

Sesión de preguntas y respuestas

Coordina: Dr. Jorge M. Sánchez González

Distinguidos asistentes, profesores y cibernautas que nos siguen desde la transmisión por internet, les comentaba al principio de éste Panel, lo difícil del abordaje de la dinámica social, mucho más cuando se trata de centrarlo y entenderlo en torno a la práctica médica. Han escuchado cuatro perspectivas, diferentes formas de ver los cambios que enfrenta la medicina del siglo XXI, que trataremos de puntualizar a través de ésta sesión de preguntas y respuestas, la que iniciamos con la primer pregunta al Doctor Sánchez Mendiola: **¿Por qué la incertidumbre? Usted en su conferencia la estuvo mencionando en lo relacionado con el manejo de las emociones, luego entonces ¿Por qué es la incertidumbre un problema en la práctica de la medicina y qué estrategias se están llevando a cabo para enfrentarla?**

R.- Dr. Sánchez Mendiola.- Por una serie de razones al ser humano no le gusta la incertidumbre, no nos gusta la incertidumbre. Kenneth Wood Merrit, un historiador de la medicina norteamericano que ha publicado un par de libros que son probablemente la mejor descripción de la evolución de la educación médica en el mundo occidental, especialmente en Estados Unidos y Canadá, argumenta que el peor error de la educación médica del siglo XX ha sido o fue el no entrenar a los médicos para enfrentarse a la incertidumbre. De tal manera que a la hora de atender a los pacientes creamos una serie de falsas expectativas en el mensaje implícito de la receta, con esto se va a curar, eso implica que tiene un 100 por ciento de probabilidades de curarse y prácticamente ninguna intervención médica, sobre todo de los medicamentos, sean pastillas, jarabes, supositorios, inyecciones o lo que pongamos es 100 por ciento efectiva; de tal manera que el enfrentarnos a la incertidumbre cotidiana nos genera una tensión interna y una tensión con el paciente. El paciente quiere respuestas concretas.

Anoche tuvimos una junta con un paciente que tenemos muy grave en un hospital y el paciente decía: ¿se va a morir mi hijo o no se va a morir?, ¿va a quedar bien o va a quedar mal?. Quieren respuestas concretas, blanco y negro y, el problema es que la evidencia científica y toda la actitud humana está en un calidoscopio de blancos y grises o multicolor; de tal manera que esto es muy difícil de enfrentar en la práctica cotidiana y la solución a esto implicaría educar a toda la sociedad desde el principio.

Hay un libro fascinante de Hell Figelsen, autor alemán perteneciente a uno de los Instituto importantes en Alemania, que habla sobre lo malos que somos los seres humanos para comunicarnos cuantitativamente y esa necesidad de certidumbre, pero acompañada de una gran cantidad de incertidumbre de lo que sabemos.

Hay una cosa que se llama "presientorrea" en medicina, que se manifiesta diciendo: El paciente tiene 15 por ciento

de probabilidades de esto, 20 por ciento de esto otro y, en realidad ni siquiera sabemos si esos números son reales o no. De tal manera que el enfrentarnos a esto es un reto muy grande. Idealmente desde antes, como todo en la vida, desde las escuelas de medicina, ellas tienen aquí un papel preponderante, que me encantó lo que dijeron hace rato, que pudiera demandarse a las escuelas de medicina por lo que nos hacen durante nuestra formación, y una de las estrategias para enfrentar esto es lo que se ha dado en llamar medicina basada en evidencias; es decir, el utilizar la evidencia científica publicada, tamizarla y matizarla con los valores y preferencias personales del paciente, y utilizar esto de una manera integral con el paciente. Esto cuesta muchísimo trabajo y uno de los grandes retos a esto es el poder entender y respetar los valores del paciente. En eso los médicos somos, mejor dicho, sentimos que somos muy buenos pero sobreestimamos nuestro desempeño en una manera muy importante.

R.- Dr. Arnoldo Kraus.- Yo quiero comentar algo de lo que decía el doctor. Hay una frase que a mí me gusta mucho citar y es un poco también en relación a lo que exponía anteriormente el doctor Sánchez y creo que esto es uno de los problemas. Thies Elliot que era un poeta que en 1932 publicó un libro maravilloso que se llama "La Roca", preguntaba ¿Dónde quedó la sabiduría que hemos perdido en el conocimiento? Y a renglón seguido decía ¿Y dónde quedó el conocimiento que hemos perdido en la información? Repito ¿Dónde quedó la sabiduría que hemos perdido en el conocimiento? Y ¿Dónde quedó el conocimiento que hemos perdido con la información? Y eso muy cierto; la información, como comentaba el doctor Sánchez, puede no ser suficiente porque no le da al médico las armas adecuadas para tratar de ver bien todos los problemas; pero agregaría otra cosa que sí puede ser, de repente, una virtud, tener una incertidumbre. Los médicos tenemos que navegar siempre con una buena dosis de incertidumbre porque eso nos permite estarnos cuestionando y cuestionando y saber hasta dónde podemos seguir indagando qué es lo que le pasa al paciente; si sólo es una verdad, un problema lo que explica todas sus enfermedades o hay algo más. Nada más era un comentario.

P.- Dr. Jorge Sánchez González.- Doctor Jesús Ruiz, tratando de poner en contexto lo relacionado con la dinámica social en el entorno de la medicina y su asociación con la investigación farmacéutica, **¿Hay alguna influencia de la dinámica social que propicie la preferencia de ciertos medicamentos?**

R.- Dr. Jesús Ruiz.- A mí me gustó mucho que se mencionara a la industria farmacéutica para bien y para mal en muchas ocasiones en este bloque, pero quisiera básicamente hacer dos consideraciones tratando de unir las preguntas que muy amablemente nos están llegando.

Primero. Se refiere a la existencia de unos medicamentos que se han denominado en el mercado "similares" y en

relación a su diferenciación con "genéricos" y con medicamentos innovadores; entonces, muy brevemente.

En el contexto legal, todos los medicamentos que existen en México y que tienen registro de la Secretaría de Salud tienen la autorización legal para venderse y en este grupo caen los medicamentos "similares". Otra cosa es lo que se planea hacer a futuro; es decir, lo que yo explicaba en la presentación, a futuro se piensa, y ahí creo que estamos todos de acuerdo desde el punto de vista clínico, yo también ejerzo la medicina clínica, desde el punto de vista de academia y de autoridades sanitarias, que por el bienestar del paciente y siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, solamente debe haber dos tipos de medicamentos de prescripción y esto es lo que se quiere lograr. Sí, Medicamentos innovadores y medicamentos genéricos intercambiables. Y aquí tendríamos que ver qué es el concepto de intercambiabilidad. Muy breve, intercambiabilidad se refiere a que un medicamento muestra ser equivalente a otro en el tratamiento de algo y hay muchas pruebas o estudios para hacerlo, la más frecuente es la bioequivalencia. Entonces, en este sentido un medicamento sólo puede ser genérico intercambiable cuando el porcentaje de medicamento que se administró y que pasó a un líquido corporal, en este caso la sangre, es equivalente al porcentaje logrado por el medicamento innovador; entonces, eso es bioequivalencia. Si no se demuestra eso por el medio que ustedes quieran, no es intercambiable y en ese sentido todos los similares u otros medicamentos genéricos de marca no son intercambiables si no tienen el famoso logotipo de la Secretaría que dice GI, y hay una confusión tremenda de mercado; entonces, desde un punto de vista farmacéutico, ustedes pueden comprar, por ejemplo, un medicamento innovador y por ejemplo, aquí nos podemos referir a ramipril o pueden comprar su genérico intercambiable, cuando lo vaya a haber, que sería ramipril? Genérico intercambiable. Todo lo demás no es equivalente.

Lo que sucedió aquí es que se aprovecharon varios recovecos en la ley, varias situaciones específicas y los medicamentos similares, desde un punto de vista legal, son válidos; desde un punto de vista farmacéutico, no son equivalentes a los medicamentos innovadores, eso hay que dejarlo claro. La otra consideración es en relación al costo de los medicamentos. Aquí los medicamentos son muy populares en el sentido de que todo mundo decimos que los medicamentos son cada vez más caros, que se puede acrecentar la brecha, etc.

Hay datos muy interesantes que están muy bien documentados a nivel mundial y México no es la excepción, en los que demuestran claramente que el medicamento no influye más allá del 20 por ciento en los costos totales de atención a la salud. Es decir, que el otro 80 por ciento de lo que gasta un paciente en salud, está representado por estudios de laboratorio, gastos de hospitalización, honorarios

médicos, honorarios quirúrgicos, etc. Entonces yo creo que en este sentido sí es bueno dimensionar la situación de que el medicamento no es el insumo más caro en salud ni tampoco es el que más ha aumentado, los datos lo prueban y también como médicos debemos tener conciencia y decir, por ejemplo, en medicamentos nosotros tenemos un precio controlado en una fórmula, mientras ¿quién controla el precio de la consulta médica?. Cada médico cobra lo que a su juicio es lo correcto y yo también soy médico clínico y nadie me puede decir que no, si yo digo que mi consulta vale \$1,200 pesos. No hay ninguna ley que me lo prohíba, no hay nada; es simple y sencillamente leyes de mercado; entonces, en relación a situación del tipo de gasto en salud y en relación a situación de regulación de calidad, los médicos tenemos mucho más intervalo de movimiento que los medicamentos que, como repito son sólo una parte del gasto en salud, y yo quiero respetuosamente, diferir, que me encantó la charla del doctor, comparto muchos de sus conceptos pero respetuosamente quiero diferir, porque el único modelo de trabajo que yo veo como factible para disminuir la brecha de atención entre nuestra población depauperada desde todos los puntos de vista, es formar equipos multidisciplinarios en sociedad. En otras palabras, formar primero equipos de trabajo para después trabajar en equipo, que no es lo mismo. Y en México no estamos acostumbrados ni a formar equipos de trabajo, porque por ejemplo, los médicos nos vituperamos ¿No es cierto?. Yo soy dermatólogo y cuando me llega una receta de otro doctor ¡Qué barbaridad! Pero como le hizo esto ¿No es así?. Cuando en primer lugar, no sabe nada del contexto clínico. Cuando no es dermatólogo, pero es que es ginecólogo, menos, por que no es su ámbito de competencia, en fin, no sabe nada y cuando... entre abogados te veas.

Entonces, lo que nos hace falta en México, creo yo, es ser incluyentes y no excluyentes y juntarnos abogados, médicos, políticos, sociólogos, etc. para permitir que nuestros pacientes efectivamente tengan acceso a medicamentos, y yo no veo otra forma para que tengan acceso a medicamentos caros por unidad de precio, pero que ahorran gastos en salud cuando la posibilidad de tener acceso a través de los cuadros básicos que hay en México, cuando sea a través de un verdadero análisis costo-beneficio. En este momento en México, no se pueden hacer análisis costo-beneficio porque ni siquiera podemos sufragar el costo. Esa es la realidad y el paciente no puede comprar un medicamento igual que no puede comprar un auto, igual que no puede comprar una casa, igual que no puede comprar un viaje en un taxi e igual que no puede comprar, tristemente, comida; entonces el problema es el poder adquisitivo de la población. No el costo de los medicamentos.

C.- Dr. Jorge Sánchez.- Dr. Ruiz, gracias por su respuesta, espero ahora que tengamos tiempo y volvamos a discutir esta situación de la conciencia social relacionada con los costos de los medicamentos, pero relacionada

también con lo que está sucediendo con la medicina alternativa por ejemplo, o las preferencias que tiene la población dado su entorno socio-cultural. Continuamos, Doctor Rodolfo Vázquez, si es tan amable en dar respuesta a sus preguntas.

R.- Dr. Rodolfo Vázquez.- Al doctor Ruiz Rosillo le reclamo enfáticamente una participación de los filósofos también en ese equipo. Voy a contestar puntualmente a cuatro preguntas que me hacen en el auditorio. La primera pregunta de Chávez Ruiz y dice **¿Cómo se resuelve el conflicto entre la autodeterminación personal de vivir o no y la obligación del estado de tutelar un bien social como es la vida humana?** Tratando de ser muy puntual en este aspecto, yo diría que por un lado tenemos el valor de la autonomía de la persona y por otro lado tenemos las obligaciones estatales en términos de salvaguardar, proteger, promover ciertos bienes sociales y para esto se ha creado todo un instrumento extraordinario que son los derechos de segunda generación, en términos de derechos económicos, sociales y culturales y por supuesto el derecho a la salud, a una vida buena en términos de salud, es un derecho que está contemplado entre estos últimos, pero creo que fui muy enfático en mi presentación señalando que, desde una perspectiva liberal que es la que asumo en este caso cuando estamos enfrente a una persona autónoma, competente, hay limitaciones no sólo frente a terceros en términos de individuos sino también con respecto al Estado.

El Estado tiene la obligación de garantizarme las necesidades básicas y en ese sentido tiene la obligación de contribuir a la formación de mi autonomía pero sin el ejercicio de mi autonomía como ser competente decido tomar una decisión con respecto a mi vida, soy amo absoluto para tomar esa decisión. En este sentido, no solamente por razones prácticas no se puede penalizar el suicidio sino que en algún sentido tampoco el intento de suicidio debería ser, al menos bajo estas premisas, penalizado. Sabemos que si se penaliza es por razones prudenciales, en términos de proteger a terceros pero en estricto sentido, una persona que intenta suicidarse haciendo uso de su autonomía competencial, tendría todo el derecho a hacerlo.

La pregunta dos dice: **Partiendo de la premisa hipocrática, "primero no dañar", "Primum non nocere" y aún cuando la religión de los testigos de Jehová no permita transfusión de sangre como una alternativa de solución a su enfermedad, la decisión que toman los padres del niño de 13 años de no permitir el tratamiento a sabiendas de que puede sobrevenir la muerte, ¿es procedente una sanción penal en contra de los padres?**

Esta es una pregunta, obviamente que obliga a plantearla desde muchos ángulos. Voy a ir por lo menos con tres aspectos que me parecen importantes. También fui muy enfático en la presentación de que debe haber un respeto

a la libertad de conciencia y ese sentido ampliado, un respeto a las convicciones religiosas, pero sí creo que es muy prudente hacer una distinción entre las convicciones religiosas cuando estos corresponden a seres humanos con autonomía competencial; es decir, a seres adultos con respecto a la formación de las convicciones religiosas en personas que todavía no alcanzan la etapa adulta y vuelvo a lo mismo. Una cosa es la autonomía cuando se está formando y otra cosa es la autonomía en ejercicio con actividad competencial. Entonces en este sentido, me parece que tratándose de los testigos de Jehová, yo no tendría, desde la perspectiva que asumo, ningún inconveniente en que una persona adulta, que haga valer su competencia, su autonomía debidamente informada y salvaguardando la responsabilidad en términos médicos pudiera practicarse, cuando sea posible, todas las alternativas a una transfusión sanguínea y si aún la alternativa última que queda fuera la transfusión sanguínea, la autonomía del testigo de Jehová prevalecería sobre la situación médica.

En este punto yo creo que se abre una polémica muy interesante pero tengo que ser coherente con la perspectiva liberal. Un testigo de Jehová autónomo, es una persona que no es irracional, en este sentido puede ejercer la autonomía hasta el punto de poder poner en riesgo su vida y en este sentido el médico, la institución, deberían de respetarla. No se trata lo mismo con una persona que carezca de esta competencia autonómica, en este punto el Estado sí debe intervenir para proteger la formación de la autonomía de esa persona.

Con respecto a la última pregunta ¿Es procedente una sanción penal? De hecho se ha penalizado. En España, en el caso comentado, los padres recibieron una penalización. Es cierto, una penalización mínima pero recibieron una penalización.

Otra pregunta, en el caso de: en conciencia podemos autorizar la donación de órganos **¿Cuál es su opinión si en conciencia hiciéramos un testamento para la privación asistida de la vida en casos terminales o por accidentes incapacitantes para una vida con calidad?**

A ver, si la pregunta se refiere a si jurídicamente podemos proteger a aquellas personas que de manera conciente deciden que se les practique la eutanasia o el suicidio asistido, ya hay ejemplos claros en este sentido: Holanda, Bélgica, España están dando pasos en este punto importantísimo. Me parece que es un efecto dominó, va a llegar en algún momento, más tarde por supuesto a nuestros países, pero éste es un efecto, me parece irreversible.

Si la pregunta se entiende en el sentido de autorizar la donación de órganos vitales, por ejemplo, si una persona pudiera, bajo una perspectiva liberal, hacer uso de su autonomía en términos de ofrecer un órgano vital, entendiendo que con ese ejercicio de la autonomía pierde su vida y puede salvar la vida de otra persona. Desde el

punto de vista ético, a esto se le podría llamar una acción supererogatoria, una acción heroica y por supuesto, la persona que decida hacer actos heroicos, no creo que pueda ser prohibido por un tercero ni siquiera por el Estado. El problema es que si esta persona decide hacer actos heroicos pero requiere del auxilio de terceros para hacer el acto heroico pues obviamente hay que proteger al tercero de una situación tan terrible como es privar de la vida a una persona para que ésta pueda donar su órgano, pero dejo planteado el tema. Yo no tengo una solución muy clara. Si tuviéramos todos los recaudos legales para que se protegiera debidamente a un tercero, podría la persona estar facultada para poder privar a una persona de su vida, para tomarle el órgano y poderlo transplantar, en principio yo diría, no veo problema. Es una situación muy delicada pero no veo problema si la persona que decide hacer este acto es una persona autónoma, con la competencia para hacerlo. En fin, dejo planteado el problema.

En la última pregunta dice: **en el segundo caso, en el de Ramón San Pedro, la muerte es un derecho único, ¿Asistido va en contra, se viola el derecho a vivir?, ¿dónde el médico se convierte en delincuente al privar de la vida?, ¿entra aquí el suicidio, en el acto que no involucra a nadie más, a eso sí tenemos derecho?**

Vuelvo a la primera pregunta, quiero ser muy enfático en el sentido de que el derecho a la vida no me parece un derecho absoluto, es un derecho *prima facie*, en este sentido, si pensáramos que la vida es un derecho absoluto, obviamente tendríamos que estar castigando o penalizando acciones que están reconocidas también por el propio derecho. Obviamente en materia militar, si una persona tiene que matar a otro en circunstancias como las que suceden en guerra, una cosa verdaderamente terrible, lamentable, desde todos puntos de vista, censurable, jurídica, éticamente, pero si se está en esa situación; pues obviamente si un derecho fuera absoluto, esta persona no tendría la posibilidad de poder, un derecho a la vida fuera absoluto, no tendría la posibilidad de defenderse en todo caso, de una agresión directa.

En este sentido, repito, el derecho a la vida no me parece un derecho absoluto, me parece un derecho que hay que relativizar en función de otros valores que intervienen como puede ser, por ejemplo, el valor mismo de la autonomía y por supuesto, con respecto a los médicos. Yo lo que sugería en el trabajo es que se faculte a los médicos en ese sentido, tratar de implementar en las instituciones sanitarias una pluralidad ideológica de los médicos. Yo sé que esto es un problema muy complicado de instrumentar pero me parece que es importantísimo como política sanitaria que cuando un paciente llega a un médico, no se vea constreñido en su decisión porque no encuentra al facultativo para poder llevar a cabo su decisión. Habría que hacer esfuerzos para que la contratación de médicos se hiciera de una manera pluralmente ideológica.

R.- Dr. Jorge Sánchez.- Bien, desafortunadamente el tiempo siempre es nuestro enemigo, especialmente ésta tarde, donde el panel ha resultado por demás interesante para todos nosotros y debemos de continuar y concluir en tiempo. En relación a lo que comentaba el doctor Sánchez Mendiola, de la pertinencia, validez y certificación de la información en Internet. Para quienes nos están viendo a través de este medio, esta información que están recibiendo, yo considero que podríamos clasificarla con alto nivel de confiabilidad de conformidad al código HON, ¿no lo consideran así?, en virtud de la calidad de nuestros profesores. Continuando para concluir el Panel, solicito a nuestros panelistas nos brinden las respuestas a sus preguntas utilizando dos minutos para dar oportunidad, si es posible, a la participación de todos. Por favor Dr. Arnoldo Kraus.

R.- Dr. Arnoldo Kraus.- Bueno aquí tengo algunas preguntas. Voy a contestar rapidísimo nada más una porque no da más tiempo, de Manuel Lozada. Él pregunta **¿Puede ser válida la eutanasia si quien la solicita desea hacer donación múltiple de órganos para quien sí desea vivir?**. Buena ésta pregunta que realmente se me hace interesante, pero no es aplicable porque la eutanasia tiene unas reglas muy claras a seguir, por ejemplo, están muy bien definidas en la legislación holandesa y ante todo se requiere que el paciente sea una persona terminal bajo una serie de conceptos muy claros. Desde ese punto de vista, uno podría pensar en ser donador voluntario de algunos órganos pero existe una contradicción en el término eutanasia porque la eutanasia requiere una serie de requisitos y la primordial es ser paciente terminal y aquí no se cumpliría. Sí se cumple en cuanto a donar órganos, pero yo creo que tendría que haber una selección en esta donación de órganos. Posteriormente también ... el paciente tiene derecho a decidir lo que quiera; entonces desde ese punto de vista, sí, el paciente puede pedir una alta voluntaria, no le tienen que dar medicamentos, como aquí me pregunta la doctora Quiroz, y el hospital sí tiene la obligación de hacer un resumen al respecto. Hay más preguntas pero creo que ya no hay tiempo.

P.- Dr. Jorge Sánchez.- Dr. Sánchez Mendiola, **¿Cómo determinar el verdadero grado de veracidad de la información que hay en Internet?**

R.- Dr. Melchor Sánchez Mendiola.- El paradigma actual de la ciencia es el método científico, vigente y si bien puede haber diversas corrientes filosóficas de esta perspectiva, el estándar actual es que, por ejemplo, para una intervención terapéutica, no podemos decir si sirve o no, si es efectiva, si no está fundada en un ensayo controlado con asignación al azar, por lo menos es la tranca que pone la FDA. Sin embargo, esto se ha caricaturizado de tal manera que el British Medical Journal de diciembre plantea una revisión sistemática de los paracaídas, y los paracaídas servirán para que uno no se mate cuando se tira del avión

y que todos los fanáticos proponentes de medicina basada en evidencia deberían formar parte del grupo control para contribuir al progreso de la ciencia y demostrar que los paracaídas sí sirven. No todo es demostrable con este paradigma, pero de lo que sí es demostrable, tenemos que tratar de encontrar la mejor forma de hacer llegar dicha información, y la Federación Mundial de Educación Médica en sus estándares de educación médica de pregrado establecidos en Dinamarca el año pasado, plantean que el médico debe aprender el método científico y debe poder utilizarlo operativamente en su toma de decisiones.

Otra pregunta interesante que dice que **¿hay pacientes mentirosos?** Hay pacientes mentirosos, hay médicos mentirosos; no se vieron la película de "mentiroso, mentiroso" con Jim Carey, me puede ayudar a ilustrarlo, es interesante cuántas veces mentimos al día, si las contáramos, son varias, muchas son mentiras veniales obviamente, te quiero mucho, qué guapa estás, etc., pero todo mundo vive dentro de sí y en eso hay una enorme cantidad de polémica que podríamos tener ahora, pero esencialmente en la ventanita del encuentro médico-paciente que es una pildorita de tiempo donde interaccionan en el espacio dos seres humanos con un montón de cosas internas, es muy difícil saber qué tanto se dice la verdad. Está documentado en algunos de los estudios que revisé, que más de la mitad de los pacientes salen del consultorio, concordantes con la información que presentó el doctor, sin saber, sin haberle dicho al médico para lo que realmente iban. Esa última pregunta de: Oiga doctor –cuando ya se van saliendo-, resulta que era el principal objetivo de la visita con el paciente; entonces tenemos que tratar de ser lo más honestos, pero siempre hay cierto grado de comunicación humana imperfecta, al tratar de contestar la pregunta. La última pregunta que he de contestar habla del máximo beneficio. No sé exactamente a que se refiere pero dice aquí que: **¿El máximo beneficio, qué tan válido es llevarlo a cabo, por ejemplo, dar de alta a un paciente terminal del hospital para que se vaya a su casa?** El beneficio, es que depende para quién, para el individuo, la familia o la sociedad. Beneficio desde el punto de vista económico, lo que he visto en los últimos años es que somos muy poco cultos en estudios económicos en nuestro país, como decía el doctor. Busqué en Artemisa Cuántos estudios económicos hay para una medicina que se llama fibrin. Un medicamento para la sepsis que cuesta 7,000 dólares el tratamiento y es costo efectivo positivo, es costo efectivo en Estados Unidos, es costo-efectivo en Canadá. El problema es que nosotros somos poco cultos en la metodología científica de los estudios económicos y nos manejamos con lo de costo mínimo, pero no lo separamos el costo beneficio, de los de costo-efectividad y de los de costo utilidad, ya que cada uno tiene una definición técnica específica que no me da tiempo de abordar en éste momento, pero debemos mejorar nuestro conocimiento del uso de las intervenciones, sobre todo el de costo-utilidad

porque esto se va a las utilidades del paciente, su valor es personal del resultado de la intervención.

Dr. Jorge Sánchez.- Muchas gracias Dr. Sánchez Mendiola, interesantes y reflexivas respuestas. Por favor Dr. Ruiz Rosillo, haga uso de la palabra para una última intervención.

R.- Dr. Jesús Ruiz Rosillo.- Sí muy breve, nada más una consideración que trata de unir los términos de prescripción, comunicación y relación médico-paciente, porque es muy importante para el arbitraje médico y para estar a tono con el Simposio. Mi experiencia personal es que daría un poquito más de tiempo al paciente en la consulta, créanme que vale la pena, como decía el Maestro Fernando Latapí, fundador de la Escuela Mexicana de Dermatología, de preguntarle al paciente un poco más sobre por qué va y qué espera. Es decir, formar una sociedad con él para llegar a un resultado común, tema que ya se había abordado por el doctor Melchor Sánchez; esto es muy importante; entonces en el momento de la prescripción, hablarle un poquito al paciente en términos entendibles de lo que se puede esperar del medicamento. Ya se mencionó, no hay medicamentos 100 por ciento eficaces, no hay medicamento 100 por ciento seguro. Lo más importante como cualquier otra herramienta tecnológica es el uso que se le puede dar. Entonces en este sentido, ver con cada paciente cuál puede ser el resultado final, recordando que la prescripción es el acto culminante de un estudio clínico controlado, basado en evidencia que represente el tratamiento de cada paciente individual en un consultorio.

R.- Dr. Jorge Sánchez.- Doctor Ruiz Rosillo, nuevamente muchas gracias. Creo que hemos iniciado el abordaje de esta dinámica social y su influencia como vectores modificadores de la práctica profesional. Hemos llegado al fin, pero también hemos dejado abierto el estudio de este tema, la discusión constructiva y la reflexión propositiva e interacción, la estaremos esperando con la participación de ustedes a través de la interacción directa o a través de nuestro portal en Internet y la Revista Conamed, esperamos también su participación en nuestros Seminarios y el próximo Simposio.

No me resta más que reiterar gran agradecimiento a nuestros panelistas, y ser portador de una pequeña pero sincera muestra de afecto, de profunda gratitud de parte de todo el auditorio y de la CONAMED, por el tiempo otorgado y por sus conocimientos vertidos en sus intervenciones, que sin duda han sido de gran beneficio para todos nosotros. Entrego un pequeño presente y constancia curricular al doctor Rodolfo Darío Vázquez Cardoso, al doctor Jesús Ruiz Rosillo, al doctor Melchor Sánchez, y al doctor Arnoldo Krauz, muchísimas gracias, han sido ustedes muy amables.

Dr. Salvador Casares Queralt.- Bien, con este panel terminamos las actividades académicas de este noveno Simposio, le pido al señor Comisionado Nacional, doctor Carlos Tena Tamayo que nos acompañe, y dirija una palabras

antes de declarar formalmente clausurado este Noveno Simposio de la CONAMED.