002; Cárdenas, 1973; Coquet, 1964) y los instrumentos médicos (Hess et al., 2010; Henderson et al., 2005; Berg et al., 1997). Elementos que en conjunto han entorpecido esta comunicación, la cual es la base de la buena medicina, porque el conocimiento del otro es esencial para la sanación de los pacientes.

En consecuencia, en el presente apartado realizaré un análisis de las palabras que los especialistas utilizan en su discurso al momento de llenar la historia clínica general, por ser el documento que da cuenta de la comunicación médico-paciente en cada uno de los expedientes consultados de la UMAE. Los ejes rectores de este documento, como he

---

<sup>188</sup> Doy especial énfasis a la historia clínica, puesto que todos los expedientes, sin importar la clase de ingreso, tienen este importante formato. No así la nota de urgencias, ya que este documento, únicamente, aparece en los ingresos que se dieron por este servicio.

mencionado a lo largo de este trabajo, son, en primer lugar, el interrogatorio; en segundo lugar, la exploración física; y, en tercer lugar, los estudios de laboratorio y gabinete. Todos elementos indispensables para establecer un diagnóstico que corresponda con lo expresado verbal y corporalmente por el paciente. Es decir, por lo percibido por los médicos y los hallazgos que éstos encuentran, a partir de las imágenes de los estudios de gabinete y/o en los datos que muestran los exámenes de laboratorio.

Ahora bien, el primer paso para la obtención de un diagnóstico es —siguiendo la estructura de la historia clínica— el interrogatorio clínico, ya que es a partir de lo que refiere el enfermo que el equipo de salud puede hacerse una idea de cuál es el motivo de visita del enfermo. Así, a partir de las vías causales dadas por una visión puramente biológica de la enfermedad, el clínico podrá descubrir cuál es la lesión a la que se enfrenta. Esta idea es expresada claramente en palabras de Martínez Cortés:

En el modelo biológico-lesional de la enfermedad, tanto los síntomas como los signos están determinados por el plano lesional, según una relación causa-efecto. En consecuencia, los límites y caracteres del plano clínico, los marca la lesión en forma de conjuntos de síntomas y signos llamados síndromes, [...] ellos constituyen la única información que recoge y decodifica durante la consulta médica. Deja fuera todo aquello que está sintiendo el paciente —dolor, disnea, náusea, prurito, debilidad, angustia, temor— que no se explica según una relación de carácter causa-efecto con el plano lesional (Martínez, 1993, p. IV).

Es interesante la cita anterior porque evidencia aspectos importantes a resaltar con el objetivo de esclarecer la comunicación médico-paciente. La visión clínica del médico es un elemento sumamente importante para este esclarecimiento, ya que está reducida al plano biológico del ser. Perspectiva plasmada tanto en los formatos de los expedientes clínicos, como en las palabras que utilizan los médicos para referirse a la parte sintomática de los pacientes; por ejemplo, los vocablos prurito (comezón intensa) y disnea (dificultad para respirar) utilizadas en la cita anterior difícilmente serán síntomas pronunciados por un paciente ajeno al campo médico, porque refieren a signos más que a síntomas.

Con la finalidad de explicitar este punto, en las siguientes páginas expondré tres ejemplos de expedientes clínicos de la UMAE. A este respecto, recuerdo al lector que los documentos que aquí analizaré son dos: la historia clínica general y la nota de urgencias y

evaluación inicial. La razón, como he argumentado, es que ambos documentos son expresión de la clase de comunicación que entablan los médicos y los pacientes, a partir de las guías institucionales contenidas en estos legajos, y que regulan las prácticas que suceden entre los muros de la UMAE.

De esta manera, el primer ejemplo será el expediente de una mujer de 70 años que ingresó al hospital por medio del servicio de urgencias,<sup>189</sup> quien debido a la naturaleza de sus signos clínicos fue referida por parte de su HGR.<sup>190</sup> Escogí este expediente, porque ejemplifica la clase de comunicación que sucede entre los muros de este recinto, por dos razones.

Por una parte, el lector atento recordará que, cuando el ingreso de un paciente se da por el servicio de urgencias, existen ocasiones en donde la historia clínica está vacía. Esto podría deberse a que ambos documentos son sumamente similares en su estructura, por lo cual contienen información casi idéntica, aunque con sus ligeras precisiones. Justamente, en este expediente, ambos documentos están llenados casi en su totalidad, hecho que raramente se aprecia en un solo expediente clínico.

Por otra parte, aunque la paciente aquí referida presentó factores de riesgo cardiovasculares en el momento de la valoración, la información vertida en su expediente clínico muestra que fue la primera vez que presentó una enfermedad cardíaca. Hecho que hizo que yo pudiera apreciar, a través de las palabras escritas en estos documentos, cómo sucede esta comunicación.

Así, como he reiterado, la comunicación médico-paciente es esencial para evidenciar el motivo por el cual un paciente llega, en este caso, a la UMAE. Sin embargo, en urgencias los especialistas necesitan ser rápidos y certeros para que el enfermo no pierda la vida, razón por la cual la comunicación entre ambos actantes es más breve, en comparación con una consulta típica —historia clínica.

De esta manera, este formato comienza con la precisión de los signos vitales de la paciente, seguidos por una evaluación médica, la cual versa lo siguiente: “femenino de 70

---

<sup>189</sup> Puesto que el estado de salud de esta mujer era sumamente delicado, el primer documento que da cuenta del ingreso de esta derechohabiente es la nota de urgencias y evaluación inicial.

<sup>190</sup> Hospital General Regional, sin especificar el número de la unidad médica.

años de edad quien es referida por su HGR por SICACEST<sup>191</sup> (Nota de Urgencias y Evaluación Inicial, UMAE).<sup>192</sup>

Enseguida está el apartado de antecedentes en donde la paciente comienza a ser interrogada acerca de los Factores de Riesgo Cardiovasculares —FRCV— y los problemas de salud que pudiera tener con relación a su Historia Cardiovascular —HCV. Este apartado contiene información puntual acerca de los FRCV: “EDAD GENERO SEDENTARISMO HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA DE 3 AÑOS DE DIAGNOSTICO EN MANEJO CON CAPTOPRIL 25 MG C 12 HORAS DISLIPIDEMIA<sup>193</sup> EN TRATAMIENTO CON PRAVASTINA” (Nota de Urgencias y Evaluación Inicial, UMAE).<sup>194</sup> Después está el apartado de HCV el cual versa “negada” y, además, negados otros padecimientos. De esta manera, en la parte de los antecedentes se puede observar que la paciente responde a preguntas cerradas, en dónde únicamente tiene que asentir o negar.

Posteriormente, está la información nutricional, funcional y psicológica; información dispuesta, nuevamente, para ser obtenida por medio de preguntas cerradas. Después de estos pequeños recuadros se presenta el *Padecimiento actual (motivo de la consulta)*, recuadro en donde la enferma tiene una participación activa, puesto que es el momento en donde refiere cuáles son sus síntomas, desde cuándo y cómo comenzó a sentirlos. Sin embargo, otra vez, es evidente la interpretación que el especialista realiza de las palabras emitidas por la paciente, invisibilizando el padecer y resaltando la enfermedad; afirmación que se puede ver expresada en el siguiente párrafo:

LO INICIA EL DIA DE HOY A LAS 7:30 AM TRAS PRESENTAR DOLOR PRECORDIAL TIPO OPRESIVO DE INTENSIDAD 10 DE 10 IRRADIADO A BRAZO IZQUIERDO ACOMPAÑADO DE DIAFORESIS NAUSEA Y VOMITO MOTIVO POR EL CUAL SE ADMINISTRA CAPTOPRIL SIN MEJORÍA, ACUDIENDO A SU UMF<sup>[195]</sup>

---

<sup>191</sup> SICA son las siglas para Síndrome Isquémico Coronario Agudo. CEST corresponde a un SICA con elevación del segmento ST. Un segmento ST es una línea que representa la actividad eléctrica del corazón, actividad que se obtiene en un tipo de estudios de gabinete denominados como electrocardiogramas —EKG.

<sup>192</sup> Los documentos que integran un expediente clínico vienen redactados en computadora con letras mayúsculas.

<sup>193</sup> La dislipidemia es la concentración elevada de lípidos (colesterol y/o triglicéridos) en la sangre.

<sup>194</sup> Decidí transcribir esta cita de manera literal, esto es, respeto las mayúsculas, la falta de acentos, la omisión en la puntuación y las abreviaturas. Con la finalidad de que el lector aprecie la práctica de los médicos tal cual es plasmada.

<sup>195</sup> Unidad Médico Familiar.

A LAS 8:30 AM EN DONDE SE EVIDENCIA IAM<sup>[196]</sup> CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST ANTEROAPICAL SIENDO ACTIVO CODIGO I Y ENVIADO A ESTA UNIDAD A SU INGRESO 10:20 HORAS CON DESCONTROL HIPERTENSIVO Y DOLOR PRECORDIAL (Nota de Urgencias y Evaluación Inicial, UMAE).

Lo primero que saltó a mi vista a partir del análisis del fragmento son, precisamente, las palabras que utiliza el médico durante la redacción de este documento. Se puede observar la interpretación que el cardiólogo plasmó, puesto que dejó fuera todo rastro de la sintomatología y del padecer de la enferma, siendo los signos clínicos los que aparecen en el motivo de la consulta; a saber, dolor precordial que refiere a un dolor en el pecho, justo en la parte en donde se encuentra el corazón; y la palabra diaforesis, la cual significa sudoración excesiva (Jinich et al., 2006, p. 130).

Otra observación de la cita anterior es la inconsistencia del lugar de procedencia del paciente. En este formato hay dos referencias a este respecto, la primera aparece en la *Evaluación médica* y la segunda en el *Padecimiento actual*, recuadros separados por tres rúbricas de distancia. Además, la imprecisión acerca del recinto que valoró por primera vez a la paciente y la canalizó a CMNSXXI es complicada, debido a que en este expediente no está la nota médica de la unidad o del hospital (cualquiera que haya sido el caso) del cual la paciente fue remitida. Así, la valoración médica y los signos observados por el médico que la examinó inicialmente no se encuentran en el expediente clínico y, por lo tanto, no está la primera verbalización sintomática de la paciente —antes de su ingreso a la UMAE.

Inmediatamente después del interrogatorio, hay un pequeño recuadro para que el especialista relate lo encontrado en la exploración física. Por la urgencia de la lesión, este apartado está centrado en la auscultación<sup>197</sup> cardiaca y pulmonar y, además, en las palpaciones y observaciones generales del habitus<sup>198</sup> de la enferma.

Enseguida, aparece la sección de los paraclínicos, que son la última acción que los especialistas deben poner en práctica para establecer el diagnóstico que les permitirá

---

<sup>196</sup> Infarto Agudo de Miocardio.

<sup>197</sup> Práctica de escuchar los sonidos que se producen en un organismo animal, especialmente la cavidad torácica y abdominal.

<sup>198</sup> En este contexto “Habitus es sinónimo de actitud; para otros el hábito corporal es sinónimo del biotipo morfológico o constitución, y algunos más lo definen como el grado de correlación entre el aspecto físico y el sexo del paciente, así como la relación entre la longitud de las extremidades y la del tronco” (Jinich et al., 2006, p. 343).

implementar las vías terapéuticas. De esta manera, este apartado contiene una lista de los estudios más relevantes para conocer el estado de salud de la persona en cuestión. En este caso particular, por la urgencia expresada en los signos clínicos el especialista únicamente realizó a la paciente un electrocardiograma, mientras que laboratorio y rayos X los marcó como pendientes. La razón se encuentra en los protocolos de acción determinados por *Código Infarto*: todas las acciones en este servicio están encaminadas al esclarecimiento del diagnóstico, con la finalidad de que se administre una terapéutica adecuada que disminuya el riesgo de mortalidad del paciente.

Posterior a esta información, hay tres pequeños apartados destinados a la evaluación sociocultural —todos ellos estructurados con base en preguntas cerradas—, que gran parte de las veces se encuentran vacíos. No obstante, en el caso de la paciente que he estado exponiendo para ejemplificar el contenido de este documento, este recuadro está contestado casi en su totalidad: primero, el rubro de *Evaluación social* está compuesto de dos pequeños apartados: *apoyo familiar*: “sí”, familia nuclear; y *Requiere albergue*: “no”. Segundo, *Evaluación cultural*, constituido por *valores*: “sí”; *creencias*: “religioso”; y, *religión*: “católica”. Tercero, *Evaluación económica* que consta de tres recuadros: *nivel*: [vacío. Es llenado con las palabras bajo, medio o alto], *necesidades de educación*: “sí”; y *barrera de aprendizaje*: “no”.

Así, de acuerdo con lo referido en manuales de medicina (Jinich et al., 2006; Henderson et al., 2005), estas evaluaciones brindan al personal información significativa acerca de la vida de los pacientes. Esto tiene la finalidad de que estos sean reeducados para mitigar los factores de riesgo cardiovascular —FRCV—, y favorecer los factores pronósticos; de forma tal que el tratamiento sea efectivo y mejore de manera significativa la salud del enfermo.

Después, viene un espacio destinado a la *Escala de dolor*. El lector atento recordará que la paciente comenzó a presentar sintomatología a las siete de la mañana. Sin embargo, no es sino hasta las diez con veinte minutos que es ingresada al servicio de urgencias, en donde se narra que el dolor es de tipo opresivo —de manera idéntica a como viene en los manuales de medicina—, con intensidad de dolor 10 de 10 —a las 7:00am—, de acuerdo con

el estándar, en este caso, de la escala de dolor EVA.<sup>199</sup> Mientras que al momento de la valoración refieren que la paciente no siente dolor, puesto que en este recuadro, dispuesto para preguntas cerradas, se lee la palabra “No”.

El penúltimo recuadro de esta esta forma está destinado al *Diagnóstico*, el cual es resultado de las tres etapas anteriores —interrogatorio verbal, exploración física, estudios paraclínicos—: “infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en cara anteroapical TIMI 4 GRACE 124 PUNTOS KK 1” (Nota de Urgencias y Evaluación Inicial, UMAE).<sup>200</sup> Finalmente, en el último recuadro hay un espacio para el *Pronóstico* de la paciente, que versa lo siguiente: “femenina de octava década de la vida con IAMCEST<sup>[201]</sup> de 3 horas de evolución por lo que se activa código I y se presenta para ICP<sup>[202]</sup> primaria” (Nota de Urgencias y Evaluación Inicial, UMAE).

Se puede apreciar en el pronóstico que el riesgo de mortalidad está dado por tres indicadores —TIMI, GRACE y KK—, que otorgan estimaciones porcentuales individuales a largo plazo. No obstante, es interesante que estos valores no estén escritos en el recuadro de pronóstico. De hecho, rara vez están contenidos en este recuadro y casi siempre están acompañando al diagnóstico. Interesante ejercicio sería ver qué le dicen los médicos a los

---

<sup>199</sup> Durante la observación de los expedientes clínicos me percaté, por la clase de palabras plasmadas en este tipo de recuadros, que utilizan, esencialmente, dos tipos de escalas para valorar el dolor en los pacientes. La escala que aparece con mayor frecuencia en los formatos de los expedientes clínicos es la Escala Visual Analógica — EVA— que “permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros” (Vicente-Herrero et al., 2018, p. 230). Otra escala que se utiliza mucho en la redacción de los formatos es la escala numérica, la cual consta de una “escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad; el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado” (Vicente-Herrero et al., 2018, p. 230). De acuerdo con estas definiciones, en los expedientes clínicos se puede ver plasmada una combinación entre estos dos métodos de valoración del dolor del paciente.

<sup>200</sup> En esta cita, las palabras escritas en mayúsculas son herramientas de predicción diagnóstica. En primer lugar, esta TIMI —*Thrombolysis in Myocardial Infarction*—, la cual “es una escala utilizada como herramienta para la predicción del riesgo de muerte precoz en los pacientes con un IAM con elevación del segmento ST en centros sin intervención coronaria percutánea” (Aragam et al., 2009, p. 1). En segundo lugar, está la herramienta predictiva GRACE —*Global Registry of Acute Coronary Events*— utilizada para evaluar los riesgos que se presentan en los pacientes. Finalmente, en tercer lugar, se encuentran los Puntos KK que refieren al índice de Killip y Kimbal para el IAM —Infarto Agudo de Miocardio. Se trata de una clasificación basada en los signos clínicos que presenta un paciente, con el objetivo de determinar el riesgo de mortalidad de un cardiópata basado en los hallazgos clínicos y paraclínicos (Aragam et al., 2009, p. 1).

<sup>201</sup> Infarto Agudo de Miocardio Con Elevación del segmento ST.

<sup>202</sup> Intervención Coronaria Percutánea que, como expuse en el capítulo dos, es sinónimo de una angioplastia. Procedimiento que consiste en la dilatación de venas y/o arterias.

pacientes cuando enuncian los pronósticos; puesto que, como expuse en el apartado dedicado a éste, en la gran mayoría de los formatos se lee *reservado a evolución*, sin contemplar estas herramientas que permiten evaluaciones estadísticas relevantes para ambos actores.

Ahora bien, en los siguientes párrafos me daré a la tarea de comparar este formato con la historia clínica general de la paciente en cuestión, con la finalidad de observar cómo fue llenada por el R1 una vez que fue examinada y diagnosticada por el especialista en el servicio de urgencias. En este caso, debido a los protocolos de acción del IMSS para los derechohabientes que ingresan con los signos de infarto que presentó esta mujer, la primera interacción que tuvo fue con un especialista, comunicación plasmada en la nota de urgencias y evaluación inicial. Por esta razón, en la historia clínica de esta paciente ya se tiene que ver reflejada la evaluación que realizó el especialista, en el servicio de urgencias.

Por tratarse de un documento que da cuenta acerca del primer contacto entre el médico y su paciente, la estructura de estos dos formatos —historia clínica y nota de urgencias—, reitero, es sumamente similar. Inicia con el interrogatorio, a partir del cual se orienta la exploración física. Finaliza con los hallazgos encontrados en los paraclínicos, estudios que dan fuerza al diagnóstico clínico, por ser evidencia fehaciente de las características atípicas, en este caso, del sistema cardiovascular.

Sin embargo, a diferencia de la evaluación inicial que se realiza en urgencias; en la historia clínica se expresa el *relato patográfico* del paciente, por lo cual este formato contempla elementos sociales más específicos. Hecho que se puede apreciar en el apartado *III. Antecedentes personales no patológicos*, rubrica en donde el enfermo contesta a preguntas semiabiertas. Es decir, el médico suscita respuestas un poco más elaboradas por parte del doliente, tales como: condiciones de la vivienda, actividad física, esquema de inmunizaciones y alimentación. Todos estos factores podrían traducirse, dependiendo de las respuestas del enfermo, en factores de riesgo cardiovascular, y en factores pronósticos.

De esta manera, los antecedentes personales no patológicos están estrechamente ligados a las comorbilidades, porque una mala alimentación, una higiene deficiente (por ejemplo, un mal lavado de dientes)<sup>203</sup> y una nula o casi nula actividad física —

---

<sup>203</sup> Existe una relación causal entre la mala higiene bucal y el desarrollo de ciertas cardiopatías. De acuerdo con algunas notas médicas encontradas en ciertos expedientes clínicos, en la parte de resumen clínico se lee: estomatología (es una rama de las ciencias de la salud que se especializa en enfermedades del aparato

sedentarismo— son factores que nos hacen propensos a desarrollar enfermedades crónicas. Por ejemplo, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica: las tres comorbilidades más presentes en los cardiópatas de la UMAE.

A este respecto, Jinich, Lifshitz y Suárez (2006) aseveraron que para los pacientes hipertensos, en la historia clínica “se debe incluir una encuesta sobre la cantidad de sal que utilizan en sus alimentos” (Jinich et al., 2006, p. 256). Justamente, en este apartado — antecedentes personales no patológicos— es en donde se interroga acerca de la dieta, pero no existe ninguna encuesta adicional que explicita la cantidad de sal, sino que, en la gran mayoría de los casos, este apartado aparece llenado con frases estándares. Un ejemplo de esto es dado por el expediente de la paciente anteriormente referida, en el cual se puede leer la siguiente información: “alimentación adecuada en cantidad y calidad, ingesta de agua de 500 CC al día” (Historia Clínica General, UMAE).

Otra sección sumamente importante para ejemplificar la estandarización de la práctica escrita y, en consecuencia, los preceptos que guían la comunicación médico-paciente es el apartado *VIII* de la historia clínica que corresponde a *Padecimiento actual y motivo de envío* que narra lo siguiente:

INICIA PADECIMIENTO HOY ALREDEDOR DE LAS 7:00 A. M. POSTERIOR AL ESFUERZO (SE LEVANTO AL BAÑO) CON DOLOR TORÁCICO TIPO OPRESIVO, CON IRRADIACIÓN HACIA LA ESPALDA, INTENSIDAD 10/10 EN ESCALA DE EVA, ACOMPAÑADO DE DISNEA, DIAFORESIS LIPOTIMIA<sup>[204]</sup>, DURACIÓN DE 60 MINUTOS QUE NO REMITÍA CON EL REPOSO TOMO EN SU DOMICILIO TABLETA DE CAPTOPRIL SIN MEJORÍA MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A SU UNIDAD DE DESCRIPCIÓN DONDE SE RECIBE PACIENTE CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES TA 100/60 MMHG FC 55 LPM, FR 24 RPM. SE TOMA TRAZO ELECTROCARDIOGRÁFICO REPORTA ELEVACIÓN DEL ST EN CARA

---

estomatognático —dientes, encía, lengua, paladar, glándulas salivales, etc.—). De esta manera, existen bacterias bucales que pueden llegar al corazón, condición que permite el desarrollo y la manifestación de cardiopatías.

<sup>204</sup> La lipotimia “es una forma trivial, leve del síncope. El paciente pierde súbitamente la conciencia, completa o incompletamente con palidez, pequeñez de pulso. El suceso es rápido sin aspecto de gravedad. Se produce por las mismas causas que el síncope. Un paciente con estenosis aórtica puede padecer lipotimias y en ocasiones síncope. En la lipotimia desempeña un gran papel la emoción: una noticia triste o alegre, un espectáculo terrible o desagradable, pueden producirla, así como un dolor de moderada intensidad, la visión de la sangre. En todos estos casos se produce una momentánea inhibición circulatoria que priva de su irrigación sanguínea a los centros nerviosos” (Jinich et al., 2006, p. 133).

ANTEROLATERAL KK1 ES ENVIADO A ESTA UNIDAD PARA SU ATENCIÓN SE RECIBE PACIENTE EN ÁREA DE URGENCIAS PACIENTE SE ENCUENTRA ALERTA, SE TOMA TRAZO ELECTROCARIOGRÁFICO CON RITMO SINUSAL FC 50 LPM, EJE 60 GRADOS PR 160 MSEG CON ELEVACIÓN DEL ST EN V2, V3, V4, V5, CON EVOLUCIÓN DE 3 HORAS SE ACTIVA CÓDIGO I Y SE PRESENTA A HEMODINAMIA IA PARA ICP PRIMARIA, SE ADMINISTRA CLOPIDOGREL 300MG, ATORVASTATINA 80MG, AAS 300 MG E INFUSIÓN DE NITROGLICERINA CON LO CUAL CEDE EL DOLOR, INGRESA A SALA DE HEMODINAMIA A LAS 10:10 HORAS CON LOS SIGUIENTES HALLAZGOS:

CD DOMINANTE PROXIMAL CON LESIÓN DEL 75% EN SEGMENTO PROXIMAL CON LESIÓN DEL 50% Y DISTAL CON IRREGULARIDADES NO SIGNIFICATIVAS RPV CO LESIÓN OSTIAL DEL 70% RESTO DEL VASO SIN LESIONES ANGIOGRÁFICAS SIGNIFICATIVAS, DP CON LESIÓN PROXIMAL DEL 50% CON ENFERMEDAD DIFUSA DEL 75 5 TIMI 3, TCI BIFURCADO SIN LESIONES, DA OSTIAL PROXIMAL SIN LESIONES SEGMENTO MEDIO CON LESIONES SECUENCIALES DE 60% CON TORTUOSIDAD SEVERA POSTERIOR A 2 DIAGONALES EN SEGMENTO DISTAL SE OBSERVA OCLUSIÓN AGUDA CON IMAGEN DE TROMBO GRADO V, PRIMERA DOMINANTE SE AGOTA PL. PROXIMAL SIN LESIONES ANGIOGRÁFICAS SIGNIFICATIVAS DISTAL CON IRREGULARIDADES NO SIGNIFICATIVAS, POSTEROLATERAL SIN LESIONES SIGNIFICATIVAS FLUJO TIMI 3.

1. ENFERMEDAD CORONARIA SIGNIFICATIVA DE 2 UN VASO (DESCENDENTE ANTERIOR Y CORONARIA DERECHA)
2. OCLUSIÓN TOTAL AGUDA DE LA DESCENDENTE ANTERIOR DISTAL (Historia Clínica General, UMAE).

Es interesante el fragmento de la historia clínica por varias razones que expondré a continuación, pero antes de proseguir, recuerde el lector que en este apartado ambos actantes —paciente y R1— se encuentran en la fase del interrogatorio. Razón por la cual la paciente tuvo que haber expresado el motivo por el cual ingresó a esta unidad médica.

En primer lugar, se puede observar que el apartado fue llenado considerando lo que el especialista expuso en la nota de urgencia, puesto que inicia detallando cómo empezó el malestar de la mujer. La diferencia es que en este documento está narrado de forma más

precisa, puesto que refiere las acciones que realizó la persona antes y después del episodio de dolor. Pero este malestar está escrito, nuevamente, en palabras del médico, no de la persona que vivió esta experiencia.

En segundo lugar, se puede apreciar la eficacia del *Código Infarto*, puesto que ya están descritos los hallazgos de los paraclínicos que estaban marcados como pendientes en la nota de urgencia, así como las consecuencias que tienen estas lesiones en la salud de la paciente. Además, ésta evidencia visual y gráfica clarifica a los médicos las acciones terapéuticas a desarrollar en este caso particular.

En tercer lugar, está el tema de las abreviaturas que referí en el capítulo uno, mismas que se pueden apreciar en la cita anterior. De esta manera, mencioné que entorpecen la comunicación entre pares (Aleixandre et al., 2003), específicamente entre los residentes de más bajo rango y los especialistas, ya que los primeros podrían tener problemas al momento de interpretar las abreviaciones, aunque existan consensos al respecto. Pero, una vez que los residentes las aprenden, son sumamente útiles puesto que ahorran espacio y tiempo de escritura. En este sentido, salta a la vista el exceso de abreviaturas utilizadas en los hallazgos paraclínicos, pero no en las palabras que se abrevian comúnmente en la vida diaria y que en los expedientes clínicos aparecen de manera completa; por ejemplo, horas, minutos, entre otros vocablos de uso cotidiano. Esta característica se observa en todas las fojas que componen un expediente.

Finalmente, en cuarto lugar, el ya mencionado problema de la traducción de síntomas —individuales y por tanto subjetivos—, a signos —objetivos y universales. Aunque en esta historia clínica no aparece —quizá porque el ingreso fue por urgencias—, es muy frecuente que comience la narración con la palabra “refiere” —aludiendo a la práctica médica de interrogar, mientras el paciente recuerda lo que se le pide—, seguida por las situaciones en donde se presentaron los síntomas: después de realizar esfuerzo, la paciente sintió dolor, disnea, diaforesis y lipotimia. Todas ellas palabras provenientes del campo médico que, comúnmente, son desconocidas por todas las personas que somos ajenas a esta disciplina. A menos que la paciente haya sido *educada* por el médico en anteriores ocasiones, en donde haya presentado una lesión igual o similar, que no es el caso en este ejemplo.

A partir del caso anterior, el lector puede apreciar que la parte relevante para la presente investigación está contenida en rubros muy específicos tanto de la historia clínica,

como de la nota de urgencias. Esto es así porque, en primer lugar, en el apartado titulado *padecimiento actual y motivo de envío*, se muestra la clase de discursos y, en este sentido, la traducción que los médicos realizan a partir del interrogatorio clínico. Lamentablemente, no se aprecia la totalidad de la traducción, puesto que los formatos utilizados en la práctica, sumado a los objetivos de esta investigación, son elementos que no permiten mostrar la otra parte de esta interesante práctica: la narrativa que emplean los enfermos ante las preguntas de los médicos.

No obstante, aunque falta esta otra versión de la enfermedad, la amplia literatura médica dedicada, justamente, al abordaje de esta problemática, apunta a que esta interpretación de síntomas a signos es una de las grandes problemáticas de la medicina actual. La razón, como he argumentado, es porque de manera *a priori* los médicos desdeñan — porque así son enseñados— los síntomas de los pacientes, pues éstos no reducen la enfermedad a su dimensión biológica —parte relevante de la práctica—; sino que son los médicos los que, únicamente, ven a las personas como cuerpos enfermos. Esta visión entorpece la comunicación médico-paciente, porque las palabras de los enfermos son sólo significativas en relación a los signos clínicos, no a las particularidades de la enfermedad expresadas en el cuerpo, en la persona que presenta una cardiopatía.

En segundo lugar, están los factores de riesgo cardiovascular —FRCV. Como he expuesto, estos factores de riesgo están en relación, de acuerdo con la visión clínica, con malos hábitos, costumbres de las personas que hacen que su estado de salud sea empobrecido. Debido a que los pacientes mismos atentan contra su salud y, por tanto, son un problema de salud pública, esta clase de población debe ser reeducada, con la finalidad de que modifiquen esas costumbres que han desencadenado en comorbilidades —que también son factores de riesgo— y, consecuentemente, en cardiopatías.

Finalmente, en tercer lugar, está el recuadro de pronóstico. A lo largo de los tres capítulos que comprenden esta investigación, he argumentado —siguiendo los postulados de los especialistas en ciencias de la salud—, que el pronóstico es sumamente relevante para los pacientes. La razón, de acuerdo con estos especialistas, es que un buen pronóstico genera múltiples beneficios en la práctica, tales como: una buena comunicación entre médico y paciente, una mejor recepción a los tratamientos administrados, y adherencia a los tratamientos prescritos por los médicos.

Ahora bien, con la finalidad de realizar una comparación entre la estructura de los discursos de los especialistas, en las siguientes páginas describiré un caso que ilustra el estándar en las palabras y de las narrativas que los médicos plasman a lo largo de los expedientes clínicos.

De acuerdo con lo anterior, el siguiente expediente clínico ejemplificará este estándar en las narrativas médicas, al compararlo con el caso de la paciente, expuesto previamente. El expediente que expondré a continuación pertenece a un hombre de 75 años. La razón por la cual seleccioné este caso en particular, es porque las características de esta persona —ingreso y FRCV— son sumamente similares a los de la paciente anteriormente referida.

Este paciente ingresó por el servicio de urgencias. Su expediente es sumamente interesante, puesto que su primer ingreso data del año 2009. Sin embargo, los últimos documentos que refieren la enfermedad de este paciente son del año de 2016, por lo cual este expediente es sumamente robusto en documentos paraclínicos, principalmente. De esta manera, el enfermo tiene documentados dos ingresos a la UMAE: 2009 y 2016. En este sentido, comenzaré la narración de este caso con el formato de la nota de urgencias; en la cual se puede leer que la fecha y hora de asistencia clínica data del 17 de octubre de 2016, a las 06:31 de la mañana. El rubro que citaré textualmente en el siguiente párrafo corresponde al espacio designado como padecimiento actual:

LO INICIÓ EL DÍA DE HOY A LAS 3:00HRS AL ESTAR EN SUEÑO FISIOLÓGICO, SIN EXACERBANTES NI ATENUANTES. PRESENTA DOLOR PRECORDIAL OPRESIVO EN INTENSIDAD 7/10 POR EVA, DE DURACION DE 1 HORA, ACOMPAÑADO DE DISNEA, DIAFORESIS Y SENSACIÓN DE MICCIONAR,<sup>[205]</sup> SIN IRRADIACIONES, SE AUTOMEDICA METOPROLOL, CON MEJORIA PARCIAL, A SU INGRESO PRESENTA DOLOR DE 5/10 POR EVA, QUE MEJORA CON LA ADMINISTRACIÓN DE NITRATOS SUBLINGUAL (Nota de urgencias y evaluación inicial, UMAE).

A partir de la cita anterior, el lector puede observar cómo, al igual que en los formatos pre-dados que están impresos en cada uno de los documentos que integran un expediente

---

<sup>205</sup> Es la sensación, dolor o incomodidad al orinar.

clínico; las narrativas de los cardiólogos también están estructuradas de una manera estándar, porque existe un orden pre-dado en el relato. Esta característica se puede apreciar, claramente, al comparar este texto con el primer ejemplo: la narración comienza con la hora en la cual el paciente empezó con el malestar, seguido de los signos clínicos (adquiridos por los especialistas a partir del interrogatorio), los cuales están acompañados de la escala de dolor EVA y la temporalidad del malestar. Finalmente, el discurso del cardiólogo finaliza con medicamentos que le fueron administrados al paciente, con la finalidad de controlar y mitigar los síntomas que afligen al doliente.

Otro apartado sumamente relevante para esta investigación es la historia cardiovascular del paciente —HCV—, la cual está contenida en la nota de urgencias. La relevancia de este recuadro es, justamente, porque la persona se transformó en un cardiópata en el año 2009; por lo cual, principalmente en este caso, su historia patográfica es sumamente importante para los especialistas médicos.

INICIA EN EL 2009 CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN CARA POSTERIOR INFERIOR TRATADO CON ANGIOGRAFIA CORONARIA PRIMARIA Y COLOCACION DE STENT EN CORONARIA DERECHA. ASINTOMATICO HASTA EL 2016. EN SEGUIMIENTO POR CARIOLOGO EN MEDIO PRIVADO QUIEN INDICA REALIZAR ESTUDIO DE ANGIOTOMOGRFIA CORONARIA EL 22/09/16 REPORTANDO 1. OCLUSIÓN DE LA CORONARIA DERECHA EN EL SEGMENTO MEDIO CON LONGITUD DE 41 MM, QUE INVOLUCRA MATERIAL DE STENT 3X17MM 1 VASO RECANALIZA DISTAL Y SE OBSERVO QUE LA RAMA PL PRESENTA OCLUSION DE 6MM DE LONGITUD. 2.SEGMENTO PROXIMAL Y MEDIO DE LA DESCENDENTE ANTERIOR CON ENFERMEDAD ATEROESCLEROSA DIFUSA CON ESTENOSIS DEL 70-99% TERCIO DISTAL CON PUENTE INTRAMUSCULAR SUPERFICIAL DE 17MM LONGITUD. 3. DATOS EN RELACIÓN A INFARTO DEL MIOCARDIO Y ANT [no se puede leer porque obstruye un sello] QUIRURGICOS, TRAUMATICOS, TRASFUSIONALES O ALERGICOS. TOXICOMANIAS NIEGA TABAQUISMO Y [está el sello, pero dado el contexto, parece decir ETILISMO] (Nota de urgencias y evaluación inicial, UMAE).

La cita anterior tiene dos principales elementos a analizar. En primer lugar, salta a la vista que en este expediente no existe ningún documento que dé cuenta del primer ingreso

del paciente en 2009, con excepción, evidentemente, del rubro *historia cardiovascular*. La razón es que, como se puede leer en la cita, no se presentó a la UMAE desde 2009, debido a que continuó con su tratamiento cardiaco en un hospital privado; del cual sólo dice lo que el médico de ese hospital privado observó y ordenó, pero no existe documento que sustente los hallazgos de este médico que labora en un hospital privado, ni tampoco está referido de qué hospital procede.

Esta falta de documentación, por una parte, del hospital privado de procedencia; y, por otro lado, del primer infarto agudo de miocardio que experimentó este señor, no están en el expediente, precisamente, por las fechas en que ocurrieron estos eventos. Recuerde el lector que una vez pasados los cinco años de egreso de un paciente, si este no reingresa, su expediente pasa a ser archivo muerto: puesto en una caja de cartón y llevado al sótano. Este hecho pareciera indicar que el archivo muerto es irrecuperable, por lo cual si el derechohabiente reingresa a la UMAE, se le tiene que abrir un nuevo expediente.

En segundo lugar, está el hecho de que existen elementos que interfieren con lo redactado en el documento: en este caso es un sello. En estos formatos aparecen distintas clases de sellos: unos contienen imágenes institucionales —logosímbolo del IMSS y/o el de la UMAE—, otros son de servicios específicos —como es el caso de defunciones—, también hay médicos que poseen sellos con su nombre y cédula profesional (en vez de la firma a mano), y otros más de carácter institucional, como es este caso particular; en donde el sello contiene pequeños apartados para ser llenados a mano por el médico, tales como el número de la unidad familiar, si presenta o no algunas características en segmentos específicos del corazón, y la fecha de redacción del documento en cuestión.

Ahora bien, como mencioné en renglones anteriores, no existe ningún documento previo a 2016. La historia clínica no es la excepción, ya que tiene fecha de en octubre 2016; es decir, en la última estancia del paciente en la UMAE. Narrativa que versa lo siguiente:

INICIÓ SU PADECIMIENTO EL 17.10.2015<sup>[206]</sup> A LAS 03:00 HORAS, AL ENCONTRARSE EN SUEÑO FISIOLÓGICO PRESENTÓ DOLOR TORÁCICO, DE TIPO OPRESIVO, DE PREDOMINIO EN HEMITÓRAX DERECHO, CON INTENSIDAD

---

<sup>206</sup> Error de dedo en el año. Es realmente 2016, puesto que en la fecha de elaboración del documento, así viene especificado. Además, la descripción de lo que ocurrido al paciente concuerda con la nota de urgencias, también con fecha del 2016.

MÁXIMA 7 DE 10, ASOCIADO A DISNEA DIAFORESIS, CON DURACIÓN DE APROXIMADAMENTE 4 HORAS, TRAS LO CUAL DECIDIÓ ACUDIR A ESTA UNIDAD A VALORACIÓN A SU INGRESO AÚN CON PERSISTENCIA DE DOLOR, INTENSIDAD DE 4 A 10, EL CUAL CEDIÓ TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE NITRATOS. **REFIERE** CURSAR CON DETERIORO DE LA CLASE FUNCIONAL<sup>[207]</sup> DESDE HACE APROXIMADAMENTE 2 MESES, MANIFESTADO POR DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS. POR LO QUE DE MANERA PARTICULAR SE REALIZÓ ANGIOTAC CORONARIA.<sup>[208]</sup> EL 22.09.2016 EN LA CUAL SE IDENTIFICÓ: OCLUSIÓN DE LA CORONARIA DERECHA EN EL SEGMENTO MEDIO CON LONGITUD DE 41 MM QUE INVOLUCRA A MATERIAL DE STENT 3X17. EL VASO RECANALIZA DISTAL Y SE OBSERVO QUE LA RAMA PL PRESENTA OCLUSIÓN DE 6 MM DE LONGITUD. DA SEGMENTO PROXIMAL Y MEDIO CON ENFERMEDAD ATEROSCLEROSA DIFUSA CON ESTENOSIS DEL 75-99% TERCIO DISTAL CON PUENTE INTRAMUSCULAR SUPERFICIAL FE 17 MM DE LONGITUD CON DATOS DE INFARTO ANTIGUO EN CARA ANTERIOR (Historia clínica general, UMAE) [Las negritas son mías].

Esta cita es relevante por varias razones. La primera, es el reingreso de este hombre de 75 años, a la UMAE. Debido a que presentó signos de infarto, su ingreso fue por urgencias. Sin embargo, su historia cardiovascular es sumamente relevante, porque en 2009 sufrió su primer episodio de infarto de miocardio; evento que lo familiariza con los signos de esta lesión; es decir, su experiencia con esta cardiopatía fue la que lo llevó, en primera instancia, a regresar a este hospital.

En segundo lugar, como en cada uno de los formatos, está la sección que ilustra los signos clínicos que se presentan ante un infarto de miocardio, en un paciente en específico. Estos signos están relatados de forma en que pareciera que fue el paciente quien los refirió de esa manera, mismos que se alejan de la forma en que los síntomas son expresados normalmente por las personas que somos ajenas al campo médico.

---

<sup>207</sup> El deterioro de la clase funcional refiere a la pérdida de autonomía para realizar actividades de la vida diaria, tales como las limitaciones causadas por la disnea (dificultad para respirar).

<sup>208</sup> Angiotac coronaria es una prueba de imágenes con fines diagnósticos, en donde los especialistas pueden observar la parte interna de los vasos sanguíneos.

Así, según lo relatado por los especialistas en los manuales de medicina (Jinich et al., 2006), los pacientes suelen narrar sus síntomas de acuerdo con experiencias personales, tales como: sensaciones de dolor, el sentimiento de miedo que acompaña a estas manifestaciones de la enfermedad, la desesperación de despertar en esas condiciones, entre otros elementos que el paciente pudo haber expresado durante el interrogatorio, precisamente, en la parte donde se lee la palabra refiere. En este sentido, la interpretación por parte del residente se torna evidente, puesto que está relatada de forma estándar, como se puede apreciar en los dos ejemplos aquí expuestos.

En tercer lugar, en la historia clínica se observa que la persona inició con molestias dos meses antes de su ingreso a la UMAE. Fue partir de estos síntomas que acudió con su médico privado, especialista que le ordenó la realización de un Angiotac coronario. No obstante, el único documento que da cuenta de este procedimiento, con fecha de 19 de septiembre de 2016, es este apartado de la historia clínica. Esto ilustra la falta la evidencia de los hallazgos encontrados por el médico privado y, además, la valoración que se sigue a partir de la realización de estos paraclínicos.

En cuarto lugar, se aprecian dos cosas en relación con la narrativa de estos especialistas en salud. Por un lado, ambos apartados de *padecimiento actual y motivo de envío*, referidos anteriormente, y expresados en la historia clínica y en la nota de urgencias, son prácticamente iguales. Esto es interesante, ya que la historia clínica fue llenada por un residente 1 y la nota de urgencias por un médico cardiólogo, por lo cual extraña tanta similitud. Sin embargo, la historia clínica se llena en relación a la nota de urgencias, debido a los protocolos institucionales de *código infarto*; razón por la cual el residente llenó la historia clínica contemplando no sólo los datos recogidos directamente del paciente —interrogatorio y exploración física—, sino que ya contaba con la valoración del especialista, misma que se observa plasmada, iterativamente, en la historia clínica.

Por otro lado, también se observa este orden pre-dado en las descripciones de los eventos por los cuales el paciente va pasando. A saber, este relato comienza con una breve historia cardiovascular, después se narra el padecimiento actual y motivo de envío propiamente dicho por el paciente, e interpretado en palabras del residente y, finalmente, se describen los hallazgos paraclínicos. Todos estos elementos que permiten la formulación de un diagnóstico confiable.

Además de lo anteriormente expuesto, está también lo escrito en la rúbrica de factores de riesgo cardiovascular. La relevancia de este apartado surge, precisamente, cuando comparo este expediente con el caso anterior —de la paciente de 70 años—, ya que ambos pacientes comparten factores de riesgo, aunque sus contextos son distintos.

El caso de la primera paciente, ostentaba como factores de riesgo edad y sexo. En este expediente, pasa algo similar: “FRCV MAYORES: EDAD, SEXO, DISLIPIDEMIA. MENORES: SEDENTARISMO” (Nota de urgencias y evaluación inicial, UMAE). De esta manera, salta a la vista que en este ejemplo no están referidas las comorbilidades como factores de riesgo, ni tampoco lo contenido en la historia cardiovascular; situación poco común en este apartado, porque, precisamente, la presencia de otras enfermedades complican el tratamiento y la recuperación del paciente.

A este respecto —siguiendo con la comparación de las narraciones contenidas en los expedientes—, ambos pacientes tienen los mismos factores de riesgo, lo que no concuerda con los manuales de medicina. La razón, expuesta brevemente en el capítulo anterior, es debido a que en la literatura médica se especifica que los hombres mayores tienen más posibilidad de presentar cardiopatías; pero esta aseveración no concuerda con el primer caso, ya que es una mujer y, por tanto, el sexo no debería estar como un factor de riesgo.

Además de lo anterior, en la historia clínica de este paciente, se puede leer que está desempleado (no dice desde cuándo), característica que pudo haber exacerbado (palabra ocupada por los mismos médicos en la narración de padecimiento actual) la reemergencia de un infarto agudo de miocardio. No obstante, ese factor no es ni siquiera de cerca considerado como factor de riesgo cardiovascular.

Ahora bien, con la finalidad de brindar argumentos suficientemente robustos para apreciar la clase de estandarización en los discursos (además de las biológicas que son las más evidentes); a continuación, referiré otro expediente, a manera de ejemplo, que dará elementos necesarios para apreciar la estandarización de los discursos médicos.

El expediente que ilustrará, contundentemente, esta problemática, pertenece a un niño de 9 años, quien es dueño simbólico del expediente con menos documentos que observé durante mi estadía en el archivo clínico. Su ingreso no fue por servicio de urgencias, sino a través del servicio de consulta externa, documento llenado y firmado por una pediatra. Así, una vez internado en la UMAE, su primer contacto fue con un residente, quién redactó en el

apartado VIII. *Padecimiento actual y motivo de envío* —de la historia clínica general— los siguientes datos:

INICIA SU PADECIMIENTO HACE UN AÑO CON PRESENCIA DE SINCOPE,<sup>[209]</sup> ASÍ COMO PALPITACIONES<sup>[210]</sup> EN 3 OCASIONES, REFIERE ADEMÁS [ESTA PARTE ESTÁ PERFORADA Y NO SE VE] CEFALEA INTENSA 3 OCASIONES POR SEMANA VALORADO POR PEDIATRA IDENTIFICAN SOPLO,<sup>[211]</sup> SER REALIZA ECOTT<sup>[212]</sup> IDENTIFICADO CIA<sup>[213]</sup> TIPO [D]OS (Historia Clínica General, UMAE).

La cita anterior es sumamente interesante por cuatro principales razones, que expondré en las siguientes líneas. En primer lugar, se puede apreciar, como en cada historia clínica, el problema de la traducción de síntomas a signos. En este sentido, este expediente fue sumamente esclarecedor, ya que es prácticamente imposible que un niño de nueve años refiera a un dolor de cabeza como cefalea, o a un desmayo como síncope. A menos que estuviera sumamente acostumbrado a su padecer y a la constante interacción con el equipo de especialistas médicos. Lo anterior pudiera ser el caso, debido a que, según refiere el médico residente, comenzó con esos signos hace un año. No obstante, se trata de un vocabulario sumamente especializado proveniente del campo médico, por lo cual sería muy poco usual que fueran palabras enunciadas por un infante.

En segundo lugar, me parece también muy relevante que estos formatos no tengan un espacio dedicado para las perforaciones. Recuerdo al lector: una vez que el paciente es dado de alta del hospital, el personal de archivo debe coser los expedientes; es decir, ordenar los documentos según la norma dada por las guías del IMSS y, de esta forma, perforar las hojas para que queden sujetas a la cubierta del expediente clínico, por medio de un sujetador metálico (fastener). Sin embargo, suele suceder en diversos documentos, que la perforación

---

<sup>209</sup> Síncope refiere a la pérdida de conocimiento pasajero. Es decir, un desmayo.

<sup>210</sup> “Es la sensación del latido fuerte en el corazón, generalmente rápido, pero a veces lento, regular o irregular, percibido por el propio paciente” (Jinich et al., 2006, p. 132).

<sup>211</sup> Son “ruidos que aparecen en relación con el ciclo cardíaco en la región precordial o en su vecindad, con características acústicas comparadas por Laënnec al ruido del fuelle al avivar el fuego” (Jinich et al., 2006, p. 453).

<sup>212</sup> ECOTT refiere a un ecocardiograma transtorácico. Este tipo de ecocardiograma se emplea de manera diagnóstica para observar el comportamiento y funcionamiento del corazón y las válvulas que lo componen.

<sup>213</sup> CIA significa comunicación interauricular; el cual es un defecto congénito presente en las paredes del corazón.

se realiza sobre el texto de los médicos, impidiendo la lectura completa de ciertos rubros, como es este caso.

Además, al igual que en el ejemplo anterior del señor, esta falta de espacios específicos, precisamente, complica la comunicación para los poco avezados en los discursos médicos. Sin embargo, las narrativas, las palabras son tan similares entre expedientes que, quizá esto no planteé problemas comunicativos graves, porque los médicos podrán inferir qué palabra(s) es ilegible por la perforación o sello.

En tercer lugar, queda evidenciado el estándar de la narrativa. Aunque por evidentes razones, el texto no es exactamente igual al ejemplo anterior, la narrativa sí es sumamente similar, tanto en la estructura de la narración, como en las palabras que ocupan ambos especialistas: médicos y residentes.

Finalmente, en cuarto lugar, el residente que llenó la historia clínica comenzó la descripción de esta rúbrica con “inicia su padecimiento hace un año”, y este documento tiene fecha de noviembre del 2015. Sin embargo, el único documento anterior a la redacción de la historia clínica es, justamente, por parte de consulta externa. Este documento está titulado como: *Servicio de consulta externa. Nota médica*; y tiene una fecha anterior, únicamente, de cinco días antes de la redacción de la historia clínica.

Menciono este documento porque comienza con una leyenda que saltó a mi vista: “nota de atención médica no se encuentra en sistema SICEH”. Lo que quiere decir, precisamente, que la nota médica de la primera interacción, ese documento que da cuenta del inicio del padecimiento un año atrás, no está en ninguna parte.

A este respecto, las siglas SICEH significan Sistema de Información de Consulta Externa en Hospitales, programa del IMSS que, junto con la implementación de los expedientes electrónicos, busca que los expedientes clínicos sean vigentes en todo momento. La razón es, por una parte, para eliminar la categoría de archivo muerto, con la finalidad de que los especialistas en salud tengan siempre la historia patográfica de los pacientes; sin importar los largos periodos de ausencia de éstos en la UMAE.

Por otra parte, esta implementación eliminaría la necesidad de generar expedientes nuevos. La razón es que los pacientes, una vez presentada la enfermedad, tendrán un solo expediente, el cual los especialistas podrán consultar cada vez que el enfermo recaiga, o se le presente una nueva lesión. De esta manera, podría existir una clara continuidad en la

historia patográfica de la persona, ya que el equipo de especialistas, no importando el año, ni tampoco la especialidad, podrían revisar los antecedentes del paciente en cuestión, y tratarlo de acuerdo con su historia patográfica plasmada en estos formatos.

Ahora bien, además de las anteriores observaciones, en este expediente se puede observar que el apartado *XII. Pronóstico presuntivo*, se encuentra totalmente vacío. De hecho, el único documento que tiene llenado un pronóstico en todo el expediente —recuerdo al lector, que se trata de un expediente clínico que contiene muy poca cantidad de documentos— es la *nota de evolución* con fecha de 16 de julio del 2016, pronóstico que versa lo siguiente:

MASCULINO DE LA 1RA DÉCADA DE LA VIDA, CON DEFECTO SEPTAL INTEGRAL TIPO OSTIUM SECUNDUM<sup>[214]</sup> CON CRITERIOS DE CIERRE, SIN PODER REALIZARSE POR CIERRE PERCUTANEO, POR LO QUE SE INGRESA PARA CIERRE QUIRÚRGICO, AL MOMENTO ASINTOMÁTICO Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SE SOLICITAN LABORATORIOS DE CONTROL Y RX DE TÓRAX. ASÍ COMO ECG. PASA EL DÍA 19 DE JULIO A CIERRE QUIRÚRGICO. SE REPORTA DELICADO CON PRONOSTICO RESERVADO A EVOLUCIÓN (Nota de evolución y actualización del cuadro clínico, UMAE).

Sin embargo, como se puede ver en la cita anterior, el pronóstico es lo último que se menciona. Una de las razones podría ser que en este documento no existe un espacio destinado al pronóstico; sino que está debajo del diagnóstico y de la terapéutica intervencionista que le programaron a esta persona para corregir el defecto congénito.

El último elemento a analizar de este breve expediente, es el de los factores de riesgo cardiovascular. En ningún documento vienen referidos estos factores, ya que se trata de una enfermedad congénita; es decir, una deficiencia presentada durante el desarrollo embrionario del infante, por lo cual no existe, al menos por parte del paciente, ninguna conducta o mal hábito que haya influido en el desarrollo de esta cardiopatía.

Así, a partir de los ejemplos referidos anteriormente, el lector puede apreciar que la información con la cual los especialistas llenan algunas rúbricas de los expedientes clínicos

---

<sup>214</sup> Defecto septal integral tipo ostium secundum, es el diagnóstico que se refirió anteriormente. A saber, se trata de una cardiopatía congénita, en donde existe un defecto en la comunicación interauricular de este órgano.

—el pronóstico (“reservado”) y algunos recuadros pertenecientes al interrogatorio (“alimentación adecuada en cantidad y calidad”) y la parte sintomática (“disnea y lipotimia” “disnea y síncope”)— está sumamente estandarizada. Las palabras que se leen en diversos expedientes clínicos son exactamente las mismas, eliminando todo rastro de la individual expresión de la enfermedad en una persona en particular.

Siguiendo esta línea de pensamiento en donde las palabras vertidas en los formatos se tornan altamente estandarizadas y, además, retomando la discusión derivada de la cita de Martínez Cortés expuesta en la página 147<sup>215</sup> de este capítulo, acerca de cómo el modelo biológico-lesional es la base de la sintomatología de los pacientes y, por lo tanto, de los signos recogidos por los médicos. Resulta interesante resaltar que el autor escogiera las palabras disnea<sup>216</sup> y prurito<sup>217</sup> como “aquello que está sintiendo el paciente” (Martínez, 1993, p. IV), puesto que estos vocablos son expresiones de signos clínicos, que también pueden tener una manifestación sintomática (individual), que podrían estar expresando una porción del padecer que acompaña a la enfermedad. Esta selección de palabras en el marco del prólogo del *Tratado de Medicina Interna* —texto dirigido a especialistas en salud— da cuenta, precisamente, de la visión biológica que ostentan los practicantes de esta disciplina.

Sin embargo, llama la atención que los síntomas sean expresados en términos clínicos, cual si los especialistas en salud desconocieran lo que es picazón y sólo la entendieran en términos de prurito. En comparación con el libro anteriormente citado, la obra de *Síntomas y signos cardinales de las enfermedades* —dirigido a estudiantes de pregrado en Medicina— en la parte dedicada al infarto de miocardio (Jinich et al., 2006, p. 128), el autor describe diversas maneras en las cuales se expresa el dolor torácico —síntoma y signo— que acompaña a esta lesión. De estas descripciones tres son sumamente subjetivas y, posiblemente, fueron redactadas a partir de la experiencia del autor con los pacientes, cuando

---

<sup>215</sup> Para comodidad del lector, transcribo la cita: “En el modelo biológico-lesional de la enfermedad, tanto los síntomas como los signos están determinados por el plano lesional, según una relación causa-efecto. En consecuencia, los límites y caracteres del plano clínico, los marca la lesión en forma de conjuntos de síntomas y signos llamados síndromes, [...] ellos constituyen la única información que recoge y decodifica durante la consulta médica. Deja fuera todo aquello que está sintiendo el paciente —dolor, disnea, náusea, prurito, debilidad, angustia, temor— que no se explica según una relación de carácter causa-efecto con el plano lesional” (Martínez, 1993, p. IV).

<sup>216</sup> Es la dificultad para respirar, la cual se manifiesta de manera subjetiva: “el paciente esta consciente de la necesidad de realizar un esfuerzo respiratorio aumentado” y/o puede manifestarse objetivamente: “es percibida por el observador. Ambas variedades no son necesariamente simultáneas: puede haber disnea subjetiva sin disnea objetiva y viceversa” (Jinich et al., 2006, p. 133).

<sup>217</sup> Es la sensación de comezón intensa.

estos refirieron sus síntomas: “como una presión intolerable”, “como una garra que aprieta fuertemente al tórax” o “como una sensación de intensa quemadura”; todas expresiones asociadas al infarto agudo de miocardio. De esta manera, el síntoma más común en la presencia de un infarto es, precisamente, la sensación de presión, misma que se puede observar en las dos primeras referencias que realizó Jinich, mientras que la tercera expresión no tiene relación con las anteriores.

De los tres expedientes expuestos en este capítulo, dos de ellos ingresaron a la UMAE, precisamente, por infarto agudo de miocardio. De esta manera, se puede observar que en las narrativas médicas existe una correspondencia entre los manuales de medicina y la práctica médica misma, ya que en las descripciones de los signos en los expedientes, los especialistas describen estas sensaciones de opresión en la caja torácica como palabras referidas por los pacientes. Sin embargo, más que referidas por los pacientes, están referidas por los médicos mismos —como se aprecia en el párrafo anterior—, a lo largo de la literatura especializada que los estudiantes tienen que aprender y aprehender para ejercer la práctica médica.

El caso de la disnea es otro ejemplo sumamente ilustrador para el fenómeno de la comunicación médico-paciente por ser un signo/síntoma<sup>218</sup> recurrente en los expedientes de Cardiología. En el libro de Jinich et al. (2006) en la parte destinada al interrogatorio al paciente (p. 135), el autor nos ilustra sobre lo que el médico debe preguntar acerca de si tiene sensaciones de “ahogo” o “fatiga”. De esta manera, si se presentara el caso de que un paciente no ostenta ninguna de las dos opciones y, a causa del formato (preguntas cerradas con respuestas monosílabas) el médico llena uno de los recuadros con la palabra “no” por no presentar ninguno de los síntomas esgrimidos por él mismo, surge un problema puesto que muchos de los síntomas implicados en las enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio son sumamente similares.

Por esta razón los síntomas de los pacientes podrían ser expresados de manera difusa y ambigua debido a la proximidad de sensaciones que una lesión en estos sistemas puede causar. “Los síntomas, quejas, sensaciones y reacciones del paciente que no caben en el síndrome de base biológico-lesional, generalmente el médico los arroja al ancho campo de lo psicológico, el cual, según éste, corresponde a otros profesionales” (Martínez, 1993, p.

---

<sup>218</sup> Lo escribo de esta manera puesto que, retomando los postulados de Foucault (2012, p. 131) en conjunto con el análisis de los expedientes clínicos, síntomas y signos refieren a lo mismo en diferentes palabras, verbalizados a partir de dos cargas teóricas distintas.

4). La razón es que si los síntomas expresados no están contenidos en el formato de la especialidad médica, entonces, no son una expresión de enfermedad, en este caso, cardiovascular; sino que el paciente podría estar manifestando una condición psicológica, o bien, otra patología que no corresponde a la especialidad del médico tratante.

[...] es evidente que la estructura analítica no está dada ni revelada por el cuadro mismo; era anterior a él, y la correlación entre cada síntoma y su valor sintomatológico han sido fijados de una vez por todas en un *a priori* esencial; bajo su función aparentemente analítica, el cuadro no tiene otro papel que repetir lo visible en el interior de una configuración conceptual ya dada. [...] no hace conocer nada; a lo sumo permite reconocer (Foucault, 2012, p. 157).

Entonces, de acuerdo con los síntomas dados por Jinich y los “referidos” por la primera paciente, a saber: “dolor torácico de tipo opresivo” (Historia Clínica General, UMAE), se puede apreciar, precisamente, aquello a lo que refirió Foucault: se busca que los cuadros clínicos que los médicos aprenden durante sus estudios de pregrado y posgrado sean los mismos que el paciente reproduce en su cuerpo y en su discurso, ya que parece existir un ideal, por parte de los especialistas en salud, de que hay una correspondencia entre las palabras —signos— y las lesiones —enfermedad.

Es, precisamente, el formato imperante en estos documentos —historia clínica general y nota de urgencias y evaluación inicial— el que conduce el interrogatorio estructurado con base en preguntas cerradas, en el que da la impresión de que los médicos suscitan a que los pacientes contesten de cierta manera. En otras palabras, los médicos conducen el interrogatorio de manera tal que realizan preguntas que provocan las respuestas que quieren escuchar; por ejemplo, el síntoma/signo de la disnea explicitado en párrafos anteriores.

Ahora bien, otro elemento que ha influido en la disminución de la eficacia de la comunicación médico-paciente es el uso de las herramientas que auxilian a los médicos en su quehacer cotidiano. Estos instrumentos aumentan la separación física entre estos actantes, factor al que se suma la escisión emocional y verbal entre ellos. El ejemplo más representativo al respecto de esta separación espacial implicada en los instrumentos médicos

es el estetoscopio (Awad & González, 2011; Martínez, 1993, p. III),<sup>219</sup> ya que antes de la invención de este útil dispositivo que permite la amplificación auditiva —aumenta el número y la calidad de los sonidos que se pueden percibir en la caja torácica—, que ayuda tener más precisión en lo escuchado; las auscultaciones se realizaban sin la mediación de ningún aparato, favoreciendo el contacto físico y, en consecuencia, la confianza depositada en el médico.

Visto de esta manera, el expediente clínico es una herramienta que también implica un distanciamiento entre el paciente y su médico, porque el clínico, principalmente por cuestiones burocráticas, está obligado a llenar cada uno de los formatos que estructuran su práctica. Sumado al tiempo destinado a cada paciente que tiene que atender durante un día laboral, son características que hacen que la labor del médico sea entorpecida, empobrecida y tediosa.

En este contexto, el sociólogo Marc Berg (1996) argumentó que la práctica de escritura en los expedientes clínicos entorpece la comunicación, debido a que el médico presta más atención al correcto llenado de los formatos que al paciente: durante el interrogatorio y dependiendo del médico y de la institución de salud que se trate, el especialista no voltea a ver al paciente. La razón, como he argumentado, se encuentra en el proceso de interpretación de los síntomas a signos, ya que no requiere de la interacción verbal entre los individuos, debido a que todos los datos recopilados por el especialista serán confirmados o refutados por los paraclínicos; es decir, la evidencia ha reemplazado a las narrativas de los pacientes (Jinich, 2006, capítulo IV). A este respecto, Jinich escribió la siguiente aseveración:

Es verdad que el cirujano cardiovascular moderno a menudo desconoce el nombre de su paciente y apenas intercambia unas cuantas frases con él, pero en cambio restaura la circulación sanguínea y permite la llegada del líquido vital y del oxígeno al miocardio isquémico y moribundo de dicho paciente, o le trasplanta un corazón sano, y lo devuelve a la

---

<sup>219</sup> El estetoscopio fue una innovación propuesta por René Teófilo Jacinto Laënnec. Este médico francés “Examinó y auscultó un gran número de pacientes con tuberculosis por lo que describió la gran variedad de soplos pulmonares y los diferentes tipos de estertores respiratorios. La historia cuenta que en 1816, al examinar a una joven enferma cuya gordura hacía difícil oír los latidos del corazón y recordando un juego de niños que había visto, Laënnec enrolló una hoja de papel en forma de cilindro, aplicó uno de los extremos sobre el pecho de la paciente y el otro a su propio oído y pudo oír el corazón <<de una manera más clara y distinta de lo que jamás había escuchado mediante la aplicación del oído desnudo>>” (Awad et al., 2011, p. 212).

vida y al trabajo. ¿Acaso no es, en el fondo, más humanista esta medicina nueva que aquella basada casi exclusivamente en el amor médico, genuino o quizá solo hipócritamente simulado? ¿Es de lamentar la ruptura de la relación médico-paciente si se le sustituye por una terapéutica eficaz? (Jinich, 2006, p. 25).

Precisamente esta problemática planteada por el autor está en estrecha relación con el modelo biológico-lesional y, en consecuencia, con la estandarización de lo que conocemos socialmente como enfermedad. La razón, como he señalado a lo largo del presente trabajo, es que la enfermedad no es reducible a ese órgano lesionado, sino que existe una correlación entre ésta y la calidad de vida del paciente. Con esto me refiero, específicamente, a las sensaciones y sentimientos que lo acompañan una vez manifestada la patología, y que estarán con la persona cada día de su vida —en el caso de las enfermedades crónicas— hasta la muerte del individuo.

Por esta razón, la adherencia a los tratamientos, reitero, es una práctica que depende de una buena comunicación entre médico y paciente; de un interés genuino para intentar entender al otro en su visión de la enfermedad, de escuchar las narraciones causales a las que se le atribuye la afección. De esta forma, es lamentable esta ruptura comunicativa, puesto que es fundamental en los procesos de salud-enfermedad que forman parte de la vida.

En consecuencia, la comunicación médico-paciente está dada por la manera en la cual es entendida y enseñada la práctica médica. En este apartado mostré que los discursos que los médicos plasman en los expedientes clínicos están completamente ceñidos al modelo biológico-lesional de la enfermedad, en donde los pacientes tienen poco o nada que decir, debido a que no hay nada en su narrativa que sea relevante a la práctica médica.

La razón de lo anterior, como he argumentado hasta este momento, se encuentra en la manera en la cual circula el conocimiento médico: los expedientes clínicos —expresiones de la enfermedad— y literatura médica —descripción y análisis de esas expresiones—, en donde los narradores son, precisamente, especialistas en las ciencias de la salud. La circulación del conocimiento médico no se entiende sin la práctica, la cual está fundamentada en los espacios en donde la práctica esta socialmente estructurada y normada: los hospitales. Es en recintos donde la visión biológica de la enfermedad es expresada, tanto en la estructura de los edificios, como en los eventos que se desarrollan entre sus muros, a saber: circulación de conocimiento especializado —expedientes clínicos—, enseñanza —de especialistas a

residentes—, investigación —conocimiento que se genera a partir de las narrativas contenidas en los expedientes— y, práctica asistencial —validación de la práctica misma por parte de todos los actores que intervienen y dan sentido a ésta. Todas estas son características de lo que implica la práctica médica, implicaciones dadas por una concepción estándar, en términos científicos y biológicos, de lo que significa ser humano, ser saludable, y las maneras que tenemos como sociedad de enfrentar los procesos morbosos que acompañan el malestar de la enfermedad.

### *La voz del paciente*

Anteriormente he reiterado que el paciente no se encuentra reflejado en su expediente clínico, debido a que la comunicación entre médico y paciente no es efectiva. Durante el análisis de los expedientes clínicos del hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”, me percaté de que la práctica está de tal manera estandarizada, que la información contenida en diversos expedientes es narrada de formas casi idénticas entre legajos de individuos diferentes. Así, la información acerca de las particularidades de cada persona que podrían estar expresadas, primordialmente, en la historia clínica y en la nota de urgencias, la mayor parte de las veces se encuentran vacías, y cuando los recuadros sí están llenados las respuestas son obtenidas con base en interrogatorios estructurados con preguntas cerradas, en los que se obtienen respuestas monosílabas y narrativas estándares.

De acuerdo con diversos autores (Marsh, 2016; Ramos, 2015; Lifshitz, 2014, 2012; Jinich, 2006; Jinich et al., 2006; Kleinman et al., 2006; Henderson et al., 2005; Fitzgerald, 2005; Fortin, 2005; Kravitz et al., 2005; Martínez, 2002; Fernández, 2000; Laín, 1964, 1950), la historia clínica es el documento que da cuenta de aspectos biopsicosociales de la persona a la que pertenece el expediente, puesto que como señaló Pedro Laín Entralgo (1950): la historia clínica es la *historia patográfica* de un individuo. Además, si se suman los postulados de Martínez Cortés que diferencia a la enfermedad del padecer, arguyendo que lo que existen son enfermos y no enfermedades debido a que ninguna enfermedad se manifiesta de idéntica manera en dos seres diferentes; entonces la historia clínica tendría que ser una expresión del paciente y contener en ella las palabras, la narrativa acerca del ámbito familiar, sociocultural y económico al que esta persona pertenece.

Sin embargo, como he sostenido a lo largo de estas páginas, esto no es así por las diversas normas y formatos que estructuran y limitan a los practicantes de esta disciplina. Asimismo, la burocratización y la institucionalización de la práctica médica son elementos que en conjunto han afectado la eficacia de la comunicación médico-paciente.

En este sentido, la historia clínica es un formato de acción que constriñe la práctica de los especialistas en salud, puesto que solamente prestan atención a la parte biológica de la enfermedad; aseveración que se confirma a partir de la observación de este documento, particularmente en el apartado dedicado a la expresión verbal de los enfermos: *VIII. Padecimiento actual y motivo de envío*. En esta sección el paciente, por tratarse de su vida y de su salud, expresa en sus propias palabras sus malestares: acerca de cómo comenzaron y por qué; estableciendo así una narrativa propia de cómo se originó su enfermedad y cómo la vive esta persona en particular.

Por esta razón, existe literatura proveniente del campo médico en donde los autores subrayan la necesidad de extender los formatos que entorpecen su práctica, ofreciendo como solución integrar al modelo biológico-lesional de la enfermedad los aspectos biopsicosociales de los pacientes (Marini, 2016; Cuenca et al., 2014; Lifshitz, 2014, 2013, 2012; Ortiz, 2014; Charon, 2011, 2006; Spiegel et al., 2009; Jinich, 2006; Kleinman et al., 2006; Magliozzi, 2006; Aleixandre-Benavent et al., 2003; Chávez, 1991; Laín, 1985, 1964,1950).

Este modelo de corte más holista y humanista implica una adecuación de los formatos para que, preponderantemente en la historia clínica, estén integradas ambas narrativas: la de los especialistas en salud y la de los pacientes. Así, autores como Lifshitz (2014) han propuesto la integración de otros documentos al expediente clínico, por ejemplo, la *otra historia clínica*. En otras palabras:

Hoy existe una fuerte tendencia a convertir este modelo de enfermedad en uno mucho más amplio y más acorde con las necesidades actuales. Me refiero al modelo biopsíquico y sociocultural cuyas características son las siguientes: **a)** El plano de la lesión está constituido por la alteración de niveles biológicos, pero también de nivel de persona, familia, sociedad y cultura. Dichas alteraciones pueden ser prácticamente simultáneas o presentarse a medida que se agrava o prolonga la lesión. **b)** El plano clínico ya no está reducido a los síndromes de base biológico-lesional. Además, los síntomas y signos ya no se encuentran determinados por la

lesión según una relación causa efecto de carácter mecanicista, sino que funcionan como símbolos (Martínez, 1993, p. V).

Parte de la problemática —además de las ya mencionadas— radica en las narrativas que expresan estos actantes. Mientras que los médicos ostentan un discurso científico, objetivo, biológico e institucional, plasmado en la estructura de los formatos y el contenido de los expedientes clínicos; los pacientes atribuyen —cuando no forman parte del campo médico— diversas causas a la enfermedad, que pueden expresarse desde eventos sociales —por ejemplo, un descontento con un vecino que le ocasionó una sensación de quemadura en el pecho—, hasta razones simbólico-culturales; por ejemplo, el atribuir la causa del malestar a entidades sobrenaturales como castigo de una mala acción individual y/o comunitaria.

Entonces, es imprescindible que los médicos enriquezcan los supuestos que subyacen a su práctica a través de la comunicación médico-paciente, puesto que a partir de escuchar las narrativas de los pacientes es que los especialistas podrán comprender la enfermedad y todo lo que esta implica. En este sentido, el “padecer es conformado por factores culturales y, por ende, lingüísticos que gobiernan la percepción, clasificación, explicación y valoración de la experiencia penosa” (Jinich, 2006, p. 40); es decir, el padecer es la expresión personal de la enfermedad, expresión que está imbuida en una compleja red familiar, social y cultural de la cual el enfermo forma parte.

Así, retomando la estructura de la historia clínica, es interesante que el apartado VIII. Padecimiento actual y motivo de envío, comience con la palabra *padecimiento*, haciendo referencia, precisamente, a la expresión individual del enfermo; pero como he expuesto, el médico no anota el padecer —síntomas—, sino lo signos: lesiones orgánicas que poco se relacionan con el padecer del enfermo. Para ejemplificar esto, a continuación presentaré el apartado *VIII* perteneciente a la historia clínica general de un hombre de 60 años, procedente del estado de Querétaro, que ingresa a la UMAE por servicio de urgencias y, lamentablemente, pierde la vida en este hospital:

INICIA SU PADECIMIENTO EL DÍA VIERNES 03/11/17 AL ENCONTRARSE EN REPOSO EN CAMA Y PRESENTA DE MANERA SÚBITA DISNEA DE DURACIÓN ESTIMADA DE 1HRA, SIN OTRA SINTOMATOLOGÍA ACOMPAÑANTE, AUTOLIMITADA PERMANECIENDO ASINTOMÁTICO LOS SIGUIENTES TRES

DÍAS HASTA EL 05/11/17 AL ENCONTRARSE CENANDO 20:00HRS PRESENTA DOLOR TORÁCICO DE TIPO OPRESIVO INTENSIDAD 8/10 CON IRRADIACIÓN HACIA MIEMBRO TORÁCICO IZQUIERDO, ACOMPAÑADO DE NÁUSEA VOMITO DE CONTENIDO GASTROALIMENTARIO EN 1 OCASIÓN ADEMÁS DE DIAFORESIS, CON PRESENCIA DE SINOTMATOLOGÍA SIN ATENUANTES, PERSISTIENDO HASTA EL DÍA LUNES 04/11/17 POR LO QUE ACUDE A VALORACIÓN EN HOSPITAL DE SECRETARÍA DE SALUD DONDE SE DIAGNOSTICA IAMCEST ANTEROCEPTAL PARA LO CUAL SE OTORGA TRATAMIENTO ANTIISQUÉMICO CON LO CUAL PRESENTÓ MEJORÍA, SIN COMPLICACIONES APARENTES REFERIDO EL DÍA 08/11/17 A HOSPITAL IMSS QUERÉTARO POR CONTAR CON SS,<sup>[220]</sup> A SU INGRESO REFIRIÉNDOSE ASINTOMÁTICO, CORROBORÁNDOSE DIAGNOSTICO PREVIAMENTE MENCIONADO SIENDO PRESENTADO A ESTA UNIDAD PARA VALORAR INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO. A SU INGRESO, PACIENTE ASINTOMÁTICO, SIN DATOS DE FALLA CARDIACA, INESTABILIDAD ELÉCTRICA O HEMODINÁMICA. SE CONTINÚA CON TRATAMIENTO ANTIISQUÉMICO OPTIMO Y POR CONSIDERARSE IAMCEST DE MÁS DE 72 HORAS DE EVOLUCIÓN, NO REPREFUNDIDO, SIN EVIDENCIA DE COMPLICACIÓN POR LO QUE SE INGRESA A PISO DE CARDIOLOGÍA PARA CONTINUAR CON TRATAMIENTO MÉDICO Y PROTOCOLO DE ESTRATIFICACIÓN (Historia clínica general, UMAE).

En la cita se puede observar claramente el producto de la comunicación médico-paciente, en donde el paciente está presente en términos de signos, escalas de dolor, diagnósticos, procedimientos, y hallazgos. Es decir, la manera genérica que tienen, en este caso los residentes —bajo la tutela de los cardiólogos—, de narrar la enfermedad, puesto que el motivo de la consulta, en términos de la estructura del discurso, no difiere en mucho de otras historias clínicas.

Además, esta historia clínica es sumamente interesante, porque en primera instancia narra la aparición de signos alarmantes de infarto agudo de miocardio —diagnósticos de este paciente, que el paciente ignoró hasta que estos signos aumentaron su intensidad.

---

<sup>220</sup> Seguridad Social.

Posteriormente, el relato continúa con el paciente en un hospital del IMSS, en donde le diagnosticaron IAMCEST,<sup>221</sup> le dieron un tratamiento farmacológico (anti-isquémico) adecuado para la lesión, con lo cual los signos/síntomas del paciente mejoraron. No obstante, esta persona es canalizada a la UMAE con la finalidad de que le realizaran un tratamiento de tipo intervencionista fundamental para esta clase de lesiones cardiacas, el cual se denomina como intervencionismo percutáneo.

A este respecto, salta a la vista que el paciente es referido, en más de una ocasión, como asintomático, característica que se observa a lo largo de su expediente. Esta falta de expresión de síntomas —no así de signos— por parte del paciente, pareciera que fue la causa principal de muerte, ya que esperó demasiado tiempo —3 días— para ir al hospital —los protocolos de *código infarto* establecen que los primeros 90 minutos son cruciales para salvar vidas.

Ahora bien, en consonancia con los signos alarmantes presentados en el cuerpo del paciente, sumados a la falta de expresión sintomática, en este expediente en particular los recuadros dedicados al pronóstico son poco alentadores. Además de contener la frase estándar “reservado a evolución” (Historia clínica general, Nota de urgencias y evaluación inicial, y Nota médica del servicio de hemodinamia, UMAE) también se puede leer “no exento de complicaciones. Paciente muy delicado” (Nota de evolución, y Nota de urgencias, UMAE). Estos pronósticos fueron escritos por los especialistas contemplando los hallazgos de los paraclínicos, puesto que, aunque el paciente se refería como asintomático, las imágenes brindadas por el servicio de medicina nuclear muestran un panorama desolador para el enfermo.

Ahora bien, en la nota de urgencia y evaluación inicial existen también recuadros que refieren a la parte psicológica, familiar, social y cultural del enfermo, pero, nuevamente, se aprecia que el interrogatorio está determinado por preguntas cerradas que, al momento de cuestionar al paciente, su estructura hace que se obtenga muy poca información al respecto.

Por ejemplo, los recuadros *evaluación social*, *evaluación cultural* y *evaluación económica* son rubros sumamente importantes para conocer y comprender el discurso del enfermo, que en el caso de este expediente, se encuentran totalmente vacíos. No obstante, esta información es relevante para que los especialistas averigüen los malos hábitos que la

---

<sup>221</sup> Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

persona realiza en su cotidianidad, con el objetivo de identificar factores de riesgo y, a su vez, conocer si la persona necesita y puede —de acuerdo con su nivel educativo, económico y cultural— ser reeducada por los mismos especialistas acerca de sus malos hábitos para que el enfermo ostente una mejoría en su salud cardiaca.

Esta parte del documento que refiero está en estrecha relación con el padecer del enfermo, porque su círculo familiar, social y laboral influyen en el malestar de la persona; así como los valores, creencias y la religión intervienen en la concepción que tiene sobre su enfermedad y las causas a las que el paciente atribuye la presencia de la lesión orgánica. En palabras de Jinich: “la experiencia del padecer es parte inseparable de sistemas sociales de significado y reglas de comportamiento y, por ende, está influida fuertemente por la cultura” (Jinich, 2006, p. 40); es decir, el sufrimiento que provoca la enfermedad está también estandarizado por las prácticas culturales en las que nos desarrollamos como seres humanos,<sup>222</sup> de ahí la importancia de prestar atención a las prácticas de los pacientes, puesto que si los especialistas integran, sustancialmente, esta parte a los expedientes clínicos, entonces se pueden dar una idea de cómo son las relaciones causales que los enfermos establecen y, en consecuencia, elaborar planes terapéuticos que estén en consonancia con el sistema de creencias que expresa una persona en un contexto particular.

### *El médico y su padecer*

Hasta aquí, he escrito acerca de los médicos de la misma manera en que los expedientes hablan de los pacientes: de acuerdo con un estándar acerca de las implicaciones epistémicas de su práctica; es decir, de lo que observan en los pacientes, la manera en la cual realizan sus interrogatorios y exploraciones físicas, las palabras que escogen para plasmar un padecimiento a lo largo de los formatos que integran un expediente clínico, y las narrativas que guían sus relatos. Esta comunicación expresa los supuestos que subyacen a la práctica médica, puesto que estos documentos son una pequeña muestra de la concepción objetiva, científica y biológica que los especialistas tienen acerca de los procesos morbosos.

---

<sup>222</sup> Siguiendo la definición dada por el antropólogo Marvin Harris, cultura es el “conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (es decir, su conducta)” (Harris, 1990, p. 4).

Sin embargo, por las características sobrehumanas que como sociedad solemos atribuir a los médicos —mujeres y hombres capaces de luchar contra la muerte—, olvidamos que son seres humanos que sufren, padecen y enferman; que también tienen problemas, como cualquier otra persona, de índole social, económica y familiar. Que sus sentimientos y emociones influyen en su quehacer cotidiano, porque es imposible realizar su práctica sin estos elementos que acompañan a nuestra especie durante la vida: alegrías, tristezas, temores y otras características que influyen de manera sustancial en cómo se desarrolla la comunicación dentro de los hospitales.

De esta manera, los especialistas en salud son seres humanos que laboran por una retribución económica en clínicas y hospitales; pero, debido a que su trabajo implica la sanación o mejoría del estado de salud de otros seres humanos no les es permitido cometer errores. Una equivocación en cualquiera de las vías de acción previamente mencionadas podría repercutir de manera negativa, o incluso fatal en la resolución pronóstica de un individuo. Esta idea se puede apreciar claramente en palabras del médico Henry Marsh: “Se reconoce en general que todos cometemos errores y que aprendemos de ellos. El problema en el caso de los médicos como yo [neurocirujano] es que, cuando incurrimos en ellos, las consecuencias pueden ser terribles para nuestros pacientes” (Marsh, 2016, p. 530).

Todos cometemos errores, a través de los cuales aprendemos y, subsecuentemente, se espera que los evitamos. No obstante, un error médico puede costar una vida humana o empeorar las condiciones con las que el individuo ingresó al hospital: gran responsabilidad por parte de todo el equipo de salud.

Con la finalidad de intentar suprimir los errores durante el acto médico —si es que esto es posible—, los residentes de menor rango siempre realizan su práctica en compañía de un estudiante de mayor rango —aprendizaje basado en competencia— durante el llenado de los legajos del expediente, formatos que a su vez tienen que ser revisados y aprobados por el especialista en Cardiología. Esta práctica se puede apreciar en todos los documentos contenidos en los expedientes clínicos, ya que todos requieren el nombre, la firma y las cédulas profesionales (de médico cirujano y de especialidad) del cardiólogo revisor, espacio que siempre está al final de cada uno de los documentos. Pero, esta firma no siempre se encuentra presente, hecho que conlleva a inferir que el cardiólogo no realizó la revisión del documento, puesto que faltan los tres elementos que se requieren en ese espacio.

Los errores médicos son tabú en nuestra sociedad, inclusive entre la misma comunidad médica, precisamente, porque social y culturalmente les atribuimos cualidades sobrehumanas; por ejemplo, “si la operación es un éxito, el cirujano es un héroe; si fracasa, es un villano” (Marsh, 2016, p. 10). Justamente, estas categorías de héroe y villano ilustran las creencias que existen sobre la práctica clínica, ya que la realidad no funciona así, no existen tales cosas como héroes o villanos, simplemente son personas haciendo su trabajo como les fue enseñado.

Ahora bien, siguiendo esta línea de pensamiento, Marsh concede un gran valor a la historia clínica de cada uno de los enfermos. Durante la práctica del acto médico, es indispensable que los especialistas analicen cuidadosamente este formato en dos niveles. Por una parte, está la información acerca de la lesión orgánica, puesto que un estudio cuidadoso acerca del caso que se presenta en este documento es vital para el diagnóstico y el tratamiento adecuados a cada caso. A este respecto, el autor relata un suceso en el que estuvo implicado:

[...] Recuerdo que examiné aquel escáner muy deprisa, pues ya llegaba tarde a consulta para pacientes externos. Mi residente y yo estuvimos de acuerdo en que probablemente se trataba de un tumor [...] cuando miro atrás, comprendo que fui negligente. Debería haberme interesado más por la historia clínica, y si me hubiesen proporcionado la información adecuada —aunque hay que reconocer que quizá no la habría obtenido, porque era todo de segunda mano—, es probable que hubiese examinado el escáner con más espíritu crítico o, al menos, pedido la opinión de mi neurorradiólogo. [...] Mi residente lo operó como estaba previsto, con el objetivo de tomar una biopsia. El análisis reveló que aquella anomalía que aparecía en el escáner no era un tumor, sino un infarto cerebral, algo poco habitual en un hombre de su edad, pero no insólito. Visto en retrospectiva quedaba claro que el escáner había mostrado eso y que yo lo había malinterpretado (Marsh, 2016, p. 537-539).

En primer lugar, la cita anterior resalta la condición humana de los médicos, por más experticia que ostenten durante su práctica, no están exentos de equivocarse. Marsh no revisó la historia clínica porque, por cuestiones laborales, llevaba prisa, hecho que afectó el análisis que hizo de la imagen paraclínica.

En segundo lugar, demuestra que por sí solos los estudios paraclínicos no establecen el diagnóstico, sino que necesitan ser interpretados por los especialistas, quienes son

enseñados —y a su vez enseñan, con base en su experiencia— a traducir los datos que se generan en los paraclínicos para lesiones concretas. Interpretación que debe basarse en la historia patológica de los enfermos, y en la observación directa del caso.

Finalmente, en tercer lugar, la cita expresa la necesidad de una comunicación efectiva entre pares, ya que él mismo señaló que es indispensable discutir los casos con otros especialistas, así como con los residentes que están involucrados en el proceso de sanación de un individuo. Esta comunicación es sumamente importante para concluir el diagnóstico correcto, ya que a partir del diálogo los médicos expresan los puntos de vista más relevantes acerca de los posibles diagnósticos que, en este caso, una imagen pudiera estar aportando para aclarar el tipo de lesión que éstos observan.

Por otra parte, está el análisis de la historia clínica que deben realizar los médicos acerca de las condiciones sociales y culturales de los pacientes. Un ejemplo sumamente ilustrativo nos es dado por el mismo autor: médico que también escribió acerca de la importancia que tienen las narrativas de los pacientes para, precisamente, evitar incurrir en errores durante el establecimiento de las vías de acción diagnósticas y terapéuticas.

Entre los casos que relata este neurocirujano, hay uno en particular que ilustra esta problemática. En el capítulo titulado *Infarto*, el autor está discutiendo con sus residentes el caso de un paciente que fue diagnosticado con un tumor maligno, situación ante la cual les pregunta: ¿Qué es lo más importante en su historia clínica?, ante lo cual el residente con mayor experiencia sólo titubeó, porque se trataba de un tumor maligno incurable, a lo que Marsh declaró: “lo más significativo es que no tuviese parientes. Jamás volvería a casa, porque ya no sería capaz de cuidar de sí mismo” (Marsh, 2016, p. 571). Esta cita resalta la importancia que tienen las valoraciones sociales, culturales y económicas expresadas en la historia clínica y en la nota de urgencias, ya que esta clase de información ayudará a los especialistas a comprender la situación en la que se encuentra el paciente, hecho que podrá concretarse en una terapéutica más acorde con su contexto sociocultural.

En este sentido, Martínez Cortés arguyó sobre la necesidad de incluir en el modelo biológico-lesional un humanismo médico que define como “el afectuoso interés del médico por curar o aliviar problemas de salud que le presentan los pacientes, pero no considerados como cuerpos humanos, sino como *personas*” (Martínez, 2002, p. 112).

Cada persona está imbuida en un mundo sociocultural en el cual se desarrolla como individuo investido de concepciones, por un lado, culturales —prácticas comunicativas predadas— y, por otro lado, fenoménicas —experiencias individuales con el mundo—, acerca de lo que es y significa estar sano y enfermo.

De esta manera, los médicos son también personas pertenecientes a una cultura que, como todos los demás, enferman y padecen. Razón por la cual existe una necesidad cada vez más visible por parte de la comunidad de especialistas en salud de extender los formatos actuales, integrando de manera más completa los aspectos psicológicos, sociales y culturales de todas las personas que ingresan a los sistemas de salud institucional. “Así como las ciencias biomédicas aunadas a la técnica y a la tecnología correspondiente nos permiten conocer la enfermedad y diagnosticarla, o sea reconocerla en el paciente, del mismo modo las Humanidades nos permiten identificar y comprender el padecer” (Martínez, 2009, p. 224).

Así, se puede aseverar que el concepto de enfermedad que ha sido reducido al ámbito biológico en la práctica actual de la medicina —expresada en los expedientes clínicos—, es un concepto mucho más amplio en donde intervienen de manera significativa, reitero, factores socioculturales. A este respecto, Martínez Cortés propuso utilizar herramientas de la “Antropología médica de aplicación clínica general” (Martínez, 2009, p. 224), con la finalidad de que sea utilizada para que los clínicos aprendan a identificar una distinción esencial: enfermedad y padecer:

Aquella [la enfermedad] es una abstracción; éste [el padecer] es una realidad. Pero es una realidad construida en el seno de una familia, de una sociedad y de una cultura determinadas. El discurso del paciente no es, en consecuencia, un vehículo pasivo de transmisión de vivencias, sino que, activamente, las selecciona y las reviste de significados específicos, dentro de modelos explicativos específicos (Jinich, 2006, p. 36).

La enfermedad es una abstracción en el sentido de que es una anomalía orgánica que tiene diversas expresiones en distintos cuerpos; por su parte el padecer es una realidad porque es vivido por una persona. No obstante, esta vivencia está determinada socioculturalmente, ya que todos los seres humanos estamos constreñidos por estándares que gobiernan la visión que tenemos del mundo y de las cosas que en él existen, dando un orden a la vida en sociedad (Busch, 2011; Timmermans et al., 2010).

En consecuencia, la relación médico-paciente es también producto de un estándar de comunicación entre ambos actores, pero esta comunicación se establece de manera vertical, siendo el médico el responsable de fomentar una comunicación efectiva. Sin embargo, propuestas como la *otra historia clínica* de Lifshitz (2014), las *minietnografías* de Kleinman et al. (2006), la *medicina basada en narrativas* de Spencer (2017) y la *Antropología médica de aplicación clínica* de Martínez (2009), buscan darle voz y, por tanto, una participación activa al paciente, hecho que le daría más responsabilidad al paciente en el establecimiento eficaz de esta comunicación. Esto podría ser así ya que, como personas que son, ambos tienen que cooperar y contribuir en el entendimiento del otro, con el objetivo de crear lazos afectivos que contribuyan al bienestar de ambos actores sociales.

El concepto de relación médico paciente es amplio, porque hay tantas relaciones como individuos, y en un polo de dicha relación hay una variedad infinita de pacientes, cada uno con sus necesidades, sus expectativas, sus ideas y fantasías, y hay una cantidad igualmente numerosa de médicos con sus conocimientos, sus conceptos, habilidades, estilos, mitos y emociones, conscientes e inconscientes, acerca de su papel (Jinich, 2006, p. 13).

Debido a la complejidad del fenómeno comunicativo en el campo médico, una gran diversidad de autores han señalado la necesidad de integrar en la enseñanza médica contenidos que contemplen —en las materias de tronco común— otras disciplinas, que enriquezcan el acervo epistémico de la comunicación médica. Un ejemplo de esto es, justamente, la *Antropología médica* a la que aluden Martínez (2009) y Kleinman et al. (2006), puesto que tiene aplicaciones en el campo de la clínica, por ejemplo, una metodología de aproximación al otro que permita entrevistarlos sin suscitar las respuestas que brinda el paciente, sino que el especialista realice cuestionarios que permitan la libre expresión del paciente.

Así, el médico podrá comprender de manera más robusta las “experiencias culturales de los enfermos en su padecer, expresadas en: creencias, conocimientos, costumbres, comportamientos, actitudes” (Martínez, 2009, p. 225). En otras palabras, los especialistas en salud podrán identificar en las distintas narrativas las particularidades culturales y sociales que el paciente relata, con el objetivo de que el médico adapte su vocabulario a estas expresiones, haciendo de la comunicación un proceso efectivo, puesto que si el paciente se

siente comprendido, podrá expresarse con mayor fluidez y olvidar los estándares de cómo debe comportarse frente a un experto, dentro de un hospital.

En consecuencia, la relación médico-paciente es un fenómeno que trastoca una gran diversidad de disciplinas, tanto las concernientes a las ciencias de la salud como aquellas implicadas en las ciencias sociales y en artes dramáticas. Esto se debe a que esta clase de comunicación implica la interacción no sólo de dos personas que se ha puesto en contacto por la expresión de una enfermedad; sino que, además, en esta interacción intervienen sentimientos, emociones, errores, aciertos, creencias, conocimientos, en fin factores socioculturales que ambos actantes expresan a través de narrativas concernientes, por una parte, a estándares pre-dados durante el desarrollo de la vida de los individuos en sociedad y, por otra parte, por las experiencias individuales de éstos en el mundo.

## CONCLUSIONES

La presente investigación estuvo guiada por la siguiente interrogante: ¿por qué el formato de los expedientes clínicos genera una comunicación médico-paciente ineficaz? En donde cada capítulo que compone esta tesis ofrece al lector una porción de la respuesta a esta pregunta.

En este sentido, el primer capítulo tuvo como objetivo analizar la práctica de los médicos clínicos, a partir de una revisión de la literatura proveniente, por una parte, del campo médico, esto es: expedientes clínicos de Cardiología, libros, artículos, y manuales; todos ellos redactados por estudiosos y especialistas en Ciencias de la Salud. La razón es porque a partir de los discursos plasmados en sus escritos es que se puede conocer cuáles son las bases epistémicas de los conocimientos que ostentan durante la práctica médica, puesto que la cultura material que se genera en el campo médico —las herramientas que utilizan en su quehacer— dan cuenta de que “el conocimiento son prácticas encarnadas en la materialidad de los discursos científicos y no sólo en las teorías” (Cházaro, 2001, p. 17). Es decir, específicamente los expedientes clínicos de la especialidad de Cardiología de la UMAE, son un ejemplo de cómo se estructura la práctica clínica, ya que esta herramienta de trabajo es una expresión del conocimiento/práctica vigente acerca de lo que diversos especialistas conceptualizan y reconocen como enfermedad. Además, a través de estos formatos observé de qué manera proceden los médicos ante la presencia de los procesos morbosos presentes en un cuerpo enfermo.

Por otra parte, los argumentos esgrimidos por pensadores procedentes de disciplinas de corte humanista muestran una preocupación por analizar y comprender las implicaciones sociales que tienen los conocimientos y las herramientas que ostentan los especialistas en salud durante la práctica médica. De esta manera, el diálogo interdisciplinar —Historia, Antropología, Sociología, Comunicación de la Ciencia y Filosofía— es sumamente relevante para esta investigación, puesto que cada una de las aportaciones de distintos conocimientos parten de diversas aproximaciones acerca de la praxis médica. Así, como he demostrado a lo largo de la presente investigación, cada una de estas disciplinas tiene líneas de investigación en donde se ha analizado el fenómeno de la comunicación médico-paciente en los espacios y contextos específicos donde ocurren estas interacciones; todo esto a partir de los instrumentos y estándares que están presentes y constriñen nuestro actuar en sociedad.

Concretamente, las aportaciones de estas disciplinas de corte social al campo médico tienen implicaciones de índole: históricas (conformación de las prácticas normadas institucionalmente), culturales (el reconocimiento de otras epistemologías implicadas en los procesos salud/enfermedad), sociales (los roles asumidos en la producción, validación y reproducción de las prácticas/conocimientos médicos), comunicativas (la interrelación existente entre las personas, los instrumentos y los espacios en los procesos comunicativos expresados en el ejercicio profesional de la medicina), y epistémicas (concepción biológico-lesional de la enfermedad y los problemas implicados en este reduccionismo). Lo anterior obedece a los estudios y aportaciones que analicé para explicar las prácticas que se desarrollan en la UMAE; y que son expresión del conocimiento imperante en las Ciencias de la Salud.

Entonces, el capítulo uno estuvo destinado al planteamiento de los argumentos centrales de la práctica médica en relación con la herramienta de trabajo que todos los médicos utilizan, sin importar la especialidad o el lugar en donde laboren: los expedientes clínicos, particularmente, la historia clínica. A partir de lo anterior, pude observar que en la labor médica es indispensable la relación médico-paciente, porque es parte fundamental de su oficio —acto médico, enseñanza e investigación.

En consecuencia, el fenómeno de la comunicación médico-paciente es un hecho social que evidencia una problemática fundamental: la estandarización de la praxis médica. En esta estandarización de las acciones e instrumentos implicados en el ejercicio profesional de la medicina, se generan dos principales problemáticas: en primer lugar, la epistémica, es decir, la manera genérica de cómo concebimos socialmente los procesos de salud/enfermedad —modelo biológico-lesional de la enfermedad—; y, en segundo lugar, la social: la forma que adopta la comunicación médico-paciente en el encuentro de estos dos actantes en el consultorio del especialista.

En el capítulo dos, realicé una descripción de los estándares en los cuales están inmersos los expedientes clínicos; en otras palabras, describí y analicé el lugar en donde los formatos de un expediente son llenados: la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez” perteneciente al Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social. Así, a partir de la exposición y análisis de estos espacios me percaté que tanto la UMAE, como los expedientes clínicos que se generan en la

práctica diaria de los médicos que ahí laboran no se encuentran aislados, sino que forman parte, en primera instancia, de un Centro Médico Nacional, el cual se trata de un complejo hospitalario construido a partir de ciertas premisas, no sólo de lo que es la enfermedad y cómo se debe de tratar, sino que también responde a condiciones y estructuras sociales muy particulares del México de principios de siglo XX —por ejemplo, la idea de progreso. Además, este Centro Médico está supeditado a las normas establecidas por el IMSS, institución que también tiene estipulados objetivos y normas de acción específicas para poblaciones concretas.

Así, a lo largo del capítulo dos, establecí una correlación entre los formatos arquitectónicos (que consta, como argumenté, de tres niveles: el IMSS, el CMNSXXI y la UMAE) y los formatos en papel (expedientes clínicos de Cardiología de este hospital). A partir de la observación y estudio de ambas estructuras se puede apreciar cómo es que los espacios y las herramientas constriñen y dirigen la práctica no sólo de los especialistas en salud, sino de toda persona que labora y utiliza los servicios de este importante hospital.

Por lo tanto, esta correlación —espacios, instrumentos y personas— la establecí partiendo de los objetivos que cumplen los expedientes clínicos y las características que en ellos observé. En primer lugar, dan cuenta de la labor asistencial que realizan los médicos sobre los cuerpos; práctica que se desarrolla en diversos espacios de la UMAE; por ejemplo, los pisos destinados a la hospitalización de los cardiópatas adultos (2do y 3er piso).

En segundo lugar, en la narrativa expresada en las diversas hojas que componen un expediente, queda evidenciada la manera en que se concibe y se transmiten los conocimientos/prácticas en el campo médico —de especialistas a residentes. Lo anterior se manifiesta en las características relevantes de los procesos morbosos: el modelo epistémico de la enfermedad —biológico-lesional— y cómo tratarla —medicina basada en evidencia.

Finalmente, en tercer lugar, los expedientes son una muestra de cómo es que circulan los conocimientos —anatomopatológico, terapéutico, estadístico, etc.— imperantes en el campo médico hegemónico. Esta circulación tiene dos niveles, que se aprecian a lo largo y ancho de cada uno de los expedientes clínicos de esta especialidad. Así, ésta se da a través de, por un lado, la enseñanza —aprendizaje por competencia— de la práctica, a partir del estudio de la diversidad de los casos clínicos presentes en el hospital, que son plasmados en los múltiples formatos de los expedientes, en donde los estudiantes aprenden el uso de las

herramientas y los discursos a partir de la observación directa de los procedimientos que realizan los cardiólogos en los cuerpos enfermos.

Por otro lado, a partir de las discusiones —congresos, pláticas informales sobre casos concretos— que los especialistas sostienen para compartir y/o comentar acerca de procedimientos, enfermedades, entre otras cuestiones que están en consonancia con los conocimientos propios de su oficio.

En consecuencia, durante el capítulo dos argüí que los espacios —hospital de Cardiología “Dr. Luis Méndez”— y los expedientes clínicos son formatos que establecen cómo se produce el conocimiento médico-clínico —observación de casos y aplicación de conocimientos previamente generados—, qué clase de conocimiento es relevante —anatomopatológico—, para quién es el conocimiento —médicos y especialistas en salud— y cómo circulan estos saberes —narrativas contenidas en los expedientes clínicos y en literatura especializada. En otras palabras, los expedientes clínicos son un ejemplo de producción, circulación, reproducción y consolidación de los conocimientos vigentes de la práctica médica.

Finalmente, en el capítulo tres realicé una confrontación entre los dos capítulos que le anteceden; es decir, se trata de un encuentro entre el estado de la cuestión acerca de la comunicación médico-paciente, y entre uno de los espacios en donde esta comunicación sucede: UMAE; tomando como eje rector la forma —estructura— y el contenido —narrativa— de los expedientes clínicos. Primordialmente, centré este análisis en la Historia Clínica General, por ser el documento que da cuenta de la comunicación que se desarrolla entre estos dos actantes; puesto que los objetivos con los que fue creada su estructura son, precisamente, para que los médicos —a través de interrogatorios basados en preguntas cerradas y semiabiertas— obtengan información relevante acerca del estado de salud de un individuo.

De esta manera, a lo largo de los tres capítulos que componen mi investigación y a través de la observación y análisis de los expedientes clínicos que se generan en la UMAE, contesté satisfactoriamente a la pregunta de investigación que planteé en un inicio de la siguiente forma: la estandarización de los expedientes clínicos genera una comunicación médico-paciente ineficaz. La razón, como he argumentado es, justamente, que los estándares en el campo médico implican una normativa de lo que es enfermar y estar sano, de cómo se

desarrolla la comunicación entre médico y paciente, de qué es lo relevante acerca de la enfermedad y de lo que dice el enfermo, visión que es inconsistente con las narrativas que los pacientes expresan acerca de su enfermedad y lo que significa esta condición en sus vidas.

Así, he demostrado que los estándares implicados en la práctica médica han restado valor no sólo a la expresión sintomática de la enfermedad, sino también a la medicina clínica. Es decir, a los diagnósticos esgrimidos, únicamente, a partir de lo observado por los médicos, ya que la mirada clínica de los especialistas, tal y como lo mostraron los formatos de los expedientes clínicos, tiene que ser confirmada o falseada por la mejor evidencia disponible: los estudios paraclínicos.

De acuerdo con lo anterior, la comunicación médico-paciente es ineficaz en dos sentidos. Por una parte, la narrativa del paciente es relevante, únicamente, para el proceso de traducción de síntomas a signos, ya que, sólo a partir de los síntomas de los enfermos es que el equipo de especialistas podrá formarse una idea de la lesión presentada en el cuerpo de la persona en cuestión. Por otra parte, el discurso de los médicos es significativo en términos de los hallazgos encontrados a través de los paraclínicos, puesto que las narrativas que aparecen en los legajos de los expedientes son descripciones que los médicos realizan, por un lado, según las traducciones de las palabras verbalizadas por los pacientes en la fase interrogatoria; traducciones que aprenden y repiten a partir de lo estudiado en la literatura médica. Por otro lado, estas descripciones son complementadas con los datos de los estudios de gabinete y laboratorio, ya que estos son evidencia fehaciente de la enfermedad, de la lesión que los médicos deben tratar.

Asimismo, los objetivos institucionales que cumplen estos expedientes son también causantes de esta comunicación ineficaz. La razón, como evidencié primordialmente a lo largo del capítulo dos, es que la estandarización de los expedientes clínicos obedece no sólo a la práctica asistencial, sino que la práctica médica en los hospitales es mucho más amplia. Además de la mejoría o sanación de la condición de los enfermos —fundamento principal de la práctica—, los expedientes clínicos fungen, por un lado, como herramientas de investigación.

Así, en primer lugar, los expedientes expresan las enfermedades más recurrentes en poblaciones específicas, información que es transformada por la OPS<sup>223</sup> y la OMS en

---

<sup>223</sup> Organización Panamericana de la Salud.

bioestadísticas acerca de los problemas de salud nacionales y regionales —por ejemplo, las enfermedades más recurrentes en la población que vive en la CDMX. En segundo lugar, también expresan innovaciones en la práctica; estas pueden ser herramientas diagnósticas y/o terapéuticas, procedimientos, entre otras novedades que pudieran surgir en la práctica que se desarrolla en estos recintos.

Por otro lado, los expedientes clínicos también son herramientas de enseñanza. Esta característica también se observa en cada uno de los documentos que comprenden un expediente clínico. La razón, se encuentra en la práctica denominada *aprendizaje por competencia*, ya que los hospitales de tercer nivel son escuelas de medicina. Es de esta forma como los estudiantes de posgrado aprenden todo el *habitus* implicado en la práctica médica.

En consecuencia, la estandarización de los expedientes clínicos, las narrativas que contienen y el público al que va dirigido son evidencia de que la comunicación médico-paciente es una vía a través de la cual se produce conocimiento acerca de enfermedades específicas, sus cuadros clínicos y sus tratamientos, pero no sólo eso, sino que los expedientes clínicos van más allá; son también una muestra de cómo circula el conocimiento entre especialistas; de los estándares implicados en los conceptos de enfermedad y de salud; además, son documentos que norman y guían las acciones de los médicos. Entonces, estos documentos son expresión de una concepción particular de entender y ordenar el mundo, a través de los cuales se puede observar claramente que la enfermedad en nuestra sociedad es entendida únicamente en su parte biológica, dejando de lado la parte sintomática, vivencial de los pacientes portadores de la enfermedad.

Por lo tanto, de lo anterior se sigue que es sumamente relevante reflexionar, investigar y cuestionar los estándares que guían nuestro actuar en sociedad, puesto que el análisis de los expedientes clínicos es sólo un ejemplo de las consecuencias que esta clase de normativas tienen en la producción y circulación del conocimiento, en este caso, en el campo de la biomedicina. Asimismo, a partir de esta clase de estudios se puede apreciar la relevancia que tienen las diversas narrativas acerca de un fenómeno, particularmente, de la comunicación médico-paciente, acto que expresa la concepción que impera en nuestra sociedad acerca de la enfermedad, misma que está en consonancia acerca de cómo vivimos en el mundo, de las creencias y conocimientos que ostentamos día a día a través de las prácticas cotidianas.

Esta manera de estudiar y entender los estándares que norman nuestro proceder en sociedad tiene repercusiones, específicamente, para el campo de la Comunicación de la Ciencia, porque, precisamente, estudiar y comprender las prácticas, las palabras, las narrativas que aprenden, realizan y comunican cierto grupo de personas pertenecientes a una rama de conocimiento específica, dan cuenta de los supuestos epistémicos en los cuales está basada su práctica, en otras palabras, “comunicar es hacer ciencia” (Secord, 2004, p. 661) [T. de la A.].

Además, la presente investigación es relevante para los campos de conocimiento que están en relación con las Ciencias de la Salud y las disciplinas encargadas de analizar los procesos salud/enfermedad, puesto que a través del fenómeno comunicativo es que en nuestra sociedad circula el conocimiento, en este caso específico, de las normas que rigen el enfermar y el sanar de los individuos. En este sentido, los expedientes clínicos son valiosos documentos que expresan la narrativa de los especialistas en salud, en donde he evidenciado que en estos relatos está ausente todo rastro de la persona portadora de la enfermedad, dueño simbólico de su expediente: no está ni estructurado ni escrito para ser leído por el paciente, sino para ser estudiado por los expertos, por aquellas personas capaces de entender el fenómeno de la enfermedad.

Así, los discursos médicos expuestos en, primordialmente, la historia clínica son, “la descripción que autoriza la transformación del síntoma en signo, el paso del enfermo a la enfermedad, el acceso de lo individual a lo conceptual” (Foucault, 2012, p. 158), puesto que el paciente únicamente expresa de manera ambigua la lesión —síntomas—, razón por la cual los médicos realizan una interpretación de las palabras que emite el enfermo a aquel vocabulario preciso, científico, universal y por lo tanto entendible por sus pares —signos—; mismo que servirá a los especialistas para la generación, circulación y validación del conocimiento patográfico y nosológico que se ha generado a lo largo de los años por los practicantes de la medicina biológica.

Ahora bien, por cuestiones de espacio y tiempo, en esta investigación faltaron dos elementos que en conjunto, hubieran develado interesantes cuestiones acerca de la práctica estandarizada de los especialistas en salud. Por una parte, un estudio comparativo que me permitiera estudiar expedientes clínicos de otros hospitales de Cardiología, con la finalidad

de observar la estructura y el contenido de distintas historias clínicas, y conocer qué otras formas adopta la práctica médica en otros hospitales.

Por otra parte, hubiera sido enriquecedor la realización de una etnografía acerca de la práctica médica en acción, es decir, observar a los médicos durante el desarrollo de la comunicación médico-paciente y cómo llenan los expedientes clínicos; ya que muchos de los argumentos que discutí durante el capítulo uno al respecto de la comunicación entre estas dos personas la realicé de acuerdo con la literatura especializada sobre estos temas. Interesante hubiera sido observar esta interacción y analizar los comportamientos tanto del médico como del paciente durante su encuentro y, asimismo, escuchar la diversidad de síntomas que se verbalizan en un consultorio médico, así como las causalidades que éste atribuye a su enfermedad y compararlo con lo escrito por el especialista.

De acuerdo con el párrafo anterior, precisamente, algunas críticas que podrían surgir de esta investigación están en estrecha relación con los elementos que no desarrollé, ya que el estudio de las narrativas, por ejemplo, de las causalidades presentes en el discurso de los pacientes podrían realizarse a través de los supuestos teóricos de la medicina basada en narrativas; postura que en esta investigación únicamente sirvió de ejemplo para repensar y subrayar que existen propuestas innovadoras acerca del desarrollo de la comunicación médico-paciente, en donde se acentúa la necesidad de conciliar narrativas distintas, de encontrar el punto en donde los discursos se trastocan; planteamiento que trae como consecuencia una medicina más integrativa de los actores sociales que también intervienen el discurso médico, pero de manera secundaria: los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aleixandre Benavent, R., & Amador Iscla, A. (2003). Vicios del lenguaje médico y defectos de estilo en la escritura científico-médica (II). *Piel*, 18(1), 11-16.
- Aleixandre-Benavent, R., Alonso-Arroyo, A., González-Muñoz, M., & González de Dios, J. (2015). Comunicación científica (XXIV). Lenguaje médico (2). Los epónimos en el lenguaje médico de la pediatría. *Acta Pediatr Esp*, 73(6), 164-170.
- Aragam, K. G., Tamhane, U. U., Kline-Rogers, E., Li, J., Fox, K. A., Goodman, S. G. & Gurm, H. S. (2009). Does simplicity compromise accuracy in ACS risk prediction? A retrospective analysis of the TIMI and GRACE risk scores. *PloS one*, 4(11), 1-9. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2776353/pdf/pone.0007947.pdf>
- Arriaga-Dávila, J., Pérez-Rodríguez, G., & Borrayo-Sánchez, G. (2017). Dimensiones de calidad enfocadas en el protocolo de atención Código Infarto. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(3), 383-387.
- Arriaga Nava, R. (mayo 2012). Panorama actual en la atención de Urgencias y Medicina Crítica cardiovascular. *Liderazgo y Experiencia Médica*, año V (24), 66-68.
- Awad García, C., & González, F. L. (julio 2011). El inventor del estetoscopio y maestro de la tuberculosis. Neumología e Historia. *Revista Colombiana de Neumología*, 16(3), 212-214. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcneum/v16n3/v16n3a11.pdf>
- Azuela Bernal, Luz Fernanda (2014). “Conocimiento situado: la geografía y las ciencias naturales en la Ciudad de México del Siglo XIX”. En Luz Fernanda Azuela Bernal y Rodrigo Vega y Ortega (coords.). *Espacios y prácticas de la Geografía y la Historia Natural de México (1821-1940)* (pp. 15-35). México: Instituto de Geografía UNAM.
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of health & illness*, 18(4), 499-524.

- Berg, M., & Bowker, G. (1997). The multiple bodies of the medical record. *The Sociological Quarterly*, 38(3), 513-537.
- Betancourt-Plaza, I., & Martos-Benítez, F. D. (2016). Escala TIMI como predictor de muerte en pacientes con infarto miocárdico agudo sin intervención coronaria percutánea. *CorSalud (Revista de Enfermedades Cardiovasculares)*, 8(2), 111-116. Recuperado en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/107/260>
- Bialostozky, D. (2009). *Imagenología no-invasiva cardiovascular clínica*. Publicaciones Permanyer.
- Borrayo-Sánchez, G., Pérez-Rodríguez, G., Martínez-Montañez, O. G., Almeida-Gutiérrez, E., Ramírez-Arias, E., Estrada-Gallegos, J., & Arriaga-Dávila, J. (2017). Protocolo para atención de infarto agudo de miocardio en urgencias: Código infarto. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(3), 382-387.
- Bourdieu, P. (2003). *El oficio del científico. Ciencia de la ciencia y la reflexibilidad*. Anagrama. Barcelona.
- Busch, L. (2011). *Standards: Recipes for reality*. Mit Press.
- Cárdenas de la Peña, Enrique (1973). *Servicios médicos del IMSS. Doctrina e historia*. México: IMSS.
- Cárdenas de la Peña, Enrique (2014). *Historia de la Academia Nacional de Medicina. El tramo de los grandes maestros: 1926-1964*. México, D. F.: CONACYT.
- Carreño de Esparza, Olga (1959). El expediente clínico. *Salud Pública de México*, 1(1), 167-175.
- Carrillo, Ana María (2002). “Surgimiento y desarrollo de la participación Federal en los servicios de salud” pp. 17-64. En Fajardo Ortiz, G., Carrillo, A. M., & Neri-Vela, R. (Coords.). *Perspectiva Histórica de Atención a la Salud en México, 1902–2002*. México: Organización Panamericana de la Salud, UNAM Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.

- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (septiembre 2015). “Vacunas”  
<https://www.gob.mx/salud/censia/articulos/vacuna-pentavalente-ancelular-131142?state=published>
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.
- Charon, R. (2011). The novelization of the body, or, how medicine and stories need one another. *Narrative*, 19(1), 33-50.
- Chávez, I. (1978). *El Nuevo Instituto Nacional de Cardiología*. México, Distrito Federal: Instituto Nacional de Cardiología.
- Cházaro, L. (2001). Instrumentos de precisión y estándares en la fisiología de fines del siglo XIX en México. *Elementos*, 42, 17-21.
- Clave C. P. 01-2007. Material Didáctico para los Aspirantes a la Segunda Categoría “Oficial de Estadística (Sector Estadística)”, 2007.
- Coquet, Benito (1964). *La seguridad social en México*. México: IMSS.
- Cuenca Garcell, K., Rodríguez Linares, M. L., Soto Cortés, A. D., & Pentón Rodríguez, O. (2014). La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 534-540.
- Daston, L. (2011). The empire of observation, 1600-1800. En Lorraine Daston & Elizabeth Lunbeck (eds.), *Histories of Scientific Observation*. University of Chicago Press.
- Durante Montiel, M., Martínez González, A., Morales López, S., Lozano Sánchez, J. R., & Sánchez Mendiola, M. (2011). Educación por competencias: de estudiante a médico. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 54(6), 42-50.
- Escudero de la Peña, Jorge (1996). “Cardiología”. En Pablo Treviño Becerra, Alejandro Olvera Esnaurrizar, Francisco Ramírez Espinoza, Margarita Díaz Jiménez (Coords.).

*Hospital General. Centro Médico Nacional (1863-1985)* (p. 95-103). México: IMSS, Colegio de Médicos.

Expedientes clínicos de la UMAE Hospital “Dr. Luis Méndez”, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Fajardo Ortiz, G., Carrillo, A. M., & Neri-Vela, R. (2002). *Perspectiva Histórica de Atención a la Salud en México, 1902–2002*. México: Organización Panamericana de la Salud, UNAM Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.

Fajardo Ortiz, Guillermo (2002). “El ahora y el aquí. Propuestas y nuevos retos” pp. 125-139. En Fajardo Ortiz, G., Carrillo, A. M., & Neri-Vela, R. (Coords.). *Perspectiva Histórica de Atención a la Salud en México, 1902–2002*. México: Organización Panamericana de la Salud, UNAM Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.

Fernández Gervas, J., & Fernández, M. P. (2000). La historia clínica electrónica en atención primaria. Fundamento clínico, teórico y práctico. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 26(1), 17-32.

Fernández-Ortiz, A. (2009). “Qué es el infarto agudo de miocardio” (pp. 259-268). En *Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA*. Fundación BBVA.

Fitzgerald, F. T. (2005). “Historia: arte y ciencia”. En Henderson, M. R., & Tierney, L. M. (Eds.). *Historia clínica del paciente: método basado en evidencias*. McGraw-Hill.

Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (No. 4). Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

Fortin, A. H.; Djamena, F. C. & Smith, R. C. (2005). “Entrevista centrada en el paciente”. En Henderson, M. R., & Tierney, L. M. (Eds.). *Historia clínica del paciente: método basado en evidencias*. McGraw-Hill.

- Foucault, M. (2012). El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI.
- Galindo-Pérez, Carlos (2017). “Localización de los servicios de salud y subcentralidad urbana en la Ciudad de México”. En Vedia, S. M., & Almanza, A. S. (Coords.). *Sentido y formas del cambio* (pp. 219-236). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gérvás, J., & Ortún, V. (1995). Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Atención primaria*, 16, 501-507.
- González Martínez, Antonio (2008). Informe de Práctica Profesional: *La Dirección Administrativa del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, 2008* (Disertación doctoral) Ciudad de México: UNAM.
- Guía de aplicación del logotipo institucional. Coordinación General de Comunicación Social. Diciembre del 2003. México: IMSS. Consultado en: <http://edumed.imss.gob.mx/edumed/pdf/GUIA%20APLICACION%20LOGOSIMB OLO%20IMSS%20.pdf>
- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica Crónica, México, Instituto Mexicano del Seguro Social. Consultado en: [www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/000GERCardiopatiaIsquemica.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/000GERCardiopatiaIsquemica.pdf)
- Gutting, G. (2005). Foucault: A very short introduction. Oxford University Press.
- Harris, M., Bordoy, V., Revuelta, F., & Velasco, H. M. (1990). *Antropología cultural*. Madrid: Alianza editorial.
- Henderson, M. R., & Tierney, L. M. (Eds.). (2005). Historia clínica del paciente: método basado en evidencias. McGraw-Hill.
- Hess, V., & Mendelsohn, J. A. (2010). Case and series: Medical knowledge and paper technology, 1600–1900. *History of science*, 48(3-4), 287-314.

INEGI (octubre 2018). Características de las defunciones registradas en México durante 2017. Comunicado de prensa número 552/18. Consultado en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2013). Recuperado en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20122013/c11.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2017). El seguro de México. Los primeros 75 años. México: Algarabía.

Jinich Brook, H. (1993). “El enfermo y el médico”. En Jinich, H. (ed.). *Tratado de medicina interna. Volumen 1. Introducción (I-II)*. Academia nacional de Medicina. México: El Manual Moderno.

Jinich Brook, H. (1993). “El perfil del internista”. En Jinich, H. (ed.). *Tratado de medicina interna. Volumen 1. Introducción (X-XVI)*. Academia nacional de Medicina. México: El Manual Moderno.

Jinich, H. (2006). *El paciente y su médico*. Editorial Alfil.

Jinich, H., Lifshitz, A., & Suárez, N. J. F. (2006). Síntomas y signos cardinales de las enfermedades. Editorial El Manual Moderno.

Juo, P. S. (2001). *Concise dictionary of biomedicine and molecular biology*. Crc Press.

Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, vol, 3 (10), e294, pp. 1673-1676.

Kravitz, H. L. & Kravitz, R. L. (2005). “Sutilezas de la toma de la historia clínica”. En Henderson, M. R., & Tierney, L. M. (Eds.). *Historia clínica del paciente: método basado en evidencias*. McGraw-Hill.

Laín Entralgo, P. (1950). *La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas: Madrid.

- Laín Entralgo, P. (1964). La relación médico-enfermo. Historia y Teoría. Revista de Occidente: Madrid.
- Laín Entralgo, P. (1985). Antropología médica para clínicos. Salvat: Barcelona.
- Lazo Cerna, H. (1966). La medicina social en México. México, Distrito Federal: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Lifshitz Guinzberg, Alberto (1996). “Los residentes”. En Pablo Treviño Becerra, Alejandro Olvera Esnaurrizar, Francisco Ramírez Espinoza, Margarita Díaz Jiménez (Coords.). *Hospital General. Centro Médico Nacional (1863-1985)* (p. 333-337). México: IMSS, Colegio de Médicos.
- Lifshitz Guinzberg, A. (1993). “Diagnóstico, pronóstico y tratamiento”. En Jinich, H. (ed.). *Tratado de medicina interna. Volumen 1. Introducción (XVI-XXV)*. Academia nacional de Medicina. México: El Manual Moderno.
- Lifshitz Guinzberg, A. (2012). La enseñanza de la clínica en la era moderna. Investigación en educación médica, 1(4), 210-217.
- Lifshitz Guinzberg, A. (2013). La importancia del diálogo entre la práctica clínica y la investigación científica. En Castuera-Gómez, C. M., Rivas-Ruiz, R., & Talavera, J. O. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. “Investigación clínica: en busca de la certidumbre, vol. 51, pp. 4-5.
- Lifshitz Guinzberg, A. (2014). La nueva clínica. Academia Nacional de Medicina. México: Intersistemas.
- López Romero, D. (2012). Enfermedad y hospitales de la ciudad de México, siglo XVIII. Notas para la construcción de una salud pública.
- Lorenzo, R. (2013). El electrocardiograma en el infarto agudo de miocardio. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 28(3), 419-429. Recuperado en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-04202013000300016](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000300016).

- Luhmann, N. (2006). *Sociología del riesgo*. Universidad Iberoamericana.
- Magaña Serrano, J. A. (mayo 2012). Semblanza Histórica. *Liderazgo y Experiencia Médica*, año V (24), 12-16. Consultado en: <https://issuu.com/liderazgoexperienciamedica/docs/cardiologia>
- Magliozzi, P. (2006). De la salud biológica a la salud biográfica. Chile, Universidad de Chile.
- Manual de Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, Clave: 0500-002-001, IMSS, 16 agosto 2005.
- Marini, M. G. (2016). *Narrative medicine: bridging the gap between evidence-based care and medical humanities*. Springer.
- Marsh, H. (2016). *Ante todo, no hagas daño*. Salamandra.
- Martínez Cortés, F. (1993). “Enfermedad y padecer”. En Jinich, H. (ed.). *Tratado de medicina interna. Volumen 1. Introducción (II-VIII)*. Academia nacional de Medicina. México: El Manual Moderno.
- Martínez Cortés, F. (abril, 2002). Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica. *En Anales Médicos*, 47(2), 112-117.
- Martínez Cortés, F. (julio-agosto, 2009). Las humanidades en la formación del médico (1ª de dos partes). *Rev. Fac. Med. UNAM*, 52(4), 165-167.
- Martínez Cortés, F. (septiembre-octubre, 2009). Las humanidades en la formación del médico (2ª parte). *Rev. Fac. Med. UNAM*, 52(5), 224-226.
- Motta-Ramírez, G. A. (2017). El México del siglo XXI y su necesidad de médicos generales. *Revista de Sanidad Militar*, 71(2), 159-176.
- Neri Vela, Rolando (2002). “La salud en México durante los años 1941 a 1981” En Pablo Treviño Becerra, Alejandro Olvera Esnaurrizar, Francisco Ramírez Espinoza, Margarita Díaz Jiménez (Coords.). *Hospital General. Centro Médico Nacional*

(1863-1985) (p. 67-98). México: Organización Panamericana de la Salud, UNAM Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. *Diario Oficial de los Estados Unidos Mexicanos*, Secretaría de Salud, México, 4 de diciembre del 2010.

Organización Mundial de la Salud (1948). Recuperado en: <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>

Ortiz Quezada, F. (2014). Cartas a un joven médico. México: Santillana Ediciones Generales.

Ou, H., Tan, X., & Li, L. (2013). Case Analysis on Writings of Medical Records. *Chinese Medical Record English Edition*, 1(8), 347-349.

Page-Pliego, J. T. (2005). El Mandato de los dioses: Etnomedicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas. San Cristóbal de las casas: UNAM.

Pérez Rodríguez, G. (septiembre 2015). A Todo Corazón. Programa de Fortalecimiento de Acciones para la Prevención y Atención de Enfermedades Cardiovasculares. *Liderazgo y Experiencia Médica, año VII (35)*, 18-31. Consultado en: <https://issuu.com/liderazgoexperienciamedica/docs/35>

Pérez Rodríguez, G. (septiembre 2015). La investigación en Salud en la UMAE Hospital de Cardiología CMN SXXI. *Liderazgo y Experiencia Médica, año VII (35)*, 58-63. Consultado en: <https://issuu.com/liderazgoexperienciamedica/docs/35>

Pomata, G. (2011). A word of the empirics: the ancient concept of observation and its recovery in early modern medicine. *Annals of science*, 68(1), 1-25.

Pomata, G. (2014). The Medical Case Narrative: Distant Reading of an Epistemic Genre. *Literature and medicine*, 32(1), 1-23.

Procedimiento para el registro de atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo 2E10-003-002, Instituto Mexicano del Seguro Social y Seguridad y Solidaridad Social, 14 de marzo del 2018.

- Ramos-Ramos, P. (1999). Norberto Treviño Zapata. *Gac Méd Méx*, 135(3).
- Ramos Pozón, S. (2015). La historia clínica en salud mental. *Acta bioethica*, 21(2), 259-268.
- Real Ledezma, Juan (octubre de 2013). De los acontecimientos grandes y notables de la Universidad de Guadalajara, 1696–2013. Inédito. Consultado en: <http://www.udg.mx/es/nuestra/presentacion/historia/periodos/periodo-i>
- Restrepo, J. F. P. (1998). Abraham Flexner y el Flexnerismo. Fundamento Imperecedero de la Educación Médica Moderna. *Medicina*, 20(2), 6-14.
- Ross, S. (2016). Obtaining and communicating information about medicines. *Medicine*, 44(7), 444-447.
- Secord, J. (2004), “Knowledge in Transit”, *Isis*, 95(4), 654-672.
- Serafín Anaya, Juan Antonio & Matute Amador (1996). “Urgencias”. En Pablo Treviño Becerra, Alejandro Olvera Esnaurrizar, Francisco Ramírez Espinoza, Margarita Díaz Jiménez (Coords.). *Hospital General. Centro Médico Nacional (1863-1985)* (p. 243-247). México: IMSS, Colegio de Médicos.
- Silber, S., Albertsson, P., Avilés, F. F., Camici, P. G., Colombo, A., Hamm, C., ... & Urban, P. (2005). Guías de Práctica Clínica sobre intervencionismo coronario percutáneo. *Revista Española de Cardiología*, 58(6), 679-728. Consultado en: <https://www.revespcardiol.org/es-content-articulo-13076420>
- Spencer, Danielle (2017). Narrative Medicine. En Solomon, M., Simon, J. R., & Kincaid, H. (Eds.), *The Routledge companion to philosophy of medicine* (pp 372-382). Taylor & Francis.
- Spiegel, M., & Charon, R. (2009). Editing and interdisciplinarity: Literature, medicine, and narrative medicine. *Profession*, 2009(1), 132-137.
- Taylor-Alexander, S. (2016). Ethics in Numbers: Auditing Cleft Treatment in Mexico and Beyond. *Medical Anthropology Quarterly*.

- Timmermans, S., & Berg, M. (1997). Standardization in action: achieving local universality through medical protocols. *Social studies of science*, 27(2), 273-305.
- Timmermans, S., & Epstein, S. (2010). A world of standards but not a standard world: toward a sociology of standards and standardization. *Annual review of Sociology*, 36, 69-89.
- Tobar, F. (2018). ¿Hacia dónde va el hospital? Desafíos y dilemas en la gestión de hospitales.
- Treviño Becerra, Pablo; Olvera Esnaurrizar, Alejandro; Ramírez Espinoza, Francisco Félix & Díaz Jiménez, Margarita (Coords.) (1996). Hospital General. Centro Médico Nacional (1863-1985). México: IMSS, Colegio de Médicos.
- Truog, R. D. (2012). Patients and doctors—the evolution of a relationship. *New England Journal of Medicine*, 366(7), 581-585.
- Urtuzuástegui, H. A., Pérez, L. C. R., Paris, S. D. O., Ramírez, R. S., & Ramírez, Á. G. (2000). El plan único de especializaciones médicas de la facultad de medicina. *Rev Fac Med UNAM*, 43(1), 19-23.
- Vega-de Céniga, M., Allegue-Allegue, N., Bellmunt-Montoya, S., López-Espada, C., Riera-Vázquez, R., Solanich-Valldaura, T., & Pardo-Pardo, J. (2009). Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación. *Angiología*, 61(1), 29-34.
- Vicente-Herrero, M. T., Delgado-Bueno, S., Bandrés-Moyá, F., & Capdevilla-García, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 25(4), 228-236.
- Wodak, R., & Busch, B. (2004). Approaches to media texts (pp. 105-122). En Downing, J. D., McQuail, D., Schlesinger, P., & Wartella, E. (Eds.). *The SAGE handbook of media studies*. Sage Publications