

## **La Relación Médico-Paciente. Algunos factores asociados que la afectan.**

*Physician-patient  
relationship.  
Some associated  
factors involved.*

**Acad. Dr. Jorge Sánchez  
González\***

**\*Director General de Difusión  
e Investigación de la  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico.**

Palabras clave: Relación médico-paciente, medicina defensiva, dicotomía, telemedicina, tercer pagador, ética y humanismo.

Key words: physician-patient relationship, defensive medicine, dichotomy, third payment, ethic and humanism.

### **RESUMEN:**

*El médico y el equipo de salud son sometidos a cambios en su habitual forma de actuar; por otra parte, el paciente ha modificado su condición, -merced a lo accesible del conocimiento-, tiene ahora un mayor nivel cultural y conoce mejor sus derechos como ciudadano y como consumidor. Hoy en día, el binomio médico-paciente suele ser más complejo, a menudo un nuevo integrante se suma, el que está representado por los sistemas públicos o privados de salud y, por otra parte, la transformación del paciente en derechohabiente o usuario. Ello induce a que la relación se vea interferida y se convierta en una relación médico-institución-paciente, médico-administración-paciente o médico-norma-paciente. Como se vislumbra en este breve análisis reflexivo, la relación clásicamente binomial entre médico-paciente, ubicados frente a frente en la privacidad de un consultorio, y generada con el único objetivo de recuperar la salud del enfermo, ha cambiado radicalmente y evoluciona de manera constante. Rev. CONAMED. 2007;12(1):20-28.*

Es un hecho irrefutable que la dinámica social hoy en día transforma todas las esferas de interacción del ser humano, por ende, la relacionada con la salud no podía dejar de ser afectada. En el momento actual, la relación médico-paciente (RM-P) está siendo incidida por diferentes factores, más rápido que nuestra reacción de adaptación. El médico y el equipo de salud son sometidos a cambios en su habitual forma de actuar y por otra parte, el paciente ha modificado su condición, -merced a lo accesible del conocimiento-, tiene ahora un mayor nivel cultural y conoce mejor sus derechos como ciudadano y como consumidor. Vivimos todos, sin duda, intensamente la era de la información.

Varios años antes de que terminara el siglo XX, esta relación era primordialmente interpersonal -en el interior del binomio evidente: médico y paciente (BM-P)-. Rápidamente fue cambiando y tornándose más compleja por una influencia multifactorial, adicional a lo mencionado. Hoy en día, el BM-P suele ser más complejo, a menudo un nuevo integrante se suma, el que está representado por los sistemas públicos o privados de salud y, por otra parte, la transformación del paciente en derechohabiente o usuario. Ello induce a que la relación se vea interferida y se convierta en una relación médico-institución-paciente, médico-administración-paciente o médico-norma-paciente. Luego entonces, la tradicional relación se ha desvanecido, o por lo menos transformado profundamente, y una gran proporción de médicos no ha logrado evolucionar o acondicionar su actuar con la celeridad conveniente. La RM-P persiste y debemos hacer el esfuerzo de mantenerla incólume, pero con las adecuaciones sociales necesarias. Ya que no se concibe el ejercicio médico sin paciente ni se puede hablar de un paciente si no está expuesto al ejercicio médico, por ello se tiene que reflexionar y aceptar los cambios y las transformaciones que ha sufrido, imperceptibles en algunos momen-

tos para los profesionales de la salud. Reconocerlo es el primer paso para su mejoramiento. <sup>(1-4)</sup>

Es por ello que el presente trabajo aborda el problema proponiendo sea un ejercicio reflexivo sobre los puntos focales de la relación médico-paciente, de los cuales se habla con mayor frecuencia en los foros académicos. Antes de continuar, debemos partir de una de las tantas definiciones que se han publicado sobre la RM-P, la que dice que: *Es la interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.* <sup>(5)</sup>

Desde el momento que una persona percibe que pierde la salud, inicia un proceso que lo ubica primero como enfermo y luego como paciente. Para el médico es importante conocer el significado que el paciente da a la enfermedad -comprendiendo a cabalidad la cosmovisión del individuo-, con el fin de ubicarse en posición de apoyar al paciente y también a su familia, superar mitos y ofrecer aquella información útil y actualizada que les facilite la toma de decisiones durante su proceso de atención, tanto en etapas diagnósticas como terapéuticas. La buena clínica exige el conocimiento de la enfermedad y del padecer, es decir, a la persona enferma, considerada como entidad bio-psico-social. En otras palabras, hay que conocer al ser humano que se encuentra detrás de los síntomas, signos y alteraciones de laboratorio y gabinete; el ser que parece estar desapareciendo de la escena en estos tiempos modernos de utilización excesiva de la tecnología, así como del burocratismo y la mercantilización de la medicina. Es fundamental identificar los recursos que existen en la comunidad para apoyar la solución de los problemas de salud, los cuales han sido descritos por Smilkstein con el acróstico SCREAM (Sociales, Culturales, Religiosos, Educativos, Económicos y Médicos). Whinney revisa por etapas, el proceso para llegar a ser enfermo y después paciente, las cuales se describen en el CUADRO 1. <sup>(6,7)</sup>

**Cuadro 1: Las condiciones de enfermo y de paciente. Etapas de McWhinney**

Proceso para llegar a ser enfermo	Proceso para llegar a ser paciente
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La persona percibe una alteración en su desempeño o función habitual.</li> <li>2. La alteración es considerada un problema de salud o enfermedad.</li> <li>3. Se intenta alguna solución del tipo de la automedicación.</li> <li>4. La familia es usada como la primera línea de recursos.</li> <li>5. Se buscan otros recursos no profesionales como: vecinos, curanderos o encargados de farmacia.</li> <li>6. Se pueden consultar otros recursos profesionales no médicos como: enfermeras, nutricionistas o terapeutas, entre otros.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se consulta con un médico.</li> <li>2. Se inicia el proceso diagnóstico.</li> <li>3. Se inicia el proceso terapéutico y</li> <li>4. La enfermedad evoluciona hacia la curación, la cronicidad y/o la muerte.</li> </ol>

\* Fuente: Garza-Elizondo T, Ramírez-Aranda J. Proceso para llegar a ser enfermo y paciente: una perspectiva desde la medicina familiar. Arch Med Fam 2004; 6 (2): 57-60.

La RM-P es esencial para la atención sanitaria y ha sido profusamente investigada, pero los estudios se han enfocado poco acerca de los conocimientos, percepciones y actitudes que los médicos poseen sobre ella. Una buena relación médico-paciente viene definida por la existencia de confianza. La confianza existe cuando el paciente está dispuesto a exponer sus problemas, la actitud del médico de mostrar interés y garantizar la confidencialidad, facilita la confianza necesaria para que el paciente exponga sus problemas. <sup>(8)</sup>

Se establece a través de algunas habilidades y destrezas necesarias para propiciar la interacción humana, que a su vez influye en la forma y calidad de la misma entrevista para producir los datos necesarios para el diagnóstico, dar aliento y permitir la liberación de la tensión del paciente que se dan gracias a algunas habilidades de comunicación como la escucha activa, la empatía y conducta centrada en el paciente. La genuina RM-P la que es capaz de generar la atmósfera de confianza, de fe, de comprensión y de respeto, que permite al paciente revelar sus más íntimos pensamientos y sentimientos, cuyo conocimiento puede aportar la clave del diagnóstico. Más aún, en ocasiones, hay que ir más allá, hasta la empatía ya mencionada, «relación yo-tú» o «dimensión transpersonal». No es posible subestimar su valor diagnóstico y terapéutico. Es la que permite, no sólo entender al paciente, sino sentir lo que está sintiendo.

La respuesta empática es una técnica que consiste en tres pasos:

- 1) Identificar la emoción,
- 2) Identificar la fuente de la emoción,
- 3) Responder de manera que demuestre al paciente que uno ha establecido la conexión entre los dos pasos previos.

El médico debe expresar interés y disposición a ayudar al paciente y eso requiere que transmita al paciente que le va a dedicar tiempo y atención y que será respetado, asumiendo los problemas del paciente y ayudándole a resolverlos teniendo en cuenta sus deseos y expectativas. <sup>(9)</sup>

Los elementos que facilitan al médico una buena relación médico-paciente son: Conocimientos médicos sólidos, autoconfianza fundada en la competencia, control emocional, cordialidad, empatía y flexibilidad. Y más aún, ahora desde la perspectiva de los médicos, se ha descrito a la Medicina Asertiva, como una propuesta que combate la medicina defensiva y que ayuda a mejorar la RM-P, disminuyendo la desconfianza y la inconformidad derivada del acto médico. <sup>(10)</sup>

En concordancia con la expectativa hoy explícita de los pacientes -derivado de los notables cambios en el rol que desempeñan-, ahora desean que se observen sus preferencias en el momento de tomar una decisión sobre su salud o un tratamiento determinado y la resistencia o poco observancia del equipo de salud en ello, se han definido múltiples modelos para explicar los diferentes estilos de interacción que se presentan en la RM-P. Hoy se concibe

como un sistema de interacciones recíproco, tanto intelectual como emocional, que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno como el otro: sus valores, sus expectativas, sus temores, sus conocimientos, que a veces alcanzan un nivel de confrontación y debate. Este debate llevó a Ezekiel y Linda Emanuel a definir en 1992 los cuatro modelos de la relación médico-paciente: paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo. El modelo al que debemos evolucionar en nuestros días, tratando de alcanzar las expectativas de nuestros pacientes es el deliberativo, correspondiente al modelo bio-psico-social, de atención integral, que aborda y satisface los ocho niveles de salud en las personas, cada uno de ellos con sus necesidades específicas de atención, las cuales deben ser cubiertas. <sup>(11)</sup>

Un elemento que establece el tono de la relación médico-paciente es el manejo y dirección de la autoridad. Cuando es una relación basada en la confianza y la credibilidad, donde el paciente reconoce y trata al médico como tal, y éste reconoce y trata al paciente como persona, no como objeto, se produce la justa autoridad, a diferencia del autoritarismo. Hay que recordar que autoridad viene de *augere*, que significa "aumentar, mejorar, agrandar", por lo cual va más allá de la definición habitual que habla del reconocimiento o legitimación del prestigio de una persona por su calidad y competencia en alguna materia, en la intención de *perfeccionar*, como en el modelo deliberativo, en el cual hay un reconocimiento de la "otredad", el encuentro de una confianza con una conciencia. <sup>(12)</sup>

Al estudiar el tipo de relación que se presenta entre médico y paciente, encontramos que no existe un modelo único, y que siempre está influido por aspectos cognitivos de ambos integrantes del binomio. Lo que queda claro es que el mayor esfuerzo lo deben realizar los profesionales de la salud. El médico debe tener la responsabilidad y capacidad de adoptar un estilo para cada tipo de paciente. La cosmovisión de la enfermedad pone en evidencia que en cada paciente influyen, en diferente magnitud, los factores psicológicos, familiares, sociales y ambientales en los que se desarrolla.

### EL TERCER PAGADOR EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

Como hemos comentado al inicio, la relación médico-paciente ha dejado de ser un baile entre dos, pues intervienen y algunas veces, obstaculizan en esta interacción, otros actores como los llamados "terceros pagadores" o "medicina prepagada", es decir, la aportación de una cuota fija previa a atención médica. La influencia de la medicina prepagada es un aspecto a considerar a partir de dichos modelos relacionales, ya que propicia una RM-P «socialmente institucionalizada». Frente al nuevo entorno laboral, caracterizado por el sostenido aumento del costo de la salud, se han establecido nuevos mecanismos de control, incluyen-

do pago por adelantado, grupos relacionados con el diagnóstico, revisiones de utilización, acuerdos de proveedor preferido y diversas formas de medicina gestionada. La empresa de medicina prepagada o “tercer pagador” cobra las cuotas de sus asociados y para su atención debe contratar los servicios de los prestadores o efectores. La empresa intenta minimizar los gastos (los honorarios de los médicos y las prácticas asociadas). Los médicos e instituciones prestadoras, por su parte, intentan maximizar sus beneficios por diferentes medios. Y aquí surgen los problemas de la fijación de aranceles y de la dicotomía. ¿A quién le corresponde establecer los aranceles? ¿Bajo qué criterios? ¿De qué manera afecta la dicotomía en la indicación de estudios y en la selección de laboratorios? La atención médica tiene un alto costo, y se requieren mecanismos para hacer a los sistemas de salud más eficientes y eficaces. Una de las “soluciones novedosas”, son las redes de atención médica controladas por compañías privadas de seguros. Los seguros de salud han generado diferencias entre los pacientes y sus médicos, no propiciados por ellos, sino por un tercero que interviene la relación, que tradicionalmente era directa. En México, el número de personas que ha contratado seguros de gastos médicos creció 75 por ciento en seis años y la tendencia aumenta, al punto de que se espera se duplique el actual número de usuarios en menos de cinco años. <sup>(13)</sup>

El modelo del tercer pagador en medicina que se instala en nuestro país son las llamadas Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), que son definidas como “sociedades autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) que tienen como objetivo prestar servicios para prevenir o restaurar la salud del asegurado en forma directa, con recursos propios, es decir, con sus propias instalaciones; mediante terceros, red de médicos prestadores de servicios; o en combinación de ambos, a través de acciones que se realicen en su beneficio”. Están orientados hacia el primer nivel de atención y al cuidado preventivo para el mantenimiento de la salud de la persona. <sup>(14)</sup>

En la teoría, el tercer pagador logra un mejor rendimiento del sistema de salud, al permitir una adecuada planeación de necesidades de personal, infraestructura y recursos, haciendo eficiente la asignación de recursos, contener costos y ofrecer equidad a los usuarios en la obtención de servicios. <sup>(15)</sup>

Existen diversos «modelos» de pago a los prestadores de servicios, que pueden resumirse en cuatro esquemas: pago por evento, pago por capitación, pago fijo o salario y pago por calidad.

La observación ha mostrado que en todos los modelos puede producirse un menor incentivo a la eficiencia, a la oportunidad y a la calidad, de acuerdo a los intereses del Tercer pagador, del médico y a veces del mismo paciente. En el caso del pago por «evento», la retribución que el médico recibe es la misma, independientemente de la dificultad del caso o de la calidad de la atención que se ofrece, por lo que para obtener mayores ingresos el médico podrá

buscar —en forma consciente o inconsciente— un mayor número de “eventos”, promoviéndose así la realización de consultas, estudios o intervenciones no indispensables; esto no parece preocupar al paciente, pues le permite la utilización de los servicios en el momento y las veces que lo considere necesario, siempre que esté dentro de los servicios contratados por su póliza, encareciendo en muchos casos las primas de atención e incrementando el gasto de dicho sistema de salud. El pago por «capitación» consiste en el pago de una «costa» por cada paciente independientemente de las intervenciones que requiera, con lo cual se estimulan las acciones preventivas y el cuidado de los pacientes, aunque promueve la referencia excesiva, la selección de pacientes e incluso la subutilización de los servicios promovida por los prestadores. En el caso de pago «fijo» (salario), desestimula la competencia por pacientes, no se premia la eficiencia y fomenta la indiferencia y rutina del trabajo médico. El pago a la calidad promueve el compromiso del personal hacia mejorar la relación médico-paciente y los resultados, pero tiene la desventaja de que la calidad es difícil de medir. <sup>(16)</sup>

Existen opiniones acerca de que la medicina prepagada propició que en Colombia y Estados Unidos se otorgara una medicina de baja calidad, con poca satisfacción de las necesidades de los pacientes y una gran frustración profesional de los médicos, pues el objetivo principal de este modelo no es ya la atención a la salud por sí misma, sino la búsqueda de ganancia financiera. <sup>(13-18)</sup>

No hay un modelo ideal. Cada sistema debe elegir su modelo (o varios modelos) de acuerdo a los riesgos médicos y financieros que estén dispuestos a aceptar. El punto central debe ser el respeto a la relación médico-paciente que para basarse en la confianza requiere de la libre elección del médico por parte del paciente y de la libertad prescriptiva por el médico. La ética y la reflexión de la profesión médica no pueden ser sujetas a variables de mercado.

El paciente asociado, a su vez, cuenta con pocos incentivos para controlar los gastos que demande su atención, ya que paga una cuota fija, independientemente del número o tipo de atenciones que requiera o desee. Una consecuencia habitual del problema del tercer pagador es que los gastos resultan excesivos y se realizan más eventos médicos que los necesarios y el paciente termina pagando cuotas más altas de las que resultarían en caso de existir un mejor mecanismo de financiación. ¿Cómo establecer un mecanismo menos “injusto”? Por ejemplo, en el caso de los pacientes graves, cuando se “consume” el monto del seguro y el tercer pagador se desentiende de los siguientes gastos del paciente. Sin duda se genera una falta de atención médica e insatisfacción, cuando no un problema mayor. <sup>(18)</sup>

Estos mecanismos a menudo condicionan y reducen la fidelidad del médico hacia el paciente a través de una mezcla de incentivos y medidas disuasorias, que a veces ponen el interés del médico, en conflicto con el mejor interés del paciente, produciendo serios conflictos éticos. <sup>(16,18)</sup>

En este punto de la reflexión, surgen varias interrogantes que deben encontrar solución: ¿Cuál es el principal conflicto de intereses que enfrentarán los médicos? ¿Es necesario desarrollar un nuevo modelo de educación médica que incorpore estos temas y enfoques? Por otra parte, las restricciones de las aseguradoras al uso de recursos terapéuticos: ¿Mejoran la responsabilidad del médico en su utilización o limitan la calidad de la medicina? ¿Cómo lograrán los médicos mantener su lealtad a las instituciones así como a los pacientes? Todos estos arreglos pueden generar en el médico un incentivo para limitar la atención a los pacientes, situación al menos en principio muy preocupante. El paciente está en una posición muy diferente cuando el médico tiene incentivos para restringir los tratamientos necesarios, que cuando el médico tiene incentivos para ofrecer los tratamientos innecesarios. En la última situación, los pacientes pueden obtener otra opinión. En la primera, los pacientes pueden ignorar la necesidad de un tratamiento porque nadie se lo ha recomendado. En todo este problema, ¿cuál es la percepción de los pacientes? ¿Cambian sus expectativas? ¿Confían menos en un médico “de red”? ¿Solicitan más atenciones de las necesarias? ¿Son más propensos a conflictos con el médico?

Estas interrogantes se relacionan estrechamente con dos temas muy relevantes, que involucran el cambio de prioridades del médico como guardián del bienestar físico, psicológico, sociocultural e incluso económico del paciente, hacia la visión del paciente como una “fuente de ingresos” o incluso como un “enemigo”: me refiero puntualmente a la dicotomía y a la medicina defensiva, respectivamente. Estos dos fenómenos representan desviaciones sobre la vocación del médico, cuya razón debiera ser el bienestar del paciente.

### EL CONFLICTO DE INTERESES EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

En 1990, el Colegio Americano de Médicos publicó un documento de posición titulado “Médicos y la Industria Farmacéutica” para puntualizar la ética entre las relaciones médico-industria farmacéutica. Además de la relación con esta industria, los médicos están siendo presionados por nuevas industrias emergentes, como la biotecnología, la fármaco-genética y el comercio electrónico, en donde los conflictos de interés potenciales, reales o percibidos resultan perversos. <sup>(19)</sup>

Los médicos y la industria farmacéutica tienen el interés compartido de avanzar en el conocimiento médico. A pesar de ello, la base ética del médico es promover los mejores intereses del paciente, mientras que la de la industria es volverse rentable. En los Estados Unidos, los cuerpos de regulación profesional, la industria farmacéutica y el gobierno han decidido que los médicos y los fabricantes de medicamentos requieren mayor control en sus relaciones. En

2002, las tres principales organizaciones americanas; la Asociación Médica, El Colegio de Médicos y el Consejo de Acreditación para la Educación Médica Continua, desarrollaron o actualizaron sus lineamientos para regular la interacción entre los médicos y las compañías farmacéuticas. Derivado de esto, en julio de 2002 la industria adoptó un código de conducta para sus integrantes. En abril de 2003, la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos, desarrolló otros lineamientos con los que los productores fueron urgidos a cumplir para con sus obligaciones. <sup>(20)</sup>

Pero, ¿por qué se ha presentado un repentino interés en esta relación? Una serie de fuerzas parecen estar en desarrollo. Primero, hay una creciente preocupación dentro y fuera de los círculos médicos, en relación a la influencia que el mercado farmacéutico puede ejercer sobre el cuidado del paciente. Segundo, algunos programas de cobertura de daños a la salud norteamericanos han adoptado programas de prescripción de medicamentos con fuerte carga costo-beneficio y tercero, la presencia de un cuerpo de leyes federales que pretenden evitar el fraude y el abuso. <sup>(21)</sup>

Ética y profesionalmente la evaluación objetiva de la información médica es crítica para decidir las mejores prácticas clínicas (beneficencia) y evitar riesgos a la seguridad del paciente (no maleficencia). Varios estudios recientes examinan las prácticas de prescripción, la elección de fórmulas y la valoración de información médica. Los médicos frecuentemente evitan reconocer que sus decisiones pueden estar afectadas por los “obsequios comerciales y servicios”; las investigaciones demuestran una fuerte correlación entre los beneficios recibidos por la industria y la preferencia de sus productos. Los “obsequios” otorgados por la industria contribuyen a un rápido incremento de los costos, específicamente los relacionados con recetas de prescripción. El gasto del menudeo en prescripciones se ha incrementado rápidamente a más del doble, de 64.7 billones de dólares a 132 billones entre los años de 1995 y 2000. La industria gasta más de 11 billones al año en la promoción y mercadeo de los cuales 5 billones son para sus representantes de ventas. Se estima que la Industria gasta entre 8,000 y 13,000 dólares por año en cada médico. <sup>(21)</sup> Las preocupaciones sobre el conflicto de interés en medicina se han enraizado en el supuesto de que los juicios del profesional sobre el bienestar del paciente pueden ser inapropiados influidos por intereses secundarios. Una compañía farmacéutica tiene como meta primordial el maximizar la venta de sus productos, el médico no comparte este objetivo, pero es el principal actor en la conducción de las ventas. Un conflicto de interés existe cuando un interés primario ya sea ético o profesional choca contra intereses financieros, situación frecuente en la práctica médica. Que puede pasar desapercibida si no se cuenta con las bases para su análisis y se convierte en una “forma” natural del actuar profesional. <sup>(19-21)</sup>

Desde hace años, esta área era de interés primordial para los eticistas y otros interesados en las amenazas propuestas por las decisiones clínicas tomadas por la creciente influencia de las compañías farmacéuticas. Al día de hoy, las organizaciones de profesionales, la industria farmacéutica y otras agencias gubernamentales en Estados Unidos están activamente interesadas en definir los límites de las conductas aceptables, en México se ha iniciado un movimiento desde diferentes asociaciones de profesionales, las que se han acercado a los legisladores para su observación desde las leyes.

La industria farmacéutica y de cuidado de salud tienen la oportunidad de maximizar el campo en el que son líderes, en lugar de ser blanco de iniciativas regulatorias a través de un continuo desarrollo y refuerzo de fuertes estándares éticos que regulen la relación entre médicos y las compañías farmacéuticas.

Es falta de ética el que los profesionales utilicen recursos por encima de lo clínicamente necesario o que de manera inadecuada refieran a servicios y estudios en su propio beneficio, así como el participar en cualquier arreglo que reúna la generación de recursos explícita o implícitamente con equipos o facilidades de uso o ventajas.

No toda la relación médico-industria es negativa, el apoyo que se brinda para el desarrollo de cursos, congresos, investigaciones, revistas y demás avances del conocimiento es importante, el problema es situar correctamente la línea divisoria entre los factores éticos y económicos en beneficio del paciente y de nadie más.

### MEDICINA DEFENSIVA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

El cambio de postura del paciente en su transformación hacia una persona más demandante, llevó al médico a desarrollar un mecanismo para evitar ser demandado por motivos injustificados, consecuencia, el médico buscó contar con el mayor número de evidencias que demostraran su capacidad y se vió orillado en países como Estados Unidos a implementar este mecanismo; en ese país el 90% de los médicos acepta tener práctica defensiva. En México el problema alcanza el 23%, de acuerdo a los datos de una encuesta nacional realizada por CONAMED. <sup>(24-27)</sup>

La medicina defensiva es la obtención de datos, su registro en el expediente y el desarrollo de estudios de laboratorio y gabinete que no son necesarios para apoyar el diagnóstico presuncional del médico, de acuerdo con el cuadro clínico que presenta el paciente, sino para prevenir un litigio o una demanda, en caso que se presente. <sup>(28)</sup> ¿Cómo afecta la medicina defensiva la relación médico-paciente? Los aleja y los hace aparecer como enemigos uno del otro, encarece la medicina y, desde luego, carece de una base ética y económica. <sup>(10, 26-27)</sup>

Las instituciones juegan un papel favorecedor de la medicina defensiva al tolerar e incluso fomentar la cultura

de la persecución, en lugar de asumir los errores como un problema sistémico. Y como parte de este sistema, es la visión del profesional de la salud como integrante de un equipo, dentro del cual las relaciones *interprofesionales* suelen estar lejos de ser óptimas.

### RELACIONES DENTRO DEL EQUIPO DE SALUD Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

La relación del médico con el equipo de salud es una relación de cooperación que debiera ser básicamente equitativa, aunque lo más frecuente es que no lo sea. Puede involucrar jerarquías operativas o de conocimiento:

- Médicos internos de pregrado, Residentes, Adscritos, Jefe de Servicio, Decano, Director.
- Médico general, médico especialista, médico subespecialista.
- Interespecialidades.
- Interprofesiones: médico-médico, médico-enfermera, médico-técnico.

¿Cómo podemos establecer un sistema de colaboración menos jerárquico y más democrático? ¿Es esto posible y conveniente?

Toda interacción involucra emociones, tanto positivas como negativas, conscientes o inconscientes: empatía, colaboración, respeto, apoyo, respaldo, satisfacción profesional, competitividad, desconfianza, agresión, superioridad-inferioridad. ¿Cuáles son las predominantes? ¿Cómo podemos aprender a controlarlas?

Como inicio, es importante considerar en todo momento el papel del equipo:

- El médico no está solo, puede acompañarse y apoyarse en el equipo. Es conveniente que los médicos conozcan el alcance de los conocimientos y destrezas de los miembros no-médicos del equipo de salud, y estar dispuestos a pedir ayuda.
- La responsabilidad individual no desaparece por el hecho de trabajar en equipo, sin embargo, la Ley establece que el médico es el líder del mismo.
- Recordar siempre que todos los miembros del equipo son profesionales y especialistas en su campo.
- Los equipos de trabajo se construyen todos los días.

La relación médico-médico es una relación interprofesional muy compleja. Cuando se requiera la intervención de dos o más médicos para la asistencia de un paciente, ¿cómo se deberá conducir cada uno? Los límites del mutuo respeto se establecen decidiendo en común la conducta a seguir en cada caso. <sup>(30-31)</sup>

El médico atenderá a todo enfermo que se le dirija aunque no lo sepa el médico que lo trató anteriormente, pero se comunicará con éste para transmitirle sus conclusiones, salvo que éste se oponga. En esta relación es muy importante atender al Código Ético de la profesión, conocimiento poco divulgado y que es una responsabilidad poco cumplida.

da por los colegios profesionales, una tarea, en general pendiente. <sup>(32)</sup> Debemos reflexionar o tomar en consideración, como mínimo que:

- Los médicos no harán competencia desleal de los honorarios; es inadmisibles que unos colegas exploten económicamente (maquila) a otros.
- El médico llamado a actuar como perito no podrá brindar simultáneamente asistencia al mismo paciente. El paciente podrá negarse a ser examinado por el médico perito, quien, previamente, deberá informarle de su misión.
- ¿Qué pasa cuando se imbrican áreas de conocimiento (especialidades) clínicas o quirúrgicas? ¿Cómo se afecta la relación médico-médico?
- ¿Cuánta información debe dar un médico general o familiar sobre padecimientos que serán tratados por un especialista?
- ¿Qué actitud debe tomar el médico cuando el paciente acude a medicina alternativa?
- ¿Qué efectos tiene en la atención al paciente que exista una relación interprofesional conflictiva?
- ¿Qué debe hacer un médico u otro profesional de la salud cuando se percata que el manejo iniciado por otro profesional no es el adecuado?

### TELEMEDICINA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

Hablar de la RM-P y la telemedicina, implica reconocer que la tradicional relación personal entre médico y paciente ha tomado “distancia” desde la invención del estetoscopio de Pinard, pues la auscultación ya no se hizo colocando el pabellón auricular de manera directa sobre el paciente. Desde entonces, la tecnología ha creado nuevas herramientas de interconexión. Existen especialidades que han logrado su mayor desarrollo científico a través de estos instrumentos, como lo son la obstetricia, la neurología, la cardiología. ¿Son las tecnologías de la información barreras de la comunicación médico-paciente, o son “extensiones” de nuestros sentidos? Aún cuando existe una amplia reticencia del gremio médico hacia la telemedicina, por considerarla un factor de despersonalización, la realidad es que puede contribuir a acercar al médico y al paciente como personas, y mejorar la confianza entre ellos mediante dos características fundamentales: el acceso y la oportunidad. La *telemedicina* permite salvar muchas barreras, como lo son las geográficas, personales, económicas, lingüísticas, administrativas o temporales, permiten el acceso remoto y de áreas aisladas, mejoran la comunicación con el paciente y facilita la asistencia médica en lugares especiales. <sup>(32)</sup>

El mismo papel que desarrolló en su momento el teléfono, ahora lo vive el correo electrónico. Resolver la duda puntual sobre la medicación, sobre síntomas de alarma, sobre reacciones no contempladas, etc; son soluciones in-

mediatas a las preocupaciones cotidianas de los pacientes luego de la consulta. <sup>(33)</sup>

Entonces, ¿debemos rechazar la oportunidad de interacción estrecha que ofrece la atención a distancia? Un reclamo común de los pacientes sobre la atención ambulatoria en las instituciones públicas de salud, es que los médicos ni siquiera miran al paciente, no lo exploran, no “conectan” con su *padecer*. Entonces, ¿la “distancia” en la relación médico-paciente: es física o es emocional?

La telemedicina se ha desarrollado a pasos agigantados en la última década, incorporando herramientas como la teleconferencia o la transmisión de sonidos e imágenes, permitiendo que pacientes de poblaciones apartadas tengan acceso a atención médica especializada. ¿El interrogatorio realizado a un paciente en el consultorio es menos válido cuando se realiza en una sala de telemedicina? Certo es que no existe la posibilidad de la palpación ni percusión, y es ésta una deficiencia aún no superable por la telemedicina, pero ¿pueden ser la inspección y la auscultación tan buenas o mejores que en la consulta *presencial*?

Lo cierto es que el binomio médico-paciente es consustancial a la medicina y hay que compatibilizar los nuevos avances con una medicina humanizada en la que el paciente reclama, con base en su autonomía, cada vez más protagonismo.

En 1997 se efectuó una encuesta donde sólo 1 a 2 % de los médicos que usan Internet, había aceptado la comunicación electrónica como medio de la comunicación médico-paciente. Este grupo dispuso un horario de consultas a través del correo electrónico y señaló los siguientes beneficios: Es una forma de comunicación eficaz que disminuye el tiempo que normalmente se tarda en contestar las preguntas de los pacientes por teléfono, permite a los médicos contestar en los momentos más convenientes, lo que ayuda a controlar y organizar mejor su tiempo; enriquece el informe médico porque permite obtener un tipo de información del paciente que es muy difícil de conseguir a veces cara a cara ó por teléfono; se pueden transmitir elementos de multimedia o pequeños fragmento de vídeos. Desventajas: están preocupados por su falta de privacidad e integridad. <sup>(34)</sup>

Otra encuesta midió la popularidad de este método de consultas en 1223 pacientes, donde todos la dieron como muy buena y los pacientes calificaron este tipo de consulta como una forma completa y regular del cuidado de su salud. <sup>(35)</sup>

Resulta necesaria la participación tanto del grupo médico, de las instituciones y de la sociedad en conjunto, para elaborar la normativa específica que regule el uso de las tecnologías informáticas vigentes o las de vanguardia, así como para el análisis de las implicaciones bioéticas de estas tecnologías. <sup>(32-35)</sup>

Como éste es un nuevo medio de interacción que llegó para quedarse y su utilización se incrementa exponen-

cialmente, hay que conocer sus beneficios, defectos y debilidades, para evitar en lo posible que puedan afectar la relación médico-paciente y alterar el proceso salud-enfermedad de un paciente y aprovechar al máximo sus potencialidades.

### CONCLUSIÓN.

Como se vislumbra en este breve análisis reflexivo, la relación clásicamente binomial entre médico-paciente, ubicados frente a frente en la privacidad de un consultorio y

generada con el único objetivo de recuperar la salud del enfermo, ha cambiado radicalmente y evoluciona de manera constante. Es indispensable que los médicos, como líderes del binomio, tomemos atención sobre los horizontes que se observan, de manera que se pueda integrar en el ejercicio de una medicina más acorde con el nuevo siglo, profesional, reflexiva, ética, humanista. Como lo ha dicho Marañón: "una medicina poco tecnificada pero profundamente generosa, plena de raciocinio clínico y de entrega total al enfermo".<sup>(36)</sup>

### Bibliografía

1. Zuger A. Dissatisfaction with Medical Practice (Special Report). *NEJM* 2004;350(1):69-75.
2. Lifshitz A, Andrade MG, Juárez-Díaz GN. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. En: Tena C, Hernández F, editores. *La comunicación humana en la relación médico-paciente*. México: Prado, 2005. Pp:324.
3. Ruiz Durá JR. La relación médico-paciente: ¿una necesidad olvidada? *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:429-34.
4. Blay C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC* 1996; 4: 243-250.
5. Graterol E. Mejorando la calidad: optimizando la comunicación con padres y pacientes. *Arch Venez Puericult Ped* 2005;68(Supl 1):91.
6. Garza-Elizondo T, Ramírez-Aranda J. Proceso para llegar a ser enfermo y paciente: una perspectiva desde la medicina familiar. *Arch Med Fam* 2004; 6 (2): 57-60.
7. Loayssa Lara JR, González García FM. Estructura cognitiva de los médicos de familia en formación sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2001;28:158-66.
8. Sogi C, Zavala S, Oliveros M, Salcedo C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *An Fac Med Lima* 2006; 67(1):30-37.
9. Cottrell LA, Nield LS, Perkins KC. Effective interviewing and counseling of the adolescent patient. *Pediatr Ann* 2006;35(3):164-6, 169-72.
10. Tena Tamayo C, Sánchez-González JM. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecol Obstet Méx* 2005; 73(10): 553-559.
11. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Counciro A. (editora). *Bioética para clínicos*. Edit. Triacastela: Uruguay.
12. Fellowes D, Wilkinson S, Moore P. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD003751.
13. Knaul F. Salud y Competitividad. Conferencia presentada en el Seminario del XX Aniversario de FUNSALUD "La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos. Disponible en: [http://xx.aniversario.funsalud.org.mx/index.php/info/content/download/334/1183/file/Felicia\\_Knaul.pdf](http://xx.aniversario.funsalud.org.mx/index.php/info/content/download/334/1183/file/Felicia_Knaul.pdf) (Acceso 3-10-2006).
14. CONDUSEF (México). Información sobre Seguros: ISES. Disponible en: <http://www.condusef.gob.mx/> (Acceso 3-10-2006).
15. e-México. Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). [http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_Instituciones\\_de\\_Seguros\\_Especializas\\_en\\_Salu](http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Instituciones_de_Seguros_Especializas_en_Salu).
16. Buglioli M, Gianneo O, Mieres G. Modalidades de pago de la atención médica. *Rev Med Uruguay* 2002; 18: 198-210.
17. Benson JA. Professionalism: reviving or redrawing the social contract? *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002; 89:114-7.
18. Sámano GAF. Un llamado a la profesión médica. *An Med Asoc Med Hosp. ABC* 2000;45(1):51-2.
19. Zamarrigo J, Cabero L, Usandizaga R, Abel F, Cabrillo E, Cuadrado MC, Fabre E et al. La relación entre el médico y las industrias farmacéutica y de productos de tecnología sanitaria. Visión ética (II). *Prog Obstet Ginecol* 2006;49:574-92.
20. Jadresic E, Correa E. El conflicto de intereses en medicina: una preocupación de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN). *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2004; 42(1): 22-28.
21. Coyle SL. Physician-Industry Relations. Part 1: Individual Physicians. *Ann Intern Med* 2002;136(5):396-402.
22. Lurie P, Almeida CM, Stine N, Stine AR, Wolfe SM. Financial Conflict of Interest Disclosure and Voting Patterns at Food and Drug Administration Drug Advisory Committee Meetings. *JAMA*. 2006;295:1921-1928.

23. Andersen M, Kragstrup J, Søndergaard J. How Conducting a Clinical Trial Affects Physicians' Guideline Adherence and Drug Preferences. *JAMA*. 2006;295:2759-2764.
24. Panting G. How to avoid to be demanded. *Postgrad Med J* 2004;80:165-168. doi: 10.1136/pgmj.2003.016279
25. Studdert DM, Mello MM, Sage DM, Des Roches CM, Peug J, Zappert K, Brennan TA. Defensive Medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005;293:2609-2617.
26. Tena-Tamayo C, Sánchez-González JM, et al. Medicina defensiva en México. *Cir Cir* 2005;
27. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-Patient Communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-9.
28. Birbeck GL, Gifford DR, Song J, Belin TR, Mittman BS, Vickrey BG. Do malpractice concerns, payment mechanisms, and attitudes influence test-ordering decisions? *Neurology* 2004;62:119-121.
29. Girón M, Bevia B, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico-paciente y resultados de los encuentros clínicos de atención primaria en Alicante: Un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Publ* 2002;76:561-75.
30. Barbado Alonso JA, Aizpiri Díaz JJ, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, González Estella F, Rodríguez Serdón JJ, Solla Camino JM. Aspectos antropológicos de la relación médico-paciente. *SEGM* 2005;70:31-36.
31. Código de Bioética para el personal de Salud. México 2002. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>.
32. Francesc M Domènech Torné. ¿Es realmente posible la telemedicina? *Jano* 2005;69:10.
33. Mayer Pujadas MA, Leis Machín A. El correo electrónico en la relación médico-paciente: uso y recomendaciones generales. *Aten Primaria* 2006;37:413-7.
34. Umefjord G, Hamberg K, Malaker H, Petersson G. The use of an Internet-based Ask the Doctor Service involving family physicians: evaluation by a web survey. *Fam Pract* 2006; Feb 7.
35. Mandl KD, Kohane IS, Brandt AM. Electronic patient-physician communication: problems and promise. *Ann Intern Med*. 1998 Sep 15;129(6):495-500. Comment in: *Ann Intern Med* 1999;130(11):944.
36. Marañón Cabello A. La medicina actual: luces y sombras. *Med Clin (Barc)* 2004;122:623.