

# Análisis de la naturaleza de la relación médico-enfermo con SIDA en instituciones de seguridad social en México

Edith Valdez-Martínez,\* Miguel Bedolla,\*\* Rosalía Rico\*

\* Coordinación de Investigación en Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social.

\*\* Rueckert-Hartmann School, Universidad de Regis en Denver, Colorado, E.U.A.

*Physician-patient with AIDS-relationship, as a model of clinical relation within the framework of the social security institutions in Mexico*

## ABSTRACT

**Objective.** To examine the nature and level of physician involvement during a clinical encounter with a patient with a chronic condition, such as AIDS, and to explore how it is understood and constructed by them. **Material and methods.** Qualitative design with participant observation and semi-structured interviews, with physicians and patients, conducted in hospitals of Social Security Institutions in Mexico City. Data were analyzed using the constant comparative method developed in the grounded theory tradition. The emergent themes studied were the dynamics of the encounters, levels of participation of the physician, and attitudes of both participants. **Results.** Irrespective of whether patients were seen for the first time, or subsequently, in outpatient consultation or in hospital, the physician focused on the solution of the biological problem and on the performance of a work commitment with the Institution. **Conclusion.** This study highlights the need to strengthen the incorporation of the ethics into daily clinical practice in order to transform a physician-patient relationship which is merely bureaucratic, focused on the solution of a biological problem and on the fulfillment of an institutional commitment, into a relationship which is truly professional and at the service of the patient.

**Key words.** Doctor-patient relationship. Clinical ethics. Healthcare. Chronic illness. Mexico.

## RESUMEN

**Objetivo.** Examinar la naturaleza y el nivel de participación del médico durante la relación clínica con el paciente con enfermedad crónica (SIDA) y explorar cómo esta relación es entendida y construida por ellos mismos. **Material y métodos.** Diseño cualitativo con observación participante y entrevistas semiestructuradas a médicos y a enfermos, realizado en hospitales de las instituciones de seguridad social en la Ciudad de México. Los datos fueron analizados utilizando el método de comparación constante desarrollado en la tradición de la teoría fundamentada. Los temas emergentes estudiados fueron la dinámica del encuentro clínico, niveles de participación del médico y las actitudes de ambos agentes. **Resultados.** Independientemente de que los enfermos fueran atendidos por primera vez o de manera subsecuente, o si eran de Consulta Externa u hospitalización, el propósito del médico fue resolver un problema biológico y de esa manera cumplir con su compromiso laboral con la institución. **Conclusión.** Es necesario fortalecer la incorporación de la ética a la práctica clínica cotidiana para transformar una relación médico-enfermo, que es meramente burocrática y que tiene como propósito primario servir a la institución de seguridad social donde el médico trabaja, en una relación verdaderamente profesional de servicio al enfermo.

**Palabras clave.** Relación médico-enfermo. Ética clínica. Atención médica. Enfermedades crónicas. México.

## INTRODUCCIÓN

El fin principal de la organización asistencial es otorgar ayuda médica profesional a las personas que la necesiten y, además, que cubran ciertos criterios como estar asegurados por esa organización.<sup>1</sup> El servicio lo otorga un equipo donde el médico es el agente principal y quien lo recibe es un enfermo. Dentro de este marco organizacional institucional, el médico que otorga el servicio tiene la discreción para escoger entre otorgarlo de manera burocrática o profesional. La diferencia entre el modo de trabajo burocrático y el modo profesional ha sido ampliamente estudiada por los sociólogos.<sup>2,3</sup>

Para los fines de este artículo, se señala que en el modo burocrático el agente sirve primariamente a la institución en la que trabaja, aplicando sus políticas y criterios de manera impersonal cuando otorga un servicio. En el modo profesional el agente sirve primariamente a un cliente –en el sentido etimológico que tiene esta palabra de alguien que es protegido– y otorga el servicio de manera personalizada y con el propósito de satisfacer las necesidades personales del cliente.

En la realidad, los modos puros de servir al paciente (burocrático y profesional) no se dan; sin embargo, éstos pueden verse como dos polos teóricos, cuyo campo abarca varios niveles de participación; de ahí que el servicio ofrecido al enfermo posea una mezcla de proporciones variables entre el modo burocrático y el profesional. Tomando en cuenta los dos polos teóricos mencionados hay cuatro niveles de participación posibles:

- **Nivel 1.** Burocrático y estrictamente biomédico e impersonal, con un estilo de liderato de la relación centrado en el médico.
- **Nivel 2.** Profesional, pero con enfoque estrictamente biomédico y con una dimensión personal aunada a un estilo de liderato coparticipativo con el enfermo.
- **Nivel 3.** Profesional y con una orientación básica hacia el problema biológico, pero incluye un manejo superficial de las manifestaciones emocionales del enfermo.
- **Nivel 4.** Profesional y orientada hacia la totalidad de la persona y el impacto que en ella tiene la enfermedad. Incluye tanto el manejo del problema biológico como el manejo de las emociones del paciente y una intervención pedagógica básica.

La socialización de las instituciones de asistencia al enfermo es el rasgo más importante de la práctica médica actual.<sup>1</sup> La asistencia socializada a los enfermos mexicanos recae principalmente en dos instituciones: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). La cobertura de estas dos instituciones es de 32.8% de la población mexicana económicamente activa.<sup>4</sup> Estas instituciones de salud tienen tres niveles de atención médica:

- El primer nivel corresponde a la medicina de primer contacto o medicina familiar.
- El segundo nivel de atención médica comprende a hospitales generales de zona y hospitales regionales, en los que son atendidos los enfermos que son referidos por el primer nivel.
- El tercer nivel consiste en hospitales de alta especialidad. En este nivel acuden los enfermos provenientes de segundo nivel que presentan complicaciones o enfermedades que requieren de mayor especialización técnico-médica.

Como es propio de las instituciones de seguridad social, los médicos son asignados (y no elegidos libremente) a los enfermos. Las personas con VIH/SIDA pueden ser identificadas en cualquiera de los tres niveles de atención. Aquéllas que son identificadas en el primer nivel son referidas a los hospitales de segundo nivel para diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Los casos que cursan con complicaciones que requieran mayor especialización técnico-médica para su diagnóstico y tratamiento son atendidos en hospitales de tercer nivel de atención médica.

La relación médico-enfermo (rme) ha sido ampliamente estudiada en la literatura nacional e internacional; empero, mucho de lo que se sabe acerca de la rme está basado en reportes cuantitativos, casos anecdóticos y experiencias aisladas de médicos; no hay, hasta el momento, algún estudio empírico-cualitativo que permita entender el modo en que se lleva a cabo la rme en las instituciones de seguridad social de México. En este contexto el presente estudio fue planeado.

## OBJETIVO

Analizar la naturaleza y el nivel de participación del médico durante el encuentro clínico con el enfermo que padece una enfermedad de tipo crónico (SIDA) y explorar cómo esta relación es entendida y construida por ellos mismos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio cualitativo tipo etnográfico que incluyó observación participante y entrevistas semiestructuradas como técnicas de generación de datos.

### Población de estudio

Participaron siete médicos y 154 enfermos con SIDA. Seis de los médicos participantes eran especialistas en Medicina Interna y uno tenía la subespecialidad en Infectología. Todos ellos eran personal de base de los hospitales participantes. Los médicos internistas de segundo nivel estaban encargados de atender únicamente a pacientes con este tipo de enfermedad.

### Hospitales participantes

Los médicos participantes estaban adscritos a hospitales de segundo y tercer nivel de atención médica de la Ciudad de México. Dos de los hospitales pertenecen al IMSS y dos más al ISSSTE. Los hospitales fueron seleccionados por conveniencia, esto es, se privilegió el tiempo invertido por los observadores para su traslado a las unidades de atención médica. No se incluyeron unidades de atención médica de primer contacto (i.e. unidades de medicina familiar) porque, de acuerdo con la estructura organizacional de estas instituciones, el diagnóstico definitivo y el tratamiento de los enfermos con SIDA debe ser realizado en segundo nivel.

### Muestra y muestreo

El tamaño de la muestra se definió usando los criterios de Sandelowski.<sup>5</sup> De acuerdo con éstos el tamaño de la muestra de un estudio cualitativo no es establecido *a priori*, sino que lo determina la robustez de la teoría; esto es, la coherencia y la redundancia de la información que genera la investigación.<sup>5</sup> Siguiendo estos criterios, el trabajo de campo (correspondiente a la observación) se detuvo después de 154 encuentros médico-enfermos, cuando ya no se obtenía nueva información sustancial y la redundancia y coherencia de la teoría se había logrado. Los participantes fueron seleccionados para cubrir una amplia gama de experiencias y opiniones.<sup>5,6</sup> Además, para complementar la información aportada por los registros antes aludidos, se entrevistaron a dos mé-

dicos y tres enfermos considerados casos extremos<sup>6</sup> durante la observación (por ser inusuales, es decir, casos con conductas límite de acuerdo con lo observado).

### Generación de datos

- **Fase I.** Observación participante de los encuentros clínicos cotidianos en los servicios de Consulta Externa y Hospitalización. El tiempo de observación duraba la jornada laboral completa de los médicos (6 hrs). Durante la observación de la relación clínica, los observadores no participaron en las conversaciones a menos que los pacientes o los familiares los cuestionaran directamente. Los observadores permanecieron con cada uno de los médicos durante periodos de entre tres a seis semanas. Esto permitió la documentación de lo sucedido durante un gran número de relaciones entre médicos y enfermos. Las notas de campo fueron redactadas durante las observaciones y transcritas el mismo día por los observadores. Cada una de las narraciones fue analizada de manera independiente y codificada por tres investigadores de acuerdo con el método de triangulación.<sup>6,7</sup> Cuando el significado de una unidad de información era entendida de forma diferente por los investigadores, el código que finalmente etiquetaba ese segmento de información se decidía por consenso. Cuando éste no se lograba, la unidad de información no era codificada. La matriz final de datos fue construida con la información codificada.<sup>6,7</sup> Se realizaron tablas de concentración de información para resaltar los temas emergentes y realizar comparaciones intergrupo (entre médicos de un mismo hospital) e intragrupo (entre los hospitales de las instituciones de salud).
- **Fase II.** Entrevistas semiestructuradas, individuales y audiograbadas. Se llevaron a cabo con médicos y enfermos reconocidos durante la observación participante como casos extremos de la rme. Con esta técnica metodológica fue posible enriquecer y contrastar la información proveniente de la observación participante. Un enfoque convencional fue usado y las entrevistas duraron de 30 a 70 min. Las audiograbaciones fueron transcritas y revisadas; este procedimiento involucró una revisión constante, interactiva y reflexiva, tanto del audio como del texto transcrito.<sup>6,7</sup> El consentimiento informado verbal e individual fue obtenido de todos los participantes, médicos y

pacientes, antes de las entrevistas. La observación participante se realizó previa autorización de los directores de la Unidades de Atención Médica y de cada uno de los médicos participantes. El manejo anónimo de la información fue garantizado. El proyecto de investigación fue revisado y autorizado por la Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS (Reg. 2005-785-068). Desde el punto de vista metodológico debe mencionarse que la observación participante tiene sus propios retos. En este trabajo de investigación, los médicos participantes acostumbraban a trabajar junto con estudiantes de medicina de pregrado y de posgrado, por lo que no fue complicado para los observadores integrarse como parte del equipo médico. Los médicos sabían que los observadores eran antropólogos que necesitaban recabar información de los enfermos con SIDA, como parte de un proyecto de investigación sobre esta enfermedad. Esta estrategia, además de facilitar la observación y el estudio *in situ* de los encuentros clínicos, redujo los potenciales problemas de subjetividad y falta de espontaneidad de los observados. Para evitar que la presencia del observador influyera negativamente en la generación de datos (observación y entrevistas) los observadores, todos antropólogos, recibieron capacitación teórico-práctica en las diferentes técnicas metodológicas.

### Análisis

Los datos fueron analizados con el método de comparación constante desarrollado en la tradición de la teoría fundamentada,<sup>6,7</sup> y complementado con

el análisis dialéctico-hermenéutico.<sup>7</sup> Este proceso de análisis empleado tuvo como objetivo la interpretación y comprensión de la realidad tal y como emerge de los datos de la propia escena social (relación médico-enfermo).<sup>6,7</sup> Consistió en lecturas repetidas de cada una de las narrativas de la escena social para la identificación de fragmentos que compartieran la misma idea, codificación de los mismos, identificación de categorías o temas emergentes, relectura longitudinal y transversal hasta que las categorías que emergieron se saturaron, análisis de segmentos y elaboración de cuadros de concentración de la información, comparando y buscando identificar nuevos conceptos de mayor nivel de generalidad. En general, el principal procedimiento de análisis fue inductivo. La deducción fue usada sólo para el desarrollo de conjeturas que permitieron verificar la robustez teórica y para verificar los datos. El análisis se realizó con apoyo del programa Atlas ti versión 5.5.

### RESULTADOS

Los siguientes resultados están basados en las narraciones y notas de campo tomadas durante la observación participante de 154 encuentros médico-enfermo (siete médicos y 154 enfermos) y de la información generada de las entrevistas a dos médicos y tres enfermos. Cada uno de los pasajes, tanto de los registros de la observación como de las entrevistas, es presentado con la cita de referencia entre corchetes. Las características sociodemográficas de la población observada se describen en el cuadro 1. Se decidió presentar algunos datos cuantitativos con el único propósito de proporcionar al lector una mejor perspectiva de los datos.

Cuadro 1. Características generales de la población de estudio (observación participante).

Variables	Categorías	IMSS (n)	ISSSTE (n)	Total (n)
Nivel atención	3er. nivel	0	1	1
	2do. nivel	2	1	3
Tipo de atención	Consulta externa	68	69	137
	Hospitalización	1	16	17
Tipo de consulta	Primera vez	5	15	20
	Subsecuente	64	70	134
Género médicos	Masculino	0	4	4
	Femenino	2	1	3
Género enfermos	Masculino	57	79	136
	Femenino	12	6	18
Edad enfermos (años)	Masculino (amplitud [mediana])	22 - 71 (37)	22 - 72 (42)	22 - 72 (40)
	Femenino (amplitud [mediana])	22 - 59 (35)	30 - 54 (39)	22 - 59 (37)

## Estructura y dinámica de la rme

El inicio de los encuentros se caracterizó por el intercambio de miradas y saludos entre médico, enfermo y, en ocasiones, los familiares. Predominó el saludo verbal. El saludo con contacto físico, tal como el saludo de mano, cuando ocurrió, fue invariablemente por iniciativa del enfermo y sólo en aquél que acudía a atención médica subsecuente. Algunos enfermos omitieron el saludo debido a su enojo por el tiempo prolongado de espera al que fueron sujetos; otras veces fue el médico quien prescindió del saludo porque el enfermo no había cumplido con sus indicaciones (Cuadro 2).

También se observó que los médicos prefieren hablar a pacientes subsecuentes de Consulta Externa por su nombre de pila y de tú, aun cuando el paciente respetuosamente les hablara de usted. Con menor frecuencia los médicos omitieron el nombre o sobrenombre de sus enfermos y se dirigieron a ellos usando simplemente el usted o el tú. Con los enfermos que atendieron por primera vez en Consulta Externa optaron por el usted o el tú junto con el nombre de pila. En el mismo sentido se apuntaron los datos generados en hospitalización (Cuadro 2).

- **Interrogatorio con intención diagnóstica.** Con los enfermos subsecuentes, atendidos en Consulta Externa, todos los médicos enfocaron la

entrevista con el enfermo hacia la evaluación de resultados de laboratorio o en la requisición de estos al enfermo (cuando los resultados no aparecían en el expediente), seguido de preguntas abiertas: ¿cómo está?, ¿cómo se ha sentido? O de expresiones de reclamo al paciente por no haber acudido a una cita de consulta o por haber incumplido las indicaciones médicas. Cuando los enfermos manifestaron la sintomatología de algún trastorno agregado al de su padecimiento crónico, los médicos procedieron a un interrogatorio con preguntas cerradas, breves y dirigidas al problema biológico manifestado. De alguna u otra manera los médicos proporcionaron al enfermo un diagnóstico de la sintomatología agregada en más de la mitad de las ocasiones. Dos médicos (médico 1 y médico 13) se caracterizaron por no indagar de manera rutinaria sobre el estado actual del paciente subsecuente, se enfocaron y limitaron a revisar el expediente y los resultados de laboratorio para luego expedir recetas. Las excepciones fueron aquellos casos en los cuales los enfermos por propia iniciativa expresaron su sintomatología.

Los siguientes extractos corresponden a diferentes encuentros de un mismo médico y un mismo enfermo. Ilustran las implicaciones que puede acarrear esta forma de acto médico:

Cuadro 2. Algunos componentes de la comunicación verbal médico-enfermo (observación participante).

Variables	Categorías	Consulta Externa		Hospitalización		Total
		Inicial (n)	Subsecuente (n)	Inicial (n)	Subsecuente (n)	
Saludo	Verbal	5	76	4	6	91
	Con contacto físico	1	34	0	2	37
	Ignorado	5	16	5	0	26
Despedida	Verbal	7	68	5	4	84
	Con contacto físico	2	51	1	1	55
	Ignorada	2	7	3	3	15
Cómo nombra el médico al enfermo	Tú	0	15	2	0	17
	Tú + Pila	3	69	3	3	78
	Tú + Pila + Sobrenombre	0	1	0	0	1
	Usted	5	21	3	2	31
	Usted + Pila	1	4	1	0	6
	Usted + Pila + Don/Doña	0	12	0	1	13
	Usted + Don/Doña	1	0	0	0	1
	Usted + Pila + Señor/Señora	1	1	0	0	2
	Usted + Pila + Señor/Señora + Don/Doña	0	1	0	0	1
	No lo nombra	0	0	0	2*	2

\*Enfermos inconscientes.

- **Observación A [0106B01GR.asc].** El médico, al momento de examinar los resultados de laboratorio frunce el ceño y la boca, y comenta:

– Lamentablemente ha generado resistencia a la mayoría de los medicamentos, así que me quedaré con sus estudios para consultar con otros especialistas. Esto ha sucedido porque no se ha tomado de forma correcta el medicamento – el enfermo preocupado y molesto responde:

– Sí me lo he tomado como se me ha indicado – el médico, molesto, replica:

– ¡No es así! – mostrándole los resultados como prueba de lo que él estaba diciendo. Lo cita en un mes.

- **Observación B [01176B02GR.asc].** El médico extravió los resultados de laboratorio, esto no se lo comenta al enfermo, sólo le dice que aún no tiene listo el nuevo esquema de tratamiento. Lo cita nuevamente en un mes.

- **Observación C [0134B03GR.asc].** El médico pregunta:

– ¿Conservan una copia de sus resultados de laboratorio? Porque no encuentro el original – El paciente responde afirmativamente e insiste en aclarar:

– ¿No me hará mal el no tomar medicamentos? Llevo ya mucho tiempo sin tratamiento. Me he sentido demasiado cansado, con mucha sed. ¿Me puede mandar algunas vitaminas? – El médico contesta afirmativamente, no interroga sobre la sintomatología manifestada y agrega:

– No se preocupe tanto, lo sigo notando muy nervioso, debe relajarse – Le realiza la receta con vitaminas, se la entrega y lo cita en un mes.

- **Observación D [0139B04GR.asc].** El paciente acude esta vez con la copia de los resultados de laboratorio y expresa:

– Me he sentido más cansado, he perdido peso, me siento con mucha sed y estoy orinando demasiado, ¿cree que me estoy enfermando de la sangre? No vaya a ser que me quiera dar diabetes – El médico contesta:

– Le voy a dar una orden para análisis, por lo pronto no se preocupe, ¿algo más? – el paciente responde negativamente con un movimiento de la cabeza. Sale del consultorio con un caminar cansado y con expresión de aflicción.

- **Observación E [0144B05GR.asc].** El médico examina los resultados de laboratorio y comenta:

– Sí, tiene el azúcar muy elevada, con esta cifra se puede decir que padece diabetes. Este padecimiento se basa en la alimentación, debe hacer ejercicio – el paciente no habla, mira fijamente al piso. El médico continúa:

– Para el tratamiento de la diabetes tendrá que acudir con su médico familiar – finalmente le da cita en un mes y señala:

– Para entonces le indicaré el nuevo esquema de tratamiento para el SIDA –.

Con los enfermos que acudían por primera vez a la Consulta Externa, el interrogatorio intencionado al diagnóstico usualmente inició con las siguientes preguntas: ¿Qué problema tiene?, ¿por qué lo mandaron aquí?, ¿trae resultados de laboratorio? Todos los médicos profundizaron, en cierto grado, en el conocimiento del paciente mediante un proceso sistemático de preguntas (anamnesis).

El interrogatorio realizado a los enfermos hospitalizados subsecuentes se limitó a ¿Cómo estas o cómo se ha sentido? Y con los hospitalizados de primera vez se iniciaba con un poco de anamnesis y con la solicitud o evaluación de exámenes de laboratorio. En todas las visitas los médicos informaron brevemente al enfermo o a sus familiares acerca del diagnóstico y la evolución del padecimiento.

- **Exploración física (EF).** De los 137 enfermos atendidos en Consulta Externa, los médicos exploraron sólo a aquellos enfermos que manifestaron la sintomatología de un trastorno físico agregado [49/137 (36%)]. En la dinámica vital del examen físico, los médicos habitualmente avisaron a los pacientes que iban a ser explorados [38/49 (78%)], pero no solicitaron el consentimiento para hacerlo; en ocasiones [28/49 (57%)] les compartieron los resultados obtenidos mediante el examen físico. Los médicos prescindieron de la EF en 73% (100/137) de los encuentros clínicos, ya sea porque los resultados de laboratorio arrojaban cifras dentro de parámetros aceptables, o el enfermo negaba toda sintomatología o porque ni el enfermo manifestaba espontáneamente sintomatología ni el médico indagaba sobre su estado de salud.

Respecto a los 17 pacientes hospitalizados, a 13 se les realizó EF. Dos de estas personas fueron examinadas por el médico residente o el médico interno, en presencia del médico responsable. A ocho casos no se les avisó que iban a ser examinados, sólo dos de estos enfermos estaban inconscientes en el momento de la visita. El hecho de

que los médicos informaran o no a los enfermos que iban a ser examinados fue independiente del ser atendidos de primera vez o de forma subsecuente. A cuatro de las personas conscientes, examinadas sin consentimiento, tampoco se les informó lo encontrado durante el procedimiento. Los médicos 12, 13, 21 y 22 omitieron la EF en tres enfermos vistos por primera ocasión y en uno subsecuente; estos enfermos mostraban una actitud sumisa, el médico se limitó a revisar los resultados de laboratorio y gabinete, y el expediente clínico.

- **Tratamiento.** Tres fueron las formas de atención para los enfermos subsecuentes de Consulta Externa. La más frecuente fue la expedición de recetas (63/126 [50%]), sin que el médico mostrara interés por conocer lo que el enfermo pensaba. Menos frecuente fue la forma en la cual el médico optó por dar recetas y explicar el plan de tratamiento (n = 35/126 [28%]) para los trastornos físicos agregados. En estos últimos casos hubo algunas ocasiones (n = 11) en las cuales los médicos concluían preguntando: ¿Alguna duda? El resto, al entregar las recetas, los médicos únicamente mencionaron: Eso es todo. Cuando el enfermo acudía sin resultados de laboratorio, por omisión de él, el médico en vez de dar recetas procedía a extender nuevas órdenes de laboratorio (27/126 [21%]).

Con las personas atendidas por primera vez en Consulta Externa, todas las veces en las que ya se había definido el diagnóstico, se otorgaron recetas junto con la explicación de las mismas y la invitación para acudir a un taller de adherencia al tratamiento que se llevaba a cabo dentro de la misma Unidad de Atención Médica. Casi ninguno de los médicos se cercioró de que el enfermo hubiera realmente entendido su situación. En los casos en los cuales el diagnóstico no estaba definido se ordenaron pruebas diagnósticas complementarias.

Con los pacientes hospitalizados, aunque el plan de tratamiento se le informara al enfermo y/o familiares, en ninguno de los casos se observó que el médico se asegurara de que el enfermo y/o familiares entendieran el plan terapéutico, a menos que tuviera que decidir sobre algún tipo de intervención médica. Ante esta situación el médico indicaba superficialmente en qué consistía tal intervención. Ejemplo: El paciente desesperado pedía oxígeno porque sentía que se ahogaba. Cuando el médico lo vio mejor le preguntó: “Es necesario que lo intube, pero necesito su autori-

zación, piense que si le pasa lo mismo estando solo puede ser peor, por lo que le recomiendo que mejor se conecte al respirador –el paciente a punto de llorar contestó–: “¡No sé!, ¡no se nada!” [1206B01JC. asc - 64:98].

- **Despedida.** La despedida verbal cerró la entrevista médica, en ocasiones ésta estuvo aunada a algún contacto físico como un saludo de mano; de cualquier forma, la despedida siempre fue por iniciativa del enfermo o familiares. Algunas veces la despedida fue ignorada por alguna de las partes, esto se observó como consecuencia de enojo médico-enfermo (Cuadro 2).

### Niveles de participación del médico en la rme

- **Nivel I. Relación burocrática y estrictamente biomédica e impersonal, con un estilo de liderato de la relación centrado en el médico.** En 74% (n = 93/126) de los enfermos subsecuentes de Consulta Externa, la participación del médico estuvo confinada a evaluar e informar al enfermo acerca de los resultados de laboratorio y a entregar recetas de una manera estrictamente impersonal. Este grupo de enfermos acudió a consulta para la dotación de medicamentos; algunos de ellos se encontraban enojados por el tiempo prolongado de espera para recibir la atención médica y/o con problemas de incumplimiento de las indicaciones médicas. En los casos en los cuales los enfermos refirieron la coexistencia de un trastorno agregado, los médicos se centraron en el diagnóstico y el tratamiento de la realidad física del enfermo; omitiendo escuchar atentamente lo que los pacientes querían decir (i.e. deseos, frustraciones, problemas emocionales y sexuales), para luego informar en más de la mitad de los casos el diagnóstico y, finalmente, prescribir el tratamiento sin esforzarse por conocer lo que el enfermo pensaba respecto al tratamiento ni verificar si el enfermo lo había entendido. Algunos ejemplos:

- Paciente: No pude ir al taller de adherencia porque ese día tuve que trabajar [...] señorita le quería comentar: fíjese que en mi casa tengo problemas; bueno, no problemas propiamente, es que mi esposa quiere tener relaciones sexuales conmigo, pero la verdad no sé que hacer.
- Médico: Es muy importante que asista al taller, ya que ahí le darán mayor información.

¿Algo más que quiera comentar?

- Paciente: No señorita, eso es todo. [0132B02GR.asc-89:104].

El médico examinó el expediente y le preguntó al paciente:

- ¿Cómo te has sentido Ricardo? – el paciente contestó:

- Decaído, sin ánimo, me cuesta trabajo levantarme, no tengo hambre – el médico respondió:

- Estás pasando por una depresión, tienes que echarle ganas. ¿Te has tomado tus medicamentos? –Le indica acudir de nuevo para ver el resultado de la carga viral, le entregan las recetas con medicamentos para dos meses [1404B01MJ.asc-20:43].

Dentro de este contexto, uno de los médicos entrevistados mencionó: “Lo primero que veo es la lista de pacientes; entonces me apuro hacer las cosas y lo hago tan mecanizado que se me olvida ese aspecto humano [...] estoy nada más con la mira de sacar mi trabajo.” [01GR.asc-1410:1418].

Respecto a los enfermos atendidos por primera vez, la actuación del médico se encauzó, de igual forma, a la parte meramente biomédica del diagnóstico y tratamiento. La siguiente cita ilustra esta afirmación:

El médico se dirigió al enfermo con tono tajante: “Las manchas son neoplasia de sarcoma de Kaposi. Le vamos a hacer una biopsia de todas las lesiones, la enfermedad ya está avanzada, es una enfermedad incurable y mortal.” La pareja del enfermo preguntó: “¿Eso significa que ya se va a morir?” El médico respondió: “Sin tratamiento se agrava la enfermedad, el apego al tratamiento es importante. Lo vamos a enviar a hacer su carga viral para valorar el avance de su enfermedad a nivel digestivo y a otros niveles, lo más seguro es que tenga menos de 200 células de CD4. Este estudio se subroga, tiene que ir primero a medicina preventiva para notificación del caso y luego a recopilar firmas. Presentarse aquí nuevamente martes o jueves para indicarle su tratamiento médico y quimioterapia. La diarrea es una enfermedad oportunista.” Utilizó tecnicismos en el lenguaje. Para concluir el médico sólo agregó: “Desde el momento que yo le receto, usted es el responsable.” [2217B01MJ.asc-78:113].

- **Nivel 2. Profesional, pero con enfoque estrictamente biomédico y con una dimensión personal aunada a un estilo de liderazgo participativo con el enfermo.** El actuar médi-

co fue diferente con 20.6% (n = 26/126) de los enfermos subsecuentes de Consulta Externa que obedecieron puntualmente las indicaciones del médico y no hacían demasiadas preguntas porque, además, estaban informados sobre su enfermedad. Con este grupo de enfermos, las modificaciones o los cambios en el esquema de tratamiento fueron realizados de manera conjunta (médico-enfermo); es decir, el médico les mencionó la razón de la modificación del esquema terapéutico, animó al enfermo a expresar sus ideas y sus expectativas acerca de dicho plan de tratamiento; no obstante esto, el médico no fue más allá de su interés por el diagnóstico y tratamiento de la realidad biológica del enfermo. Las siguientes citas ilustran este argumento:

- Muy bien Alfredo estás indetectable nuevamente – el paciente sonríe y contesta:

- Sí, me lo imaginaba – se nota contento por la noticia. El médico continúa diciendo:

- Oye Alfredo, te quería proponer una cosa; mira, te voy a contar [...] – y comenzó a explicarle al paciente lo que significa el tratamiento con descanso escalonado, le comenta cuáles son los pros y los contras de esta propuesta, el paciente mira atento al médico, cuando termina el paciente menciona:

- ¿Y qué tal que me pongo mal?, yo no quiero, ya ve que he salido muy bien – para eso, responde el médico:

- Es que te vamos a estar monitoreando constantemente. [0119B01GR.asc-57:75].

Posterior a la anamnesis y examen físico el médico menciona:

- Alejandro, noto que no hay mayores problemas, necesito que medites con calma y te preguntes si estás consciente de la importancia de iniciar el tratamiento, ya que una vez que comiences a tomarlo no podrás suspenderlo por ningún motivo. Ésta es una decisión sólo tuya – el paciente asiente con la cabeza, parecía que escuchaba atentamente. El médico concluye diciendo:

- Pues eso sería todo Alejandro. [0215B01GR.asc-102-109].

- **Nivel 3. Profesional y con una orientación básica hacia el problema biológico, pero incluye un manejo superficial de las manifestaciones emocionales del enfermo.** En cuatro de los 13 enfermos subsecuentes que por sí mismos manifestaron problemas emocionales



(síntomas de depresión, problemas familiares, angustia ante el pronóstico, etc.) los médicos respondieron de manera superficial, ofreciendo tranquilidad y sugerencias básicas.

- Médico: ¿Algo más que hayas notado?
- Paciente: No.

El médico comienza a entregar las recetas una por una (las recetas ya están hechas, así que sólo las verifica al entregarlas). El resto de la consulta, el médico se dedica a escuchar los comentarios de la paciente sobre los roces con su suegra. El médico le da consejos, le comenta que es normal que su suegra se sienta mal, ya que murió su hijo, que debe comprenderla.

Cuando comentan sobre lo engorrosos que son los trámites para el seguro que le corresponde por viudez, el médico mencionó que entendía por lo que pasaba, ya que él sufrió algo muy parecido:

- Yo también soy viudo – cuando comenta esto, disminuye el tono de voz, la paciente al parecer no escuchó este punto o no quiso comentar nada sobre el tema. El médico sigue escuchando lo que la paciente comenta, finalmente la enferma hace una exhalación, toma sus recetas y su ficha, y dice:

- Bueno, pues ya me voy, gracias doctor, ¿es todo verdad? – al recibir un sí como respuesta, se levanta, se despide verbalmente y sale del consultorio. [0203B01GR.asc-46:20].

Uno de los médicos entrevistados comentó:

- Permito que los enfermos hablen de sus cosas personales, que el paciente se desahogue, que tire lo que tiene que tirar, que vomite lo que tiene que vomitar, para que se desahogue, para que se sienta más relajado. [01GR.asc-1274:1277].

- No me puedo meter en aspectos emocionales porque no les voy a poder resolver los problemas que están teniendo con sus parejas o su familia; además, esto implicaría que me deprima, máxime que no soy psicólogo y realmente no lo sé manejar. [01GR.asc-1253:1268].

- **Nivel 4. Profesional y orientado hacia la totalidad de la persona y el impacto que en ella tiene la enfermedad. Esta incluye tanto el manejo del problema biológico como el manejo de las emociones del paciente y una intervención pedagógica básica.** Sólo dos médicos fueron más allá del interés por el diag-

nóstico y el tratamiento biomédico, y de la simple consejería superficial. A través de una serie de preguntas abiertas y cerradas (a enfermos de Consulta Externa, dos de primera vez y dos subsecuentes, todos ellos mostraban interés por entender su padecimiento y tratamiento) se interesaron en conocer la situación que viven los enfermos a nivel social, familiar y laboral; además de explicarles su padecimiento, les informaron en qué consistía y cuál era el propósito del tratamiento. En la entrevista un médico comentó:

- Utilizo material didáctico con dibujitos, con esquemas, de alguna forma les hago entender lo que está sucediendo para que tengamos éxito en el tratamiento. Hago esto porque es difícil aceptar el fracaso como médico. [01GR.asc-2012:2023].

- Los familiares o cuidadores son importantes como apoyo del tratamiento, platicamos con ellos sólo si el enfermo lo autoriza. [01GR.asc-894:895].

Otros componentes que intervienen en la construcción de la relación médico-enfermo

- **El médico en la Consulta Externa.** En 82% (n = 112/137) de los encuentros clínicos, la intervención del médico se llevó a cabo mientras éste centraba toda la autoridad en sí mismo. Dentro de este contexto, los resultados mostraron que algunos enfermos (n = 63/137 [46%]) obedecieron por miedo o por hábito, sin necesariamente entender lo que el médico le estaba pidiendo; mientras que otros (n = 47/137 [34%]), aunque participaron espontáneamente dando su opinión, ellos obedecieron lo que el médico les pidió. Ejemplos:

El paciente comenta que no se ha realizado el genotipo, ya que no tiene dinero para eso, el médico lo mira a los ojos y le dice que es importante que se lo realice lo antes posible, ya que de lo contrario no puede establecer el esquema de tratamiento [0212B01GR.asc-62:78].

- ¿Te pusiste todas las inyecciones? – preguntó el médico. El paciente responde:

- La verdad ya no, es que dolían mucho – al escuchar esta respuesta el médico volteó a ver al enfermo y menciona:

- Pues que no ves que si interrumpes el tratamiento te puede venir una complicación, ¿cuántas te faltan? – el paciente contesta:

- Tres – el médico agrega:

- ¡Pues te las terminas de poner! – el paciente responde afirmativamente:

– Sí, sí, me las voy a terminar de aplicar. [0129B02GR.asc-51:73].

Los médicos entrevistados coincidieron en sus percepciones de los enfermos con SIDA tratados en las instituciones de seguridad social:

– Son personas agresivas y con baja autoestima, porque han sido etiquetados por su preferencia sexual y la enfermedad; son difíciles, porque tienen trastornos emocionales producto de su tendencia sexual; son mentirosos, son impositivos, con bajo nivel educativo. Todo esto hace que les cueste trabajo llevar una terapia formal-. [01GR.asc.-498:508, 1161:1168; 02GR.asc.-590:595].

En 10 de los 14 enfermos identificados por el médico (en la observación participante), que no habían cumplido con el tratamiento, los médicos usaron sanciones (e.g. infundirles miedo, agresión verbal e indiferencia) como estrategias para favorecer el cumplimiento terapéutico. Por ejemplo:

El médico comenta que al parecer el virus está creando resistencia, que el paciente se está comportando de una manera irresponsable, ya que en menos de un año le ha cambiado dos veces los esquemas de tratamiento; además, agrega:

– Muy pronto no habrá nada más que ofrecerle, sólo usted es el responsable de su tratamiento, ni su amigo ni su familia pueden cuidar que usted se tome en forma correcta sus medicamentos. Por lo pronto no le daré recetas para medicamento, ya que al no tomárselo de forma adecuada y al no existir un compromiso real es innecesario dar tratamiento, el cual finalmente se tira y no le sirve ni a usted ni a otra persona. Lo invito a que reflexione y cuando ya tenga una actitud de cooperar regrese a consulta-. [0107B01GR.asc-42:66].

Los médicos entrevistados expresaron que actúan así pensando en el bienestar del enfermo respecto a la afectación orgánica propia de su especialidad médica. Además, dijeron ellos mismos, un mayor número de enfermos controlados trae consigo reconocimiento profesional por parte de las autoridades del hospital; de ahí que esperen que los enfermos confíen en ellos y se adhieran al tratamiento:

– No tolero que el paciente me falle o que no tome su medicamento, porque esto representa un fracaso como médico, me da coraje, rabia el que no cumplan. Quiero que las autoridades de mi hospital me

reconozcan por ser el mejor médico, que las estadísticas muestren que tengo el mayor número de pacientes controlados con un esquema-. [01GR.asc-1886:1901].

– Mientras cumplan con lo que tienen que hacer, conmigo va la fiesta en paz. Si no cumplen, por supuesto que se llevan una sanción; si definitivamente siguen sin cumplir con lo que tienen que hacer, entonces esto es motivo de baja del programa-. [02GR.asc-263:272].

Ningún enfermo mostró disgusto verbal o no-verbal ante las rutinas de sanción del médico. Para ilustrar esta aseveración uno de los enfermos entrevistados mencionó:

– Me sentía bien y no cumplía con el tratamiento, fue hasta que la doctora me regañó con justa razón, que empecé a tomarme bien el medicamento-. [0103GR.asc-286:290].

Sin embargo, con cuatro de las 14 personas incumplidas con el tratamiento, los médicos participantes procedieron de manera amable y persuasiva. Dos de estas personas acostumbraban a acudir con cierta frecuencia con regalos para el médico; y los otros dos enfermos –a pesar de que habían autosuspendido el tratamiento– presentaban resultados de exámenes de laboratorio sin aumento de la carga viral.

Los incentivos otorgados por los médicos para reconocer y favorecer el cumplimiento o adherencia al tratamiento consistieron en felicitaciones verbales al enfermo con o sin contacto físico. Las siguientes citas, obtenidas de las entrevistas con los enfermos, ilustran esta aseveración:

– Cuando el médico me dio la noticia de que había logrado estar indetectable me alentó, ese abrazo y beso me reanimaron a la primera. Me hizo elevar, has de cuenta que agarraste un papalote que estaba volando bajito y que de repente se elevó alto, alto, positivamente-. [0102GR.asc-1861:1872].

– A mi médico le dan gusto los buenos resultados de laboratorio. La forma en cómo ella te dice las cosas hace que te sientas bien y eso hace que te den ánimos de seguir-. [0101GR.asc- 1322: 1328].

• **El enfermo en la Consulta Externa.** Se observó que, generalmente, el enfermo optó por comportarse de manera sumisa ante el médico [ $n = 80$  (52%)]; esto es, asintiendo hacer lo que el médico le pedía por miedo o por hábito, sin entender lo que se le estaba pidiendo. El siguiente pasaje ilustra esta declaración:

- Médico: No está dando resultado tu esquema de tratamiento, tu carga viral ha incrementado, así que dime qué vamos a hacer.
- Paciente: Lo que usted diga doctora, usted dígame qué hacemos, usted es la que sabe, usted dígame cuál es la mejor opción.
- Médico: Entonces, dime si cambiamos el esquema. El paciente contesta afirmativamente con un movimiento de cabeza. [0128B02GR.asc – 74:126].

Con menor frecuencia, y opuesto al grupo mencionado, estuvieron los enfermos activos [n = 65 (42%)], personas que se caracterizaron por participar de manera espontánea durante el encuentro clínico, ya sea para tratar de entender su padecimiento o para proponer alternativas de tratamiento o, incluso, para expresar abiertamente su enojo. La reacción del médico dependió de si los enfermos cumplían o no con sus indicaciones; de ahí que una variedad de actitudes del médico hayan sido observadas, las más frecuentes fueron: directiva, amable, persuasiva, indiferente, enojada (Cuadros 3 y 4).

Los enfermos activos expresaron su enojo ante el médico por las razones siguientes: tiempo prolongado de espera o por problemas en la relación médico-enfermo (Cuadro 3). Todos los médicos reaccionaron de manera pacífica eludiendo el conflicto. Excepto un médico que reaccionó con enojo y de manera intimidante hacia un paciente que le reclamaba el tiempo prolongado de espera:

- Médico: Tiene que esperar su turno, esta cita se la conseguí yo para darle su tratamiento

antes. Si no está a gusto o conforme haga un escrito para transferirlo a otra clínica.

- Paciente: Sí lo voy a hacer.
- Médico: No me interesa tener conflicto con usted. No le voy a dar réplica –tomó su expediente y con un tono de amenaza le dijo–: Voy a poner una nota en su expediente de este problema.
- Paciente: Usted me hace ver como que yo soy el malo.
- Médico: No tengo por qué adelantarle su cita. ¡Présteme sus estudios!

No realizó exploración física como lo hizo con los enfermos que pasaron con anterioridad y, finalmente, elaboró las recetas y las entregó. [2204B01MJ.asc-24:45].

A diferencia de los enfermos activos, el enojo de los pacientes sumisos fue mostrado por ausencia de saludo y/o de despedida, y por realizar gestos de desagrado. El enojo en este grupo de enfermos fue provocado por el médico 13, quien invertía la mayor parte del tiempo en revisar el expediente sin indagar por el estado de salud actual del enfermo que en ese momento tenía frente a él. Por otro lado, hubo un enfermo con actitud sumisa, cuyo familiar demandaba iniciar el tratamiento para SIDA sin exámenes previos actualizados, ante este único caso el médico 22 se mostró enojado e intimidante. [2205B01MJ.asc-43:99].

- **El médico en la visita a los enfermos hospitalizados.** La actitud del médico, en general, fue autoritaria y paternalista (directiva), y en algu-

Cuadro 3. Combinación de actitudes de médicos y enfermos con SIDA.

Actitudes de los médicos	Actitudes de los enfermos	Total (n)
Directiva	Sumisa + Resignada	15
Directiva + Amable	Activa + Resignada	15
Directiva	Sumisa	14
Directiva + Amable	Sumisa + Resignada	11
Directiva	Activa + Resignada	10
Persuasiva + Amable	Activa + Resignada	5
Directiva	Activa	4
Protagónica	Sumisa	4
Indiferente	Sumisa	4
Indiferente	Sumisa + Enojo rme	3
Directiva	Sumisa + Verecunda	2
Directiva	Activa + No adh tx + Resignada	2
Directiva + Amable	Activa + Resignada + Seductor	2
Directiva + Amable	Activa + Miedo	2

Directiva + Amable	Sumisa + Resignada + Seductor	2
Directiva + Descuidar	Sumisa + Aflicción + Ansiedad	2
Directiva + Indiferente	Sumisa	2
Permisiva	Activa + Resignada	2
Persuasiva + Amable	Activa + Ansiedad + Miedo	2
Amable	Activa + Resignada	1
Amable + Protectora	Activa + Agradecida	1
Coerción + Enojo + Vengativa	Sumisa + Desesperada + No adh tx	1
Directiva	Sumisa + Miedo	1
Directiva	Activo + Seductor + Verecunda	1
Directiva	Activa + Intransigente + No adh tx	1
Directiva	Sumisa + No adh tx + Resignada	1
Directiva	Sumisa + Descuido	1
Directiva	Sumisa + No adh tx + Desesperada	1
Directiva	Pasiva	1
Directiva + Amable	Sumisa + Negación	1
Directiva + Amable	Activa	1
Directiva + Amable	Activa + Descuido	1
Directiva + Amable	Sumisa + Aflicción + Ansiedad	1
Directiva + Amable	Sumisa + Rebelde	1
Directiva + Amable + Digresiva	Sumisa + Miedo + Verecunda + Sobrecogimiento	1
Directiva + Descuidada	Sumisa + Resignada	1
Directiva + Despectiva	Sumisa + Descuido + Despectivo + No adh tx	1
Directiva + Digresiva + Enojo + Intimidante	Sumisa + Enojo rme + Verecunda	1
Directiva + Digresiva + Indiferente	Sumisa	1
Directiva + Discreción	Sumisa + Verecunda	1
Directiva + Discreción + Retadora	Sumisa + No adh tx + Resignada	1
Directiva + Elude conflicto	Activa + Enojo TEP	1
Directiva + Enojo	Activa + Rebelde + Intransigente	1
Directiva + Enojo	Sumisa + Ansiedad	1
Directiva + Enojo + Elude conflicto	Activa + Enojo TEP + Rectificar	1
Directiva + Enojo + Intimidante	Activa + Enojo rme + Enojo TEP	1
Directiva + Indiferente	Activa + Aflicción + Enojo TEP + Frustración	1
Directiva + Indiferente	Activa + Miedo	1
Directiva + Indiferente	Sumisa + No adh tx	1
Directiva + Indiferente + Pacífico	Activa + Enojo TEP + Rebeldía	1
Directiva + Intimidante	Sumisa + No adh tx	1
Directiva + Pacífico	Activa + Enojo rme + Enojo Fext + Frustración	1
Directiva + Retadora	Sumisa + Resignada	1
Directiva + Retadora	Sumisa + Aflicción + Ansiedad	1
Indiferente	Sumisa + Desesperada + No adh tx	1
Indiferente + Enojo	Sumisa	1
Indiferente + Manipuladora	Sumisa + Resignada	1
Pacífica + Permisiva	Activa + Enojo rme + Enojo TEP + Intransigente	1
Persuasiva	Activa + Resignada	1
Persuasiva + Amable	Activa + No adh tx + Resignada	1
Persuasiva + Amable	Activa + Obediente	1
Persuasiva + Amable	Activa + Miedo	1
Persuasiva + Amable	Activa + No adh tx	1
Persuasiva + Amable	Activa + Aflicción	1
Persuasiva + Amable	Activa + Descuido + No adh tx	1
Persuasiva + Amable	Pasiva	1
Persuasiva + Amable*	Agradecida + Obediencia	1
Persuasiva + Amable + Elude conflicto + Intimidante	Activa + Rebelde + Enojo Fext	1
Protagónica	Sumisa + Aflicción	1
Protagónica	Pasiva	1

\*Diálogo entre el médico y la persona que acompaña al paciente (cuidador). Fext: Factores externos. No adh tx: No adherencia al tratamiento. rme: Relación médico-enfermo. TEP: Tiempo de espera prolongada.

Cuadro 4. Distribución de las combinaciones de actitudes presentadas en médicos y pacientes con SIDA por servicio y tipo de consulta.

Médicos	Actitudes Enfermos	Consulta Externa		Hospitalizados		Total (n)
		Primera vez (n)	Subsecuente (n)	Primera vez (n)	Subsecuente (n)	
Directiva	Sumisa + Resignada	0	14	1	0	15
Directiva + Amable	Activa + Resignada	0	14	0	1	15
Directiva	Sumisa	2	8	3	1	14
Directiva + Amable	Sumisa + Resignada	1	10	0	0	11
Directiva	Activa + Resignada	0	10	0	0	10
Persuasiva + Amable	Activa + Resignada	0	5	0	0	5
Directiva	Activa	0	3	1	0	4
Indiferente	Sumisa	0	4	0	0	4
Protagonística	Sumisa	0	0	3	1	4
Indiferente	Sumisa + Enjojo rme	0	3	0	0	3

rme: Relación médico-enfermo.

nos casos, protagonista (Cuadro 4). La visita consistió en una veloz y breve conversación con el paciente y/o sus familiares, y una detenida consideración de los resultados de laboratorio y el expediente clínico. A todos los pacientes que requerían de algún procedimiento invasivo (como colocación de sondas o intubación) el médico realizó el procedimiento previa autorización del enfermo y/o cuidadores.

- **El enfermo en el hospital.** En el grupo de pacientes conscientes imperaron las actitudes sumisas; muy pocos mostraron interés por preguntar al médico sobre su enfermedad y tratamiento o por proponer alternativas de manejo. A manera de ilustración.  
El paciente preguntó con insistencia si iba a ser dado de alta, el médico contestó:

– En cuanto mejores – luego, revisó el expediente y preguntó a la enfermera si el paciente tenía fiebre, la enfermera respondió:

– 38 °C – el médico le indicó a la enfermera que medicamento aplicarle al paciente y al residente le pidió que le realizara una orden para rayos X de tórax. Al salir el médico, el paciente le sonrió. [1305B01MJ.asc-22:65].

## DISCUSIÓN

### Estructura y dinámica de la relación médico-enfermo (rme)

El médico debe ser amigo del enfermo; de ahí que la rme deba ser algo más que simple camaradería, en la cual, el médico ayuda al paciente para que éste contribuya normalmente a la realización histórica

de la naturaleza humana.<sup>1</sup> El médico amigo, en cambio, desea el bien del enfermo (ser dotado de fines autónomos) y lo ayuda a lograrlo por el hecho de que el enfermo es una persona (sujeto) y la enfermedad un estado (objeto) que afecta a esa persona.<sup>1</sup>

Este estudio reveló que la atención médica otorgada a las personas con enfermedades tipo crónico como el SIDA, a nivel institucional, está construida como un proceso que puede ser manejado a través de estudios de laboratorio y gabinete; pareciera que no se tiene el propósito de tratar al enfermo como tal, como persona, sino como un problema biológico impersonal, un objeto, mediante los resultados de una serie de pruebas de laboratorio, cuya interpretación permite pronosticar la progresión del problema biológico: la enfermedad. Esto implica, por un lado, que el médico considere al enfermo como un objeto con un problema que requiere de un diagnóstico empírico mediante el cual descubre su naturaleza. Y una vez que ésta ha sido descubierta sólo requiere de su capacidad técnica, para elegir el tratamiento que esté indicado y terminar con la mera expedición de recetas de medicamentos, cuya eficacia ha sido científicamente comprobada. Esto sugiere que la atención médica tiene como meta controlar la naturaleza de lo que el enfermo padece para curar la enfermedad. Todo esto ocurre en una relación en la que las medidas de éxito o fracaso en la atención a los pacientes son primordialmente cuantificables y, además, el éxito es reconocido por los superiores del médico en la institución, no por el enfermo mismo. La técnica basada en la ciencia y la actitud burocrática que predominan en la práctica clínica dentro del marco de la seguridad social soslaya la doble obligación que tiene quien ejerce el arte de la medicina: entender la enfermedad y entender al enfermo.

## Niveles de participación del médico en la rme

El propósito de describir la participación del médico por niveles fue para simbolizar lo que ocurre durante el encuentro médico-enfermo, no para calificar el mero grado de competencia técnico-médica. El nivel de participación del médico –escribe Marvel, *et al.*– puede estar influenciado por diversos factores, tales como: necesidades y deseos de los enfermos, naturaleza de la rme, competencia del médico, tiempo disponible.<sup>8</sup> No obstante, el hecho de que otro de los hallazgos importantes de este estudio haya sido el alto porcentaje de casos en los cuales la participación médica fue burocrática y superficial, o nivel 1 (independientemente de si eran enfermos de Consulta Externa u hospitalizados, si acudían por primera vez o de manera subsecuente), habla de la insensibilidad habitual frente al enfermo como una persona de quien se debe ser un amigo y de la conversión tanto de la práctica en rutina como del trabajo profesional en trabajo burocrático.

Se trata de médicos que trabajan al servicio de instituciones de seguridad social. ¿Quedará exento de la responsabilidad de primero servir al enfermo aquel médico que –por pensar que un mayor nivel de participación profesional no impactará sus ingresos– preste al enfermo una asistencia rutinaria e impersonal, que solamente satisface las necesidades de la institución en la que trabaja? No es que estos médicos no tengan que dar cuentas a nadie –menciona Laín Entralgo–, el problema radica en el hecho de que ellos rinden cuentas ante los administradores de las Unidades de Atención Médica y no ante los pacientes y familiares.<sup>1</sup> ¿Podría la atención médica ser percibida como satisfactoria en los pacientes atendidos en hospitales de segundo y tercer nivel de atención médica de las instituciones de seguridad social? Un estudio transversal-cuantitativo realizado en 948 enfermos crónicos, atendidos en el IMSS, mostró que en los hospitales de segundo y tercer nivel el número de enfermos satisfechos con la atención médica recibida asciende a 60% y 41%, respectivamente. Sin que exista correlación entre el número de profesionales de la salud y de enfermos satisfechos ( $r = 0.166$ ,  $p = 0.363$ ). Estos hechos capturan, dicen los autores, la batalla que existe entre lo que el paciente y el médico quieren, necesitan y esperan de una rme en el contexto de la medicina socializada mexicana.<sup>9</sup>

## Otros componentes que intervienen en la rme

Las actitudes y las creencias, expresadas o no, hacen referencia a lo que las personas valoran, esto puede ser identificado a través de observar los comportamientos.<sup>10</sup> En este sentido, sobresale el estilo del uso de la autoridad médica en la rme y la concepción de autonomía como el asentimiento del enfermo a lo que el médico determinó como lo mejor para el paciente. Las actitudes prevalecientes de los médicos (centrada en el médico y no compartida con el enfermo) y de los enfermos (sumisa) sustentan esta afirmación.

Estos hallazgos coinciden con los de un estudio transversal-cuantitativo acerca de la comunicación médico-enfermo, realizado en 35 médicos que atienden enfermos con SIDA de diferentes hospitales de la Ciudad de México. Este estudio destaca el predominio (80%) de la actitud paternalista de los médicos y una asociación no significativa ( $OR = 2.1$ ;  $IC\ 95\% = 0.9-5.2$ ) entre esta actitud de los médicos y la comunicación explícita médico-enfermo.<sup>11</sup> Asimismo, con un estudio cualitativo realizado en enfermos con VIH/SIDA de hospitales públicos de la Ciudad de México, Guerrero y Morelos. Esta investigación constata, a través de entrevistas, la prevalente actitud sumisa, la pobre comunicación del médico y el no apego a los tratamientos.<sup>12</sup>

Si los médicos creen saber lo que es mejor para el enfermo, basados en su conocimiento técnico-científico, ¿deberían obligar a los enfermos a cumplir cabalmente sus indicaciones, o acaso deberían considerar también los deseos del enfermo? Dos aspectos éticos relevantes emergen aquí: Primero, no todos los pacientes acuden al médico con el propósito de curarse. El deseo de saber lo que tienen es en ocasiones el único motivo del paciente en su visita al médico. También, muchos pacientes convencidos de la absoluta incurabilidad de su enfermedad, no buscan en el médico salud sino compañía en cuyo seno se alberga una chispa de esperanza.<sup>1</sup> De acuerdo con Beauchamp & Childress,<sup>13</sup> la toma de decisiones dentro de la rme no puede, por definición, estar siempre y únicamente basada en criterios objetivos (i.e., datos clínicos y paraclínicos cuantificables), ya que estaría en muchos de los casos sustentada en información parcial.

En otras palabras, con base en los resultados de este estudio, aunque el ejercicio de la autoridad sobre los enfermos sea un esfuerzo percibido por los médicos como el cumplimiento del principio ético de beneficencia; la limitante está en que los médicos se

enfocaron casi únicamente en la dimensión objetiva (biológica) de este principio y omitieron la dimensión subjetiva. Esta dimensión subjetiva consiste en considerar la perspectiva del enfermo respecto a su padecimiento, el significado que él le da a éste y las razones que éste tiene para acudir al consultorio, para así poder actuar.<sup>1,13</sup> Esta dimensión subjetiva alude y respalda la necesidad de que el médico se sienta y actúe auténticamente como un amigo, y no sólo como camarada del paciente.

Del discurso de los enfermos emergen temas relevantes como miedo a posibles complicaciones, al sufrimiento, a la muerte, al abandono, etc.; dificultades en la esfera familiar, laboral y social. La dimensión subjetiva es pues un elemento esencial de la enfermedad que los médicos deben considerar para lograr adherencia al tratamiento y los cambios necesarios en el estilo de vida, y por ende, una mejora en el pronóstico de la enfermedad; lo cual, conlleva a una disminución de la morbilidad y de los costos de la atención médica.

Segundo, la intervención paternalista no puede estar justificada cuando, de acuerdo con los hallazgos de este estudio, el paternalismo puede sólo mostrar autoritarismo y falta parcial o total de la información otorgada al enfermo y familiares. Nadie que clame tener respeto por las personas puede justificar el paternalismo en esta situación. No se trata de castigarlos si no cumplen con las indicaciones médicas o si la decisión del enfermo va en contra de la propuesta terapéutica del facultativo, con las posibles consecuencias graves para la salud. Es deber del médico cerciorarse de que el enfermo y familiares realmente han entendido la situación y que su elección corresponde a sus verdaderos intereses.

En las últimas décadas una serie de códigos de ética han sido publicados con el propósito de hacer conciencia en la comunidad médica de la importancia de la autonomía. Pero si no se tiene idea de lo que conlleva el respeto a la autonomía ¿Qué sentido podrían tener para los médicos los mandamientos de un código acerca de la autonomía? Probablemente ninguno, los resultados de este estudio lo muestran: la autonomía es vista como un mero aspecto técnico que agregar a toda una serie de procedimientos existentes, restringido a una respuesta binaria de sí o no.

¿Es la ética médica parte esencial de la práctica médica? Es sabido que una de las debilidades de la enseñanza de la medicina radica en el gran énfasis que se le da al desarrollo de destrezas en el diagnóstico y el tratamiento, usando las mejores técnicas que la tecnología médica moderna ofrece y a la nula o limitada enseñanza de la ética.<sup>14</sup> La formación del

médico desde una perspectiva biomédica que instrumentaliza su práctica, aun con lo mejor y último de la tecnología, lo deja parcialmente desguarnecido al no entender la naturaleza y el propósito del trabajo médico; lo cual es imposible de lograr sino se ha comprendido la naturaleza y el propósito de la reflexión ética.

### Consideraciones metodológicas

Como fortaleza debe mencionarse el cuidado minucioso que se tuvo del rigor metodológico de esta investigación para evitar y reducir potenciales sesgos propios de las técnicas de recolección y análisis de datos, esto ya ha sido descrito en el apartado de metodología. Los métodos usados y el enfoque activo del proceso de investigación realizado garantizan la representatividad de la muestra. Brevemente, el enfoque activo de la investigación se refiere a la identificación de preguntas que fuerzan al investigador a pensar, confirmar y refutar, a coleccionar más datos y a perseguir las vías de investigación emergentes.<sup>7</sup> Así, los 154 encuentros médico-enfermo observados representan una variedad de prácticas profesionales en las principales instituciones de seguridad social en México, variedad que incluyó:

- Atención médica de primera vez y subsecuente.
- Consulta Externa, hospitalización; segundo y tercer nivel de atención.
- Médicos de base de ambos sexos, diferentes edades y años de antigüedad.
- Enfermos de diferentes sexos y edades.
- Unidades médicas de diferentes delegaciones de la Ciudad de México.

Por lo tanto, los resultados proveen un buen marco de interpretación de la relación médico-enfermo en enfermedades crónicas como el SIDA, en las instituciones de seguridad social en México. Tendrá que ser explorado hasta qué punto estos resultados pueden ser extrapolados a otros contextos culturales o geográficos.

### CONCLUSIONES

La actual asistencia médica otorgada a los pacientes con SIDA en las instituciones de seguridad social en México está lejos de ser satisfactoria, prevalecen problemas de profesionalismo y de moral. El primer problema hace referencia a la actitud que vincula al médico con el enfermo: actitud no profesional, sino burocrática, enfocada en prestar ayuda técnica, con el propósito de cumplir con el compro-

miso que tiene con la institución (en donde labora para cumplir una jornada laboral contratada). Con esta actitud el enfermo es visto como el instrumento mediante el cual el médico busca ser reconocido por sus superiores en la institución como cumplidor, independientemente de los resultados clínicos que obtenga con los enfermos que le han asignado. El segundo problema lo crea el enfoque biologicista del médico, limitado en su mayoría a la atención de enfermedades orgánicas, como si el enfermo no fuese una unidad biopsicosocial, es decir, una persona a la que se tiene la obligación de ayudar de acuerdo con la habilidad y criterio que el médico posee.

## RECOMENDACIONES

Este estudio evidencia la necesidad de cambiar la actitud fundamental de los médicos, la necesidad de lograr que cumplan con su contrato de trabajo institucional con una actitud profesional y no burocrática. Esto solamente puede lograrse mediante la incorporación de la ética a la práctica clínica cotidiana, tema emergente y de gran importancia para el desarrollo de las instituciones de seguridad social. Además, este estudio estimula la realización de nuevas investigaciones cualitativas en el campo de la enseñanza de la ética clínica y la evaluación de la calidad de la atención médica.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT): SALUD-2004-C01-171.

Los autores agradecen al Dr. William Breen Murray su participación en la capacitación de los antropólogos en las diferentes técnicas cualitativas de recolección de datos.

## REFERENCIAS

1. Laín-Entralgo P (ed). La relación médico-enfermo: historia y teoría. Madrid: Alianza Editorial; 2003.
2. Bobbitt HR Jr, Breinholt RH, Doktor RH, McNaul JP. Organizational behavior, understanding and prediction. 2nd. Ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.; 1978.

3. Nettleton S. The sociology of health and illness. 2nd. Ed. Cambridge, UK: Polity Press; 2006.
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut2006/index.php> [Consultado el 8 de junio 2010].
5. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health* 1995; 18: 179-83.
6. Morse JM, Richards L (eds.). Qualitative methods. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.; 2002.
7. Miles MB, Huberman AM (eds.). Qualitative data analysis. 2nd. Ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.; 1994.
8. Marvel KM, Schilling R, Doherty WJ, Baird MA. Levels of physician involvement with patients and their families. *J Fam Prac* 1994; 39: 535-44.
9. López-García A, Valdez-Martínez E, Bedolla M. A snapshot of medical care quality: Health professional and patient satisfaction. *Rev Med IMSS* 2009; 47: 603-10.
10. Pattison S, Pill R (eds.). Values in professional practice. Lessons for health, social care and other professionals. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2004.
11. Lazcano-Ponce E, Ángeles-Llerenas A, Álvarez-del Río A, Salazar-Martínez E, Allen B, Hernández-Ávila M, Kraus A. Ethics and communications between physicians and their patients with cancer, HIV/AIDS, and rheumatoid arthritis in Mexico. *Arch Med Res* 2004; 35: 66-75.
12. Herrera C, Campero L, Caballero M, Kendall T. Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Rev Saúde Pú* 2008; 42(2): 249-55.
13. Beauchamp TL, Childress JF (eds.). Principles of biomedical ethics. 5th. Ed. New York: Oxford University Press; 2001.
14. Bedolla M. The philosophical basis: what is medical ethics? In: Valdez-Martínez E, Bedolla M (eds.). Clinical ethics: an international view for Latin America. Mexico: Grupo Ixel S.A.; 2010, p. 7-13.

### Reimpresos:

#### **Dra. Edith Valdez-Martínez**

Centro Médico Nacional Siglo XXI  
Coordinación de Investigación en Salud  
Unidad de Investigación Epidemiológica y  
en Servicios de Salud  
Av. Cuauhtémoc Núm. 330  
Col. Doctores  
06720, México, D.F.  
Tel.: (55) 5627-6900, Ext. 21072  
Fax: (55) 5761-0952  
Correo electrónico:  
edithvaldez@prodigy.net.mx

Recibido el 3 de noviembre de 2010.

Aceptado el 14 de abril de 2011.