

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.40.03.770.583>

¿La Relación Médico-Paciente puede mejorar al sistema de salud en Colombia?

Can the physician-patient relationship improve the health system in Colombia?

JOSÉ IVO MONTAÑO CAICEDO¹, HERNEY ANDRÉS GARCÍA-PERDOMO²

¹ Médico y cirujano, especialista en Medicina Familiar, Universidad del Valle, Cali (Colombia). Magíster en Ciencias Económicas, Universidad Nacional, Bogotá (Colombia). Especialista en Administración en Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia). Profesor asistente, Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Universidad del Valle. jose.ivo.montano@correounivalle.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-5060-8589>. https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000491810

² Médico-cirujano, doctor en Ciencias Biomédicas (Ph.D.) y especialista en Urología, Universidad del Valle, Cali (Colombia). Doctor en Educación (EdD), Universidad Autónoma de Durango, Durango (México). Doctor en Medicina Clínica y Salud Pública (Ph.D.), Universidad de Granada, Andalucía (España). Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad de La Frontera, Temuco (Chile). Especialista en Urooncología, Universitat de Barcelona, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Barcelona (España). Profesor titular, Unidad de Urología/Urooncología, Departamento de Cirugía, Escuela de Medicina, Universidad del Valle. herney.garcia@correounivalle.edu.co. <https://orcid.org/0000-0001-6945-8261>. http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001333569

Correspondencia: José Ivo Montaña Caicedo. jose.ivo.montano@correounivalle.edu.co

RESUMEN

La Relación Médico-Paciente es el núcleo de la práctica médica. Desde hace más de dos mil años ha evolucionado con los avances del conocimiento científico y responde a las expectativas de pacientes y médicos. Recientemente, también ha ampliado su alcance para satisfacer las expectativas del sistema de salud. De la Relación Médico-Paciente los pacientes esperan respeto, escucha, reconocimiento como persona, comprensión, consideración por sus inquietudes, confianza, apoyo, protección, capacitación, entre otros. Los médicos esperan diagnosticar y prescribir tratamientos, enfocar y responder a pesar de la presión del tiempo, los horarios agotadores, las tareas complejas, las tareas administrativas, la sobrecarga de trabajo, los formularios electrónicos, etc. El sistema de salud busca la cobertura universal, el financiamiento, la gobernanza, la prestación de servicios y la generación de recursos, considerando como tal a los profesionales de la salud necesarios para prestar los servicios, ignorando que la Relación Médico-Paciente distingue los servicios de salud de cualquier otro tipo de servicio. Las diferencias entre las expectativas de los pacientes, los médicos y el sistema de salud conducen a relaciones problemáticas, medicina defensiva y progreso insuficiente en los objetivos del sistema de salud. Para mejorar, el sistema de salud debe fomentar la Relación Médico-Paciente productiva; una forma de hacerlo es considerarla como un fin del propio sistema, en lugar de encasillar a los profesionales de la salud como un recurso.

Palabras clave: Relaciones Médico-Paciente, prestación de atención sanitaria, planificación sanitaria, sistemas de salud, atención médica.

ABSTRACT

The Physician-Patient Relationship is at the heart of medical practice. For more than two thousand years, it has evolved with advances in scientific knowledge, and it responds to the expectations of patients and physicians. Recently, it has also expanded its scope to meet the expectations of the healthcare system. From the Physician-Patient Relationship, patients expect respect, listening, recognition as a person, understanding, consideration of their concerns, trust, support, protection, and empowerment, among others. Physicians are expected to diagnose and prescribe treatments, to concentrate and respond despite time pressure, exhausting schedules, complex tasks, administrative tasks, work overload, electronic forms, etc. The healthcare system seeks universalization of coverage, financing, governance, and resource generation, considering as such the healthcare professionals needed to provide the services, ignoring that the Physician-Patient Relationship distinguishes healthcare services from any other type of service. The differences between the expectations of

patients, physicians, and the healthcare system lead to problematic relationships, defensive medicine, and insufficient progress in the objectives of the healthcare system. To improve, the healthcare system must foster a productive Physician-Patient Relationship; one way to do this is to consider it an end of the system itself, instead of pigeonholing healthcare professionals as a resource.

Keywords: Physician-Patient Relations, delivery of health care, health planning, health systems, medical care.

INTRODUCCIÓN

La práctica médica moderna está mediada por múltiples tecnologías, definidas como el “conjunto de teorías y de técnicas que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico” (1); en este sentido, la Relación Médico-Paciente (RMP) es una tecnología cuyas teorías y técnicas empezaron cuando Hipócrates de Cos la estableció como el principio de la práctica médica, que ha evolucionado en la medida del progreso técnico científico en el diagnóstico y tratamiento de padecimientos, dolencias y enfermedades, por más de dos mil años. El aprovechamiento práctico del conocimiento científico a lo largo de los siglos se ilustra con la epilepsia, que dejó de ser considerada una enfermedad divina cuando Hipócrates de Cos explicó que tenía causas naturales, y actualmente cuenta con tratamientos efectivos que permiten a los pacientes llevar una vida como los demás apoyados en una buena RMP (2).

Además del aprovechamiento práctico del conocimiento científico, también la escucha, la confianza, la empatía y la comunicación caracterizan una RMP productiva, en la que convergen las expectativas de pacientes y profesionales (3). Por otro lado, en la actualidad existen “terceras partes”, como el gobierno, organizaciones y una miríada de entidades, que configuran el sistema de salud (4) con expectativas propias que presionan la RMP.

Aunque la RMP es el núcleo de la práctica médica teóricamente fundamentada, técnicamente comprobada y científicamente demostrada, en la actualidad existen situaciones que la menoscaban, haciendo oportuno reflexionar acerca del impacto que esto conlleva, señalando que la RMP, además de ser una milenaria tradición ofrece la oportunidad insoslayable para mejorar el sistema de salud en Colombia.

EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES

Los pacientes esperan de la RMP respeto, ser escuchados y reconocidos como persona, sentirse comprendidos, consideración por sus preocupaciones, confianza en que el médico tiene la experiencia para atenderle, ayudarlo, aconsejarle e indicarle cómo lograr lo que el paciente valora (5). Los pacientes también esperan que el médico escuche y demuestre interés, tenga tiempo suficiente, tranquilice y ofrezca apoyo, explique dudas y problemas, aconseje sobre lo que se debe hacer, diagnostique, examine, remita a la atención especializada, solicite exámenes y estudios y formule medicamentos (6). La expectativa de los pacientes con respecto a la empatía de los médicos se asocia positivamente con la percepción de confianza, benevolencia y competencia de los médicos, también con una mejor RMP (7)

EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

Los médicos esperan identificar las necesidades y expectativas de sus pacientes escuchando para establecer una RMP terapéutica respetuosa y confiable, manejar emociones fuertes e incertidumbre, compartir información, lograr entendimiento mutuo, tomar decisiones y promover comportamientos saludables (5). Los médicos esperan también que los pacientes sigan sus recomendaciones, que conozcan el proceso de atención, como esperar mientras otros pacientes son atendidos y horarios de atención (8). Los médicos esperan poder atender a sus pacientes a pesar de jornadas extenuantes que afectan la percepción, la correcta anamnesis y los sesgos; de tareas complejas, la presión del tiempo, la sobrecarga laboral y tareas administrativas fútiles (5). Los médicos tienden a controlar la conversación, responder a los relatos de los pacientes sin reconocer sus emociones y hacer juicios implícitos acerca de lo que es relevante. Frecuentemente se preparan mentalmente para enfocar su atención con hipótesis preliminares antes de escuchar al paciente, limitando el diálogo a preguntas con respuesta sí o no (5).

EXPECTATIVAS DEL SISTEMA DE SALUD

En Colombia, el sistema de salud espera lograr cobertura universal mediante cuatro funciones: gobernanza, generación de recursos, financiamiento y prestación de servicios de salud (4). Para la gobernanza existen políticas públicas como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (9), las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) (10) y un sinnúmero de políticas que abordan di-

ferentes aspectos del sistema de salud. La *generación de recursos* corresponde a distintas entidades según el tipo de recurso, con reglamentación propia de su sector económico, la disponibilidad y suficiencia dependen del comportamiento de los mercados nacionales e internacionales, incluyendo los mercados laborales. El *financiamiento* es responsabilidad del Gobierno nacional a partir de los recaudos fiscales y parafiscales, las organizaciones que gestionan el plan de beneficios contratan y pagan por los servicios de salud. La *prestación de servicios* está a cargo de instituciones cuyos ingresos están determinados por acuerdos contractuales. Llama la atención la preponderancia de la generación de recursos y financiamiento como funciones superlativas en el sistema de salud colombiano, en menoscabo de la gobernanza y la prestación de servicios de salud, que son precisamente las funciones que más favorecen la RMP.

PROBLEMAS EN LA RMP

El contexto médico es único en varios sentidos; por ejemplo, es imperativo establecer un diagnóstico y prescribir un tratamiento, los pacientes frecuentemente están temerosos y aprehensivos, hay dinámicas de poder, y los contactos son episódicos, breves y ricos en información (5). Los médicos pueden considerar difíciles a pacientes con condiciones psicosomáticas y enfermedades crónicas, síntomas y quejas como dolor, emociones fuertes, problemas para obtener y compartir información, y algunas características sociodemográficas y de vulnerabilidad. Además, los pacientes y sus familiares pueden considerar a los médicos como problemáticos cuando no los escuchan o parece no importarles sus hijos (11).

La desconfianza puede afectar la RMP mediante prácticas de medicina defensiva agrupadas en cuatro categorías: primero, las redes sociales mediante las cuales crecen presiones para los médicos, pues los errores en los tratamientos son publicados; además, la falta de aprecio por la labor médica y la mala interpretación de las conductas expectantes presiona a los médicos a tomar acciones defensivas. Segundo, el rol de consumidores de los pacientes, mediante el cual demandan servicios con base en información obtenida de fuentes sesgadas. Tercero, las condiciones de trabajo impuestas por el sistema de salud, que presionan a los médicos por el cumplimiento de regulaciones externas a costa del tiempo disponible para los pacientes. Cuarto, la capacidad del médico para tolerar la incertidumbre relacionada con sus actitudes, sentimientos, experiencias y expectativas personales, y con la presión entre colegas (12).

En Colombia, debido a las condiciones del sistema de salud, el médico ha perdido autonomía para saludar, trato familiar, escuchar y ofrecer soluciones (13). Los médicos expresan insatisfacción de trabajar en un modelo de salud que reduce la interacción a encuentros esporádicos, limitado al manejo de síntomas; para los pacientes, las políticas de salud impactan negativamente la RMP, por la masificación, brevedad en las consultas, dificultad en las citas oportunamente y con el médico deseado. Las restricciones de acceso al servicio médico impiden la formación, el desarrollo y el fortalecimiento de la RMP; incrementa en los pacientes la inconformidad y la desconfianza, además de las limitaciones y restricciones para ordenar y autorizar servicios (14).

Según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), el sistema de salud colombiano destaca favorablemente en cuanto a cambio en la expectativa de vida, consumo de alcohol, muerte por opioides, suicidio post-hospitalización por trastornos mentales y gasto de bolsillo; y desfavorablemente en la expectativa de vida absoluta, mortalidad materna, mortalidad infantil, cambio en la mortalidad por contaminación del aire, cobertura de vacunas, cobertura poblacional, satisfacción con la cobertura, búsqueda de información de salud en línea y recursos (15). También informa la OCDE que Colombia no reporta los datos de costos por tipo de servicio de salud (16), y tampoco reporta más del 90 % de los indicadores de calidad, el 66 % de los indicadores de accesibilidad y el 59 % de los indicadores de recursos del sistema de salud (15).

La Defensoría del Pueblo en Colombia señala que en 2022 hubo cada mes en promedio 12 203 acciones de tutela por el derecho a la salud, por encima de las 7708 presentadas en 2021; la salud como derecho es el más tutelado, correspondiendo a las organizaciones que gestionan el plan de beneficios el 77 % de estas acciones de tutela (17).

PROPUESTA

La trazabilidad del inicio de algunos problemas en el sistema de salud conduce hasta la RMP modulada por la perspectiva de entidades que conforman el sistema de salud, señalando la necesidad de buscar oportunidades para la escucha, la confianza, la empatía y la comunicación como catalizadores de las tensiones dentro del sistema. Si bien es cierto que los pacientes y los médicos podrían esforzarse más por entender la importancia de la mediación de las entidades que conforman el sistema de salud, dichas entidades también podrían contribuir mediante la reducción del impacto deletéreo de sus expectativas en la RMP.

En el marco para el análisis del desempeño de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4), los sistemas de salud parecen una función de producción como las descritas en libros de economía (18), en la que los productos están saturados de problemas como los descritos arriba, el paciente es un receptor pasivo; el profesional de la salud, un recurso inerte; la prestación del servicio, una tarea mecánica, y la RMP no importa. Siguiendo con la misma analogía, el desempeño del sistema de salud podría elevarse si en la función de producción los pacientes son agentes activos en el control del sistema, los profesionales de la salud responden a las características y expectativas de las personas en sus comunidades; la prestación de servicios pondera las particularidades de cada paciente y la RMP interesa como un fin o producto del sistema de salud. Al ser la RMP un producto construido continuamente, tiene mayor sentido fortalecerla desde la formación médica (19). Por otro lado, la RMP productiva contribuye también a reconocer prácticas ancestrales del cuidado de la salud, interactuar con otros agentes comunitarios, reducir brechas de equidad, trascender de los episodios de enfermedad, entre otros beneficios.

CONCLUSIONES

La RMP es una tecnología que por más de dos mil años ha demostrado su costo-efectividad, accesibilidad y calidad, con capacidad para evolucionar de acuerdo con las expectativas de los pacientes y los médicos. La modulación de la RMP por parte del sistema de salud causa conflictos cuando no se prevé el deterioro de la confianza, la empatía, la comunicación y la escucha.

A nivel del sistema de salud, la gobernanza se enfrenta a retos para lograr el equilibrio entre la participación, los intereses y los beneficios de pacientes, trabajadores sanitarios, instituciones prestadoras de servicios, organizaciones, jueces, gobierno, legisladores y demás entidades en Colombia. Las tensiones en la gobernanza, la generación de recursos y el financiamiento se expresan en la prestación de servicios. Reconocer la importancia de la RMP dentro del sistema de salud es una vía para mejorar su desempeño.

Financiación: Recursos propios.

REFERENCIAS

1. Real Academia Española: Diccionario esencial de la lengua española [Internet]. [Consultado 26 de marzo 2024]. Disponible en: <https://www.rae.es/desen/tecnolog%2525C3%2525ADa>
2. Chirchiglia D, Chirchiglia P. Epilepsy over the centuries: a disease survived at the time. *Neurol Sci.* 2020 mayo;41(5):1309-1313. doi: 10.1007/s10072-019-04214-6. Epub 2020 Jan 2. PMID: 31897942
3. Keslar, L: The evolution of the doctor-patient relationship. *Medical Economics, Special Anniversary Issue* [Internet] Cranbury, NJ Medical Economics, 2023 [actualizado 28 septiembre 2023; consultado 16 noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.medicaleconomics.com/view/the-evolution-of-the-doctor-patient-relationship>
4. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. *Health system performance assessment: a framework for policy analysis.* Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, N° 57). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352686/9789240042476-eng.pdf?sequence=1>
5. Epstein RM, Beach MC. "I don't need your pills, I need your attention." Steps toward deep listening in medical encounters. *Curr Opin Psychol.* 2023 octubre;53:101685. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101685. Epub 2023 Aug 10. PMID: 37659284
6. Nusfaumer M, Terrasa S. Expectativas de los pacientes respecto de la consulta con un médico de familia: estudio de corte transversal. *Evid actual pract ambul* [Internet]. 2020 febrero 5 [citado 30 de marzo de 2024];22(4):e002027. Disponible en: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v22i4.4266>
7. Wu Q, Jin Z, Wang P. The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust. *J Gen Intern Med.* 2022 mayo;37(6):1388-1393. doi: 10.1007/s11606-021-07008-9. Epub 2021 Aug 17. PMID: 34405348; PMCID: PMC9086002
8. Keshavarzi MH, Safaie S, Faghihi SAA, Zare S. Barriers of physician-patient relationships in professionalism: A qualitative study. *J Adv Med Educ Prof.* 2022 julio;10(3):199-206. doi: 10.30476/JAMP.2022.94010.1563. PMID: 35910520; PMCID: PMC9309164
9. Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (17-02-2016).

10. Resolución 3202 de 2016, por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS–, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS– y se dictan otras disposiciones Ministerio de Salud y Protección Social (25-07-2016).
11. Cruvinel PVQ, Grosseman S. Afinal, quem é “difícil”? Revisão integrativa sobre pacientes, médicos e relações difíceis [In the final analysis, who is “problematic”? An integrative review of patients, physicians and problematic relationships]. *Cien Saude Colet*. 2023 junio;28(6):1685-1701. Portuguese. doi: 10.1590/1413-81232023286.16812022. Epub 2023 Jan 11. PMID: 37255146
12. Strobel CJ, Oldenburg D, Steinhäuser J. Factors influencing defensive medicine-based decision-making in primary care: A scoping review. *J Eval Clin Pract*. 2023 abril;29(3):529-538. doi: 10.1111/jep.13799. Epub 2022 Nov 26. PMID: 36433885
13. Pulgarín-Vergara D, Castro-Arroyave DM. Relaciones médico-paciente en instituciones prestadoras de servicios de salud en Medellín, Colombia [Doctor-Patient relationship in healthcare institutions of Medellin, Colombia]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2019 julio 1;21(4):411-416. Spanish. doi: 10.15446/rsap.V21n4.80095. PMID: 36753263
14. Medina NE, Gutiérrez-Malaver ME, Ballesteros-Cabrera M, Izzedin-Bouquet R, Gómez-Sotelo AP, Sánchez-Martínez LM. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia [General practitioners and patients’ social representations of the doctor-patient relationship in Bogotá, Colombia]. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2010 junio;12(3):343-55. Spanish. PMID: 21311823
15. OECD. Health at a Glance 2023: Colombia. Paris: OECD Publishing. <https://www.oecd.org/colombia/health-at-a-glance-Colombia-EN.pdf>
16. OECD/The World Bank. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/6089164f-en>
17. Defensoría del Pueblo, Colombia: Tutelas en salud aumentaron 58,31% en el promedio mensual a septiembre de 2022 frente a 2021. Bogotá, Defensoría del Pueblo, 2022 [actualizado 4 de diciembre de 2022; consultado 16 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.defensoria.gov.co/-/tutelas-en-salud-aumentaron-58-31-en-el-promedio-mensual-a-septiembre-de-2022-frente-a-2021>

18. Varian HR. La tecnología. En: *Microeconomía Intermedia, un enfoque actual*, Octava Edición. Barcelona: Antoni Bosch; 2007. Capítulo 18, pp. 347-359.
19. Junaid SM, Mahboob U, Nadeem N, Lqbal N, Khuwaja AM, Bangash M. How To Teach 'Listening For Learning' In A Clinical Context? *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2022 abril-junio;34(2):392-393. doi: 10.55519/JAMC-02-9260. PMID: 35576312