



Casa abierta al tiempo



Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Departamento de Atención a la Salud

Licenciatura en Medicina

Informe Final del Servicio Social realizado en el Centro de Salud T-II

Nayaritas, Huayamilpas, Coyoacán, Ciudad de México.

Febrero 2025-Enero 2026

***“DEL HOGAR AL CONSULTORIO: NARRATIVAS DE
CUIDADO EN LA ZONA DE HUAYAMILPAS, COYOACÁN”***

Darwin Serafín Juárez

Médico Pasante del Servicio Social

Matrícula 2193030930

Asesora del Servicio Social UAM-X:

Dra. Carolina Martínez Salgado 

Asesora del Centro de Salud T-II Nayaritas:

Dra. Ana Karen Sevilla Ramos

Índice

1. INTRODUCCIÓN	3
2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	5
2.1 Un poco de historia...	5
2.2 El diálogo como mediador de la relación médico-paciente	5
2.3 El diálogo como recurso de unificación	6
2.4 Más allá de las palabras...	6
2.5 Modelo clínico centrado en el paciente y la medicina narrativa	7
3. ÉRASE UNA VEZ EN UN LUGAR DE COYOACÁN	10
4. VOLVER A PONERSE LA BATA	13
5. ¿DAR CONSULTA EN LA CALLE? ¿UNA NUEVA FORMA DE PRACTICAR LA MEDICINA?	15
6. HABLAR DE LA MUERTE: TEMA TABÚ EN MEDICINA	19
7. UNA MUERTE BIEN RECIBIDA	23
8. CASO DE ÉXITO	28
9. DE REGRESO A LOS CONSULTORIOS	36
10. LA RENUENCIA AL CAMBIO	38
CONCLUSIONES	41
DECLARACIÓN DE USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL	43
REFERENCIAS	44

1. INTRODUCCIÓN

En el mundo actual, imperan los cambios y las adaptaciones, es la nueva postura que predomina en este siglo en la que se obliga a un proceso dinámico en todas las disciplinas, en donde se castiga el estancamiento y se felicita lo innovador. La medicina es un campo de estudio que no se queda atrás. En las últimas décadas se han producido muchísimos avances y nueva información sobre los sistemas biológicos, la comprensión de los procesos de salud y enfermedad, así como el desarrollo de nuevas estrategias diagnósticas y terapéuticas.

Existen múltiples ejemplos que así lo demuestran: nuevos fármacos más sofisticados para el tratamiento de las patologías, desarrollo de equipos biomédicos de vanguardia que están reemplazando a los sentidos humanos y permiten detectar enfermedades en etapas tempranas, y qué decir de la introducción de sistemas que basan su funcionamiento en la inteligencia artificial para apoyar en la toma de decisiones clínicas, en el complemento diagnóstico y terapéutico e incluso en la interacción con el paciente.

Sin embargo, a pesar de que este apoyo tecnológico ha tenido una influencia positiva en muchos aspectos, ha venido a la par una disfunción entre la práctica médica y la atención brindada al paciente (Patiño Restrepo, 2012). Se ha descrito y criticado que en los últimos años han surgido una serie de desafíos entre los que se observa una medicina alejada de los principios éticos, de los valores humanos y del respeto por la dignidad de la persona, lo que ha repercutido en la calidad de la atención médica y en la relación entre el médico y el paciente.

En este sentido, han cobrado especial relevancia las propuestas de cambios de paradigma en las que se promueven modelos orientados a los principios de la bioética y de la medicina centrada en la persona. Entre estos destaca la medicina narrativa, que se entiende como un modelo médico que ofrece una perspectiva más amplia del paciente y su enfermedad, y busca desarrollar recursos para mejorar la eficacia del trabajo entre el médico y el paciente a través de la competencia narrativa, que se sustenta en la idea de reconocer en primer lugar las historias de los pacientes y posteriormente intentar interpretar y responder de manera reflexiva y empática hacia ellas (Mora Anto et al., 2015). Es decir, las narraciones están cargadas de emociones e historias relacionadas con la vivencia de la enfermedad. Cuando se intenta reducir al paciente a que solo exprese sus molestias durante la consulta médica, se cae justamente en los modelos que la medicina narrativa intenta impugnar, ya que esa corriente propone que

debería ser todo lo contrario, que habría que abrir al paciente el camino para que exprese todo lo que tiene para decir, y así establecer con él una mejor comunicación.

Esta corriente tiene la premisa de que la práctica médica se desarrolla y desenvuelve mejor cuando se abre un lugar para las narraciones (Mora Anto et al., 2015), pero no todos los profesionales sanitarios estamos preparados para escuchar esas historias ni para responder a ellas, por lo que se hace hincapié en esa urgencia de desarrollar en estos profesionales esas habilidades a través de la medicina narrativa, de ayudarlos a alcanzar la competencia narrativa para que puedan responder con un compromiso mayor hacia el paciente.

Se trata de un modelo de atención sustentado en el respeto, la dignidad, la autonomía y la responsabilidad compartida. Requiere del médico toda su disposición, habilidades y compromiso para establecer una relación médico-paciente adecuada, ya que esta influye directamente en la recuperación del estado de salud del enfermo (Charon, 2001).

El abordaje desde la medicina narrativa permite un análisis crítico y facilita el desarrollo de estrategias para mejorar las relaciones interhumanas, especialmente entre el paciente y el médico, así como entre el personal de salud y la sociedad en general (Marron, 2018).

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Un poco de historia...

La relación médico-paciente es una de las muchas relaciones que ha establecido el ser humano como un ser social, pero en específico la historia de la relación médico-paciente tiene una historia muy antigua, incluso mayor que la medicina misma. Según Rodríguez, cuando esta última se encontraba aún en sus inicios, ya se establecía una relación entre el hombre enfermo y aquel otro que se consideraba responsable por un compromiso social del restablecimiento de la salud del que se enfermaba (chamán, sacerdote u otros) (Rodríguez, 2008).

Como lo señala este mismo autor, la medicina está llena de historias que describen cómo las grandes culturas, a pesar de las múltiples limitaciones que existían en el entendimiento del hombre enfermo, que resultaba en la imposibilidad de sanar en épocas en las que había tan pocos recursos terapéuticos, enfatizaban en la entrevista clínica y la exploración del paciente. Se buscaba consolidar una buena relación con el paciente mediante el diálogo, ya que desde ese entonces este era visto como un formidable agente terapéutico. Como ejemplo, tenemos a los grandes pensadores griegos como Sócrates o Platón que postulaban que no se podía intentar la curación del cuerpo sin pretender la curación del alma (Rodríguez, 2008). Esta postura predominó por muchos años. En el siglo XIX esto se ejemplifica, en el mundo artístico, en obras bien conocidas como la de “El Doctor” de Sir Luke Fildes, pintado en 1891, que representa el humanismo y la empatía del acto médico que se promovía en esos años, que sabiendo bien sobre la dificultad de curar, acompañar al paciente en ese camino tortuoso de la enfermedad se hacía un acto de valentía y responsabilidad.

Actualmente, la forma de relacionarse entre el profesional médico y el enfermo ha cambiado mucho, más aun en el último tercio del siglo XX y las primeras décadas del siglo XXI que en todas las centurias anteriores. Entre muchas otras cosas, se ha pasado de un modelo fuertemente paternalista a uno con énfasis en la autonomía del paciente (Lázaro y Gracia, 2006).

2.2 El diálogo como mediador de la relación médico-paciente

La relación médico-paciente, dice Bohórquez, es la relación entre dos seres cognoscentes, es decir, entre dos personas capaces de conocer, interpretar y dar sentido a su experiencia (Bohórquez, 2004). Dentro de la práctica médica actual está la creencia de que se habla mucho. Sin embargo, cabe preguntarse: ¿de qué se habla realmente con más frecuencia? Por lo general,

el médico se enfoca en hablar sobre los síntomas, los signos, los hallazgos de la exploración física, los exámenes de laboratorio y su interpretación, además del cúmulo de estudios que solicitará. Al paciente, en cambio, se le cede la palabra únicamente para responder a las preguntas que el médico formule, todas ellas centradas en su enfermedad, sin ofrecer espacio para que pueda hablar de sus vivencias, deseos, expectativas, fracasos, esperanzas o temores.

El médico contemporáneo, inmerso en la tecnificación de la medicina, parece haber olvidado el poder que reside en la palabra. Como señala Gómez (2019): “El médico cree en el poder de la química, pero no en el poder de la palabra”. Bien sabido es que la escucha y el diálogo, son unos de los mejores instrumentos diagnósticos y terapéuticos en medicina, que no pueden ser reemplazados por ningún aparato, mucho menos en las situaciones en la que la persona enferma se presenta vulnerable, indefensa y en la búsqueda de apoyo por parte del médico.

2.3 El diálogo como recurso de unificación

La relación médico paciente involucra una interacción comunicativa entre dos personas destinada para facilitar el proceso diagnóstico y terapéutico (Bohórquez, 2004). No obstante, esta comunicación no debe limitarse únicamente a aspectos clínicos, ya que, de ser así, se caería en el clásico modelo biomédico tradicional que ve la medicina basada en la enfermedad y que ve al médico como alguien con la única función de diagnosticar y curar.

Por el contrario, la comunicación entre médico y paciente debe aspirar a fronteras más amplias: abordar a la persona de forma integral, desde una visión holística y sistémica, como lo describen y proponen Cuba-Fuentes et al. (2016), en el sentido de integrar cuerpo, mente y emociones y ser incluyente, poniéndose en práctica en todos los pacientes. El profesional sanitario debería acompañar al paciente en procesos de desarrollo personal, cambios de estilo de vida, modificación de comportamientos y, sobre todo, en actividades orientadas a la prevención. Se busca así una medicina completa y unificada, en la que los problemas de salud mental, por ejemplo, no se fragmenten de los de índole físico, sino que se entiendan como un proceso único e interrelacionado.

2.4 Más allá de las palabras...

Menciona Bohórquez, que para construir una relación de confianza, respeto y empatía con el paciente, hay que promover una actitud de interés verdaderamente genuina (Bohórquez, 2004).

Todo en la consulta cuenta, lo que se habla y lo que no, principalmente lo que se transmite a partir de gestos o expresiones. La comunicación no verbal debe de ser sentida por parte del médico, saber mirar y escuchar al paciente, visualizar en qué momento el paciente realiza cierto gesto, mirada o movimiento durante la conversación y a partir de aquí, intentar interpretarlo, lo que puede ayudar como reforzamiento de la relación entre el médico y paciente.

Aquel profesional que sea capaz de descifrar los mensajes no verbales y pueda responder a ellos de manera adecuada, empática, obtendrá información valiosa que servirá para conocer mejor al paciente, diagnosticar adecuadamente, y abrirá el camino a más oportunidades para la resolución del problema (Rodríguez Sanz et al., 2011).

2.5 Modelo clínico centrado en el paciente y la medicina narrativa

Se ha buscado la difusión e integración, en la práctica clínica, de modelos enfocados en la atención del paciente, con la intención de superar las limitaciones del modelo basado en una atención solamente biologicista. Este último ha promovido y consolidado un reduccionismo médico, fragmentando y multiplicando las especialidades médicas (Cacace y Giménez-Lascano, 2022). En los últimos años, ha comenzado a abrirse camino el modelo clínico centrado en el paciente, descrito por primera vez por el médico Ian McWhinney (1926-2012), que se sustenta en la idea de que la atención médica debe considerar al ser humano como un todo, desde los aspectos biomédicos, la experiencia humana de enfermar, los aspectos subjetivos en la relación médico-paciente, y fue pionero en introducir la participación activa del paciente en la toma de decisiones (Cacase y Giménez-Lascano, 2022).

La medicina narrativa ha surgido como una estrategia y complemento fundamental del modelo clínico centrado en el paciente para equilibrar el aspecto técnico de la medicina con su dimensión humana (Marrón, 2018). En este sentido, como sostiene Rita Charon, las habilidades narrativas ofrecen a los médicos métodos para vincularse con los pacientes, estableciendo una conexión más intensa con ellos pacientes, al escuchar, comprender y dar significado a sus historias, como también se honra esa experiencia de enfermar que estas representan (Charon, 2001).

Uno de esos métodos es ejercer la práctica médica desde la empatía, esto se ha buscado enseñar desde las bases de la educación médica, es decir, si se ha identificado que la empatía y la capacidad de escucha son pilares en el abordaje de las personas enfermas, entonces la búsqueda

de enseñanza de estas habilidades en la formación médica ayuda al médico a consolar, atenuar el miedo, acompañar en la enfermedad y cuando el desenlace es muy infortunado, comunicar de manera considerada las malas noticias.

Una de las competencias que promueve la medicina narrativa, la empatía, ocupa un lugar central, ya que se ha demostrado que mejora en la competencia clínica, en la relación médico-paciente, en la satisfacción del paciente y en la reducción del estrés profesional (Esquerda et al., 2016), si la capacidad de escuchar y comprender al paciente constituye uno de los pilares de la atención clínica, entonces resulta indispensable desarrollar estas habilidades durante la formación médica (Urday-Fernández, 2019). Un médico con competencia empática, es capaz con total seguridad de brindar consuelo, disminuir el temor, acompañar al paciente durante el proceso de enfermedad y, cuando las circunstancias lo exijan, saber comunicar malas noticias.

Dentro de las múltiples dimensiones y prácticas de la relación médico-paciente, la comunicación de malas noticias constituye uno de los aspectos que genera especial interés tanto en la práctica clínica como en la investigación. Disciplinas como cuidados paliativos, oncología o medicina del dolor tienen sus raíces en historias donde el personal de salud acompaña a personas que enfrentan enfermedades avanzadas, incurables o con un pronóstico desfavorable. Resulta una actividad tan cotidiana para el médico, sin embargo, sigue representando un desafío para este, ¿por qué resulta tan difícil comunicar un desenlace fatal?

Rita Charon ha señalado que: “Todo el tiempo somos exhortados a ser buenas personas, o a tener empatía o compasión y, sin embargo, nadie nos dice cómo hacerlo” (Charon, 2011). Podría decirse que la formación médica enfatiza la adquisición de conocimientos científicos y habilidades técnicas y se dedica menos tiempo para el desarrollo de competencias comunicativas y emocionales necesarias para afrontar estos retos. Pero hay estudios que ponen de manifiesto que la empatía es una competencia susceptible de ser aprendida y perfeccionada mediante estrategias educativas como la medicina narrativa, como lo describen Mora Anto et al (2015). Así, como estos autores sostienen, la medicina narrativa cobra relevancia ya que promueve la dimensión cognitiva, estimula la imaginación, y fortalece la solidaridad por lo que dota de las herramientas comunicativas y narrativas necesarias para afrontar estos problemas que surgen en la práctica médica.

Los textos y las narraciones no son inertes, sino que tienen la esencia de sus protagonistas, señala Pino Andrade (2020). Esto se complementa con lo que señala Marrón (2018): “Las historias dan significado y contexto a la problemática del paciente”, y agrega que ver a los

pacientes como textos implica que ellos deben ser leídos, interpretados y comprendidos. De esta manera, la medicina narrativa propone que el entendimiento de la enfermedad no se limite a su dimensión biológica, sino que agregue también la experiencia subjetiva del paciente, de esta manera se favorece una atención más humana, empática e integral. Como menciona Mora Anto et al. (2015): “Narrar hace parte de lo humano, el relato es la fuerza que nos mueve día a día a encontrarnos con los otros, en el dolor, en la alegría, en la esperanza y en el final de la vida”.

En los siguientes capítulos, se presenta una serie de historias que buscan reflejar la perspectiva y la importancia que tuvo, en mi práctica médica, el abordaje de los pacientes desde las lecturas que pude hacer sobre el modelo de la medicina narrativa durante el año de duración de mi servicio social.

3. ÉRASE UNA VEZ EN UN LUGAR DE COYOACÁN

Las historias que aquí se presentan se desarrollan en Coyoacán, lugar en el que según el Censo de Población de 2020 habitaban 614, 447 personas (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021). Pero siendo más específicos, detrás de este gran universo que conforma toda la alcaldía de Coyoacán, nos centraremos en la gente que vive en la colonia Ajusco Huayamilpas, ya que todas las narraciones descritas se llevaron a cabo entre las calles, casas y personas de ese barrio.

Es bien conocida la alcaldía Coyoacán, que en el imaginario colectivo es lugar de una gran diversidad de arte, música y cultura, como lo ejemplifican su famoso Centro Histórico, su Museo de Frida Kahlo, el Museo de Anahuacalli o el Museo Nacional de las Culturas Populares, no olvidando sus festividades como la celebración del Día de Muertos o su Fiesta de los Santos Reyes. Se le considera como un lugar florido, pintoresco, digno de ser visitado por una multitud de turistas año tras año, pero ¿qué se conoce de sus colonias marginadas?, ¿son igual de coloridas y bonitas?

En la experiencia de un año recorriendo estos barrios, puedo decir que en esta alcaldía hay muchos contrastes entre sus colonias turísticamente más conocidas, y otras como Ajusco de Huayamilpas, en donde hice mi servicio social. Huayamilpas es un lugar con alta densidad poblacional, desproporcionada para su infraestructura habitacional. Así, me resultó sorprendente encontrar casas dentro de casas, un baño compartido por diez personas o habitaciones de 2x2 metros. No es este un lugar que atrajera turistas, ya que no hay ahí muchos espacios culturales ni lugares especiales para la toma de fotos del recuerdo. Pero eso sí, es un lugar con mucha actividad, transitado hasta altas horas de la noche, por su multitud de negocios, de comercios que llenan las calles del barrio. Desde mi punto de vista, una característica fundamental de la colonia es su alta incidencia de negocios. Cada día que recorría sus calles me encontraba barberías, tiendas de venta de productos, calles cerradas por completo porque ese día tocaba colocar un mercado improvisado, y no faltaban esos olores desagradables de negocios como las pollerías y carnicerías.

Así lo demuestran también los datos que se publican al respecto en plataformas como Data México de la Secretaría de Economía, que describe que lugares como Huayamilpas y otras colonias de la alcaldía Coyoacán ubicadas alrededor del centro de salud Nayaritas —donde hice mi servicio social—, como Ajusco, Adolfo Ruiz Cortínez y Pedregal de Santo Domingo,

que se caracterizan por una alta incidencia de trabajo informal, principalmente venta ambulante, y por personas que viven “al día”, con incertidumbre financiera constante y sin redes de seguridad que les permitan planificar más allá del presente (Secretaría de Economía, s.f.).

Esta realidad se hacía evidente cada día durante mi travesía hacia el centro de salud. Desde el primer momento en que bajaba del transporte público llamado trolebús en la estación Ixtlilxochitl —la más cercana al centro de salud y parte de la línea que recorre desde Taxqueña hasta Perisur, dos zonas importantes de la Ciudad de México con alta afluencia de personas debido a sus actividades económicas—, encontraba las calles llenas de grandes puestos de ropa, frutas y verduras, aparatos electrónicos, juguetes, antigüedades y una infinidad de productos diversos. La calma que se sentía dentro del trolebús desaparecía rápidamente al mezclarse con los gritos de los vendedores, cada uno intentando persuadir a los transeúntes para que compraran sus mercancías. Ese bullicio cotidiano, inseparable de este paisaje, mostraba cómo vivían “al día” los habitantes de estas colonias dedicados a la economía informal.

Retomando el tema de la infraestructura habitacional, recurriendo de nuevo a las estadísticas, como antes dije, una alta densidad poblacional, con 11,395 personas por kilómetro cuadrado (INEGI, 2021), que habitaban en viviendas que iban desde residencias imponentes hasta casas medianas de dos o tres habitaciones, y otras aún más pequeñas en donde el espacio se compartía de manera apretada entre los habitantes. Para algunos, la infraestructura urbana está consolidada, con servicios de agua, electricidad, drenaje y transporte público que facilitan la vida cotidiana. Para otros, no habían estas facilidades y la densidad poblacional ejercía una gran presión sobre estos recursos, generando saturación y, en ocasiones, insuficiencia. Los datos sobre las condiciones de la vivienda publicados por el INEGI explican los contrastes que observé en estas las calles y estas casas.

En materia de salud, Coyoacán tiene una amplia cobertura institucional. Sin embargo, según datos de Data México de la Secretaría de Economía (s. f.), una gran parte de la población recurre a consultorios adyacentes a farmacias, además de los centros de salud distribuidos por la alcaldía, lo que habla de las desigualdades: no todos tienen acceso oportuno y continuo a la atención, especialmente quienes no cuentan con seguridad social. Tener un hospital cerca no garantiza ser atendido; que haya clínicas no asegura un cuidado equitativo. Sobre este tema, tengo una experiencia que narrar. En los últimos meses del servicio social, llegué a trabajar en una consultorio anexo a una farmacia que se encontraba en la colonia Santa Úrsula, en una

calle insegura, según comentarios de los vecinos. Me decían que tenía que tener mucho cuidado al salir por las noches. La mayoría de las personas que acudían a consulta médica no tenían seguridad social, eran trabajadores informales y algo que notaba es que la mayor afluencia de consulta la daba en la noche, pasadas las 8 de la noche, esto era porque salían de sus trabajos y podían permitirse acudir a recibir atención médica. En un inicio se había propuesto la cuota de consulta en 100 pesos, pero al final, tuve que rebajar a solo 50 pesos, porque muchas personas no podían pagar el costo de la consulta más el precio de los medicamentos. Recuerdo el comentario de un señor que trabajaba de albañil, que me llegó a decir que tenía que decidir entre comprar su paracetamol o su kilo de tortillas para poder comer.

Mike Davis (2014), en *Planeta de ciudades miseria*, nos recuerda que las ciudades no son uniformes. Hay zonas en las que se concentran servicios, oportunidades e infraestructura, en tanto que en otras se acumula la pobreza y la desigualdad. Aplicado a Coyoacán, esto significa que, a pocos metros del bullicio cultural y turístico, existen colonias marginadas en donde atender las necesidades básicas es un desafío diario.

Es así como los números dejan de ser estadísticas frías y se transforman en historias humanas. En una misma ciudad, en una misma alcaldía, se viven experiencias radicalmente distintas: para algunos, hay oferta cultural, acceso a servicios, bienestar; para otros, carencias y exclusión. Es en estos últimos en donde vemos la desigualdad, servicios limitados, falta de acceso a los servicios de salud, numerosos obstáculos que impone la vida diaria, invisibles para quienes solo visitan la alcaldía de manera turística.

Es en esos márgenes donde transcurrieron las historias que aquí voy a narrar. Historias de pacientes que viven en la exclusión, que enfrentan barreras para la atención sanitaria, que luchan por acceder a lo que otros tienen garantizado. Hablaré de quienes están “hasta abajo” de esta imaginaria pero palpable escalera social, de los que tienden a quedar en el olvido. Con estas historias quisiera invitar a mirar más allá de los datos, para mostrar que la medicina narrativa no sólo cura cuerpos, sino que también revela las vidas que los habitan.

4. VOLVER A PONERSE LA BATA

Al finalizar mi estancia de un año de internado médico, y tras haber descansado física y mentalmente de un periodo arduo, con noches enteras sin dormir, largos periodos sin ingerir alimento y malos tratos por parte del personal médico adscrito al hospital, me preparé para escalar el siguiente peldaño en mi formación profesional, que era la realización del servicio social como requisito obligatorio para la obtención del título de Médico General.

La selección de plaza para el servicio social se llevó a cabo en los últimos días del mes de enero. Me llamaba particularmente la atención el nombre de la mayoría de las sedes ofrecidas, ya que hacían referencia al programa Salud en tu Casa. Era algo totalmente desconocido para mí. Se desconocían por completo los objetivos del programa y las actividades que se llevarían a cabo; incluso las autoridades de la universidad no podían responder a las interrogantes, ya que se encontraban en la misma situación. Se justificaban mencionando que seríamos la primera generación en realizar el servicio social dentro de dicho programa, por lo que todo implicaría un aprendizaje sobre la marcha, tanto para los estudiantes como para los directivos.

La poca información que logré recopilar provenía de comentarios de compañeros que mencionaban tener amistades de otras universidades que habían participado en el programa. Según ellos, consistía en brindar consulta médica a pacientes en sus domicilios, atender casos de personas muy enfermas y, posteriormente, acudir al centro de salud correspondiente para llenar la papelería relacionada con las actividades desarrolladas. La dinámica de realizar la consulta médica en el domicilio me parecía espectacular. Me intrigaba profundamente ese cambio de rol: pasar de una consulta que tradicionalmente se desenvuelve en un espacio limitado llamado consultorio, con las restricciones impuestas por el modelo actual de atención al paciente, a llevarla al hogar, al espacio cómodo y familiar del paciente.

Elegí una plaza dentro del programa Salud en tu Casa, con sede en el Centro de Salud T-II Nayaritas, perteneciente a la delegación Coyoacán. Se trata de una unidad médica modesta. Los servicios con los que cuenta la institución consisten en seis consultorios destinados a la consulta médica y un séptimo consultorio asignado al personal del programa Salud en tu Casa.

Además, dispone de una farmacia para el surtimiento de los medicamentos indicados durante la consulta. No obstante, este servicio no se limitaba únicamente a los pacientes atendidos en la unidad, ya que muchos familiares de los pacientes a quienes conocería durante las visitas

domiciliarias acudían al centro de salud exclusivamente para recoger los fármacos prescritos durante la atención en sus hogares.

Asimismo, el centro de salud cuenta con un servicio de vacunación que resultó primordial durante las campañas implementadas en respuesta a los brotes de sarampión presentados en septiembre de 2025.

Había recursos suficientes para atender a una población de nivel socioeconómico bajo, en la cual predomina la atención médica a personas mayores de 50 años. Estos pacientes acuden principalmente por patologías cardiovasculares y metabólicas, como la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus tipo 2.

Resulta relevante señalar que el segundo grupo poblacional que más acude a consulta en este centro de salud está conformado por adolescentes de entre 15 y 18 años. Esto se debe a que, junto al centro de salud, se encuentra el plantel educativo Colegio de Bachilleres No. 17, lo que genera una alta demanda de atención médica en jóvenes que solicitan consejería sobre métodos de planificación familiar, tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y, en múltiples ocasiones, atención por intoxicación por sustancias.

Este fue el lugar al que pertencí durante un año. Tomé la decisión de integrarme a este programa porque me intrigaba su funcionamiento y el tipo de pacientes que atendía. La idea de llevar la consulta hasta los hogares de los pacientes me parecía especialmente interesante, pues la percibía como una oportunidad única para adquirir la experiencia de ejercer la medicina en los espacios más personales de la gente.

Todo ello, a pesar de que la distancia no me favorecía, ya que diariamente realizaba recorridos de aproximadamente una hora y quince minutos para poder estar presente antes de las ocho de la mañana. Sin embargo, esto no me generaba tanta inconformidad, pues ya estaba acostumbrado a las distancias prolongadas que se viven dentro de la Ciudad de México. En ese momento, mi principal motivación era cumplir con el requisito de culminación del servicio social para obtener la libertad de ejercer la práctica médica y así recibir remuneración económica.

No obstante, no imaginaba las maravillosas personas ni las historias que me esperaban para ser contadas.

5. ¿DAR CONSULTA EN LA CALLE? ¿UNA NUEVA FORMA DE PRACTICAR LA MEDICINA?

El primer acercamiento con un paciente para brindarle consulta desde la comodidad de su hogar nunca se olvida. Ocurrió el 12 de febrero de 2025. Ese día me presenté temprano en las instalaciones del centro de salud. Mi hora de entrada era a las ocho de la mañana; sin embargo, llegué con treinta minutos de antelación para preparar el material necesario y recibir información sobre las actividades que se realizarían. Estaba emocionado.

Había llegado antes que mi tutora, la doctora responsable de las actividades que se realizaban en el programa y, por lo tanto, la autoridad cuyas indicaciones debía acatar. Era una mujer de treinta años, robusta y de sorprendente fuerza, ya que en múltiples ocasiones fue capaz de levantar por sí sola a los pacientes de sus camas. Aunque su aspecto físico podía resultar intimidante, su personalidad era todo lo contrario: se trataba de una persona dócil, amorosa y comprensiva con los pacientes.

Apenas habían transcurrido cinco minutos cuando hizo acto de presencia. Al llegar, me indicó que guardara en una mochila negra —con un estampado en letras grandes que decía “Servicios de Salud Pública de la CDMX”— el estetoscopio, el baumanómetro, el equipo para la toma de glucosa capilar y algunas gasas para realizar curaciones. —¿Gasas? ¿Curaciones? —Me hacía estos cuestionamientos—. No bastaba con haber hecho cientos de ellas durante el año del internado médico. Había salido fastidiado de tantas, y ahora tendría que volver a hacerlas.

A pesar de ello, seguí las indicaciones de mi tutora, y juntos procedimos a abandonar el centro de salud para dirigirnos al domicilio que visitaríamos ese día. Después de una caminata de aproximadamente quince minutos en la fría mañana, llegamos a la localización.

La dirección correspondía a un vecindario donde, al igual que en muchas otras calles de la zona, abundaban los puestos de comida ambulante, y esa calle no era la excepción. En la entrada de una de las casas nos esperaban el señor Jacinto y la señora María¹, de 68 y 65 años de edad, respectivamente. Junto a ellos, había una olla grande llena de tamales.

Ambos formaban parte del programa incluso desde antes de que mi tutora se integrara a él, hace ya más de cuatro años. Ella me explicó que eran pacientes crónicos, de seguimiento

1. Todos los nombres que se presentan en este documento han sido cambiados para proteger la identidad de los pacientes.

constante, ya que en los últimos meses había resultado difícil mantener un control estricto de sus enfermedades. Curiosamente, padecían las mismas patologías, como si existiera entre ellos una especie de conexión de pareja que se extrapolaba a compartir las desgracias. Sufrían de diabetes mellitus tipo 2 con repercusión renal, encontrándose en estadios iniciales de enfermedad renal crónica; además, hipertensión arterial sistémica, neuropatía diabética y gonartrosis bilateral avanzada, lo que comprometía significativamente su movilidad. La señora María, en particular, se encontraba imposibilitada para caminar. Por esta razón, el señor Jacinto había adaptado su triciclo de carga para poder trasladarla, le había realizado modificaciones para soportar el peso de ambos y así poder desplazarse juntos. Cuando llegamos, ambos se encontraban sentados, esperando a los primeros clientes que podrían comprar sus alimentos. Al vernos, sus rostros se iluminaron de felicidad. El señor Jacinto se levantó de su asiento, entró a su casa y regresó con unas sillas para que tuviéramos dónde sentarnos. Íbamos a darle la consulta médica en la calle, no dentro de su hogar, sería en la intemperie. A nuestro alrededor pasaban constantemente perros callejeros, el ruido vehicular aumentaba cada minuto, y la gente comenzaba a transitar por las aceras. Incluso, una señora se acercó a preguntarnos si éramos los encargados de vacunar a los perros.

Después de haberme presentado con ellos y explicar que iba a estar acompañando a la doctora en cada visita médica por todo un año, me estrecharon calurosamente sus manos y procedí a sacar el material de la mochila para comenzar mi exploración.

¿Qué es esto? --me preguntaba en silencio—. Esto no es una consulta médica, ¿Cómo se puede tomar en serio una exploración física cuando tienes un animal observándote fijamente?-, ¿O cuál es la seriedad de las indicaciones médicas cuando el ruido de los autos te obliga a aumentar el tono de la voz para que se te escuche? Ideas como estas se presentaban por mi mente mientras intentaba concentrarme.

Todo transcurrió sin ninguna eventualidad. Revisé al señor Jacinto y a la señora María lo mejor que pude y hasta donde las condiciones del lugar lo permitieron: ausculté su corazón y sus pulmones. De manera intermitente, tenía que detenerme para dejar pasar a los transeúntes, ya que les obstruía el paso al estar ubicado en medio de la acera.

A pesar de mi poca destreza auditiva, no percibí ninguna anormalidad. Por ello, no hice ningún comentario a mi tutora sobre algún hallazgo que ameritara una indagación más profunda. Toda patología que se revisaba se encontraba “estable”, valores de tensión arterial dentro de valores

metas como marcan las guías de práctica que deben de mantener los pacientes con hipertensión arterial sistémica, el dolor por la gonartrosis se encontraba mínimo, ya que no repercutía en la realización de sus actividades cotidianas, que en su caso era la elaboración de los alimentos todos los días para su venta, por lo que en esa ocasión habíamos indicado tomar el medicamento para atenuar el dolor a su consumo solo una vez al día.

El inconveniente llegó en la toma de glucosa capilar. Tras obtener la gota de sangre y colocarla en el glucómetro (el aparato que ofrece una cuantificación aproximada de los niveles séricos de glucosa), los resultados marcaron más de 600 mg/dl en ambos pacientes. Eso era abismal.

El señor Jacinto notó inmediatamente nuestras caras de asombro al ver esos valores tan elevados, y urgentemente comenzó a relatarnos que recientemente habían tenido que acudir a su pueblo de origen en las afueras de la Ciudad de México, ya que habían recibido la noticia del fallecimiento de uno de sus hermanos. Con lágrimas en los ojos el señor Jacinto prosiguió contando que les había impactado la noticia tan profundamente que tuvieron que tomar sus bolsas con ropa e inmediatamente acudir ese mismo día a la central de autobuses para dirigirse a su lugar natal. No se pudieron llevar su tratamiento hipoglucemiante que consistía en aplicación de insulina y de medicamentos orales. En ese momento, claramente, su prioridad no era la aplicación de insulina. Era estar con su familia.

Concluyó explicando que en el momento que llegaron a su hogar después de su estancia con los familiares del señor Jacinto, habían vuelto al apego del tratamiento hipoglucemiante. Comprendimos la situación, apoyamos al señor Jacinto y le propusimos que íbamos a realizar ajustes aumentando la dosis de insulina para lograr un control más rápido de los valores de glucosa tan elevados que estaban presentando. Ellos asintieron y nos despedimos mencionando que volveríamos al día siguiente para valorar el control de la enfermedad y asegurarnos que los valores de glucosa se habían reducido.

Y así fue. Al día siguiente nos presentamos temprano y, luego de una charla amena, realizamos nuevamente la prueba de glucosa capilar. Esta vez, el glucómetro mostró valores por debajo de los 150 mg/dl. Había sido un éxito. Todos festejamos en ese momento.

En las dos ocasiones continuas que vimos a los pacientes Jacinto y María, las consultas médicas no duraron quince ni treinta minutos, como actualmente imponen los servicios de salud públicos. Duraron más de dos horas. En esas condiciones, uno no tiene la capacidad de imponer

el orden estructurado que suele guiar una consulta médica, pierde el médico ese “autoritarismo” que se le ha otorgado históricamente en la relación médico paciente.

Y eso, en realidad, es lo ideal. Se conoce al paciente en su entorno, se empatiza con su realidad. Si al señor Jacinto no se le hubiera dado tan abiertamente la libertad de expresarse, de contarnos su historia y los motivos por los cuáles habían suspendido el tratamiento hipoglucemiante, jamás habríamos comprendido a fondo su situación.

En una situación hipotética, si hubiéramos estado sujetos a las restricciones de tiempo que se imponen en las consultas médicas del centro de salud, al señor Jacinto y a su pareja simplemente se les habría dado una referencia para acudir de inmediato al servicio de urgencias del hospital más cercano y allí, probablemente habrían sido sometidos a maniobras y/o estudios invasivos y dolorosos.

Ese abordaje, que se limita únicamente a cifras y protocolos rígidos, además del estrés que ocasiona el estar en un hospital, habría repercutido negativamente en su bienestar emocional, afectándolos mucho más. Incluso, podríamos haber contribuido, sin quererlo, a aumentar el riesgo de complicaciones fatales para ambos.

Pero afortunadamente no ocurrió así, el hecho de haber ampliado la duración de la consulta el tiempo necesario para que ellos fueran capaces de relatar toda su historia nos permitió poder realizar el mejor abordaje para el beneficio de ellos.

Esta experiencia con mis primeros pacientes provocó una multitud de pensamientos y reflexiones en torno a la manera en que actualmente se desarrolla la atención médica: ¿cuántas historias inconclusas pasan desapercibidas debido a la limitación de tiempo impuesta en la consulta?, ¿cuántos tratamientos se prescriben alejados de la realidad del paciente, sin considerar sus preferencias, sus deseos y sus temores?

Sin duda, se trata de un tema complejo, con múltiples aristas que deben abordarse. No obstante, es evidente que se requieren ajustes en la manera en la que se da la consulta médica actual, en los servicios públicos de salud y en las políticas públicas en materia de salud. Para comenzar a actuar, es indispensable empezar por algo fundamental: dejar hablar a los pacientes.

6. HABLAR DE LA MUERTE: TEMA TABÚ EN MEDICINA

El señor Ramiro, de 42 años de edad, había sido diagnosticado con la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (Munné Díaz et al., 2013). Un antecedente familiar destacaba en su historia clínica: un tío materno también había padecido esta patología altamente discapacitante. Según relato de su madre, el camino hacia el diagnóstico de su hermano -el tío de Ramiro- fue largo y doloroso. Tuvieron que tocar las puertas de consultorios de múltiples especialistas, realizar multitud de estudios invasivos y gastar gran cantidad de recursos económicos para culminar su incertidumbre de un año con un neurólogo especialista en enfermedades raras del cerebro que les dio la noticia de que lo que sufría su hermano era una enfermedad mortal para la cual desafortunadamente no había cura en el momento actual. Y agregó la mención de que era una enfermedad con una fuerte componente de transmisión genética por lo que era probable que alguien más de la familia debutaría con tal enfermedad, que condenan a la muerte inevitable. Y así ocurrieron las cosas, la enfermedad empezó a entrar en escena, según recuerdan los familiares, aproximadamente hace un año en la vida del señor Ramiro. De manera esporádica, recordaron la madre y el hermano del señor Ramiro, empezaba a olvidar las cosas. También referían que presentaba mareos con frecuencia hasta el grado de sufrir varias caídas por perder el control y la fuerza de sus extremidades. La madre del señor Ramiro, en el fondo, sabía que lo que estaba ocurriendo, era una historia que ya había vivido antes. Por eso, mencionó que acudieron de manera inmediata con el neurólogo ya conocido por la familia solo para reafirmar lo que sus mentes ya habían sospechado pero que se negaban a expresar. Para ella, el diagnóstico de su hijo no era solo devastador, sino también una confirmación de aquella advertencia mencionada por el médico, como si una condena hereditaria finalmente se hubiera cumplido.

Mi primer encuentro con el señor Ramiro fue a finales de febrero de 2025, cuando llevaba ya doce meses lidiando con la enfermedad. Se encontraba en un estado de total dependencia de sus familiares y en completa vulnerabilidad. Estaba postrado en cama, con soporte ventilatorio debido a la pérdida de la capacidad de respirar por sí mismo, sin movilidad alguna y con alimentación enteral a través de una sonda de gastrostomía. Era un hombre sostenido por medios artificiales; su alma parecía estar atrapada dentro de su propio cuerpo.

En la visita al señor Ramiro no me encontraba solo; iba acompañado por la enfermera y la doctora, ambas con experiencia y habilidades en el manejo de pacientes como él. Al llegar, la doctora me presentó con los familiares, y de inmediato comenzamos la exploración física. La

doctora formuló una serie de preguntas a los familiares para conocer si había ocurrido alguna eventualidad desde la última visita médica domiciliaria. Mientras tanto, yo observaba con atención, intentando aprender y comprender cada detalle. Al ser mi primer contacto con el señor Ramiro, con su familia y con una enfermedad completamente desconocida para mí hasta ese momento, sentía miedo e inseguridad. Intentaba a toda costa no mostrarlo, con el objetivo de evitar que los familiares notaran mi falta de experiencia o me cuestionaran acerca de la enfermedad que afectaba al señor Ramiro. Sin embargo, el momento que tanto temía llegó justo cuando nos estábamos despidiendo.

—Doctor, sé que es la primera vez que conoce a mi hijo, pero... ¿usted cómo lo ve? Hace una semana llamamos al neurólogo que diagnosticó la enfermedad a mi hermano, y ahora a mi hijo Ramirito. Le pregunté si ya existía una cura para esta enfermedad desastrosa... Han pasado diez años desde la muerte de mi hermano. Algo debió haberse descubierto. Debe haber una cura —me dijo—. Pero el médico me respondió que no... ¿Se va a morir mi hijo? —me preguntó, con la voz entrecortada.

Fue un cuestionamiento sin malicia. No buscaba poner a prueba mis conocimientos o habilidades frente a una enfermedad tan compleja. Era una pregunta bondadosa, sincera, cargada de esperanza. Esperaba, tal vez, recibir una respuesta que le brindara consuelo; una palabra que aliviara, aunque fuera por un momento, la pesada carga de la incertidumbre.

Yo no supe qué responder. No me atrevía a mirar a los ojos a la madre de Ramiro. En ese instante, mi mente se quedó en blanco. Había olvidado todo lo que creía haber aprendido en la escuela de medicina. Me sentí miserable. No sabía cómo responder a esa pregunta; nunca se me había enseñado a dar malas noticias, y mucho menos a hablar de la muerte.

Durante los cinco años de la carrera de medicina, leí libros repletos de información para poder diagnosticar y curar enfermedades. Sin embargo, jamás consulté un libro que hablara de la muerte. Hasta ese momento, hablar de la muerte me parecía —erróneamente— un insulto para el médico. Creía que no tener la capacidad de curar a un paciente o de mantener controlada su enfermedad era sinónimo de fracaso, una decepción para el gremio médico.

Afortunadamente la doctora que me acompañaba pudo responder por mí, ella ya tenía experiencia en hablar de esos temas, el programa donde se encontraba inmersa por cuatro años le exigía adquirir esas habilidades comunicativas. La madre de Ramiro se tranquilizó, nos obsequió unas galletas y nos despidió hasta la puerta de su casa.

Ese día lo considero un punto de inflexión en mi formación. Fue un duro golpe a mi realidad: comprender que la medicina va mucho más allá de esa frágil burbuja donde todo se reduce a diagnosticar y recetar fármacos.

Me llevó a replantearme seriamente mis habilidades en comunicación, así como la verdadera prioridad de los temas que deben ser estudiados en la formación médica. Esa misma noche, al llegar a casa, comencé a buscar artículos y materiales que me ayudaran a expresar malas noticias en medicina. Estaba motivado, con toda la disposición de que, en la próxima visita médica domiciliaria —prevista para dos meses después—, hablaría con la madre de Ramiro y le respondería, con empatía y honestidad, cualquier pregunta sobre el pronóstico de su hijo.

En aquel primer encuentro, fácilmente pude mentirle. Pude decirle que todo iba a estar bien. Pero, por dentro, sabía que no era así. Observaba al señor Ramiro y pensaba que esa no era una vida digna. Dicen que la mentira, por parte de un médico, puede convertirse en una forma de medicina, pero me pregunto: ¿por qué ocultarle la verdad al paciente? ¿qué ganaba yo con mentirle a la madre de Ramiro? Mentirle no cambiaría la enfermedad de su hijo.

Es el miedo a la muerte el que, en definitiva, nos lleva a mentir. Ese miedo nos empuja al encarnizamiento terapéutico o, en el otro extremo, a la precipitación. Pero si no hablamos de la muerte, ¿cómo podrán prepararse los pacientes o los familiares para ella? ¿Cómo podrán cerrar los ciclos de su vida? ¿Cómo podremos ayudar a los familiares a seguir viviendo tras la partida de su familiar?

Transcurrido un mes posterior de ese primer encuentro con el señor Ramiro, mientras nos encontrábamos en la oficina del programa en el centro de salud, la doctora titular del programa recibió una llamada. Era temprano en ese momento, aproximadamente entre las ocho y nueve de la mañana. Eran los familiares del señor Ramiro. Comentaron que al despertar, después de realizar todas sus actividades domésticas, acudieron al cuarto donde se encontraba el señor Ramiro para darle el medicamento que le correspondía, y percibieron que al tocarlo se encontraba “helado”, que había perdido completamente la movilización de sus ojos y que su pecho ya no se expandía a pesar de aumentar el flujo de oxígeno.

Acudimos de inmediato a verlo, solo para confirmar lo que sus familiares ya nos habían mencionado. La madre del señor Ramiro estaba devastada, y una gran cantidad de familiares se encontraban presentes, acompañándola, intentando brindarle consuelo en medio de su dolor.

Con total respeto por la situación, percibí una oportunidad, necesaria a mi consideración de poner en práctica las habilidades de comunicación sobre la muerte que había estado estudiando en las semanas anteriores. Me acerqué y conversé con alguno de los familiares.

Esa experiencia, dura pero valiosa, me permitió cuestionar y evaluarme a mí mismo. Esta situación, tan real y frecuente en la práctica clínica, me sirvió como punto de partida para analizar críticamente lo que se enseña (y lo que se omite enseñar) en las escuelas de medicina, resaltando que existen deficiencias importantes en la formación médica universitaria. En las facultades de medicina se enseña a diagnosticar con rigurosidad, a dominar la fisiopatología y a recetar con precisión. Pero no se enseña a hablar. No se enseña a acompañar. La muerte, la verdad y la comunicación no son excepciones en la práctica médica; son parte cotidiana de ella. Y si como médicos no estamos preparados para hablar de la muerte, difícilmente estaremos preparados para acompañar en la vida.

7. UNA MUERTE BIEN RECIBIDA

El programa Salud en tu Casa presentaba un espectro de atención médica desde el caso de pacientes como el señor Jacinto y la señora María, que todavía conservaban independencia y autonomía para la realización de actividades sociales, recreativas y económicas, hasta casos como los del señor Ramiro y la señora Soledad, mujer de 68 años de edad, pacientes en cuidados paliativos, en quienes solo quedaba esperar la muerte, como nos confesó en una visita médica la madre del señor Ramiro.

La historia de la señora Soledad es triste, como tantas otras que existen y no se cuentan en los hospitales y en los centros de salud. Espacios donde, muchas veces, no hay lugar para escuchar y mucho menos para narrar las historias de los pacientes.

Desafortunadamente, el sistema de salud dominante actual empuja a los médicos a adoptar actitudes apáticas y abúlicas frente a los pacientes. La sobrecarga laboral y los malos tratos recibidos dentro del propio sistema hacen que el médico ceda y termine perdiendo esa relación humana que debería ser recíproca, empática y enriquecedora para ambos. Paradójicamente, ese es el modelo que se promueve en las facultades de medicina, pero que pocas veces se sostiene en la práctica real (Esquerda et al., 2016).

En este contexto, el modelo deliberativo podría considerarse como el ideal. En él, médico y paciente colaboran para identificar, entre todos los valores del paciente, aquellos que sirvan como base para tomar la mejor decisión posible. Se trata de un modelo sustentado en el diálogo y el respeto mutuo (Emanuel y Emanuel, 1999), altamente compatible con los principios de la medicina narrativa (Charon, 2001).

Durante mi internado médico, desafortunadamente, me volví cómplice de un sistema que ignoraba los valores y las historias de los pacientes. No debería de existir ninguna justificación para no escucharlos, pero, en mi defensa, después de jornadas laborales tan extenuantes, escuchar con verdadera atención se volvía una tarea difícil. Recuerdo haber sentido enojo cuando, al terminar mis actividades, los pacientes me detenían para contarme fragmentos de su vida, historias personales que yo, en ese momento, no tenía la energía ni el espacio emocional para recibir.

Los días de febrero transcurrieron con visitas a pacientes con enfermedades crónicas, pero en general bien controladas. No se había presentado ninguna eventualidad relevante, hasta que llegó marzo, y con él, conocí a la señora María Soledad.

Nos encontrábamos en la oficina del programa. La doctora titular del programa solía compartir su número telefónico con los pacientes más delicados, para que pudieran mantenerla informada ante cualquier eventualidad. Así había sido también con el señor Ramiro. En esa mañana, familiares de la señora Soledad le comunicaron a la doctora que su madre había empeorado clínicamente.

Como una especie de rutina que venía implementando durante mi corta estancia dentro del programa, recogí la mochila con el equipo médico y nos dirigimos al domicilio de la paciente. Durante el camino la doctora me iba relatando que la señora Soledad había sido muy apegada a sus familiares, había mantenido una relación muy estrecha sobre todo con su primera hija ya que la había cuidado por muchos años hasta que falleció de las complicaciones del cáncer de mama.

Antes de recibir la noticia del padecimiento de su hija, cuentan sus familiares, la señora Soledad era una mujer que irradiaba felicidad, cariño y mucho amor. Brindaba apoyo constante en el cuidado de sus nietas para que sus hijas pudieran desempeñarse laboralmente.

Sin embargo, tras el diagnóstico de su hija, su vida dio un giro inesperado. Reorganizó por completo sus acciones y prioridades para dedicarse al cuidado de ella. Poco a poco, fue perdiendo los vínculos que mantenía con otros familiares, amigos y conocidos, hasta quedar prácticamente aislada. Todo su tiempo, energía y afecto quedaron entregados completamente a su hija enferma.

Tras el fallecimiento de su hija, la señora Soledad quedó devastada, como era de esperarse. Dejó de alimentarse adecuadamente y, en consecuencia, comenzó a perder peso. Sus días transcurrían en su mayoría encerrada en el cuarto donde su hija, en vida, había encontrado un refugio seguro.

Sus otras hijas relatan que una semana después de la muerte de su hermana, la señora Soledad comenzó con un dolor abdominal súbito y constante, que se acompañaba de imposibilidad para la evacuación de heces y gases. Ante la gravedad del cuadro, acudieron de inmediato al servicio de urgencias para valoración.

Al llegar, se le realizaron diversos estudios de laboratorio y gabinete con el objetivo de identificar la causa de la obstrucción intestinal. La noticia fue tan inesperada como trágica, los médicos al final del día les informaron que la señora Soledad padecía cáncer colorrectal en estado avanzado, con alta probabilidad de haber realizado metástasis.

Fue un hecho inusual, era como si el cuerpo de la señora Soledad se hubiese resistido a mostrar síntomas hasta el último momento, con tal de no interrumpir el cuidado que brindaba a su hija. No había tiempo para caer enferma. Resulta sorprendente la capacidad de contención que mostró, una resiliencia admirable que, desgraciadamente, se quebró tras la muerte de su hija.

Durante su estancia hospitalaria, que se prolongó por más de un mes, ocurrieron varios eventos clínicamente complejos. A la señora Soledad se le practicó una hemicolectomía derecha con ileostomía para limitar el crecimiento tumoral y resolver la obstrucción intestinal.

Sus familiares relatan que de manera súbita dejó de articular palabras. Mantenía la mirada fija y pérdida. Se le notaba vacía, como si no pudiera o no quisiera transmitir emociones.

Su estado clínico no mostraba mejoría, al contrario, cada día transcurrido parecía una rendición ante la vida. Dejó de ingerir alimentos, y la pérdida de peso se intensificó. El cuerpo de la señora Soledad se volvió irreconocible en comparación con el de la mujer que había ingresado al hospital semanas atrás.

Relatan sus familiares que, tras una estancia hospitalaria prolongada y ante el mal pronóstico que presentaba la señora Soledad, los médicos decidieron otorgarle el egreso hospitalario, priorizando su máximo beneficio. El objetivo fue que pudiera recibir cuidados en casa, acompañada por su familia, y mantenerse alejada de los riesgos asociados al entorno hospitalario.

La señora Soledad había ingresado recientemente al programa cuando la conocí por primera vez. Su admisión había sido solicitada por sus hijas, ya que habían oído hablar de un programa médico que ofrecía consultas a domicilio. Vieron en ello una oportunidad para beneficiar a su madre, ya que les resultaba cada vez más difícil trasladarla al hospital para sus seguimientos con los médicos especialistas. La movilización representaba un verdadero reto para la familia, pues en ese momento la señora Soledad había perdido completamente la movilidad. Además, debido a la difícil situación económica que atravesaban, no podían costear de manera constante servicios de transporte privado para llevarla a las instituciones de salud.

Cuando ingresamos al hogar donde se encontraba la señora Soledad, nos percatamos de que era un lugar con muy malas condiciones. La casa era pequeña y contaba con solo dos habitaciones: una ocupada por la señora Soledad que se encontraba postrada en su cama, y la otra, compartida por sus dos nietas y su hija. El pasillo para llegar a ver a la señora Soledad era muy estrecho, incluso teníamos que agachar la cabeza para no golpearnos con el techo, mientras esquivábamos las deposiciones fecales que dejaba la mascota de la familia, un pequeño cachorro.

Al ingresar a la habitación donde se encontraba la señora Soledad, su cama estaba en el centro de la habitación. Frente a ella estaba un televisor pequeño que transmitía un programa de noticias. Según comentó su hija, a su madre siempre le había fascinado ver los noticieros, por lo que el televisor permanecía encendido la mayor parte del día. Sin embargo, en ese momento, a la señora Soledad le era indiferente, ella ya no abría los ojos, no respondía al llamado por su nombre ni mostraba reacción alguna ante estímulos dolorosos. Era un acto más cargado de nostalgia que de verdadera funcionalidad. A lado de la cama, se encontraban apiladas múltiples bolsas llenas de fertilizantes y material para la agricultura que ocupaban la mayor parte del espacio del cuarto.

—¿Qué ha pasado desde la última vez que visitamos a su mamá? —preguntó la doctora a la hija de la señora Soledad.

—Mi mamá el día de ayer empezó a respirar más lenta doctora, ya no abre los ojos cuando la movemos, —respondió la hija de la señora Soledad. Para su alimentación, la señora Soledad tenía una sonda de gastrostomía, que en ese momento se encontraba disfuncional, llevaba varios días sin poder recibir alimentos por esa vía. Era muy evidente el desgaste físico que presentaba.

En un breve intercambio para discutir la situación con la doctora, éramos conscientes de que poco se podía hacer para revertir las condiciones clínicas en las que se encontraba. Sin embargo, para no quedarnos con la sensación de no haber ofrecido ningún tipo de intervención, propusimos un manejo más avanzado del dolor. La familia aceptó sin dudar, y antes de retirarnos, mencionamos que regresaríamos muy pronto para realizar una nueva valoración de la señora Soledad.

Al día siguiente, cuando nos presentarnos nuevamente en el domicilio, la señora Soledad había fallecido. Su hija nos relató que había pasado la noche en vigilia, acompañada de sus hijas,

reunidas alrededor de la cama. Fue durante la madrugada cuando notaron que había dejado de respirar, momento que interpretaron como el de su fallecimiento.

A diferencia del caso del señor Ramiro, la familia de la señora Soledad esperaba la muerte con serenidad. No mostraban señales de tristeza, incluso, mientras realizábamos el certificado de defunción, las nietas reían junto al cuerpo de su abuela, y su hija compartía recuerdos vividos con ella, siempre con una sonrisa.

Me intrigaba mucho la interpretación del momento que estaba viviendo la familia. Cuando la doctora les preguntó cómo se sentían emocionalmente, la señora respondió que estaban tranquilas porque sabían que su madre había dejado de sufrir, ya no presentaría más dolor. Incluso nos habló de un sueño que había tenido una semana antes, en el que aparecía su hermana, ya fallecida, preguntando por su mamá, pues muy pronto volverían a encontrarse. Por eso se sentían en paz, tenían la firme creencia de que su madre se reuniría con su hija, lo cual las reconfortaba, ya que imaginaban que estarían juntas, compartiendo momentos nuevamente.

Resulta interesante la construcción de la historia que los familiares habían elaborado, el significado que giraba en torno a la muerte de la señora Soledad. Muy probablemente, había fallecido debido a las condiciones en las que se encontraba y a la debilidad acumulada durante las últimas semanas, agravada por la escasa ingesta de alimentos en sus últimos días. Sin embargo, no nos atrevíamos a derrumbar ese muro que la familia había levantado para sobrellevar el duelo. Hubiera sido inhumano confrontarlos con una explicación médica cruda, cuando ellos ya habían encontrado una forma de darle sentido a la partida de su ser querido. Había sido una muerte bien recibida para ellos.

Ese día entregamos el certificado de defunción, nos despedimos con un abrazo cálido y ya nunca volvimos a acudir a ese hogar. Ya no había motivos.

8. CASO DE ÉXITO

Como parte de las actividades y requisitos para la liberación del servicio social, se nos asignó un proyecto que debíamos desarrollar a lo largo de todo el año del servicio, que fue la selección y documentación de un “caso de éxito”.

Los objetivos del proyecto consistían en fomentar y construir un compromiso tanto con el programa como con los pacientes por parte del médico pasante. La idea era que, de la larga lista de pacientes atendidos diariamente en las consultas médicas domiciliarias, seleccionáramos a un paciente que recibiría un trato más especial. Al ser seleccionado, este paciente tendría la oportunidad de recibir visitas domiciliarias más frecuentes y un seguimiento más estrecho, con la finalidad de alcanzar un mayor beneficio clínico durante el transcurso del año. Incluso se mencionaba el propósito de revertir la patología.

Aunque el proyecto, en teoría, tenía buenas intenciones, resultaba muy distante de la realidad de los pacientes atendidos en el programa. En primer lugar, era difícil interpretar el concepto de éxito con un paciente, ya que no existe una medida cuantitativa que permita determinarlo con certeza.

Para ejemplificar este punto, presentaré brevemente el caso del señor Mauricio. Era un hombre de más de 90 años que debutó con el diagnóstico de cáncer de próstata tras presentar un episodio de retención aguda de orina, es decir, dejó de orinar de forma súbita. En su momento, para revertir la situación, se le colocó una sonda vesical que permitió drenar la gran cantidad de orina acumulada.

Sin embargo, debido a su avanzada edad y a las múltiples comorbilidades que presentaba, no era candidato para una intervención quirúrgica de resección del cáncer prostático. Por ello, los médicos especialistas propusieron a la familia dejar la sonda de forma permanente, con el objetivo de evitar nuevos episodios de retención urinaria.

Para los médicos urólogos, el manejo fue considerado un rotundo triunfo. Incluso, según relataron los familiares, los médicos mismos mencionaron que "todo había salido un éxito" con el señor Mauricio y que sería dado de alta para continuar su recuperación en casa.

Pero la realidad fue otra: su estado empeoró. El uso prolongado de la sonda derivó en infecciones urinarias recurrentes, que a su vez desencadenaron episodios de delirium, acelerando el deterioro cognitivo y haciendo más evidente y progresiva su demencia.

Este tipo de contradicciones eran muy frecuentes en el contexto del programa Salud en tu Casa. Muchos de los pacientes eran adultos mayores con enfermedades crónicas avanzadas, dependientes para las actividades básicas, en estados de fragilidad profunda o en etapas terminales. En estos casos, el éxito no podía medirse en términos de “cura” o resolución completa de una condición, como ocurre en otros escenarios clínicos. Más bien, el éxito se abordaba en la forma de aliviar el sufrimiento, mejorar la calidad de vida o incluso en acompañar dignamente el proceso de morir.

Al inicio del servicio social, era difícil comprender estos conceptos. La visión que tenía sobre las patologías y el tipo de pacientes que iba a enfrentar no correspondía con realidades como la del señor Ramiro, la señora Soledad o el señor Mauricio. Eran pacientes complejos en su abordaje, y no se diga en su manejo, al que además se sumaban las carencias impuestas por la atención primaria, como la falta de medicamentos y materiales.

Muchas veces me enfrenté a la frustración de no poder revertir el curso clínico de la patología de los pacientes. Sin embargo, haciendo un análisis retrospectivo, aunque en este tipo de programas los logros suelen ser mínimos, o incluso invisibles, también llegar a ser muy valiosos: lograr que un paciente duerma mejor, que una familia se sienta acompañada, que un paciente terminal reciba analgesia adecuada, o simplemente que alguien escuche sus miedos.

Desde esta perspectiva, el proyecto del “caso de éxito” me colocaba en una disyuntiva compleja: ¿cómo demostrar éxito en un contexto donde los objetivos no son curativos, sino paliativos, humanos y, a menudo, silenciosos?

El paciente que seleccioné fue el señor Gilberto, un adulto de 49 años de edad. Su ingreso al programa se dio por iniciativa de su esposa, durante los primeros días del mes de mayo. Ella había acudido personalmente al centro de salud, pues llevaba varias semanas observándonos por las calles mientras realizábamos visitas domiciliarias. Al indagar sobre nuestra labor, alguien le habló del programa, lo que la motivó a buscar ayuda para su esposo.

Nuestra primera impresión de la esposa del señor Gilberto no fue del todo agradable. Mientras nos encontrábamos en la oficina asignada al programa dentro del centro de salud, se acercó sin presentarse y nos preguntó en tono exigente:

—¿Ustedes son los médicos que salen a ver a los pacientes a sus casas?

—Buenos días, sí. Nosotros formamos parte de la brigada de Salud en tu Casa, atendemos a los pacientes que ameritan cuidados domiciliarios y a quienes por sus condiciones se les dificulta trasladarse hasta acá, al centro de salud —le respondió la doctora.

La esposa del señor Gilberto, se había presentado con una actitud grosera. Se notaba molesta, desesperada. Nos exigía que viéramos a su esposo cuanto antes, ya que, según sus palabras, se encontraba muy grave y los tenía a todos en casa desesperados y preocupados.

Muchos de los familiares de los pacientes, quienes fungen como sus cuidadores principales y dedican la mayor parte de su tiempo al cuidado de sus seres queridos, con el paso de los años terminan desarrollando un síndrome conocido en medicina como colapso del cuidador. Este consiste, básicamente, en que el cuidador, por dedicar tantas horas a la atención de su ser querido, comienza a descuidar otros ámbitos importantes de su vida, como el tiempo de recreación, el contacto con amigos y familiares, y su desempeño laboral. Esto provoca un deterioro en diversas esferas de su vida: biológica, psicológica, social y financiera, manifestado en síntomas como ansiedad, depresión, privación del sueño, pérdida de peso, aislamiento social y la aparición de diversas enfermedades (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2015).

Veíamos como algo habitual que muchos familiares, al acudir a nosotros para exponernos el caso de su ser querido con la intención de ingresar al programa, se presentarían molestos y exigentes en sus peticiones, como si buscaran desesperadamente a un culpable y vieran en nosotros a los responsables de la situación. Así interpretamos la actitud de la pareja del señor Gilberto, por lo que, con la mayor disposición para brindar ayuda, al día siguiente acudimos al domicilio que nos había comentado.

La mayoría de las casas que se encontraban alrededor del centro de salud eran modestas. Los habitantes de esa zona geográfica, en su mayoría foráneos originarios de otras ciudades, llegaban a la ciudad en busca de oportunidades laborales.

El caso del señor Gilberto no era la excepción. Originario del estado de Hidalgo, había llegado a la capital hacía cuatro años en busca de empleo en el área para la que se había formado profesionalmente: docente de educación media superior. Sin embargo, llevaba casi un año pausando su trabajo por un dolor insoportable que lo aquejaba constantemente.

El señor Gilberto vivía en una casa pequeña con ocho personas más. La familia vivía en condiciones de hacinamiento, y cuando ingresamos por primera vez a su hogar, el estado en

que se encontraba era deplorable, la mayoría de los objetos estaban tirados en el suelo, resultaba difícil caminar por los pasillos, y había que esquivar ropa, trastes sucios y una gran cantidad de basura.

La actitud de la señora se mantenía igual que la primera vez: a la defensiva. En cambio, cuando conocimos al señor Gilberto, él era todo lo contrario. Se mostraba una persona muy amable pero apenado; durante gran parte de la consulta médica evitaba el contacto visual, como si sintiera vergüenza por las condiciones en las que lo encontrábamos.

Durante el interrogatorio, al indagar el motivo por el cual había llegado a ese estado físico, un estado de postración en cama, debilitado, con bajo peso para su talla, el señor Gilberto nos relató que, aproximadamente un año atrás, había sufrido una caída en las escaleras de su hogar mientras se preparaba para ir a trabajar. El impacto había sido tan fuerte en su espalda y en su pierna derecha que, según recuerda, tardó más de treinta minutos en poder retomar la bipedestación. Supo inmediatamente que algo malo había ocurrido, porque todo el día estuvo con un dolor constante en la zona de la espalda baja que incluso sentarse en su silla de trabajo le había generado mucho dolor.

A pesar de las constantes insistencias por parte de su pareja para pedir ayuda y acudir al médico para que lo valoraran, él siempre se negaba, lo que generaba constantes discusiones entre ambos. Antes de este evento, refieren que la relación era muy estable y amorosa, con peleas normales entre parejas que se solucionaban mediante el diálogo. Sin embargo, después del evento relatado, todo se volvió inestable: la relación se fragmentaba día tras día. El señor Gilberto nos mencionó que reconocía el esfuerzo que hacía su pareja para ayudarlo a la realización de sus actividades básicas, incluso para el simple hecho de acudir al baño tenía que recibir ayuda, pero se sentía frustrado y muy enojado, ya que sentía que realmente todos los problemas que surgían en casa, sobre todo los económicos, eran por su culpa. Había perdido su empleo por el dolor discapacitante que presentaba, por lo que todos los gastos los sustentaba su esposa. Eso lo hacía sentir inútil y una carga para todos.

A partir de los comentarios de su esposa, ella nos explicó que había acudido a solicitar nuestra ayuda sin haberle mencionado nada al señor Gilberto. Ella sabía bien la negativa que iba a recibir, pero sentía una urgencia y desesperación por encontrar apoyo, ya que experimentaba que “colapsaba” día tras día.

En esa ocasión, como ocurre con la mayoría de los pacientes en este programa, dedicamos mucho tiempo a conversar con él. La gran mayoría de las personas que ingresaban al programa, debido a las limitaciones para comunicarse con personas fuera de su núcleo familiar o de sus cuidadores principales, aprovechaban el espacio con nosotros como una oportunidad para ser escuchadas. Considero que esto representa una gran ayuda, una parte fundamental en la consolidación de la confianza con los pacientes, ofrecerles todo el tiempo que necesiten para narrar sus historias.

Así sucedió con el señor Gilberto. Ese día, durante esta primera visita médica, relató la serie de eventos que habían ocurrido desde que había sufrido la caída, los motivos por los cuales se había negado a recibir atención médica (principalmente por el miedo de recibir malas noticias) y los problemas que se habían agravado en la relación con su pareja, al punto de considerar seriamente la posibilidad de separarse.

Al finalizar la primera consulta con el señor Gilberto, propusimos algunas ideas para abordar lo que, en ese momento, consideramos como la posible patología que padecía. La atención que requería ameritaba un manejo conjunto con un especialista en el área ortopédica, por lo que, después de una larga conversación en la que intentamos convencerlo, accedió a hacer el esfuerzo de desplazarse para realizarse los estudios necesarios.

Él aceptó y nos prometió que, tan pronto como tuviera los resultados, pediría a su pareja que los llevara para compartirlos con nosotros.

La espera no duró ni dos semanas, cuando apareció nuevamente la pareja del señor Gilberto en la oficina del programa con los resultados. Esta vez con una actitud diferente, amable, respetuosa, eufórica porque después de tantos meses había notado que el señor Gilberto estaba mostrando interés en querer mejorar.

Los resultados traían esperanza. Lo que padecía el señor Gilberto era una patología que, si seguía las indicaciones médicas, permitiría una completa mejoría en la realización de sus actividades.

Ese mismo día acudimos nuevamente a visitarlo, sería su segunda visita médica domiciliaria en menos de un mes (cuando a los demás pacientes los veíamos cada dos meses). Él era consciente del trato “especial” que recibiría al visitarlo con tanta frecuencia, ya que se le había comentado desde la primera consulta.

Aquello contribuyó a construir en él una nueva motivación y esperanza, pues más adelante nos confesó que recibir esa noticia le había dado ánimo al saber que su enfermedad podía mejorar.

Al informarle los resultados de sus estudios, le explicamos que padecía una enfermedad llamada espondilolistesis que, como señalan Mora-de Sambricio y Garrido-Stratenwerth (2014), consiste en el desplazamiento de una vértebra sobre otra y suele asociarse a eventos traumáticos. En el caso de Gilberto, la patología se originó tras una caída mientras bajaba las escaleras de su hogar, lo que desencadenó su problema de columna.

Asimismo, le explicamos que existían intervenciones de rehabilitación que podrían ayudarle a manejar el dolor y recuperar la funcionalidad necesaria para volver a caminar (Mora-de Sambricio y Garrido-Stratenwerth, 2014). Saber esto también le permitiría retomar sus actividades laborales y proyectar nuevamente su vida con mayor optimismo.

El señor Gilberto mostró un gran optimismo; estaba tan eufórico en ese momento que derramó algunas lágrimas. Durante gran parte de la consulta se mantuvo agradeciéndonos, repitiendo constantemente: “Muchas gracias, doctores”. Ese gesto nos llenó de felicidad y satisfacción, pues son momentos como ese los que nos motivan a seguir estudiando y esforzándonos por el bienestar de nuestros pacientes.

Para finalizar la consulta, entregamos al señor Gilberto y a su pareja una referencia para que iniciaran sus sesiones de rehabilitación. Ambos aceptaron con entusiasmo, y reiteramos la indicación de que, una vez que iniciara su primera sesión, acudiera nuevamente con nosotros para valorar su progreso.

La espera fue de aproximadamente dos meses. Debido a la gran carga de trabajo que se nos había presentado en ese lapso, no pudimos acudir a su hogar. Sin embargo, el día 13 de junio se presentó en la oficina del centro de salud. Para nuestra sorpresa, no era su esposa, como estábamos acostumbrados, sino el propio señor Gilberto, quien, apoyado en un bastón, se detuvo en el marco de la puerta y nos saludó con una sonrisa:

—Buenas tardes, doctores.

Era fascinante verlo; se notaba totalmente cambiado. Para empezar, se había cortado el cabello y rasurado la barba, algo que no había podido hacer durante un año debido a la dificultad para

desplazarse. Ese simple detalle hacía resaltar una juventud que siempre había estado presente, aunque antes permanecía oculta.

Había aumentado de peso y mencionó que ahora se alimentaba mucho mejor. Con respecto a la rehabilitación, el señor Gilberto nos comentó que le habían programado sesiones diarias durante una semana en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Desde la primera sesión, dijo haber sentido una notable mejoría en el dolor. Refirió que salió caminando del hospital y que, al llegar a su casa, pudo subir las escaleras sin la preocupación del dolor incapacitante que antes lo limitaba.

Era sorprendente el progreso que había logrado en tan poco tiempo. Incluso la relación con su pareja había mejorado drásticamente; a partir de la disminución del dolor, había comenzado a convivir nuevamente con su esposa, a conversar con ella y a compartir momentos que antes habían perdido. La idea del divorcio había desaparecido de sus conversaciones, y en su lugar surgió un nuevo tema: la posibilidad de tener hijos.

El señor Gilberto se mostraba muy contento; incluso nos pidió que, a partir de ese momento, ya no acudiéramos a su hogar para realizar la visita médica domiciliaria, pues deseaba presentarse personalmente en el centro de salud. Expresó que quería obligarse a caminar y mantener su independencia.

Desde entonces, no hemos vuelto a ver al señor Gilberto ni ha acudido al centro de salud para seguimiento. Lo último que supimos de él fue a través del área de Trabajo Social, que se comunicó para conocer su estado. Él comentó que había encontrado trabajo y que, debido a sus nuevas responsabilidades, se le dificulta asistir al centro de salud, pero que se encontraba estable, con dolor mínimo y disfrutando de esta nueva etapa de su vida.

Decidí abordar como caso de éxito la historia del señor Gilberto, pues me sorprendió la notable capacidad de recuperación que mostró en tan poco tiempo. La estrecha comunicación que mantuvimos con él desde la primera ocasión en que lo conocimos considero que fue un factor fundamental para establecer una relación médico–paciente sólida y recíproca.

Esta relación de confianza ayudó al señor Gilberto a encontrar esperanza y motivación, brindándole la certeza de que podía mejorar y recuperar su calidad de vida. Los beneficios que pueden lograrse al permitir que los pacientes narren sus propias historias son profundamente transformadores: un acto simple, pero significativo. El miedo a los diagnósticos y a los médicos

que inicialmente manifestaba el señor Gilberto se desvaneció cuando se le dio la oportunidad de expresarse libremente y sentirse escuchado y apoyado.

9. DE REGRESO A LOS CONSULTORIOS

Habían transcurrido ya los primeros seis meses del servicio social. Como parte de los requisitos para la liberación, debíamos tomar un diplomado titulado “*XII Diplomado en Salud Pública y Medicina Integral: Programa Salud en tu Casa*”, que se impartía cada viernes en la Clínica Condesa Iztapalapa. Aquellos viernes se convertían en un respiro: una pausa en la rutina del centro de salud y una oportunidad para reencontrarme con mis compañeros que también realizaban el servicio social dentro del programa.

Durante la última sesión nos comunicaron una noticia que ninguno esperaba: el programa llegaría a su fin después de más de diez años de funcionamiento y de haberse extendido a varios estados de la República.

La noticia nos entristeció profundamente. El programa era sólido y muy completo, aunque no estaba exento de limitaciones. Una de las más presentes era la falta de recursos, tanto para medicamentos como para estudios de imagen. En muchas ocasiones los pacientes presentaban cuadros sugestivos de neumonía; sin embargo, al no contar con radiografías de tórax ni con los fármacos adecuados, debíamos apoyarnos más en el juicio clínico y la experiencia que en la medicina basada en evidencia.

También vivíamos situaciones frustrantes con pacientes que, después de varios meses, lograban mantener controladas sus enfermedades crónicas—diabetes, hipertensión u otras—solo para descubrir que, en esa quincena, no había llegado el medicamento que requerían. Entonces tocaba reajustar su tratamiento, adaptándonos a lo que hubiera disponible en la farmacia del centro de salud.

A pesar de estas dificultades, siempre buscábamos alternativas creativas para brindar la mejor atención posible. Al inicio del servicio social tenía la idea un tanto inocente de que los algoritmos de la literatura podían cumplirse al pie de la letra, sin excepciones. Pronto descubrí que, en zonas con recursos limitados, esto era imposible. La falta de insumos básicos y medicamentos no solo entorpecía el tratamiento óptimo, sino que también generaba frustración tanto en nosotros como en los pacientes.

Sin embargo, el programa seguía adelante con buenos resultados. La mayoría de los pacientes mantenían estabilidad en sus enfermedades crónicas y un notable apego al tratamiento. Incluso aquellos en cuidados paliativos solían recibir una muerte sin dolor, una muerte digna. Además,

se forjaba un compromiso de cooperación por parte de pacientes y familiares. Que los visitáramos cada mes o cada dos meses para revisar su presión arterial, medir su glucosa capilar o simplemente expedir una receta para que un familiar acudiera por el medicamento, los motivaba a seguir las indicaciones.

Pero todo llegó a su fin. A veces parece que quienes toman decisiones en las políticas públicas de salud se rigen más por sus intereses que por el bienestar de la población. Desconocen o subestiman programas que han demostrado su eficacia durante años, y sus decisiones terminan afectando a quienes más los necesitan.

El último viernes del diplomado se nos confirmó que las actividades del programa desaparecerían. Tendríamos que dejar atrás la cercanía del hogar del paciente y regresar al refugio seguro del médico: el consultorio.

10. LA RENUENCIA AL CAMBIO

La transición para regresar al consultorio fue más difícil de lo que imaginaba. Durante meses había construido una rutina dentro del programa: llegar al centro de salud temprano, preparar los materiales para la revisión de los pacientes y concluir el día con las tareas de papelería que documentaban los manejos realizados. Todo ya tenía un orden, un ritmo propio. También había creado un vínculo profundo con los pacientes. Conocía sus historias, sus temores inmediatos y los que llevaban años arrastrando; con algunos, incluso había aprendido a reconocer el brillo de esperanza o el cansancio en su mirada. Por eso, la separación repentina me dejó una sensación de tristeza que, aunque callada, me acompañó durante días.

Los cambios se hicieron visibles desde la primera consulta. La manera de encontrarnos con los pacientes ya no era la misma, y para mí este fue el impacto más fuerte. Dentro del programa habíamos construido relaciones sólidas, casi familiares, edificadas a partir de visitas constantes, conversaciones sin prisa y un acompañamiento continuo.

Al pensar y reflexionar en ello, comprendo que el programa Salud en tu Casa ofrecía un modelo de atención que me parece el ideal, que se alinea con los principios que propone la Medicina Narrativa o la atención clínica centrada en la persona. Entrábamos al hogar del paciente, y con ello a su mundo: su familia, su entorno, su historia. Intentábamos un abordaje integral de sus padecimientos, siempre incluyendo al paciente y a su familia como protagonistas de su propio bienestar. No era solo una consulta: era una presencia constante, un seguimiento cercano que comprometía tanto a nosotros como al propio paciente y a quienes lo cuidaban.

En esas visitas domiciliarias, el tiempo dejaba de ser un enemigo. No había relojes dictando la duración de la consulta; era el paciente quien marcaba el ritmo. Y esa libertad, es el eje central de lo que quiero relatar en este capítulo.

A cualquier profesional se le concede el tiempo que su labor requiere: nadie le exige a un arquitecto diseñar una casa en un instante ni a un ingeniero fabricar un automóvil en unas horas. ¿Por qué, entonces, se espera que un médico atienda a un paciente en tan solo unos minutos? Hoy, una gran proporción de los pacientes suelen ser adultos mayores, que cargan con múltiples diagnósticos, toman gran cantidad de medicamentos y necesitan más tiempo para expresar cómo se sienten. La exploración física requiere calma, y las explicaciones, paciencia. Si aspiramos a que comprendan y sigan las indicaciones, no podemos limitar la consulta al mínimo. La atención médica necesita volver a respirar.

Muchos autores han reflexionado sobre esto. Izquierdo-Condoy y Ruiz-Sosa (2023) demostraron que cuando se le ofrece al paciente una consulta más larga, aumenta su percepción de calidad y de buen trato. El beneficio también alcanza al médico: una mayor duración reduce el estrés y disminuye el riesgo de *burnout* (Outomuro y Actis, 2013). Sin embargo, el tiempo disponible se va acortando por razones ajenas a la relación médico–paciente. Como señalan los autores Izquierdo-Condoy y Ruiz-Sosa (2023), hasta un 20% de la consulta puede perderse en trámites burocráticos que nada aportan al bienestar del enfermo.

Cuando volvimos al consultorio, pedimos a los pacientes del programa que estaban en mejores condiciones y conservaban cierta independencia que acudieran al centro de salud. Queríamos mantener su seguimiento y continuar con sus valoraciones. Ellos también sintieron el cambio. Muchos comentaban que hacía mucho que no pisaban un consultorio, pues habían sido atendidos siempre en su hogar. El simple hecho de desplazarse, esperar y entrar a un espacio distinto les resultaba extraño, casi ajeno.

En el consultorio, cada encuentro debía ajustarse a treinta minutos. Entre las ocho de la mañana y las dos de la tarde debíamos atender a quince pacientes. La diferencia era abrumadora: en el programa rara vez valorábamos a más de seis por día. El contraste no solo era numérico; era emocional, humano. Yo sentía que el tiempo se me escurría entre las manos, mientras trataba de ofrecer la misma cercanía que antes había sido tan natural.

Desafortunadamente, el personal médico del centro de salud tampoco brindaba apoyo en esta nueva situación. Establecer nuevas relaciones con ellos no resultó complicado, pero la dinámica era diferente. La gran mayoría de los médicos eran de mayor edad, con más de treinta años laborando en el centro de salud, y parecían deslindarse de su responsabilidad en la atención directa. Esto me dejaba con libertad para explorar a los pacientes, establecer el diagnóstico que mejor se ajustara a sus signos y síntomas y prescribir el fármaco más adecuado.

Sin embargo, todo debía realizarse dentro de los treinta minutos que duraba cada consulta. No había espacio para detenerse a escuchar más allá de lo estrictamente necesario. Muchos pacientes, al percibir el trato cercano que yo ofrecía, se sentían seguros para contar sus historias personales, pero eran interrumpidos de inmediato por el personal médico de base, recordándoles que el tiempo de la consulta había finalizado.

En multitud de ocasiones recibía preguntas como: “¿Solo treinta minutos, por qué tan poquito, doctor?” La situación era frustrante, tanto para los pacientes como para mí, pues el vínculo y

la atención integral que se había cultivado durante el programa parecía desvanecerse frente a la rigidez del tiempo y la burocracia del consultorio.

En general, así fue el desarrollo de la práctica médica durante los últimos seis meses del servicio social: consulta tras consulta, valorando paciente tras paciente y tratando de escuchar historias en un tiempo muy limitado. Algunos se mostraban reacios a ser escuchados; otros veían en ello una gran oportunidad para desahogarse. Todo esto, en mi caso, siempre con la firme intención de buscar estrategias de mejora que permitieran conectar de manera más profunda con las personas que acudían al consultorio.

CONCLUSIONES

La transición de la consulta médica realizada en los hogares al retorno al consultorio fue motivo de numerosas reflexiones a lo largo del año de servicio social, ya que me permitió comparar dos modelos distintos de atención médica.

Considero que una práctica médica adecuada, e incluso el ideal, es la que puede desarrollarse en la atención médica domiciliaria, pues promueve un modelo que profundiza en la dimensión humana, prioriza el bienestar integral del paciente y reconoce la importancia del diálogo, la escucha activa y el respeto a la autonomía del paciente en la toma de decisiones clínicas, tal como pude comprobar durante los primeros seis meses del servicio social. Sin embargo, este enfoque, o al menos los principios que son la base de la atención médica en el domicilio, también puede extrapolarse a la atención médica en el consultorio.

Aunque una de las principales barreras que pude percibir para establecer una relación médico-paciente sólida en este contexto es el tiempo limitado, identifiqué que muchos de los pacientes que acuden al centro de salud lo hacen desde hace varios años y son atendidos de manera constante por el mismo médico. Por ello, considero que cada consulta representa una valiosa oportunidad para profundizar en el conocimiento del paciente. En este sentido, una estrategia adecuada que implementé fue que en las consultas subsecuentes se dedicara una gran parte del tiempo a que el paciente explorara y narrara libremente las emociones asociadas a su enfermedad y compartiera las historias y significados que atribuía a su padecimiento. De esta manera, el papel del médico puede centrarse, o al menos intentarlo, en valores como la escucha activa, la atención plena y la empatía, elementos fundamentales para la comprensión del paciente y para un adecuado desenlace del acto médico, ya que la verdadera curación no depende únicamente de la técnica o los conocimientos académicos, sino también de la capacidad del médico para conectarse con el paciente en su totalidad (Sanz Latiesas, 2025).

Y para mí esto resultó satisfactorio con la mayor parte de los pacientes, que muchos de ellos regresaban y su actitud al estar en el consultorio mejoraba.

La importancia de identificar, en primer lugar, que existen problemas en la atención médica y, posteriormente, dedicar una parte significativa del tiempo a su estudio para finalmente proponer e implementar estrategias que mejoren esta relación, debería ser una tarea primordial para todos los médicos. Para generar cambios de mayor impacto, es necesario iniciar en la

práctica diaria, en lo personal y en la cotidianidad de la relación médico-paciente. Esto implica comenzar por permitir que los pacientes narren sus historias.

La génesis de estas ideas surgió, desafortunadamente, en una etapa avanzada de mi formación académica: durante el año de internado médico, ese periodo previo al servicio social en el que la teoría se confronta, por primera vez sin intermediarios, con la realidad. Fue entonces cuando choqué de frente con la medicina tal como se vive fuera de las aulas.

Hasta ese momento, mi aprendizaje había transcurrido entre libros subrayados, clases y una larga lista de conceptos que memorizar. Pero el hospital me mostró otra dimensión: estar frente al paciente no era repetir algoritmos ni recitar diagnósticos diferenciales, sino intentar comprender a una persona concreta, con miedos, silencios, historias y contextos que no cabían en los manuales.

Comprendí también lo difícil que resulta desprenderse del modelo rígido que impera en muchas facultades de medicina, donde el abordaje del paciente suele centrarse casi exclusivamente en el aspecto biológico de la enfermedad. Ese enfoque, aunque indispensable, deja fuera una parte esencial: la experiencia humana del padecer. Y fue en ese descubrimiento, a veces incómodo, a veces revelador, donde comenzó a gestarse en mí la necesidad de mirar la medicina desde una perspectiva más narrativa y más humana.

DECLARACIÓN DE USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

En el desarrollo de este trabajo académico, hice uso de herramientas que basan su funcionamiento en la inteligencia artificial como apoyo principalmente para la correcta redacción (corrección de faltas de ortografía, puntuación, sintaxis) y mejorar la coherencia del texto académico, al generar un orden y estructura a las ideas que escribía.

Fungió además como apoyo en la búsqueda de información complementaria o de ejemplos de textos ya descritos previamente de lo que consiste la medicina narrativa, tema principal de este texto académico, recurso de mucha ayuda ya que me permitió tener un punto de inicio para la escritura. Además de soporte en la traducción de artículos en idioma inglés para una mejor comprensión de los textos y hacer uso de ellos para la generación de ideas.

No hice uso de la inteligencia artificial para la generación del análisis crítico ni la creación de las historias que desarrollé en el texto. No reemplazó mis opiniones, ideas, comentarios o el contenido de las narraciones, totalmente desarrolladas a partir de las experiencias vividas en el servicio social.

REFERENCIAS

Bohórquez, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico-paciente. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*, 6(3), 24–33.

Cacace, P. J., & Giménez-Lascano, G. (2022). Modelos de atención centrados en la persona: Evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 9(2), 63–72. <https://doi.org/10.24875/rmf.21000070>

Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286(15), 1897–1902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>

Charon, R. (2011). Entrevista a la Dra. Rita Charon en Nueva York. *IntraMed*. <https://www.intramed.net/content/69837>

Cuba-Fuentes, M., Contreras Samamé, J. A., Ravello Ríos, P. S., Castillo Narro, M. A., & Coayla Flores, S. A. (2016). La medicina centrada en el paciente como método clínico. *Revista Médica Herediana*, 27(1), 50–59.

Davis, M. (2014). *Planeta de ciudades miseria*. Ediciones Akal.

Emanuel, L. L., & Emanuel, E. J. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En *Bioética para clínicos* (pp. 109–126). Ed. Triacastela.

Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J., & Pifarré, J. (2016). La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria*, 48(1), 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.012>

Gómez, S. (2019). *Cómo dar malas noticias en medicina*. Editorial El Manual Moderno.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). *Detección y manejo del colapso del cuidador* (Guía de Práctica Clínica IMSS-781-15). <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/781GER.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Censo de Población y Vivienda 2020*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>

Izquierdo-Condoy, J. S., & Ruiz-Sosa, C. (2023). Duración de la consulta médica y tiempo de espera: ¿Existe un punto de equilibrio para el médico y el paciente? *Revista Salud Uninorte*, 39(2), 810–817. <https://doi.org/10.14482/sun.39.02.843.816>

Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Supl. 3), 7–17. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002

Marrón, S. (2018). ¿De qué hablamos... cuando hablamos de narrativa médica? *Fronteras en Medicina*, 13(2), 103–107. https://adm.meducatium.com.ar/contenido/articulos/15801030107_1113/pdf/15801030107.pdf

Mora Anto, F., Flores, G. I., & Rovetto, P. A. (2015). La narrativa médica, una herramienta que humaniza. *Revista Estudios*, 31 (Especial: Entre literatura y medicina. Narrativas de la enfermedad en Hispanoamérica, el Caribe y España). <https://doi.org/10.15517/re.v0i31.22733>

Mora-de Sambricio, A., & Garrido-Stratenwerth, E. (2014). Espondilolisis y espondilolistesis en niños y adolescentes. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 58(6), 395–406. <https://doi.org/10.1016/j.recot.2014.05.009>

Munné Díaz, C., Grau Solà, M., & Torreño Sánchez, M. (2013). Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (Clinical case: Creutzfeldt-Jakob disease). *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 37(1), 29–32. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2013.04.006>

Outomuro, D., & Actis, A. M. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Revista Médica de Chile*, 141(3), 361–366. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000300012>

Patiño Restrepo, J. F. (2012). ¿La tecnología amenaza la relación médico-paciente? *Revista Colombiana de Cirugía*, 27(2), 97–98.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S201175822012000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Pino Andrade, R. (2020). Medicina narrativa en el diagnóstico médico. *Colombia Médica*, 51(1), e4339. <https://doi.org/10.25100/cm.v51i1.4339>

Rodríguez, M. (2008). *Relación médico-paciente*. Ed. Ciencias Médicas.

Rodríguez Sanz, J., et al. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(7), 401–409. <https://medfam.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2023/06/Aspectos-clave-de-la-CNV.pdf>

Sanz Latiesas, X. (2025). Persona y paciente: La relación médico-paciente desde una mirada humanista. *RAED Academy*. <https://raed.academy/wp-content/uploads/2025/02/Persona-y-paciente-La-relacion-medico-paciente-desde-una-mirada-humanista-Xavier-Sanz-Latiesas.pdf>

Secretaría de Economía. (s. f.). *Perfil geográfico de Coyoacán*. Data México. <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/coyoacan>

Urday-Fernández, D., & Cuba-Fuentes, M. S. (2019). Medicina narrativa. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1). <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15880>