

# **Estudio exploratorio de los conocimientos sobre ética, normativa y comunicación en los aspirantes a residencias médicas**

Jorge Manuel Sánchez-González,\* Julio Cacho-Salazar,\*\* Luis Ernesto Hernández-Gamboa,\*\*\*  
Esther Mahuina Campos-Castolo,§ Carlos Tena-Tamayo&

## **Resumen**

El modelo de educación médica predominante supone que las habilidades de comunicación se adquieren mediante la enseñanza tutorial de un médico experto en los campos clínicos. Sin embargo, la medicina está basada en la comunicación entre el médico y el paciente, pues todo diagnóstico se formula a partir de la información clínica que se obtiene mediante el interrogatorio y la exploración al paciente. El presente estudio presenta un primer acercamiento a la exploración de tres temas centrales para el desarrollo de una adecuada relación médico-paciente y una correcta responsabilidad profesional médica: comunicación, ética y conflictos médico-paciente. Observamos que la integración de los conocimientos evaluados fue baja: comunicación, 21.1%; ética, 40.5%; normativa, 0.1%; conflictos médico-paciente, 1.5%. Se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) en los modelos de comunicación entre mujeres (más paternalistas) y hombres (más deliberativos). En los grupos de edad el modelo de comunicación predominante fue el paternalista, en 40.2%. También se observó que los médicos entre 21 y 25 años integraron mejor los conocimientos que los de otras edades, así como que los médicos entre 41 y 45 años integraron los conceptos sobre ética en forma significativamente menor ( $p < 0.001$ ). La escolaridad de los padres tuvo repercusión en los modelos de comunicación y en la integración de los conocimientos. Los resultados demuestran la falta de materias relacionadas con estos temas en las escuelas y facultades de medicina de México, y la falta de preparación de los jóvenes médicos en temas que repercutirán en su vida profesional.

**Palabras clave:** Comunicación médico-paciente, ética, normativa, residentes, demandas.

## **Summary**

Medical schools teach technical-scientific knowledge more than social abilities. Confidence in the doctor-patient relationship is obtained through appropriate communication. The predominant medical education model assumes that communication abilities are acquired by the experienced physician in clinical practice. The present study presents a first approach and exploration of three central subjects for the development of a suitable doctor-patient relationship. We observed that the integration of evaluated knowledge was low: communication 21.1%, ethics 40.5%, legal issues 0.1% and doctor-patient conflicts 1.5%. In the analysis of communication models by genre, we found that women were more paternalist and men were more deliberative; the predominant model of communication is paternalism (40.2%). Physicians between 21 and 25 years of age integrated the knowledge better (communication, ethics and doctor-patient conflicts) than at other ages. Physicians between 41 and 45 years of age integrated ethical concepts with significantly less frequency. Parental education was associated with models of communication and integration of knowledge ( $p < 0.001$ ). The results demonstrate the lack of knowledge related to these topics.

**Key words:** Medical doctor-patient communication, ethics, complaints, residents, demands.

## **Introducción**

- \* Director General de Difusión e Investigación, CONAMED.
- \*\* Secretario Técnico de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, Secretaría de Salud.
- \*\*\* Director de Investigación, CONAMED.
- § Subdirectora de Investigación, CONAMED.
- & Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED

### *Solicitud de sobretiros:*

Jorge Manuel Sánchez-González, Mitla 250, piso 8, Col. Vértiz Narvarte, 03100 México, D. F.

Recibido para publicación: 31-10-2006

Aceptado para publicación: 13-12-2006

La confianza en la relación entre el médico y su paciente se logra a través de una apropiada comunicación, y es trascendental para lograr una alianza terapéutica dirigida a que el enfermo recupere su bienestar.<sup>1,2</sup> Existen comportamientos del médico que incrementan la confianza del paciente: el mejor ejemplo es el interés del médico en conocer cómo experimenta su paciente la enfermedad y el padecer.<sup>3-5</sup>

Los currículos de las escuelas de medicina privilegian el conocimiento técnico-científico sobre las habilidades sociales.<sup>6</sup> Esta

perspectiva ha demostrado ser obsoleta, pues las competencias requeridas hoy por los médicos van más allá del simple conocimiento técnico y científico; se necesita la comprensión de las dimensiones humanas de la relación médico-paciente, a través de las competencias socioafectivas representadas por tres componentes:

- a) Aptitudes y rasgos de personalidad.
- b) Conocimientos adquiridos durante la formación universitaria.
- c) Experiencia adquirida en la práctica profesional.<sup>7,8</sup>

Las escuelas de medicina tradicionalmente han hecho poco o nulo hincapié en la formación y evaluación de las habilidades comunicativas de sus egresados. Según un informe estadístico de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), en 1998 existían en México 80 escuelas y facultades de medicina. En todas esas instituciones, la enseñanza está centrada en el modelo biológico-lesional de enfermedad, por lo que el objeto de estudio y campo de acción de los estudiantes es el *cuerpo humano*, no así la *persona*.<sup>9</sup>

En 1996, Kamien describió que las dos vertientes de la responsabilidad social de las universidades son: responsabilidad con sus estudiantes y responsabilidad con la sociedad. Estos enfoques son determinantes para definir las competencias necesarias en los profesionales que forman. Se realizaron estudios multicéntricos en 15 universidades de Estados Unidos, Canadá y España, basados en el análisis curricular y la opinión de profesores expertos, para determinar cuáles son las competencias profesionales que deben adquirir los estudiantes. Los profesores participantes opinaron que era importante: *demostrar respeto por los derechos del paciente y su intimidad* (90.5 %) y *realizar informes clínicos legibles, bien organizados y concisos* (81.3 %). Las categorías *ética, valores y aspectos legales y comunicación interpersonal* alcanzaron 72.3 y 64.13 %, respectivamente. En este estudio se concluyó que a pesar de que la ética profesional, las habilidades de comunicación, los valores humanos y los aspectos legales de la profesión son considerados muy importantes, no aparecen traducidos eficientemente en los currículos.<sup>10</sup>

En un estudio exploratorio realizado en México en 216 alumnos de posgrado en medicina,<sup>11</sup> se encontró que 80 % de los alumnos presentó carencias en conocimientos y habilidades de comunicación humana en la relación médico-paciente. Esto se debe a que las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud no cuentan con una asignatura específica de capacitación en habilidades para la comunicación humana en la relación médico-paciente, por lo cual los médicos egresan sin las competencias interpersonales necesarias para interaccionar asertivamente con los pacientes y evitar, entre otros, conflictos derivados del ejercicio profesional.

Ante las necesidades observadas, múltiples organismos médicos, como la Organización Mundial de la Salud, han decidido impulsar cambios en los planes de estudios profesionales, de tal manera que al currículum médico se incorporen competencias

poco atendidas tales como habilidades de comunicación y liderazgo.<sup>12</sup>

En años recientes, escuelas de gran prestigio en países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, España y Australia, han comenzado a incorporar temas relacionados con la interacción humana en sus currículos, a tal grado que, por ejemplo, dentro del examen de ingreso a la Escuela de Medicina de Harvard se incluye la evaluación de habilidades de comunicación, tales como la empatía y la inteligencia emocional.<sup>13</sup>

En la actualidad, el modelo de educación médica predominante supone que las habilidades de comunicación se adquieren mediante la enseñanza tutorial de un médico experto en los campos clínicos, de acuerdo con el modelo médico tradicional. Sin embargo, esta asignación se enfrenta a dos problemas fundamentales:

1. No existe una plantilla de profesores adjuntos suficiente para conducir y supervisar a todos los alumnos.
2. Aun cuando se contara con la suficiencia de tutores, no es posible que un maestro (si éste no tiene las habilidades requeridas) instruya a su aprendiz en habilidades que no posee, como las vinculadas con las dimensiones éticas, sociales y humanísticas que se le exige a la profesión médica.<sup>14,15</sup>

Muchos médicos que ejercen hoy día fueron formados en un periodo que se caracterizó por la masificación de la educación profesional, con lo cual se perdió la estrecha relación del alumno con su tutor, ya que las cátedras incluían hasta 150 alumnos por clase.<sup>16</sup> Por otro lado, se reproducen los modelos prevalecientes de relación médico-paciente desde enfoques paternalistas y biólogistas, que conciben al paciente como un órgano enfermo sin capacidad de autodeterminación.<sup>17</sup>

La medicina está basada en la comunicación entre el médico y el paciente, pues todo diagnóstico se formula a partir de la información clínica que se obtiene mediante el interrogatorio e intercambio de información y la exploración al paciente.<sup>18,19</sup> Se han descrito diversos modelos de comunicación vinculados a diferentes grados de respeto a los valores del paciente, al enfoque con que el profesional de la salud atiende la enfermedad y los objetivos de la interacción; los más estudiados son: paternalista, deliberativo, instrumental, informativo e interpretativo.<sup>20-23</sup> Sin embargo, otros conocimientos relacionados con esta interacción no han sido suficientemente tratados en cátedras universitarias.<sup>16,24,25</sup> Como se mencionó, existen diversas clasificaciones sobre los modelos de interacción entre médico y paciente. Para los propósitos del presente estudio se utilizó una modificación a la propuesta realizada por Emanuel E.,<sup>22</sup> que integra los diversos estilos de liderazgo que a continuación se describen:

1. *Modelo instrumental.* Describe una interacción donde el médico puede seleccionar objetivos no relacionados con el bienestar del paciente al elegir las opciones terapéuticas, por lo tanto es un modelo que considera los valores del paciente como irrelevantes o inexistentes. Por ejemplo: un médico que

utilice este modelo puede recomendar tratamientos con la finalidad de reconocer los avances en el conocimiento médico, aunque en esa motivación no refleje el mejor interés del paciente, e incluso represente un riesgo no justificado.

2. *Modelo paternalista.* El médico supone que tiene los criterios más objetivos para seleccionar cuál tratamiento es el mejor, basado en la suposición de que el paciente estará agradecido por la decisión tomada por el médico, incluso aunque no hubiese estado de acuerdo en un inicio. Nuevamente los valores y capacidades del paciente son menospreciadas (el poseedor de “la verdad” es el médico), convirtiéndose en una fuente de probables conflictos.
3. *Modelo participativo o deliberativo.* Tiene como objetivo la participación activa del médico en la identificación clara de las preferencias y valores del paciente relacionados con su salud, propiciando que éste pueda seleccionar las mejores alternativas de manejo, y que se reflejen esos valores. La principal característica de este modelo es la discusión con base en información oportuna, veraz, clara y comprensible para el paciente (en el sentido de intercambio de información y respeto mutuo a valores y preferencias) que se construye entre médico y paciente, considerando el estilo de vida del paciente. Este modelo permite también un adecuado proceso para la obtención del consentimiento informado.
4. *Modelo complaciente.* Describe un modelo en que el médico es un simple “proveedor de servicios” altamente tecnificado a las órdenes del “cliente”, quien impone valores relacionados con su salud o incluso con su capricho, y como resultado el médico lleva a cabo las intervenciones marcadas por el paciente.

En las últimas décadas, la autonomía del paciente ha evolucionado desde una postura teórica de la bioética, hacia un reclamo real y vívido en todos los sistemas de salud. De esta manera surgió el enfoque humanista llamado *medicina centrada en el paciente*, que consiste en una relación horizontal que tiene como habilidades axiales la empatía, la escucha activa y la retroalimentación.<sup>26,27</sup> La herramienta troncal de este enfoque es el *consentimiento informado*, proceso donde se faculta (*empowerment*) al paciente para tomar las mejores decisiones en forma conjunta con su médico, mediante estrategias de comunicación, en todos los procedimientos con riesgo.<sup>28,29</sup>

No hay ninguna materia durante la formación del médico que aborde el marco jurídico de la medicina, ni mucho menos que le permita a los estudiantes integrar los conceptos ético-jurídicos de manera que puedan aplicarlos objetivamente a situaciones cotidianas. Esto ocasiona que con frecuencia incidan inadvertidamente en acciones que pueden ser catalogadas como irregularidades y en casos más graves, incluso cometer delitos *culposos* (involuntarios, sin intención de hacer daño). Existen pocos estudios sobre el nivel de conocimiento que el gremio médico tiene sobre aspectos ético-legales.

La experiencia acumulada por CONAMED ha permitido demostrar que estas deficiencias en la formación médica son los principales problemas que originan los conflictos en la relación médico-paciente, y que la enseñanza de estas materias puede prevenir inconformidades y combatir de manera frontal a la *medicina defensiva*.<sup>30</sup>

Ante la evidente carencia de formación de la comunidad médica mexicana sobre estos temas tan relevantes para el ejercicio profesional en nuestros días, se consideró necesario aplicar una encuesta nacional, aprovechando la aplicación del examen de conocimientos que anualmente presentan los egresados de medicina que aspiran a ocupar una de las plazas de residencia médica de especialidad que el país pone a su disposición, para identificar objetivamente la magnitud de dicha problemática e iniciar una línea de investigación educativa que permita, en un futuro cercano, enfocar los programas educativos que forman a los médicos, como los requiere la sociedad del siglo XXI.

## Material y métodos

Se trata de un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo. El objetivo fue explorar los conocimientos acerca de comunicación, bioética y normativa adquiridos durante la formación profesional de los médicos aspirantes a residencias médicas de especialidad.

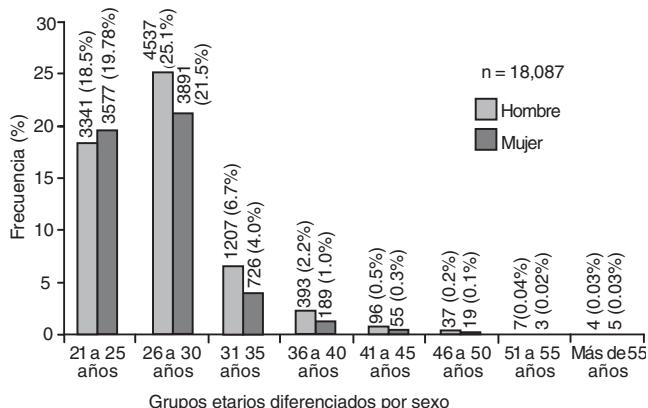
De 22,171 médicos que presentaron el XXVII Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), 18,222 aspirantes aceptaron resolver la encuesta en forma voluntaria, que estuvo incluida en un instrumento aplicado por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS) de la Secretaría de Salud de México.

El instrumento de recolección fue una encuesta autoaplicada que consta de 44 reactivos tipo Likert, con un nivel cognitivo entre conocimiento y aplicación, de acuerdo con la taxonomía descrita por Benjamín Bloom,<sup>31</sup> que incluyó además datos sociodemográficos.

Los reactivos se organizaron por módulos para explorar los conceptos aislados y la integración de los mismos. Los módulos fueron *Comunicación, Relación médico-paciente, Ética y Normativa*.

El módulo Comunicación evaluó conceptos primarios como las definiciones de comunicación y empatía,<sup>17</sup> así como el objetivo fundamental de la comunicación en la relación médico-paciente.<sup>32</sup>

El módulo Relación médico-paciente identifica el modelo dominante de comunicación del aspirante, el concepto de medicina defensiva<sup>30</sup> y las causas más frecuentes de inconformidad por atención médica en México.<sup>33</sup> Para integrar el análisis de cada modelo de interacción médico-paciente, se utilizó el siguiente reactivo: “*La relación ideal entre el médico y su paciente se establece cuando...*” Y las opciones de respuesta fueron enuncia-



**Figura 1.** Edad y sexo de los aspirantes al Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas que contestaron la encuesta.

dos que caracterizan un estilo de comunicación interpersonal entre médico y paciente:<sup>22</sup>

- El paciente obedece todas las indicaciones del médico sin preguntar (modelo instrumental).
- El paciente sigue las indicaciones del médico, quien conoce y propone lo mejor para el paciente (modelo paternalista).
- El paciente y el médico acuerdan conjuntamente el tratamiento (modelo deliberativo).
- El paciente ordena al médico que tratamiento desea que se le instale (modelo complaciente).

El módulo Ética evalúa la comprensión de los principios éticos fundamentales de la medicina, como la beneficencia, la autonomía y la justicia.<sup>34</sup>

El módulo Normativa explora el reconocimiento por los aspirantes de las leyes mexicanas que regulan la profesión médica, las obligaciones del profesional de la medicina, el concepto de mala práctica médica, y la comprensión y aplicación del concepto de consentimiento bajo información.<sup>35</sup>

**Cuadro I.** Estado civil de los aspirantes al momento de la realización del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	12,740	70.4
Casado	4,735	26.2
Divorciado	199	1.1
Unión libre	396	2.2
Viudo	17	0.1
Total	18,087	100.0

Se exploró, además, la percepción de los aspirantes acerca de la necesidad de que las escuelas de medicina e instituciones de salud los capaciten en habilidades de comunicación.

La encuesta fue resuelta por los aspirantes a través del llenado de hojas ópticas que se interpretaron en el sistema informático utilizado habitualmente por el CIFRHS para la decodificación y calificación del ENARM. Las bases de datos referentes a los 44 reactivos de la encuesta y los datos de las variables socio-demográficas en estudio fueron disociadas antes de ser proporcionadas a CONAMED por el CIFRHS, sin obtenerse ninguna referencia a la identidad de los aspirantes. Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS versión 10.0.

## Resultados

De los 18,222 médicos aspirantes que accedieron a contestar la encuesta, se eliminaron 135 que cursaron la carrera de medicina en universidades extranjeras, por lo que la muestra se integró finalmente con 18,087 registros.

El promedio de edad de los aspirantes fue de 27.32 años, con un intervalo entre 18 y 76 años, y una desviación estándar de 3.968 años. La distribución por sexo fue de 9,622 hombres (53.2 %) y 8,465 mujeres (46.8 %). El intervalo de edad más frecuente entre los aspirantes de ambos性 was el de 26 a 30 años, seguido del intervalo de 21 a 25 años (figura 1).

**Cuadro II.** Ocupación de las madres y los padres de los encuestados

Ocupación	Madre %	Padre %
Hogar	18.6	38.4
Empleado del sector público	11.8	10.2
Jubilado	11.5	9.7
Comerciante (empleado)	8.1	6.6
Empresario-comerciante	7.5	6.3
Empleado del sector privado	6.1	4.3
Profesional independiente	5.1	3.6
Médico especialista	5.1	1.8
Profesional independiente y empleado	4.7	3.7
Obrero	4.1	2.6
Campesino	3.3	2.4
Médico general	2.5	1.8
Empresario (agricultor-ganadero-pescador)	1.9	1.2
Profesional del área biológica	1.1	1.3
Empresario industrial	0.9	0.3
Artesano independiente	0.6	0.3
Otro	7.1	5.5
Sin el dato	0.0	0.0
Total	100.0	100.0

**Cuadro III.** Escolaridad de las madres y los padres de los encuestados

Escolaridad	Madre		Padre	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primaria	6,146	34.0	4,694	26.0
Licenciatura	3,482	19.3	5,423	30.0
Estudios técnicos	2,714	15.0	1,363	7.5
Secundaria	2,637	14.6	2,147	11.9
Bachillerato o equivalente	1,849	10.2	1,659	9.2
Posgrado	626	3.5	2,141	11.8
Ninguna	602	3.3	503	2.8
Sin el dato	31	0.2	157	0.9
Total	18,087	100.0	18,087	100.0

Setenta facultades de medicina de 55 diferentes universidades, fueron las escuelas formadoras de los aspirantes encuestados. De ellas, las cinco que mayor número de egresados presentaron el ENARM fueron la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con tres planteles y 2,583 aspirantes (14.3 %), seguida de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) con 1,608 aspirantes (8.9 %), la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH) con 1,430 aspirantes (7.9 %), La Universidad de Guadalajara con 1,269 aspirantes (7.0 %), La Universidad Autónoma de Veracruz con sus cinco campus y 976 aspirantes (5.4 %). La mayoría de los aspirantes tuvo estado civil soltero (12,740 encuestados, 70.4 %) (cuadro I).

Al momento del ENARM, más de la mitad de los aspirantes (9,954, 55 %) tenía un empleo, 8,069 (44.6 %) no y 64 (0.4 %) no respondieron esta pregunta. Desarrollaban trabajo relacionando con la medicina, 10,988 aspirantes (60.8 %); 5,118 (28.3 %) realizaban el servicio social de la carrera de medicina, 1,339 (7.4 %) estudiaban y 642 (3.5 %) efectuaban algún tipo de actividad remunerada no relacionada con su formación profesional.

#### Entorno familiar de los aspirantes

Las madres de 3,358 encuestados (18.6 %) estaban dedicadas al hogar, 2,129 (11.8 %) eran empleadas del sector público y 2,080 (11.5 %) estaban jubiladas; 918 (5.1 %) eran médicas especialistas, 448 (2.5 %) médicas generales y 204 (1.1 %) profesionales del área biológica. En relación con los padres, los tres principales resultados fueron: 1,846 (10.2 %) empleados públicos, 1,760 (9.7 %) estaban jubilados y 6.6 % comerciantes (cuadro II).

La escolaridad más frecuente en las madres de los encuestados fue primaria con 6,146 (34 %), 3,482 (19.3 %) con licenciatura y 2,714 con estudios técnicos (15 %). Una licenciatura fue el mayor nivel de estudios en los padres de 5,423 encuestados (30 %), primaria en 4,694 (26 %), secundaria en 2,147 (11.9 %) y posgrado en 2,141 (1.8 %) (cuadro III).

#### Conocimientos en comunicación, ética, normativa y conflictos médico-paciente

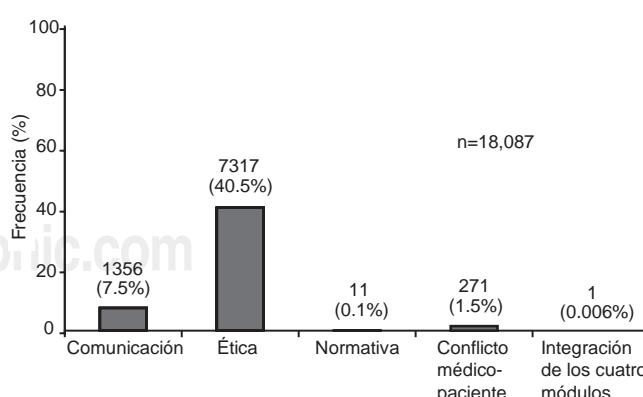
El conocimiento que los aspirantes adquirieron durante su formación profesional, explorado mediante conceptos y definiciones establecidas en la bibliografía especificada aquí en la sección Material y Métodos, fue bajo en todos los temas. Las respuestas correctas agrupadas por módulos no rebasaron la mitad de aciertos y sólo un encuestado logró la adecuada integración de los cuatro módulos (0.06 %) (figura 2).

En el módulo Comunicación, 21.1 % de los encuestados discriminó adecuadamente los reactivos evaluados, contestó acertadamente que retroalimentación es la diferencia esencial entre información y comunicación; la definición de empatía fue identificada por 29.2 % de los médicos, un tercio de los aspirantes detectó el fin de la comunicación en la relación médico-paciente. Sin embargo, sólo 7.5 % de los encuestados integró adecuadamente los tres conocimientos evaluados.

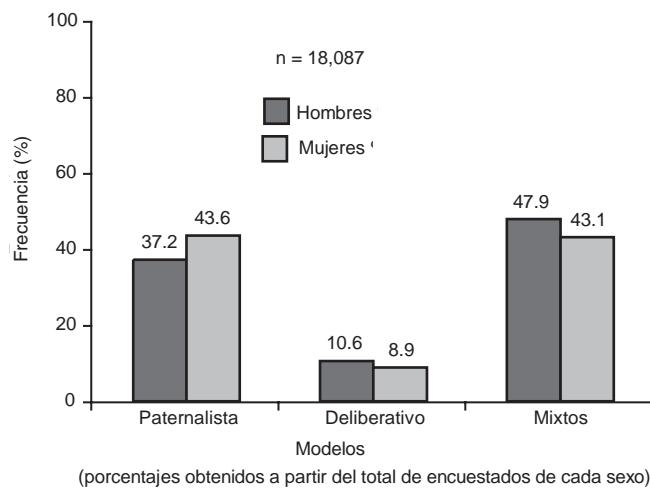
En el módulo Ética se encontró que 49.3 % conocía la definición de beneficencia y 62.4 % la de autonomía. La integración de ambos conceptos se dio en apenas 40.5 % de los encuestados.

En el módulo Normativa, sólo 6.7 % de los encuestados identificó correctamente todas las leyes, códigos, reglamentos y normas que intervienen en la regulación del ejercicio de la medicina en México. Una quinta parte identificó adecuadamente los requisitos del consentimiento informado. Un porcentaje similar conocía las obligaciones del profesional médico y 5.3 % identificaba el concepto de mala práctica médica. En conjunto, apenas 0.1 % de la muestra logró integrar correctamente estos conceptos, resultando el más bajo de todos los módulos.

En el módulo Conflictos médico-paciente, 4.6 % de los aspirantes reconoció las causas más frecuentes de inconformidad en la relación médico-paciente, mientras 15.4 % definió adecuadamente el concepto de medicina defensiva. Este módulo alcanzó integración en 1.5 % de los encuestados.



**Figura 2.** Conocimiento de los aspirantes al Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas sobre comunicación, ética, normativa y conflicto médico-paciente.



**Figura 3.** Diferencias en los modelos de comunicación médico-paciente, asociadas con el sexo del encuestado.

La frecuencia de respuestas correctas por cada módulo se esquematiza en la figura 2.

En cuanto a los modelos de relación médico-paciente, las respuestas se dividieron en *modelos puros* y *modelos mixtos*, siendo éstos últimos los más frecuentes con 8,268 encuestados (45.7 %). El modelo puro más prevalente entre los encuestados fue el paternalista, en 7,269 encuestados (40.2 %). Los otros modelos puros presentaron la siguiente distribución: deliberativo en 1,767 encuestados (9.8 %), instrumental en 45 (0.2 %) y

complaciente en 33 (0.18 %). Esta pregunta no fue respondida en 705 encuestadas (3.9 %). El modelo mixto más frecuente fue el paternalista-deliberativo, identificado en 4,368 encuestados (52.8 % de todos los modelos mixtos).

Al analizar las variables entre sí, se encontró una diferencia significativa asociada con el sexo, el intervalo de edad, el modelo de comunicación y con la actividad que los encuestados desarrollaban al momento de aplicar el ENARM. Al contrastar la variable sexo con los modelos de comunicación médico-paciente que los encuestados consideraban apropiados, las mujeres resultaron más paternalistas (43.6 %) que los hombres (37.2 %), mientras que hubo mayor número de hombres deliberativos (10.6 %) que de mujeres (8.9 %). Los modelos mixtos se identificaron en 47.9 % de los hombres contra 43.1 % mujeres ( $p = 0.000$ ) (figura 3).

En relación con la edad, se observó que el intervalo 21 a 25 años (41.8 % versus 37.8 %) y 31 a 35 años (3.3 % versus 2.2 %) resultaron significativamente más deliberativos ( $p < 0.001$ ).

Los encuestados entre 21 y 25 años obtuvieron diferencia significativa ( $p < 0.005$ ) en la integración de los módulos Comunicación (46.3 % versus 37.6 %), Ética (41.1 % versus 36.2 %) y Conflictos médico-paciente (56.1 % versus 37.9 %). Los encuestados entre 26 y 30 años destacaron en la integración del módulo Conflictos médico-paciente (46.8 % versus 35.4 %,  $p < 0.000$ ). Los aspirantes entre 41 y 45 años no integraron el módulo Ética (0.6 % versus 1.0 %,  $p < 0.001$ ) (cuadro IV).

La actividad que desarrollaban los encuestados al momento de aplicar el ENARM tuvo significancia estadística en los siguientes casos: los aspirantes que realizaban el servicio social fueron más deliberativos (12.3 %) que el resto (8.8 %).

**Cuadro IV.** Asociaciones con relevancia estadística

	Asociación	Frecuencias	RR (IC = 95 %)	p
Por sexo	Las mujeres son más paternalistas que los hombres	43.6 versus 37.2 %	1.2	0.001
	Los hombres son más deliberativos que las mujeres	10.6 versus 8.9 %	1.2	0.001
	Los hombres integraron mejor el módulo Conflictos médico-paciente que las mujeres	1.8 versus 1.2 %	1.5	0.001
Por grupo etario	El grupo de 21 a 25 años fue más deliberativo que el resto	41.8 versus 37.8%	1.1	
	También integró mejor los módulos:			
	Comunicación	46.3 versus 37.6 %	1.2	0.001
	Ética	41.1 versus 36.2 %	1.1	
	Conflictos médico-paciente	56.1 versus 37.9 %	1.5	
	El grupo de 26 a 30 años integró mejor el módulo Conflictos médico-paciente	46.8 versus 35.4 %	1.3	0.001
	El grupo de 31 a 35 años fue menos deliberativos que el resto	2.2 versus 3.3 %	0.7	0.005
	El grupo de 41 a 45 años integró menos el módulo Ética	0.6 versus 1.0 %	0.6	0.001

Al constatar los distintos modelos de comunicación con las respuestas correctas de los cuatro módulos, se encontró que los médicos deliberativos mostraron diferencia en la integración de todos los módulos: Comunicación, 27.9 % versus 8.3 %; Ética, 14 % versus 6.9 %; Conflictos médico-paciente, 34.7 % versus 9.4 %,  $p < 0.000$ ; y Normativa, 36.4 % versus 9.8 %,  $p < 0.001$ .

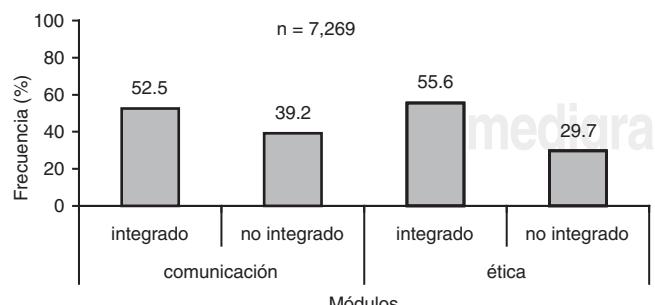
Los médicos paternalistas revelaron diferencias en los módulos Comunicación (52.5 % versus 39.2 %) y Ética (55.6 % versus 29.7 %),  $p < 0.000$  (figura 4).

En los médicos que consideran correcto el modelo complaciente se encontró que no integraron el módulo Ética (0.05 % versus 0.3 %),  $p < 0.001$ .

No se observaron diferencias significativas en la integración de ningún módulo en los médicos que consideraron correcto el modelo instrumental.

Hubo diferencias significativas cuando el padre del encuestado era médico especialista en comparación con otras ocupaciones, en mayor proporción de aspirantes que integraron correctamente los módulos Comunicación (10.4 % versus 7.4 %,  $p < 0.05$ ) y Conflictos médico-paciente (3.0 % versus 1.5 %,  $p < 0.02$ ); la escolaridad baja de los padres (ninguna o primaria) se relacionó con mayor proporción de encuestados con modelo complaciente (45.4 % versus 28.7 %,  $p > 0.05$ ), menor frecuencia de encuestados que integraron adecuadamente los módulos Comunicación (24.2 % versus 29.1 %,  $p = 0.000$ ) y Conflictos médico-paciente (17.3 % versus 28.9 %,  $p < 0.000$ ). Cuando la escolaridad del padre era alta (licenciatura o posgrado), hubo mejor integración de los módulos Comunicación (46.3 % versus 41.4 %,  $p < 0.000$ ), Ética (42.7 % versus 41.2 %,  $p < 0.05$ ) y Conflictos médico-paciente (54.2 % versus 41.6 %,  $p < 0.000$ ).

Se encontró un mayor número de encuestados con modelos mixtos de relación médico-paciente (8.1 % versus 7.1 %,  $p < 0.01$ ) cuando la madre del encuestado era médica (general o especialista), así como un menor número de paternalistas (7.1 % versus 7.8 %,  $p < 0.05$ ) cuando era médica o personal de salud (9.2 % versus 8.2 %,  $p < 0.01$ ). Si la escolaridad de la madre era baja, hubo un mayor número de encuestados paternalistas (38.3 % versus 36.6 %,  $p < 0.03$ ), y se asoció también a menor integración en los módulos Comunicación (33.4 % versus 37.6 %,  $p = 0.002$ ) y



**Figura 4.** Integración de los módulos en los médicos con modelo paternalista.

Conflictos médico-paciente (30.2 % versus 37.4 %,  $p < 0.02$ ). Cuando la escolaridad de la madre fue alta, se encontraron más encuestados deliberativos (24.8 % versus 22.9 %,  $p < 0.03$ ), además de mayor integración en los módulos Comunicación (25.9 % versus 22.4 %,  $p < 0.004$ ) y Conflictos médico-paciente (29.1 % versus 22.6 %,  $p < 0.02$ ).

## Discusión

La medicina debe cumplir con su función social, dando respuesta a las necesidades de salud y cuidado médico de la población a la que sirve. Para responder a esa obligación, es imperativo que durante la formación médica se aborden temas emergentes, los cuales en su mayoría aún no se han incorporado a los planes de estudio de las escuelas de medicina en el mundo. Estos temas son la comunicación humana en la relación médico-paciente, la bioética, la normativa que regula la práctica de la medicina en nuestro país, la resolución de los conflictos —y sus factores germinales— que se producen durante la atención médica, así como el manejo de las emociones, llevado al nivel de comunicación.

Es destacable que en años previos a esta encuesta no se habían analizado los datos sociodemográficos de los aspirantes, y que contamos con magras estadísticas demográficas sobre los médicos en México. Por primera vez se logró disponer de dichos datos para ubicar el perfil de los médicos que acceden a realizar una especialidad.

El promedio de edad de los aspirantes fue de 27.3 años, lo que muestra una población joven, compatible con las estadísticas publicadas por INEGI en 2003,<sup>30</sup> las cuales reportan un poco más de 295 mil médicos en el país, independientemente de que realicen trabajo profesional en salud o tengan otra actividad. En el mismo año se encontró que 69 % de los profesionistas médicos mexicanos tiene entre 25 y 44 años, dato que coincide con los resultados de nuestro estudio, en el cual el intervalo de edad predominante fue de 21 a 30 años (84.8 %).

Nuestros resultados presentan una distribución de 53.2 % hombres y 46.8 % mujeres, proporción similar a la registrada en el censo del año 2000, donde se encontró que 57 de cada 100 profesionistas de 25 años y más relacionados con la salud son hombres.<sup>36</sup>

La mayoría de los aspirantes (70.4 %) tenía estado civil soltero al momento del ENARM, lo cual contrasta con los registros del INEGI, en los cuales predominan los médicos casados (67.8 %), mientras que los solteros apenas alcanzan 21.3 %. Habría que preguntarse si los médicos deciden realizar una especialidad mientras son solteros, lo que implica menores responsabilidades financieras y personales, y permite una mayor movilidad, requerida para mudarse a viviendas cercanas a los hospitales sedes y subsedes.

Las estadísticas de INEGI reportan que 83 % de los médicos son económicamente activos, y el resto no trabaja. En nuestro

estudio las cifras son distintas: al momento del ENARM 55 % de los médicos encuestados tenía un empleo, 44.6 % no y 64 (0.4 %) no respondieron esta pregunta. En los datos del INEGI, 81 % de los médicos ocupados desarrolla su profesión; en nuestra muestra la proporción de encuestados que desarrollaba algún trabajo médico fue de 60.8 %, mientras 28.3 % realizaba el servicio social, lo cual pudiera relacionarse con interpretación del tipo de trabajo. Sólo 3.5 % de los médicos encuestados realizaba alguna otra actividad, en comparación con los datos INEGI, donde 19 % se dedica a otras actividades no relacionadas directamente con el ejercicio asistencial: 4 % es trabajador de la educación, 3 % funcionario y directivo, 3 % jefe y supervisor administrativo y 3 % comerciente.

Una encuesta publicada en 1995 reportó que de 75 médicos que iniciaban su residencia médica, entre 4 y 27 % respondió correctamente los reactivos sobre conocimientos legales, y entre 3 y 46 % resolvió los reactivos sobre dilemas éticos de manera satisfactoria, lo cual es similar a lo encontrado en nuestros resultados, con lo que se infiere escaso avance en la incorporación de estos temas durante la formación médica.<sup>24</sup>

Una estrategia importante en la relación médico-paciente es el manejo de un modelo de comunicación adecuado al momento que vive el paciente en diferentes circunstancias, es decir, el modelo adecuado para este paciente, en este momento. Para ello se han descrito diversos modelos de acuerdo con el grado de respeto a los valores del paciente, al enfoque con que el profesional de la salud atiende la enfermedad o de los objetivos de la interacción. Cabe aclarar que no existe una clasificación prevalente ni mucho menos un modelo ideal puro y unívoco, sino que es necesario aplicar la experiencia para entremezclarlos y matizarlos de acuerdo con las necesidades de interacción con cada paciente, en los que el común denominador mínimo son la empatía, la autonomía, el respeto y la retroinformación.

Algunos autores han referido dudas acerca de que las habilidades de comunicación puedan ser enseñadas como parte de las competencias académicas de los médicos, por considerarlas demasiado intuitivas.<sup>37</sup>

Con el propósito de identificar si existían características del entorno familiar de los aspirantes que estuvieran relacionadas con dichas habilidades, se observaron algunos factores como la escolaridad y ocupación de los padres. Se encontró que un factor relevante es la escolaridad de la madre de los encuestados, pues se observó mayor número de médicos deliberativos cuando sus madres tenían una escolaridad alta (24.8 versus 22.9 %,  $p < 0.03$ ), y una mejor integración en los módulos Comunicación (25.9 versus 22.4 %,  $p < 0.004$ ) y Conflictos médico-paciente (29.1 versus 22.6 %,  $p < 0.02$ ). La asociación puede considerarse nuevamente porque se encontró mayor número de médicos paternalistas cuando la escolaridad de la madre era baja, así como menor integración en los módulos Comunicación (33.4 versus 37.6 %,  $p = 0.002$ ) y Conflictos médico-paciente (30.2 versus 37.4 %,  $p < 0.02$ ).

Otros conocimientos integradores para el desarrollo personal y profesional, cuya enseñanza no ha sido suficientemente perfeccionada y estandarizada en las cátedras universitarias, son la aplicación de la bioética en la práctica médica cotidiana y el marco normativo que regula la medicina como profesión.

Se observó que las doctoras encuestadas son más paternalistas (43.6 %) que los hombres (37.2 %), quienes están más de acuerdo con el modelo deliberativo o con más de un modelo. Los médicos hombres encuestados integraron mejor el módulo Conflictos médico-paciente (1.8 %) que las médicas mujeres (1.2 %), lo cual puede estar relacionado con factores culturales que podrían ser evaluados en estudios posteriores de tipo sociológico.

En relación con la edad, los médicos más jóvenes (21 a 25 años) fueron más deliberativos (41.8 %) que los médicos mayores (37.8 %); el mismo grupo de 21 a 35 años mostró mejor integración de los módulos Comunicación (46.3 versus 37.6 %), Ética (41.1 versus 36.2 %) y Conflictos médico-paciente (56.1 versus 37.9 %). Estos hallazgos sugieren que las experiencias educativas implementadas en las escuelas y facultades de medicina comienzan a surtir efecto en la actitud de los médicos recién egresados.

Los encuestados con edades entre 26 y 30 años destacaron en la integración del módulo Conflictos médico-paciente (46.8 versus 35.4 %), lo cual podría estar relacionado con la “crisis de responsabilidad médica” que ha ocurrido en nuestro país desde 1990, o con un mayor tiempo de “exposición” a los conflictos en la práctica médica, es decir, que la experiencia en el contacto con los pacientes y responsabilidad en su atención, influye de manera significativa en las actitudes y los conocimientos (*o creencias?*).

Esta posibilidad se refuerza indirectamente con el hallazgo de que los aspirantes que realizaban el servicio social fueron más deliberativos (12.3 %) que el resto (8.8 %), destacando que los encuestados que no estaban realizando trabajo médico fueron significativamente más deliberativos (11.3 versus 8.8 %).

Es relevante que los médicos entre 41 y 45 años no integraron el módulo Ética (0.6 versus 1.0 %), lo cual pudiera ser explicado mediante el análisis de los currículos académicos imperantes entre las décadas de 1970 y 1980, que coincidió con grandes matrículas estudiantiles, en detrimento del modelo tutorial previo.

Los resultados del cruce de los distintos modelos de comunicación con las respuestas correctas de los cuatro módulos, sugieren que los médicos deliberativos son los que tienen mayores conocimientos sobre Comunicación (27.9 versus 8.3 %), Ética (14 versus 6.9 %), Conflictos médico-paciente (34.7 versus 9.4 %) y Normativa (36.4 versus 9.8 %); y que los médicos complacientes tienen menos claros los conceptos básicos de la ética médica (0.05 versus 0.3 %), con lo cual se subraya la importancia de incluir estos temas en la formación médica.

Se encontró, además, que la escolaridad y ocupación de los padres de los encuestados tiene relación con el modelo de comunicación y los conocimientos evaluados en la encuesta.

## Conclusiones

La buena comunicación es una habilidad compleja que requiere constante ejercicio y desarrollo en todas las interacciones humanas. En la enseñanza de los modelos de interacción comunicativa en la relación médico-paciente existen algunos esfuerzos incipientes para desarrollar programas de entrenamiento, ya que se ha encontrado que la mala comunicación es un factor predictor de vulnerabilidad médico-legal, generada por insatisfacción de los pacientes y familiares; dicha situación también incrementa el riesgo de desgaste profesional o *burnout* en los médicos. Los modelos de enseñanza deberán por ello incluir también el manejo de emociones, pues en ocasiones éstas pueden ser tan intensas que bloquean los elementos cognitivos.

El médico requiere adquirir y desarrollar habilidades de comunicación que le permitan escuchar, dar y recibir retroalimentación, que incluyan la identificación de los aspectos que afectan la comunicación y con ello mejorar la calidad del vínculo de confianza interpersonal con el paciente.

Las facultades de medicina deben contar con programas que incluyan asignaturas que capaciten en comunicación en la relación médico-paciente, el derecho sanitario y la ética médica, integrados al ejercicio profesional, que lleven a una práctica médica asertiva que permita prevenir los conflictos durante el ejercicio de la medicina.

## Referencias

1. Van-der Hofstadt RCJ, Navarro Cremades F. Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico. SEMERGEN 2004;30:552-556.
2. Chávez-Aguilar H, Rosile-Baeza MA. La relación médico-paciente. Un enfoque comunicacional. Rev Med IMSS 1994;32:1-6.
3. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA 2004;291:2359-2366.
4. Martínez-Cortés F. Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica. An Med Hosp ABC 2002;47:112-117.
5. Kerse N, Buetow S, Mainous AG, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. Ann Fam Med 2004;2:455-461.
6. Flores ER, Sánchez FA, Coronado HM, Amador CJC. La formación médica en México y los procesos en búsqueda de garantizar la calidad de los egresados. Rev Fac Med UNAM 2001;44:75-80.
7. Esteve-Ríos N. Competencias y desarrollo profesional. Educ Med 1999;2:66-69.
8. Branch WT, Kern D, Haidet P, Weissmann P, Gracey CF, Mitchell G, Inui T. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. JAMA 2001;286:1067-1074.
9. Martínez-Cortés F. El ejercicio de la medicina en México en el año 2000. Disponible en <http://www.bibliojuridica.org/libros/1/357/3.pdf>. Consultado el 22 de mayo de 2005.
10. Pérez J, Vallés A, Caseras X, Gual A. Competencias profesionales que han de adquirir los licenciados en medicina durante los estudios de pregrado. Educ Med 1999;2:80-88.
11. Rivera-Cisneros AE, Juárez-Díaz González N, Martínez-López S, Campos-Castolo M, Sánchez-González JM, Tena-Tamayo C, et al. Estudio exploratorio sobre la enseñanza de la comunicación humana en la práctica de la medicina. Cir Ciruj 2003;71:210-216.
12. World Health Organization (WHO). Modernising medical careers – he new curriculum for foundation years in postgraduate education and training. Disponible en [http://www.who.int/patientsafety/news/m医cal\\_careers\\_uk/en/](http://www.who.int/patientsafety/news/m医cal_careers_uk/en/) Consultado el 2 de junio de 2005.
13. Prats A. El humanismo retorna a las facultades de medicina de Estados Unidos. JANO 2004;67:25.
14. de Espínola HB, Melis IG, González MA, Regnier E. Los graduados de medicina evalúan la pertinencia de la formación médica. Rev IRICE 2002. Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. Disponible en <http://www.unne.edu.ar/cyt/2002/01-Sociales/S-054.pdf> Consultado el 30 de junio de 2005.
15. Lain-Entralgo P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Madrid, España: Alianza;1983.
16. Martínez-Báez M, Pérez-Tamayo R, Sepúlveda B, Soberón G. La evolución de la medicina en las últimas cuatro décadas. Conmemoración del 40º Aniversario de la Fundación de El Colegio Nacional. México: Melo;1984. pp. 57-103.
17. Ruiz Moral R. La relación clínica hoy. Atención Primaria 2005;35:279-80.
18. Irvine D. The performance of doctors: the new professionalism. Lancet 1999;353:1174-1177.
19. Alonso GM, Kraftchenko BO. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. Rev Cub Educ Med Super 2003;17:39-46.
20. Stone T, Mantese A. Conflicting values and the patient-provider relationship in managed care. Implications of cost and quality in managed care. J Health Care Finance 1999;26:48-62.
21. Ruiz-Moral R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes? Reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. Aten Primaria 2003;32:594-602.
22. Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992;267:2221-2226.
23. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Invi TS. Communication patterns of primary care physicians. JAMA 1997;277: 350-356.
24. López-de la Peña X. Actitud médica y conocimientos legales de algunos derechos del paciente. Rev Invest Clin 1995;47:5-12.
25. Di-Pietro ML. Inserción de la bioética en los currículos escolares: Los resultados de una encuesta cognoscitiva. Medica Etica 2001;9-29.
26. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution. JAMA 1996;275:152-155.
27. Andrade-Morales MG. Ética y comunicación. En: Tena TC, Hernández OF. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado;2005.
28. Simón Lorda P, Júdez-Gutiérrez J. Consentimiento informado. Med Clin 2001;117:99-106.
29. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. JAMA 2001;286:2578-2585.
30. Sánchez-González JM, Tena-Tamayo C, Campos-Castolo EM, Hernández-Gamboa LE, Rivera-Cisneros AE. Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. Cir Ciruj 2005;73:201-208.
31. Díaz-Barriga F, Hernández RG. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 1998. pp. 179-196.
32. Tena-Tamayo C. La comunicación humana y la relación médico-paciente. En: Tena TC, González MF, Frenk MJ, editores. Clínicas del Hospital General de México: Memoria del Simposio "La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud". México: Piensa;2003. pp. 23-30. Disponible en <http://www.conamed.gob.mx/pdf/conamed.pdf> Consultado el 8 de noviembre de 2005.

33. Tena-Tamayo C. La demanda como efecto de la mala comunicación médico-paciente. Rev CONAMED 2002;7:18-21.
34. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press;1994.
35. Casa-Madrid MO. La atención médica y el derecho sanitario. México: JGH;1999.
36. INEGI . Estadísticas a propósito del Día del Médico. Datos Nacionales. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2003/medico03.pdf> Consultado el 1 de noviembre de 2005.
37. Ihler E. Patient-physician communication (editor's note). JAMA 2003;289:292.