

# ANALES MEDICOS

Volumen  
*Volume* **48**

Número  
*Number* **4**

Octubre-Diciembre  
*October-December* **2003**

*Artículo:*

Sobre la calidad clínica de la atención: El problema de la relación médico-paciente

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

**Otras secciones de este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Hedigraphic.com**

# Sobre la calidad clínica de la atención: El problema de la relación médico-paciente

Carolina Martínez S,\* Gustavo Leal F\*

## RESUMEN

En este artículo se analiza detenidamente la alta complejidad inherente a la tarea del médico clínico para contrastarla con la difícil situación en la cual se lleva a cabo en el contexto actual. La tarea es desglosada en cinco componentes, que van desde el momento en el que comienza el contacto entre el médico y el paciente hasta el acompañamiento que el primero realiza para el segundo a lo largo de todo el proceso terapéutico. Se propone analizar la complejidad de cada uno de ellos en las tres siguientes dimensiones: la sociocultural, la comunicativa y la emocional. Se estudian los obstáculos que el contexto actual impone a esta complicada labor y se subrayan las consecuencias negativas que esto trae tanto para los médicos como para los pacientes. Finalmente, se cuestiona la capacidad de la oferta de la *Cruzada por la calidad* emprendida durante la actual gestión de la Secretaría de Salud para resolver el problema.

**Palabras clave:** Relación médico-paciente, calidad clínica de la atención, identidad profesional del médico, cruzada por la calidad

*Fallar en la preparación  
es prepararse para fallar*

Benjamín Franklin

## INTRODUCCIÓN

¿Qué ha pasado con la calidad de la atención médica? ¿Por qué justamente cuando los avances científicos y tecnológicos harían pensar que la medicina ha alcanzado una potencia nunca antes conocida, se

## ABSTRACT

*This article provides a meticulous analysis of the inherent complexity of the work of clinical physicians in order to contrast it with the difficult situation with which they are faced nowadays. The task is divided into five components, ranging from the initial contact between the doctor and patient to the former's accompaniment of the latter throughout the therapeutic process. The paper seeks to analyze the complexity of each of these components in three aspects, the sociocultural, the communicative and the emotional. It studies the obstacles that the current context imposes on this complicated task, underlining the negative consequences that this entails for both doctors and patients. It ends by questioning the ability of the Quality Crusade undertaken during the current administration of the Health Secretariat to deal with the problem.*

**Key words:** Doctor-patient relationship, clinical quality care, medical professional identity, quality crusade.

hace necesario emprender una “cruzada” por su calidad?<sup>1</sup> ¿Serán la ciencia y la tecnología inversamente proporcionales a la calidad del trabajo clínico, o son otras las circunstancias que han venido a minar su calidad?

Buscando algunas respuestas, en las siguientes páginas haremos un repaso, apenas un mero recordatorio, de la complejidad del trabajo clínico para subrayar algunas de las dificultades connaturales a la tarea misma. Nos proponemos también estudiar cómo estas dificultades se incrementan ante los obstáculos que se le imponen desde fuera a causa del contexto en el que se practica la medicina hoy día; identificaremos algunas de las consecuencias negativas que todo lo anterior ha traído para médicos y pacientes. Finalmente, contrastaremos esas negatividades con la oferta de la *Cruzada por la calidad* emprendida por la Secretaría de Salud durante el gobierno del presidente Vicente Fox en México.<sup>1</sup>

\* Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Recibido para publicación: 20/08/03. Aceptado para publicación: 27/09/03.

Dirección para correspondencia: Carolina Martínez S

Área de Investigación en Salud y Sociedad, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco), Calz. del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, 04960 México D.F. E-mail: msoc1298@cueyatl.uam.mx

## EL DELICADO QUEHACER DEL CLÍNICO

En la discusión de las últimas décadas se ha tendido a disociar los elementos científico-técnicos de los relacionales en el quehacer médico. Hay quienes parecen creer que la medicina podría circunscribirse a la práctica de los primeros, en tanto que los segundos podrían ser delegados a otras profesiones (como la psicología o el trabajo social). Nuestro punto de vista es que esta división del trabajo es, en esencia, imposible: <sup>A</sup> en la *tarea terapéutica* ambos componentes son dos caras de una misma moneda. Cuando un médico atiende a un paciente, lo deseé o no, lo reconozca o no, se establece entre ellos un vínculo importante que *afecta* al curso del padecer de ese paciente (y también a la vida del médico).

Con ese punto de partida, revisemos algunas de las tareas del clínico en cada uno de los encuentros que sostiene día a día en el ejercicio de su quehacer profesional:

- a) Entablar la relación con el paciente, lo que implica algo nada fácil de lograr: la creación de un *clima afectivo* adecuado para favorecer la modalidad de comunicación que caracteriza a este especial vínculo.<sup>2-6</sup>
- b) Poner en juego sus conocimientos y destrezas clínicas, incluyendo su capacidad intuitiva, para realizar un buen diagnóstico. Este momento nos remite, por cierto, al problema de los no siempre fáciles equilibrios entre los beneficios de la *medicina basada en evidencias* y los efectos indeseables de una imposición *rígida* de sus principios, así como los de los protocolos, guías médicas y normas oficiales cuando entorpecen, en lugar de favorecer, el quehacer del clínico.<sup>7-12</sup>
- c) *Comunicar* al paciente las hipótesis diagnósticas, lo cual podría parecer más fácil de lo que en realidad es.<sup>13-18</sup> La dificultad es explicable cuando se considera que los códigos con los que el médico interpreta la patología provienen de un sofisticado marco teórico no compartido

<sup>A</sup> Más allá de la innegable necesidad de la colaboración entre diferentes profesiones y especialidades, nos referimos al hecho de que ningún médico clínico podría realizar su trabajo prescindiendo de la relación con su paciente.

por sus pacientes (ni siquiera por los más cultos de ellos, salvo que, a su vez, tengan formación médica):<sup>4</sup> que, con frecuencia, médicos y pacientes proceden de diferentes contextos socio-culturales, con la diversidad de visiones del mundo que esto implica;<sup>19</sup> y que la *materia* sobre la que se comunica suele ser altamente ansiógena,<sup>20</sup> lo que inevitablemente afecta la comprensión del paciente de lo que escucha de boca del médico.<sup>13,14</sup>

- d) Estudiar junto con el paciente las *opciones para su tratamiento* hasta elegir la que ambos consideren adecuada, un momento sumamente complejo de la tarea y cuyos efectos son de trascendencia para la futura condición del paciente.<sup>21-24</sup> Aquí hay que resaltar las dificultades que se observan hoy día para establecer con justicia el lugar que le corresponde a cada uno de los participantes —el médico y el paciente— en esta relación.<sup>B</sup> No habría que confundir la necesidad de modernizar la relación médico-paciente con la pretensión (por lo demás bastante demagógica) de “democratizar la salud”.
- e) *Acompañarlo* durante el proceso terapéutico, cuyo florecimiento suele requerir mucho más que el uso de medicamentos e intervenciones técnicas.<sup>C</sup> Esta etapa de su quehacer puede tener una duración tan larga como el resto de la vida del paciente (o la del médico). Como hace años lo subrayara Winnicott,<sup>20</sup> hay que recordar el doble significado de la palabra *cura*: no sólo remedio o resolución de la enfermedad (*cure*), sino también *cuidado* (*care*).<sup>D</sup> El recor-

<sup>B</sup> Hay momentos en que la confusión sobre ese lugar llega a ser mayúscula, como se refleja en la interesante polémica recogida en el número del 14 de junio de 2003 de *British Medical Journal*.<sup>25</sup> Sobre este punto volveremos más adelante.

<sup>C</sup> Hace ya un buen número de años que se publicó el clásico estudio de Balint<sup>26</sup> sobre “la farmacología del más utilizado de los medicamentos: el médico”. Aun cuando hoy día sus valiosas propuestas son muy poco conocidas, la relectura de sus hallazgos no deja de ser fuente de reflexión. De hecho, muchas de las investigaciones actuales continúan proporcionando evidencias sobre aquellas verdades<sup>3,4</sup> aunque sin la profundidad teórica de las explicaciones que ofrecieran aquel autor y sus colaboradores.<sup>27</sup>

<sup>D</sup> En la investigación reciente sobre la comunicación entre médicos y pacientes, seguramente por sus orígenes extra-médicos, se ha introducido un sentido distinto para las nociones de “*cure*” y “*care*”,<sup>4</sup> que ahí se utilizan para distinguir dos tipos de sistemas de interacción que dicotomizan (muy artificialmente) las interacciones dirigidas a “la tarea” (“*cure systems*”) y las que se refieren al “comportamiento socioemocional” (“*care systems*”).

datorio de Winnicott resulta imprescindible en esta época de coexistencia de enfermedades “curables” y “no curables”.<sup>E</sup>

No es necesario señalar que el esfuerzo requerido para hacer esta sintética enunciación es incomparablemente menor que el que toma la realización de lo enunciado: la complejidad del trabajo clínico. Sin embargo, en el contexto actual, lejos de facilitarse al médico la realización de su especial tarea, todo apunta a entorpecerla cada vez más, e incluso a imposibilitarla, como nos ocuparemos de ilustrar a continuación.

### DIFICULTADES INHERENTES A LA TAREA CLÍNICA

Para comprenderlas en su verdadera magnitud, consideramos necesario distinguir las tres siguientes dimensiones:

- La sociocultural, en la que se originan los significados a través de los cuales las personas dan sentido a las experiencias que acontecen a lo largo de su vida;
- La comunicativa, con todos los desafíos que plantea y las peculiaridades que adquiere cuando se trata específicamente del *escenario de la consulta médica*;
- La afectiva, que apunta al intenso *interjuego emocional* que se produce en el corazón mismo del encuentro, en cada uno de los participantes.

#### La dimensión sociocultural

Los humanos nacemos en contextos sociales en los cuales impera un cierto orden, unas creencias y un conjunto de conocimientos que compartimos con nuestros semejantes en las rutinas normales de la vida cotidiana.<sup>28</sup> En cada uno de estos *contextos socioculturales* se estructuran *visiones del mundo* que

organizan la experiencia no sólo de los pacientes, sino también de los médicos.<sup>F</sup>

La investigación antropológica muestra cómo en cada sociedad coexisten múltiples saberes que fundamentan diferentes concepciones sobre el cuerpo humano, sus funciones y disfunciones, y la manera de lidiar con ellas.<sup>29</sup> En ellos se enraízan las variadas creencias que las personas tienen sobre las enfermedades, su génesis y su manejo.<sup>30,31</sup> Por eso no es en modo alguno sorprendente encontrar grandes discrepancias en los resultados que arrojan los estudios sobre los diversos aspectos implicados en la relación médico-paciente cuando se realizan en distintos contextos culturales.<sup>G</sup>

En cuanto al conocimiento médico, cabe destacar que éste constituye uno más entre los múltiples saberes que coexisten en las sociedades actuales, si bien uno particularmente complejo y que ha abierto el camino hacia un manejo bastante eficaz de la enfermedad.<sup>H</sup> Pero es justamente su alta complejidad la que lo hace ajeno a quienes no han atravesado por el entrenamiento que conduce a su adquisición. Como lo explican Berger y Luckman:<sup>28</sup>

*En la vida cotidiana el conocimiento aparece distribuido socialmente, vale decir, que diferentes individuos y tipos de individuos lo poseen en grados diferentes. No comparto en la misma medida mi conocimiento con todos mis semejantes y tal vez haya cierto conocimiento que no comparta con nadie. (...) La distribución social del conocimiento de ciertos elementos que constituyen la realidad cotidiana puede llegar a ser sumamente compleja y hasta confusa*

<sup>F</sup> Se trata de una circunstancia que debe ser analizada sin ningún supuesto previo, es decir, no habría que partir de la idea de que los médicos proceden necesariamente de contextos socioeconómicos y culturales más elevados que los pacientes, o a la inversa. De hecho, todas las combinaciones son posibles (médico más “ilustrado” que el paciente, paciente más “ilustrado” que el médico, médico más “poderoso” social y culturalmente que el paciente o al contrario). En cada una de estas situaciones se plantean problemas diferentes para el establecimiento de la relación médico-paciente.

<sup>G</sup> Aunque esto no alcance a percibirse desde la perspectiva administrativa y etnocéntrica que sustentan muchas de estas investigaciones; de ahí el asombro de sus autores ante sus “contradictorios resultados”.<sup>4</sup> Desde el ámbito de la investigación antropológica tal diversidad resultaría enteramente comprensible.

<sup>H</sup> Por más que no haya que pasar por alto las siempre inquietantes reflexiones de Illich.<sup>32</sup>

<sup>E</sup> Del tipo de la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, sobre las cuales no se habla de “cura” (cure), sino de “control”, una palabra del vocabulario de la salud pública con resonancias casi militares que contrasta con la actitud del médico clínico, quien no “controla”, sino que “cuida” (care) a sus pacientes.

*para el que mira desde afuera. No sólo carezco del conocimiento que se supone necesario para curarme de un malestar físico, sino que tal vez carezca hasta del conocimiento para discernir, de entre una desconcertante variedad de especialistas, cuál es el más indicado para tratar mi dolencia. En estos casos, no solo me hace falta una opinión autorizada, sino también una opinión previa acerca de cuál es la opinión más autorizada.*

El médico, inmerso en el marco teórico desde el cual lee los fenómenos con los cuales trabaja, tiende a olvidar esta distancia que hay entre sus “códigos” y los de sus pacientes.<sup>1</sup> El problema es bastante más complejo que como parecen concebirlo los expertos en comunicación al creer que se trata exclusivamente de un problema de “idiomas”: hablar en “lenguaje médico” o en “lenguaje cotidiano”.<sup>4</sup> En verdad, a lo que aludimos es a toda una concepción del mundo, del cuerpo humano y de eso a lo que desde la medicina llamamos enfermedad.<sup>5</sup>

Por lo demás, la especialización de su conocimiento no es el único componente de esa “barreira” que se interpone entre el médico y sus pacientes.<sup>6</sup> Los orígenes culturales de cada persona, el mundo en el que transcurre su existencia, el género y la generación de los que forma parte, todo ello entrecruzado en intrincadas combinaciones, introduce infinitos matices a las modalidades que adopta la experiencia de vivir, de sentirse sano y de enfermar de cada uno.

Waitzkin,<sup>19</sup> un médico dedicado a estudiar desde una perspectiva científicosocial los desencuen-

tos entre médicos y pacientes, señala acertadamente que:

*Cuando un paciente se aproxima al médico en busca de ayuda, no llega sólo con un problema físico, sino que viene también desde un contexto social. Este contexto incluye sus relaciones de trabajo, con la familia y con la comunidad de la que forma parte. La experiencia de un paciente con su problema físico es inseparable del contexto social más amplio en el cual este problema ocurre. El dolor y la patología afligen no sólo al cuerpo. En realidad, los procesos somáticos son problemáticos también en la medida en que afectan y son afectados por la experiencia de vida de la persona. (...) En estas circunstancias, las expectativas de los pacientes ante sus doctores incluyen a menudo más que un diagnóstico y un tratamiento físico.*

La investigación de Waitzkin ilustra, además, que el médico no es inmune a la influencia del contexto social en el que vive, lo cual se manifiesta, por ejemplo, en la manera en que se comporta frente a su paciente y el tipo de orientaciones que le da. Así, sin advertirlo siquiera y sin merma del sincero intento por ayudarle a tratar con sus problemas, el médico puede convertirse en el portador de mensajes con los que pretende guiar a sus pacientes hacia comportamientos acordes con las expectativas predominantes en ese contexto, a través de orientaciones referentes a su vida familiar, laboral o a cualquier otro ámbito de sus relaciones o de su forma de vida.

Hasta aquí algunos de los muchos ángulos a considerar que se requieren para comprender adecuadamente el peso de esta dimensión en la dificultad que es propia a la tarea del clínico.

### La dimensión comunicativa

Este es uno de los aspectos de la relación médico-paciente más estudiados durante las últimas décadas.<sup>4-6,13,14,16,36-41</sup> Sin embargo, la investigación tiende a realizarse desde abordajes que fragmentan el momento comunicativo y no aciertan a distinguir los relieves introducidos por las otras dos dimensiones que hemos propuesto analizar (la sociocultural y

<sup>1</sup> Algunos autores consideran, incluso, que la medicina moderna ha introducido un distanciamiento entre el enfermo y su propia vivencia de la enfermedad, ya que le hace sentir que su cuerpo habla en un lenguaje que él no puede de comprender, que se expresa en un idioma al cual sólo tienen acceso aquellos que conocen los códigos de la medicina.<sup>33,34</sup>

<sup>2</sup> Y también a lo que desde finales del siglo pasado llamamos “salud”, quizás reduciendo a esta peculiar visión que es la médica muchos ámbitos de la existencia humana que requerirían, para ser comprendidos, de una lectura más abierta (es decir, que incorporara muchas otras visiones aparte de la médica).<sup>35</sup>

<sup>3</sup> Entre los significados que cada uno atribuye a sus experiencias cotidianas y las abstracciones que constituyen el campo de la ciencia moderna puede haber una inmensa distancia, sólo recorrida por quienes han sido educados en los cánones de ésta.

la emocional). De esta suerte, al colocarlo todo en un mismo plano, la visión del problema se torna demasiado simplista.<sup>L</sup>

Pese a ello, el inventario de los aspectos explorados es realmente extenso. Se ha trabajado, por ejemplo, sobre lo que los pacientes entienden, recuerdan e interpretan a partir de lo que les dicen sus médicos;<sup>13,17,37</sup> se han obtenido evidencias de la multiplicidad y complejidad de las dimensiones implicadas en el evento comunicativo: desde las distintas modalidades de comprensión del mundo propias de cada paciente (que, como hemos señalado, derivan del contexto cultural en el que vive), hasta los niveles de ansiedad experimentados en el momento de escuchar la información, lo bien o mal estructurada que ésta se presenta y el papel que juega el refuerzo por escrito de lo que se comunica verbalmente.<sup>4</sup> Se han analizado también los propósitos de la comunicación (creación de una relación interpersonal, intercambio de información, toma de decisiones sobre el tratamiento); los distintos tipos de médicos según su estilo de comunicación (paternalistas o igualitarios, científicos o terapéuticos, buscadores de afiliación o de control, orientados a la tarea o atentos a lo socioemocional); los diversos estilos de comunicación de los pacientes (los informados, los que preguntan, los que tratan de complacer al médico); las atribuciones que hacen los pacientes sobre la visita al médico; el delicado asunto de la privacidad del paciente (social, psicológica, física); la cercanía física adecuada (que, evidentemente, varía para las diferentes culturas); la influencia de las características personales y socioculturales de médicos y pacientes sobre el intercambio de información que se establece entre ellos; los efectos de la comunicación interpersonal en el paciente (básicamente, variables como "satisfacción" y "adherencia al tratamiento"), entre muchos aspectos más.<sup>4-6,18,39</sup>

Sin embargo, la pérdida del eje clínico como foco desde el cual plantear las preguntas y anali-

zar las respuestas<sup>M</sup> ha conducido a sesgar la investigación hacia las cuestiones más generales del acto comunicativo. Así, se dejan al margen los problemas específicos de esta modalidad de relación, sin cuya comprensión es difícil avanzar hacia una verdadera mejoría en el vínculo entre los médicos y sus pacientes. Lo anterior se manifiesta en algunas de las muy pertinentes acotaciones que introducen Ong y colaboradores<sup>4</sup> a lo largo de su amplia revisión, las cuales, como podrá observarse, resultarían más que evidentes para cualquier médico clínico experimentado:

*Si el propósito final de la atención médica es lograr los óptimos efectos en la salud, entonces, idealmente, una comunicación doctor-paciente efectiva debería conducir a una mejor salud de los pacientes. (...) Sin embargo, el estado de salud o la calidad de vida como efectos sobre el paciente son poco usados en los estudios empíricos sobre la relación médico-paciente.*

*(...) Hablar es el principal ingrediente de la atención médica; es el instrumento fundamental por el cual se moldea la relación médico-paciente y por el cual se logran los objetivos terapéuticos.<sup>40</sup>*

*(...) Dar información no es, en sí mismo, un comportamiento afectivo; sin embargo, puede constituirse en una función de apoyo emocional para el paciente. Hay dos maneras por las cuales el comportamiento instrumental puede tener un significado afectivo: como vehículo (por ejemplo la calidad de la voz), y a través de la interpretación (por ejemplo la impresión que crea en el receptor de la comunicación). Esta discusión sobre los dos tipos de comportamiento [el instrumental u 'orientado a la tarea' y el afectivo o 'socioemocional'] puede llevar a la conclusión preliminar de que ésta bien puede ser una falsa dicotomía.*

*Cuando la información es particularmente preocupante, como escuchar un diagnóstico de cáncer, la mayor parte de los pacientes están de-*

<sup>L</sup> Como se puede observar en la por lo demás muy completa e interesante revisión de la literatura de Ong y colaboradores,<sup>4</sup> quienes (como es explicable) se encuentran en busca de un marco teórico que les permita organizar el cúmulo de información recogida, aunque lamentablemente parecen pronunciararse por uno de corte administrativo, camino que no es particularmente propicio para la comprensión de la especificidad de la comunicación médico-paciente en el ámbito de la clínica.

<sup>M</sup> Probablemente como consecuencia de la delegación del tema a expertos en comunicación que, por ser ajenos al tipo de experiencia que intentan estudiar (la cual sólo puede adquirirse dentro del consultorio), se ven fácilmente arrastrados hacia las categorías que preocupan sólo a los gerentes (como la "satisfacción del cliente") y equiparan la relación médico-paciente al consumo de cualquier otro tipo de producto o servicio.

*masiado asustados para registrar ninguna otra información que se les dé.*

*Los médicos pueden sentirse renuentes a dar información completa a los pacientes con cáncer a causa de sus propias emociones negativas (...) puestas en juego. Parece que los 'doctores necesitan aprender a manejar sus propias ansiedades e incertidumbres frente al cáncer en forma tal que esto no obstaculice la comunicación médico-paciente'.<sup>41</sup>*

De manera que, en medio del gran cúmulo de información generada en las últimas décadas, las evidencias sobre *la importancia terapéutica del vínculo* entre médico y paciente no pueden dejar de emergir. Así, quienes se encuentran más próximos a la experiencia clínica empiezan a bordear, nuevamente, el terreno que fuera explorado a mediados del siglo pasado por quienes se ocuparon del estudio en profundidad de los vínculos humanos,<sup>20,26,27</sup> hoy prácticamente desconocido para quienes trabajan con estos temas desde las disciplinas extramédicas.<sup>N</sup>

Y hasta aquí, lo que podría convertirse en una larga incursión hacia la inagotable bibliografía sobre el componente comunicativo visto desde los enfoques que buscan soluciones administrativas al problema de la calidad de la atención.<sup>O</sup> Ahora dirigiremos nuestra atención hacia aquello que ocurre entre médicos y pacientes, por una ruta que nos conducirá al corazón mismo de este quehacer, en busca de los elementos de los cuales éste no puede prescindir.

<sup>N</sup> Aunque llega a reconocerse el valor pionero de las contribuciones de Balint, cuando se trata de la dimensión afectiva, no suele irse más allá de propuestas como la de Rogers<sup>4,5</sup> y su *Teoría centrada en el cliente*,<sup>42</sup> una versión más admisible para las visiones administrativas (como lo son las propuestas de Maslow para los economistas), pero que al menos tiene la ventaja de incorporar al esquema la dimensión psicológica, ineludible de considerar cuando se trata de lo humano.

<sup>O</sup> Que apuntan hacia la elaboración de guías, patrones o normas para indicar al médico cómo efectuar la entrevista con el paciente y a la búsqueda de formas eficientes y rápidas para mejorar (aun si es superficialmente) las destrezas comunicativas de los médicos;<sup>15</sup> a establecer los montos de tiempo justos (los mínimos posibles) a los que puede constreñirse la relación médico-paciente<sup>43</sup> aun cuando esto vaya en contra de los deseos y de las necesidades tanto de los pacientes como de los médicos;<sup>44</sup> a la incorporación de recursos electrónicos para el manejo de los registros;<sup>45</sup> y a muchos otros asuntos más que se ocupan de "la forma" (cómo hacerlo) más que del "fondo" (lo que hay que hacer). Sin descartar el valor de las soluciones prácticas, el problema al que queremos apuntar es que en el intento de dar con el "cómo" parece haberse perdido el rumbo hacia el "qué" es lo que constituye la verdadera calidad clínica (y no sólo administrativa) de la atención.

## La dimensión emocional

La medicina y la guerra, dice Main,<sup>46</sup> tienen ciertas semejanzas: ambas se dan en la frontera entre la vida y la muerte, la mutilación y la pérdida, el dolor y el terror frente a los peligros *externos*. Pero quienes las practican tienen que lidiar también con las ansiedades originadas en el mundo *interno*, en la dimensión psíquica humana. Del médico se espera algo parecido a lo que se espera del oficial en el frente de batalla: que sea capaz de tolerar y de tener los elevados niveles de tensión que emanan tanto del mundo externo como del interno, y no sólo de su paciente sino también del suyo propio. Se espera que conserve la capacidad de encontrar respuestas profesionales efectivas y que pueda promover la cooperación de sus pacientes para emprender y perseverar en el camino terapéutico. En suma: que pueda tolerar la ansiedad que le ocasiona el pleno conocimiento de que las consecuencias de sus errores de juicio podrían llegar a ser dañinas, e incluso letales, para aquellos de quienes se hace responsable.

Si en toda actividad humana las fallas son comunes, en la práctica clínica (en la que se juega nada menos que el bienestar, la salud e incluso la vida de un semejante) la incertidumbre es una constante. Como sostiene Gómez de la Cámara:<sup>8P</sup>

*Al intentar analizarla se observa que la práctica clínica no es un fenómeno exacto y reproducible. Los mecanismos que rigen la toma de decisiones son difíciles de entender. Sin duda hay decisiones correctas, pero las hay también incorrectas y el mecanismo para saber cuál es la mejor es difícil y elusivo. La resultante es que muchas decisiones médicas, no necesariamente incorrectas, parecen arbitrarias, altamente variables y sin explicación obvia. Existe una gran variabilidad intra e intermédicos respecto a las observaciones, percepciones, razonamientos, intervenciones y estilos de práctica que trae*

<sup>P</sup> Quien hace un importante esfuerzo por adecuar el pensamiento clínico al razonamiento administrativo que se le ha impuesto, lo cual parece acarrearle una serie de confusiones (entre las cuales la más obvia es la que se da entre "paciente" y "sistema") que vale la pena examinar en su, por lo demás muy interesante, artículo.

como consecuencia un marco de trabajo con un gran grado de incertidumbre. (...) La presentación de la enfermedad varía de un enfermo a otro. El médico ve con frustración que no existe un modelo exacto y se ve envuelto en un proceso de toma de decisiones en condiciones de incertidumbre. No existen enfermedades, sino enfermos. El inconsciente del colectivo médico parece querer expresar así la variabilidad extrema individual que observa en la práctica clínica y la incertidumbre que le acompaña frente a la supuesta seguridad de las reglas diagnósticas y pronósticas.

De ahí la necesidad de ayudar al médico a estructurar, a lo largo de su formación,<sup>Q</sup> un “yo profesional” fuerte, apto para moverse en medio de todas esas tensiones sin sentirse tan abrumado que pierda el sentido común ni la capacidad de poner en juego sus destrezas profesionales; sin que se vea arrastrado a refugiarse en defensas patológicas.<sup>R</sup> Aún así, como también señala el autor,<sup>46</sup> el logro de ese preciado equilibrio no es más que un ideal que sólo llega a alcanzarse de manera intermitente, cuando se está en buena forma, en los mejores momentos. Sin embargo, como bien señala Double,<sup>48</sup> fomentar la falta de sensibilidad del médico no es la solución; ésta debe buscarse en otras direcciones.

Si la medicina no es una ciencia exacta y el médico no puede ofrecer *infalibilidad* ¿qué es, entonces, lo que cabría esperar de él? Winnicott<sup>20</sup> nos ofrece una valiosa clave: sostiene que lo que el paciente requiere del médico es, en primer término, *confiabilidad*. La condición de enfermo provoca *dependencia*, y la confiabilidad es su contraparte. Por eso el médi-

co está obligado, como parte de su tarea, a ser *humánamente*<sup>S</sup> confiable:

*Nos volvemos confiables del único modo como podemos hacerlo dignamente en nuestra tarea profesional. Lo importante es que siendo (profesionalmente) confiables, protegemos a nuestros pacientes de lo impredecible. (...) Detrás de la impredecibilidad acecha la confusión mental, y detrás de ésta podemos encontrar el caos en lo que se refiere al funcionamiento somático, es decir, una ansiedad impensable que es de orden físico.*

El médico ha de ser confiable y proteger al paciente de lo impredecible, sin faltar por ello a su compromiso con la verdad.<sup>T</sup> Tal es el monto de incertidumbre que debe tolerar para proteger a su paciente, a la vez que despliega sus mejores destrezas científico-técnicas para ayudarlo. Así, ser médico implica tomar la difícil responsabilidad de hacerse cargo del cuidado (de la cura) del paciente.

No abundaremos más en este punto. Nuestra intención es solamente subrayar la dirección en la cual nos parece que habría que reorientar el estudio de las implicaciones emocionales del vínculo entre médico y paciente.<sup>U</sup> El entrenamiento de las destrezas comunicativas,<sup>15,52</sup> por mucha utilidad que pueda tener, no basta: el interés y la preocupación por el bienestar del paciente no pueden ser “actuados”: o son genuinos, o simplemente no existen. Sólo dentro del mundo de la clínica, que es en donde este vínculo se constituye, es posible plantearlo, analizarlo y llegar a comprender su significado terapéutico.

<sup>Q</sup> No sólo científico-técnica, de la cual se ocupan las escuelas de medicina, sino también del entrenamiento especializado en el manejo emocional del cual, lamentablemente, nadie suele hacerse cargo en nuestros días.

<sup>R</sup> Entre las defensas contra la ansiedad que suelen utilizarse en momentos intolerablemente dolorosos, Main mencionan la risa, la ironía y el sarcasmo; el tornarse olvidadizo o despistado, excesivamente reservado y lejano o demasiado bromista y alegre; culpabilizar al paciente; cerrar la visión sólo a los aspectos somáticos o sólo a los ambientales, eludiendo las implicaciones emocionales para sí y para su paciente. Aunque estos mecanismos le permiten sobrevivir día a día, esto se da al costo de su eficacia clínica y, a largo plazo, a costa de su propia salud.<sup>46</sup> Brock y Johnson<sup>47</sup> identifican algunos de los papeles que los médicos tienden a adoptar en su intento por enfrentar estas ansiedades con sus propios medios (esto es, sin el auxilio de una preparación especializada). Double hace también alusión a este asunto.<sup>48</sup>

<sup>S</sup> No mecánicamente, subraya el autor.

<sup>T</sup> El autor sostiene que el médico ha de ser absolutamente honesto y sincero, cuando no sabe algo ha de reconocerlo: <sup>20</sup> “Una persona enferma no podría soportar nuestro miedo a la verdad. La profesión de médico no conviene a quien teme a la verdad.” Vale la pena comparar la cercanía entre esas sabinas consideraciones (por lo demás, muy profundamente fundamentadas en los desarrollos teóricos de Winnicott) con las recientes sugerencias de Smith,<sup>49</sup> en particular las que sintetiza en el sugerente cuadro que acompaña a su editorial del número del 5 de mayo de 2001 de *British Medical Journal*, por cierto muy comentado en el número del 2 de junio de ese mismo año.<sup>50</sup>

<sup>U</sup> Asunto que en la *Cruzada* de la actual gestión de la Secretaría de Salud sólo ha llegado a encontrar cierta cabida en su acepción puramente administrativa: como una “dimensión interpersonal” relacionada con “la atractividad del servicio o del sistema”, en tanto que se atribuye a la dimensión técnica el “impacto en salud” y “la confianza de la ciudadanía”<sup>51</sup> (que no la *confiabilidad del paciente en su médico* a la que nosotros aludimos).

## OBSTÁCULOS QUE SE LE IMPONEN AL QUEHACER CLÍNICO

La delicada tarea del médico se practica hoy en día en una situación caracterizada por:

- a) La existencia de importantes avances científicos y tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, que generan grandes expectativas en los pacientes necesitados de ellos, pero cuyo costo los hace inaccesibles en la mayoría de los casos;
- b) La participación de terceros en la toma de las decisiones clínicas, por encima del médico y su paciente;
- c) Una visión de la calidad de la atención que subordina los criterios clínicos a los administrativos, con lo que se distorsiona y se reduce la naturaleza del acto clínico. Se habla de una supuesta igualdad entre médico y paciente, se conmina al médico a proporcionar al enfermo información completa y veraz (como si se tratara de algo neutral y emocionalmente aséptico), se alienta al paciente a exigir "garantías" al médico.<sup>V</sup> Se aboga por el "empoderamiento del usuario" con una completa indiferencia hacia lo que implica la condición de paciente —el que padece, el enfermo—, y una gran ignorancia sobre la naturaleza del vínculo que implica el proceso terapéutico. En síntesis, se persigue una supuesta *satisfacción del cliente* que no parece atravesar por la *cura del enfermo*.
- d) Un discurso demagógico que habla de la "democratización" de la salud y promete derechos imposibles de cumplir.

Observemos cómo la intrusión de los enfoques administrativos y económicos al mundo de la clínica han venido a distorsionar la visión médica y amenazan con desmantelar la base terapéutica de su quehacer. Dice Rochaix:<sup>21</sup>

*La naturaleza de la relación entre el médico y su paciente ha fascinado por mucho tiempo a los*

*economistas. (...) ¿De quién es, o debería ser, agente el médico? De hecho, se solicita cada vez más a los médicos considerar las consecuencias económicas de sus decisiones con el objeto de optimizar el uso de los escasos recursos asignados a la población. Con todo, necesariamente se presentan conflictos entre el individuo y el interés colectivo, puesto que hacer todo lo posible en el nivel individual implica disponer de menos recursos para otros pacientes (incluyendo a los pacientes futuros). Hoy día los médicos están colocados en el corazón de esta negociación, como agentes del paciente pero también como representantes del interés colectivo, sea éste el Estado o el tercero pagador.*

La distancia que existe entre esta visión de los economistas y la de los médicos es comparable a la que separa a esta última de la lógica de los administradores, empeñados en dar racionalidad y orden al proceso y sus costos.

Es difícil, para quien ha sido formado dentro de la tradición médica y trabaja en el mundo de la clínica, compartir ese tipo de razonamiento. Los dilemas éticos que se plantean a la visión médica y a la de economistas y administradores son radicalmente distintos. El médico ha sido preparado para hacerse cargo del cuidado de su paciente, para ser confiable y ofrecerle la ayuda que requiere. No es él quien está ahí para racionársela ni menos aún para negársela bajo el argumento de que es demasiado costosa para ofrecérsela. Su función es exactamente la contraria.

Otra confusión es la que introduce la pretensión de "empoderar" a los pacientes, sobre la cual podríamos hacer cuando menos las cuatro siguientes observaciones.

*En primer término*, hay que señalar que, si en verdad se tratara de respetar los derechos de los pacientes e incrementar su poder en la situación terapéutica, la expresión de sus demandas podría no ir en contra de los médicos, sino en contra de las medidas de los administradores. Un interesante caso para ilustrarlo es el que reporta un grupo de médicos británicos, quienes al encontrarse con la orden de los administradores de reducir los tiempos de consulta para mejorar los tiempos de espera (considerado como un importante indicador del desempeño del

<sup>V</sup> Para el caso de nuestro país, véanse los puntos del "decálogo" de la Cruzada por la Calidad que reprodujimos en la última sección.

hospital), promovieron la realización de una encuesta para pedir la opinión de los pacientes al respecto.<sup>44</sup> Más de la mitad de éstos sostuvieron que preferían disponer de mayor tiempo de consulta, aun si para ello tenían que soportar tiempos de espera más largos, y no al contrario. Estos médicos concluyen, con toda razón: “Esclavizarse a las medidas crudas de desempeño, tales como los tiempos de espera, plantea el riesgo de afectar negativamente lo que no se mide, como la calidad de la consulta.”

*En segundo término*, hay que observar que, al pretender convertir al paciente en “cliente” y colocarlo en igualdad de condiciones frente al médico, se desconoce la complejidad del vínculo del que hablamos y se desvirtúa la base del proceso terapéutico *mismo*. Como bien saben los clínicos (y lo fundamentan quienes poseen un profundo conocimiento del significado de la experiencia humana de la enfermedad), el médico y el paciente *no se encuentran en una posición simétrica*. El segundo requiere de la ayuda del primero, y el primero ha de tener la capacidad de prestársela y la disposición a aceptar la enorme responsabilidad que ello implica:

*La relación médico paciente ha sido asumida desde hace mucho como una asociación y un encuentro honesto entre un experto en medicina y una persona que necesita la asistencia médica. En la última década, los rápidos cambios en el sistema de provisión de atención médica y el clima social han conducido a una considerable tensión en esta relación. Irónicamente, estos desafíos también han conducido al reconocimiento creciente de la dimensión más profunda de esta relación como una interacción íntima entre dos seres humanos en asuntos de salud, enfermedad y a veces muerte.*<sup>2</sup>

*(...) Entre las relaciones interpersonales, la relación doctor-paciente es una de las más complejas. Involucra una interacción entre individuos que se encuentran en posiciones que no son iguales, no suele ser voluntaria, involucra asuntos de vital importancia, por lo cual se encuentra muy cargada emocionalmente, y requiere de una cooperación muy cercana.*<sup>41</sup>

En esto, como en tantas otras cosas, los pacientes también coinciden con sus médicos. Los estudios

que se toman la molestia de *preguntarles* al respecto arrojan resultados como éste:<sup>4</sup>

*Tradicionalmente la idea de la relación médico-paciente fue paternalista: el doctor dirigía el cuidado del enfermo y la toma de decisiones sobre el tratamiento. Durante las últimas dos décadas esta aproximación ha sido reemplazada por la idea de una toma de decisiones compartida. Parece lógico que para tomar tal decisión los pacientes necesiten información. (...) [Sin embargo] pacientes que sufrían de varias enfermedades crónicas expresaron un fuerte deseo de tener información médica. [Pero] los mismos pacientes colocaron también la responsabilidad de la decisión médica en su doctor. (...) Varios estudios apuntan en dirección de una independencia relativa entre la necesidad de información y el deseo de una decisión compartida.*

Más aún, las evidencias ilustran que las vicisitudes del vínculo en la situación terapéutica requieren del médico un manejo extremadamente cuidadoso:<sup>4</sup>

*(...) Los pacientes son muy sensibles y observadores de la comunicación no verbal de sus médicos. La enfermedad usualmente implica emociones como el temor, la ansiedad y la incertidumbre. En consecuencia, los pacientes buscarán las más sutiles claves para averiguar lo que deberían estar sintiendo y/o pensando. La mayoría de los pacientes son activos en la búsqueda de información sobre distintos aspectos de su enfermedad (severidad, curso, pronóstico). La comunicación no verbal deja ‘escapar’ mensajes que no se supone que deberían ser transmitidos. Los pacientes son muy sensibles a estos mensajes, y a las inconsistencias entre la comunicación verbal y no verbal de sus médicos.*

*En tercer término*, hay que notar cómo las visiones administrativas de la calidad pierden de vista que este muy peculiar “cliente” del que se ocupan es un paciente, lo que significa que se encuentra en una situación muy especial: está enfermo. Preocupadas por la *satisfacción del cliente*, se olvidan de la *cura del enfermo* (en las dos acepciones del término), que es el verdadero propósito de la relación

médico-paciente. Parecen desconocer también que el desenlace de ese episodio puede llegar a ser mortal, incluso con la mejor calidad del trabajo del médico, y que aun cuando se logre un desenlace favorable, todo episodio de enfermedad tiene la característica de ser molesto, desagradable y poco "satisfactorio". Quienes estudian el problema desde fuera de la experiencia clínica terminan encontrando lo que es sabido por quienes conviven cotidianamente con esa experiencia:<sup>4</sup>

*(...) Los pacientes más sanos están más satisfechos [con sus médicos] que los que se encuentran menos saludables. (...) Los pacientes enfermos pueden comportarse menos apreciativamente [hacia los cuidados del médico] porque no sienten que están siendo curados. (...) Los pacientes que no se sienten bien pueden comportarse en forma poco amable e irritable. El efecto podría ser que cuanto menos sano esté el paciente reciba más reacciones negativas por parte de su médico, lo cual a su vez lleva a la insatisfacción.*

Y aun esta última suposición es cuestionable, ya que, por un lado, la capacitación relacional del médico puede habilitarlo para tener una actitud de tolerancia y comprensión hacia el sufrimiento de su paciente mucho mayor que la que tendría el "proveedor" de cualquier otro servicio. Y por el otro, quizás la insatisfacción del paciente no debería atribuirse enteramente al trato del médico, sino, como hemos señalado, también a que la condición de enfermo basta para producir un alto nivel de impotencia, insatisfacción y molestia.

Un cuarto ángulo a considerar en esta problemática es ése con el que se han topado quienes han seguido hasta sus últimas consecuencias la propuesta de "empoderar" al paciente: tampoco entre estos últimos suele darse una distribución equitativa del "poder". Hay unos más "poderosos" —o más demandantes— que otros, y no son necesariamente los más necesitados quienes se llevan la mejor parte de la atención y de los cuidados del médico.<sup>23</sup> De manera que el perfil del "buen paciente" trazado por los administradores (asertivo, informado, "empoderado") trae consigo nuevas complicaciones. La dirección hacia la que apuntarían médicos y pacientes sería se-

guramente muy distinta: ellos preferirían poder establecer una relación más íntima, en la que tuviera cabida la confianza; porque después de todo, como hemos venido subrayando, lo que han de enfrentar juntos son experiencias tan duras como el dolor, la enfermedad e incluso la muerte.<sup>2,53</sup>

En lo que se refiere a la pretensión de "democratizar la salud", si se pensara en ello desde una base clínica, probablemente se resolverían muchas de las confusiones que se observan en la discusión actual, en la que los intentos por superar la época de las relaciones autoritarias, paternalistas o discriminatorias, pierden de vista aspectos esenciales del acto clínico. Porque es cierto que, como ya lo advirtió Winnicott:<sup>20</sup>

*(...) Cuando estamos frente a un hombre, una mujer o un niño, somos simplemente dos seres humanos de idéntico status. Las jerarquías se desvaneцен. (...) Las jerarquías cumplen una función en la estructura social, pero no en la confrontación clínica.*

Pero no por ello el médico ha de abandonar la posición que le corresponde al lado del enfermo, ni la responsabilidad que implica ese lugar de confianza que el otro le otorgó (la cual, por lo demás, hace al médico ser quien es):

*Es importante comprender que el concepto de enfermedad y de estar enfermo proporciona un alivio inmediato porque legitima la dependencia, y que quien consigue hacerse reconocer como enfermo obtiene un beneficio específico. El hecho de decirle a otra persona "Usted está enfermo" me pone en la posición de responder a una necesidad, es decir, de adaptarme, preocuparme y ser confiable, de curar en el sentido de cuidar. (...) Casi podría decirse que el hecho de adoptar la posición de curar es también una enfermedad, sólo que es la otra cara de la moneda. Necesitamos a nuestros pacientes tanto como ellos nos necesitan a nosotros.<sup>20</sup>*

Queda por decir que los problemas antes expuestos tienen expresiones particulares en cada región del mundo, por lo cual se requiere estudiarlos cuida-

dosamente para no caer en generalizaciones inapropiadas. En el caso mexicano, por ejemplo, habrá que tener en cuenta la existencia de una abundante población cuyas condiciones socioeconómicas y demográficas la exponen a complicados riesgos para la salud, como se expresa en un perfil de daños en el que coexisten todo tipo de enfermedades: transmisibles, no transmisibles, accidentes y violencia;<sup>54-58</sup> simultáneamente, el deterioro de una muy considerable red de instituciones públicas para la atención médica surgidas a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, que pudo haber tenido mejor suerte y deparar un destino diferente a la salud de los habitantes del país.<sup>59</sup> Los obstáculos antes enumerados adquieren diferentes matices en cada uno de los espacios que constituyen este ruinoso Sistema Nacional de Salud, y afectan en forma diversa a los integrantes de los distintos segmentos de la población, quizá con un único elemento en común: que no queda sitio alguno en el país, ni grupo de la población que se encuentre a salvo de los problemas que estos obstáculos ocasionan para una adecuada realización de la labor del médico en beneficio del paciente.

Conviene aclarar, una vez más, que estas reflexiones, lejos de agotar el tema, no hacen sino apuntar hacia lo mucho que habría que ajustar para reorientar la búsqueda hacia caminos que pudieran conducir a una verdadera mejoría de la calidad de la atención médica.

### CONSECUENCIAS QUÉ LAMENTAR

Con esta muy somera revisión intentemos ahora un primer esbozo del inventario de lo que se ha perdido. ¿De qué es de lo que en la situación actual se ha privado tanto a los médicos como a los pacientes? A muy grandes rasgos podríamos decir que entre las consecuencias más lamentables se cuentan, para los pacientes, la pérdida de la confianza en sus médicos; y para los médicos, la pérdida del sentido de la profunda importancia y dignidad de su trabajo.<sup>49,50,60</sup> Ambos han sido colocados fuera del lugar que a cada uno le correspondería en un buen proceso terapéutico.

Pacientes desconfiados, exigentes, demandantes, molestos y mal atendidos. Médicos acosados por administradores que les exigen racionar todo aquello que deberían poder proporcionar (tiempo, recursos

diagnósticos y terapéuticos), dando la cara a los pacientes atados de manos para atenderlos. Unos y otros vigilándose como enemigos, censurándose, acusándose mutuamente. ¿Qué clase de cura podría esperarse en medio de este clima de enfrentamiento, reclamo y hostilidad? ¿Cómo podría el paciente, enfermo, sufriente y temeroso, ponerse en manos de alguien que siente que podría hacerle daño, o al menos que no busca su bien o que no tiene con qué proporcionárselo? ¿Cómo podría el médico, devaluado y arrojado a esta posición defensiva, trabajando sin recursos, en constante tensión y al borde de la quiebra emocional,<sup>61, W</sup> mirar con simpatía a su paciente, tratarlo con paciencia y tolerancia, cuidarlo con eficacia? Las cosas parecen haber llegado a un punto en el cual ninguna calidad genuina parece posible.

### ¿PODREMOS IR MÁS ALLÁ DE LAS “SOLUCIONES” ADMINISTRATIVAS?

Llegados a este punto no nos resta sino repasar la oferta de la *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*.<sup>1</sup>

La *Cruzada* es, a la vez, un Plan de Acción desprendido del *Programa Nacional de Salud*<sup>63</sup> y un elemento estructural del mismo (recuérdese su trípode: equidad, calidad y protección financiera). Sin embargo, en ella la búsqueda de calidad se caracteriza por la carencia de una perspectiva clínica y una sobrecarga del tinte administrativo, como puede observarse ya desde sus diez líneas de acción (o “decálogo”):<sup>1</sup>

- Sonrisa amable;
- Trato digno y respetuoso;
- Interés y comprensión;
- Información completa, oportuna y veraz;
- Satisfacción del público;
- Atención efectiva;
- Eficiencia;
- Equidad;
- Innovación y mejora continua;
- Promoción de la participación ciudadana.

<sup>W</sup> El número del 29 de marzo de 2003 de *British Medical Journal* está, por cierto, dedicado al tema de los riesgos para la salud que implica el ejercicio de la profesión.<sup>62</sup>

A la luz del recorrido que hemos realizado puede advertirse, en primer término, la generalidad con la que está hecho todo el planteamiento; y, en segundo, la complejidad de las implicaciones que tendría su aplicación si estuviera concebida para operar dentro del *marco específico* del encuentro médico-paciente.<sup>x</sup>

La vía trazada por la *Cruzada* no permite avanzar en la tarea común del equipo clínico (en cuyo corazón se encuentran médicos y enfermeras), que debería ser apoyado en su labor (y no entorpecido) por los administradores. En cambio, su concepto *administrativo* de calidad<sup>65</sup> coloca al paciente en el lugar de probable *victima* y al equipo a cargo de su atención médica en el de potencial acreedor a *sanciones* administrativas.

En cuanto a los avances logrados por la *Cruzada* a tres años de echada a andar,<sup>51</sup> más allá del importante esfuerzo e imaginativo trabajo realizado por el equipo a cargo, no queda sino reconocer la distancia abismal que separa a la pretensión de que las instituciones públicas se hicieran cargo, con calidad, del nuevo Seguro Popular, y las posibilidades reales que tienen de hacerlo en las condiciones de deterioro a las que se las ha dejado caer. La desproporción entre la problemática de salud que el país enfrenta y lo que ofrece esta propuesta (que resulta, por decir lo menos, inviable) es inmensa. Lo que queda por delante es un muy difícil trabajo que tendría que iniciar por la reorientación de la perspectiva, de modo que todo lo que se ha construido pudiera reacomodarse, ajustarse y completarse para resolver las necesidades de los pacientes y las de sus médicos, que juntos constituyen el verdadero centro de esta problemática.

Como dice Chin:<sup>2</sup>

*Sólo con la restauración del elemento de confianza en este compromiso intemporal entre médico y paciente, podrá ser restaurada el alma de la profesión médica y preservada ante los cambios tecnológicos y sociales.*

¿Será esto posible? Ojalá, para bien de todos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*, Secretaría de Salud, 2001. (4 páginas. Citado el 28 de abril de 2003). Disponible en: URL: [http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala\\_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-nacion](http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-nacion).
2. Chin J. Doctor-patient relationship: A covenant of trust. *Singapore Med J* 2001; 42 (12): 579-581.
3. Moerman D, Jonas W. Toward a research agenda on placebo. *Adv Mind Body Med* 2000; 16 (1): 33-46.
4. Ong L, de Haes J, Hoos A, Lamme F. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 40 (7): 903-918.
5. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med* 1991; 32 (11): 1301-1310.
6. Bensing J, Dronkers J. Instrumental and affective aspects of physician behavior. *Med Care* 1992; 30 (4): 283-298.
7. Little M. "Better than numbers em leader" a gentle critique of evidence-based medicine. *ANZ J Surg* 2003; 73 (4): 177-182.
8. Gómez de la Cámara A. La medicina basada en evidencias científicas: Mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. *An Sist Sanit Navar* 2003; 26 (1): 11-26.
9. Mulrow C, Lohr K. Proof and policy from medical research evidence. *J Health Polit Policy Law* 2001; 26 (2): 249-266.
10. McDonald I, Daly J. The anatomy and relations of evidence-based medicine. *Aust N Z J Med* 2000; 30 (3): 309-310.
11. Users' guides to the medical literature. *JAMA* 2000; 284 (serie de artículos publicados bajo ese mismo título en los números de ese volumen).
12. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns* 2000; 39 (1): 17-25.
13. Kessels R. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* 2003; 96 (5): 219-22.
14. Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Is GP-patient communication related to their perceptions of illness severity, coping and social support? *Soc Sci Med* 2002, 55 (7): 1245-1253.
15. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325 (7366): 697-700.
16. Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986-1996 in review. *Patient Educ Couns* 1998; 35 (3): 161-176.
17. McGuire L. Remembering what the doctor said: Organization and adults' memory for medical information. *Exp Aging Res* 1996; 22 (4): 403-428.
18. Ley P. Satisfaction, compliance and communication. *Br J Clin Psychol* 1982; 21 (4): 241-254.
19. Waitzkin H. *The politics of medical encounters. How patients and doctors deal with social problems*. New Haven, CT: Yale University Press, 1991.
20. Winnicott D. *La cura*. En: Winnicot D: *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. México: Paidós, 1993: 130-140.
21. Rochaix L. The physician as perfect agent: A comment. *Soc Sci Med* 1998; 47 (3): 355-356.
22. Strasser M. The new paternalism. *Bioethics* 1988; 2 (2): 103-117.
23. Bastian H. Just how demanding can we get before we blow it? *BMJ* 2003; 326 (7402): 1277-1278.
24. Chin J. Doctor patient relationship: From medical paternalism to enhanced autonomy. *Singapore Med J* 2002; 43 (3): 152-155.
25. *BMJ* 2003; 326 (7402): 1275-1340.
26. Balint M: *El médico, el paciente y la enfermedad*. Tomo I. Buenos Aires: Libros Básicos, 1961.

<sup>x</sup> Que no es cualquier tipo de "cliente" con cualquier tipo de "proveedor", como los médicos y los pacientes bien lo saben.<sup>64</sup>

27. Balint E, Norell J. comps. *Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general*. México: Paidós, 1992.
28. Berger P, Luckmann T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.
29. Vargas L, Santillán C. *Bilbio-hemerografía sobre antropología médica (1900-1990)*. México: CRIM, Facultad de Medicina e IIA UNAM, 1994.
30. Martínez C. *Población y medio ambiente. Avances de un estudio en Xochimilco*. En: Izazola H (coord). *Población y medio ambiente. Descifrando el rompecabezas*. México: Sociedad Mexicana de Demografía y El Colegio Mexiquense, 1999: 203-234.
31. Martínez C. Salud y medio ambiente: La perspectiva local. En: Izazola H (coord). *Desarrollo sustentable, medio ambiente y población. A cinco años de Río*. México: Consejo Estatal de Población y El Colegio Mexiquense, 1999a: 137-159.
32. Illich I. Death undefeated. *BMJ* 1995; 311 (7021): 1652-1653.
33. Clavreul, J. *El orden médico*. Barcelona: Argot Compañía de Libros, 1983.
34. Córdova A, Leal G, Martínez C. *Cabos sueltos de epistemología médica. Reporte de investigación 63*. México: UAM-X, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, 1991.
35. Leal G, Martínez C: *Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención. El caso de la salud reproductiva*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 2002.
36. Roberts C, Aruguete M. Task and socioemotional behaviors of physicians: A test of reciprocity and social interaction theories in analogue physician-patient encounters. *Soc Sci Med* 2000; 50 (3): 309-315.
37. Ley P. Memory for medical information. *Br J Soc Clin Psychol* 1979; 18 (2): 245-255.
38. McGrath J. Physicians' perspectives on communicating prescription drug information. *Qual Health Res* 1999; 9 (6): 731-745.
39. Bensing J, Van Dulmen S, Tates K. Communication in context: New directions in communication research. *Patient Educ Couns* 2003; 50 (1): 27-32.
40. Roter DL, Hall JA: *Doctors talking with patients. Patients talking with doctors*. Westport, CT: Auburn House, 1992. [Citado por Ong et al<sup>41</sup>]
41. Chaitchik S, Kreitler S, Shaked S, Schwartz I, Rosin R. Doctor-patient communication in a cancer ward. *J. Cancer Educ* 1992; 7: 41. [Citado por Ong et al<sup>41</sup>]
42. Rogers C. *Client centered therapy*. Londres: Constable & Robinson, 1976.
43. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: Cohort study. *BMJ* 2002; 325 (7366): 682-683.
44. Squires B, Learmonth I. Empowerment of patients- fact or fiction? *BMJ* 2003; 326 (7391): 710.
45. Hippisley-Cox J, Pringle M, Cater R, Wynn A, Hammersley V, Coupland C et al. The electronic patient record in primary care -regression or progression? A cross sectional study. *BMJ* 2003; 326 (7404): 1439-1443.
46. Main T. Some medical defences against involvement with patients. Michael Balint Memorial Lecture. *Journal of the Balint Society*, 1978; 7: 3-11.
47. Brock C, Johnson A. Balint group observations: The white knight and other heroic physician roles. *Fam Med* 1999; 31 (6): 404-408.
48. Double DB. Encouraging insensitivity in doctors is not an option. *BMJ* 2003; 326 (7397): 1038.
49. Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 2001; 322 (7294): 1073-1074.
50. *BMJ* 2001; 322 (7298): 1361 y siguientes (sección Letters).
51. *La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y el Sistema de Protección Social en Salud. Elementos para la discusión y orientación*. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, Secretaría de Salud, 2003. (Presentado en el Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 24 de mayo de 2003).
52. Hulsman R, Ros W, Winnubst J, Bensing J. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Med Educ* 1999; 33: 655-668.
53. Redinbaug E, Sullivan A, Block S, Gadmer N, Lakoma M, Mitchell A, Seltzer D, Wolford J, Arnold R. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: Cross sectional study of hospital doctors. *BMJ* 2003; 327 (7408): 185-190.
54. Martínez C, Leal G. Epidemiological transition: Model or illusion? A look at the problem of health in Mexico. *Soc Sci Med* 2003; 57 (3): 539-550.
55. Martínez C, Leal G. Población y salud en México. Perspectivas de fin de siglo. *Reporte de investigación 84*. México: UAM-X, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, 2000.
56. *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*. Instituto Nacional de Geografía e Informática, México. (Citado el 28 de julio de 2003). Disponible en: URL: <http://www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fpobla.html>
57. *Mortalidad 2001*, Secretaría de Salud, México. (Citado el 31 de julio de 2003). Disponible en: URL: <http://www.salud.gob.mx/>
58. *Encuesta Nacional de Salud 2000*. Tomos I y II, Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública. (Citado el 31 de julio de 2003). Disponible en: URL: <http://xipe.insp.mx/ensa/>
59. Leal G, Martínez C. Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México. *Papeles de Población* 2002; 8 (34): 107-134.
60. Horowitz CR, Suchman AC, Branch WT Jr, Fankel RM. What do doctors find meaningful about their work? *Ann Intern Med* 2003; 138 (9): 772-776.
61. Arnetz B. Physicians' view of their work environment and organization. *Psychother Psychosom* 1997; 66 (3): 155-162
62. *BMJ* 2003; 326 (7391): 669-720.
63. *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La Democratización de la salud en México*. México: Secretaría de Salud, 2001.
64. *The Lancet*. What's in a name? *The Lancet*, 2000; 356 (9248): 2111
65. Ruelas E. Organización y dirección de los servicios de salud en contextos turbulentos. En: *Salud, cambio social y política*. México: Edamex, 1999: 324-332