



## Relaciones médico-paciente: un estudio empírico

*Robert T. Hall<sup>1</sup>, Jorge Luis Hernández Arriaga<sup>2</sup>, Octavio Carranza Bucio<sup>3</sup>, Francisco J. Serrano Franco<sup>4</sup>, José Alberto Martínez Pérez<sup>5</sup>, Greg Rosencrance<sup>6</sup> y Linda St. Clair<sup>7</sup>*

### Resumen

*Este estudio de relaciones médico-paciente en México involucró entrevistas realizadas a 1700 pacientes inmediatamente después de salir de su consulta clínica. Se llevó a cabo entre los años 2004-05 en León, Morelia, Guanajuato y en Charleston, West Virginia, USA. Los propósitos fueron: 1) establecer un base de datos como punto de referencia (benchmark) para investigaciones futuras en instituciones del cuidado de la salud con referencia a la comunicación médico-paciente, a la satisfacción de los pacientes y al consentimiento informado y, 2) hacer una comparación entre las relaciones médico-paciente en México y los Estados Unidos de América. Hicimos varias conclusiones sobre la comunicación médico-paciente, participación del paciente en decisiones con respecto a su cuidado de*

<sup>1</sup> Department of Internal Medicine, West Virginia University, (USA).

<sup>2</sup> Director del Centro de Investigaciones en Bioética de la Universidad de Guanajuato (México)

<sup>3</sup> Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Michoacán (México).

<sup>4</sup> Secretaria Académica, Facultad de Filosofía, Universidad Autónoma de Querétaro (México).

<sup>5</sup> Investigador Ayudante, Especialista de lengua.

<sup>6</sup> Associate Professor and Chairman, Department of Internal Medicine, School of Medicine, West Virginia University - Charleston Division, (USA).

<sup>7</sup> Land Grant Nutrition Specialist, West Virginia State University (USA).



*salud y el ambiente social de la consulta médica. Ofrecemos los datos y los cuestionarios completos por internet a cualquier investigador interesado para estudios futuros de acuerdo con sus propios intereses. Además, encontramos que no hubo ninguna diferencia importante en las relaciones médico-pacientes con respecto al consentimiento informado y la satisfacción del paciente entre México y los EEUU.*

### **Abstract**

#### Physician-patient relations: An empirical study

*This empirical study of physician-patient relations in Mexico is based upon interviews with 1700 patients immediately following clinic visits. The interviews took place in 2004-05 in León, Guanajuato and Querétaro, Mexico and in Charleston WV, USA. The purposes were (1) to establish a benchmark for future research on physician-patient communication, patient satisfaction and informed consent in specific health care institutions and (2) to draw comparisons between the United States and Mexico with regard to physician-patient relations. We draw various conclusions about physician-patient communication, the participation of patients in health care decisions, and the social context of medical consultations in Mexico. We offer the complete data set and the questionnaires on an Internet site for the use of researchers for future studies. We found no important differences in physician-patient relations between the United States and Mexican samples with respect to informed consent and patient satisfaction.*

**Palabras clave:** Relaciones médico-paciente, Consentimiento informado, Comunicación, Satisfacción del paciente, Comparación México-EEUU.

**Key terms:** Physician-patient relations, Informed consent, Communication, Patient Satisfaction, Comparison USA-México.



## **Introducción: relaciones médico-paciente, autonomía y consentimiento informado**

Desde hace años se ha discutido ampliamente en torno a conceptos como el de autonomía,<sup>8</sup> el consentimiento informado,<sup>9</sup> los derechos del paciente<sup>10</sup> y “la libertad de terapia”<sup>11</sup> en la práctica de la medicina. Se ha especulado, tanto formalmente (en la literatura ya citada) como informalmente (en conferencias), que en los países latinoamericanos hay mucho menos énfasis en el consentimiento informado o en la autonomía del paciente que en los Estados Unidos o en Europa. Alternativamente, se ha especulado que la postura de los médicos latinoamericanos es mucho más paternalista que la de los médicos estadounidenses o europeos.

En una investigación previa,<sup>12</sup> realizamos un estudio empírico-comparativo sobre las prácticas y opiniones de médicos de México y de los Estados Unidos, con el propósito de aclarar algunos hechos en relación con las prácticas de los médicos en ambos países. Como resultado de este estudio previo, concluimos que, con referencia al consentimiento informado, los médicos estadounidenses y mexicanos manifestaron que su práctica clínica es casi igual. Dijeron por igual que explican el diagnóstico a los pacientes, que les ofrecen información sobre los tratamientos alternativos y que les informan acerca de las consecuencias probables en caso de no aceptar el tratamiento. El estudio actual aborda el asunto de relaciones médico-paciente en México desde la perspectiva de los pacientes.

Aunque esta investigación es un estudio empírico, tenemos que utilizar varios conceptos filosóficos como «consentimiento informado» y «autonomía». Por supuesto, estos conceptos son problemáticos, pero no es nuestra intención, en este momento, entrar en un análisis conceptual o filosófico. Creemos que es necesario abordar este asunto por medio de investigaciones basadas en datos empíricos en vez de cualquier otro tipo de análisis.

Desde hace algunos años, el campo de la bioética ha alcanzado un marco de discusión a pesar de que el ámbito era en sí mismo, filosóficamente, pluralista. Nos referimos al planteamiento de la bioética llamado el «método de los principios».<sup>13</sup> El enfoque de este planteamiento fue la identificación de algunos principios básicos de la bioé-



tica con respecto a los cuales la gente de diversas perspectivas filosóficas podría estar de acuerdo. De esta forma, en muchos libros se puede encontrar una lista de cuatro principios básicos de la bioética, de entre los cuales, usualmente, se ubica al concepto de autonomía en un lugar preponderante, en relación con el cual se interpreta la función de los restantes principios.

De acuerdo con este enfoque, la autonomía es el derecho básico del individuo de elegir por sí mismo su tratamiento médico. La autonomía incluye dos aspectos formales: la libertad respecto de la influencia controladora y la capacidad de acción intencional. Además, hay dos requisitos para que se realice la autonomía del individuo en la práctica: información adecuada para que la decisión sea informada y la oportunidad para que el paciente participe en la relación médico-paciente.

De esta manera, el principio de autonomía en el contexto de la bioética nos conduce directamente al concepto del consentimiento informado como derecho jurídico. El proceso del consentimiento informado es el único que asegura que el paciente elija o rechace el cuidado médico de acuerdo con sus propios deseos y creencias. No obstante, el consentimiento informado no es simplemente una actitud permisiva, que otorga al paciente este derecho a condición de que el paciente lo exija. Hay, por ejemplo, gente demasiado tímida para imponerse efectivamente en la relación médico-paciente. Para que el paciente dé su consentimiento informado, es necesario que el médico le proporcione tanto la información necesaria para una decisión como la oportunidad para participar en la consulta clínica. Normalmente, según el enfoque bioético mencionado, esta información incluye cinco puntos:

1. una explicación de la enfermedad o condición,
2. información acerca del tratamiento propuesto,
3. un recuento de los riesgos y beneficios esperados del tratamiento propuesto,
4. información sobre otros tratamientos disponibles, sus posibles riesgos y beneficios potenciales,
5. las consecuencias probables si el paciente rechaza cualquier tratamiento.



## El propósito del estudio actual

El objetivo principal del presente estudio, como investigación empírica, es averiguar la dinámica de la relación médico-paciente en la práctica normal de la medicina clínica respecto a los aspectos cruciales del consentimiento informado. De acuerdo con este propósito, llevamos a cabo una encuesta en forma de entrevistas con pacientes en varias clínicas en las ciudades de León, Morelia y Querétaro, en México, durante los años 2004 y 2005.<sup>14</sup> Hicimos algunas preguntas respecto las opiniones de los pacientes en relación con la atención y el interés del doctor, así como otras específicamente relacionadas con el consentimiento informado, por ejemplo:

¿Entendió usted bien las palabras o el lenguaje que usó el doctor para explicarle su condición?

¿Le explicó a usted el doctor el tratamiento de manera clara?

¿Le dijo a usted el doctor lo que podría pasar sin el tratamiento?

Otras preguntas estuvieron relacionadas principalmente con la participación del paciente en su propio cuidado:

¿Le preguntó el doctor si tenía usted preguntas o dudas?

¿Se sintió usted en confianza con el doctor cuando usted le preguntó?

¿El doctor le pidió a usted su opinión antes de recetarle medicamentos o darle tratamiento?

¿Estuvo usted de acuerdo con lo que el doctor recetó o lo que le recomendó o le prohibió a usted?

La encuesta actual solamente se limitó a la opinión del paciente respecto a estos asuntos y no incluimos ninguna referencia a las opiniones de los médicos, puesto que ya hemos estudiado la perspectiva de los médicos en la investigación anterior.<sup>15</sup>

Un propósito secundario del presente estudio es el de establecer un punto o estándar de referencia (*benchmark*) para investigaciones futuras de la satisfacción de los pacientes y del consentimiento informado. Puesto que no hubo estudios de la satisfacción de los pacientes con muestras de este tamaño, esperamos que se puedan utilizar estos datos para evaluaciones comparativas. En conformidad con este propósito, ponemos a disposición de quienes estén interesados todos los datos de este estudio como se indica más abajo.



## Material y métodos

Con la ayuda de estudiantes de medicina y antropología entrevistamos a más de 1560 pacientes inmediatamente después de salir de su consulta clínica. El objetivo de esta encuesta fue averiguar, en términos generales, el carácter de la relación médico-paciente en cuanto al asunto de comunicación y a la participación del paciente en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento médico.

Los estudiantes, después de su capacitación, realizaron entrevistas estructuradas en siete clínicas hospitalarias con pacientes que salían de sus consultas. Los entrevistadores se presentaban indicando que no formaban parte del personal de la clínica y aseguraban a los posibles entrevistados que sus respuestas serían anónimas (lo que podían constatar porque en ningún momento se les pedía su nombre). A los pacientes se les explicaba brevemente el propósito de la entrevista y se les invitaba a ser entrevistados. Los entrevistadores leyeron las preguntas a los pacientes y, si era necesario, les aclaraban los puntos que no entendieran o no resultaran claros para ellos.

Con referencia a esta encuesta, es difícil determinar la consistencia o fiabilidad del instrumento porque está diseñado como una única representación de los pensamientos del paciente. No sirve para comparar las opiniones de un paciente con otro después de consultar al mismo médico, porque los médicos tratan a sus diferentes pacientes de manera distinta e individual como sea necesario y apropiado; tampoco forma parte de los objetivos de la encuesta determinar la regularidad en el comportamiento de los médicos. Para determinar la consistencia del instrumento, empleamos un test-retest en los estudios-pilotos para desarrollar el cuestionario y, aunque la fiabilidad era bastante alta, creemos que esta prueba no es decisiva debido al contenido del cuestionario.

En nuestra opinión, la única manera para confirmar la fiabilidad del instrumento es comparar las respuestas del mismo paciente a preguntas iguales o similares. Del elenco de preguntas, dos preguntas hemos considerado lo suficientemente comparables como para hacer una prueba general de fiabilidad:

¿Siente que el doctor puso atención a lo que le dijo usted? En su opinión, ¿el doctor estuvo realmente interesado en su problema?



Los resultados de un análisis de las respuestas a estas preguntas indicaron tanto un nivel de acuerdo estadísticamente significativo con ji-cuadrada de 914.907 y  $p = 0.000$  confirmado por la prueba gamma de Goodman y Kruskal de 0.834, como un fuerte acuerdo de la dirección de las respuestas.

### **Resultados y discusiones**

Puesto que de este tipo de entrevista se obtiene mucha información, relatamos en este informe los resultados sustanciales (tanto positivos como negativos), utilizando sólo porcentajes, las pruebas ji-cuadradas y probabilidades de error. Como referencia, ponemos datos más amplios incluyendo las tablas de porcentajes para la mayoría de estos resultados, los cuestionarios completos y los archivos de datos en un sitio web de la Universidad Autónoma de Querétaro, en el URL <http://www.uaq.mx/filosofia/investigacion/fco-serrano/>. En vista de que no hay muchos datos iguales disponibles para comparaciones evaluativos con respecto a la relación médico-paciente, invitamos a cualquier interesado a utilizar estos datos de acuerdo con sus propios intereses.

### **Demográficos**

La muestra se compuso de 497 hombres (32%) y 1055 mujeres (68%). La distribución de los pacientes por tipo de clínica fue: del IMSS 30.3%, del ISSSTE 36.6%, de la SSA 16.7% y privada 16.7%. Con respecto a los médicos, las consultas de los pacientes fue: 71.1% con doctores y 28.9% con doctoras. La educación de los pacientes fue: Básica, 29.1%, Media, 39.3% y Superior, 31.6%. No hubo ninguna diferencia significativa entre los hombres y las mujeres con respecto a su educación ( $\chi^2 = 4.444$ ,  $p = 0.108$ ). Sin embargo, hubo una diferencia pequeña, pero significativa estadísticamente, entre los hombres y las mujeres con respecto a su edad, principalmente en la categoría 65+ ( $\chi^2 = 13.306$ ,  $p = 0.004$ ). Las pacientes mujeres tuvieron más enfermedades agudas y los hombres las más crónicas ( $\chi^2 = 5.259$ ,  $p = 0.022$ ).



### *Discusión (demográficos)*

Puesto que se balanceó suficientemente la muestra en los aspectos principales, no consideramos que sus diferencias sean de gran importancia aunque, por supuesto, usamos las variables demográficas en el análisis siguiente como es apropiado.

### **Comunicación**

#### *Explicación de la enfermedad*

El 87.9% de los pacientes entrevistados (N = 1531) dijo que el médico explicó su enfermedad o condición de manera clara. Hubo una relación significativa ( $c^2 = 7.788$ ,  $p = 0.050$ ) entre la edad del paciente y su opinión sobre la explicación de su enfermedad por parte del médico. Los pacientes entre 31 – 50 años de edad, en comparación con los demás, nos dijeron que la explicación no fue clara con un 4.8% más de frecuencia ( $c^2 = 7.662$ ,  $p = 0.006$ ). No hubo ninguna relación entre el sexo del paciente y su opinión sobre la claridad de la explicación de su condición ( $c^2 = 1.697$ ,  $p = 0.193$ ).

#### *Términos médicos*

El 88.7% de la muestra indicó que había entendido bien las palabras o el lenguaje que usó el doctor para explicarle su condición. No hubo diferencia según el sexo del paciente, tampoco por edad del paciente ni por sexo del médico. Sin embargo, hubo una diferencia con respecto a la educación del paciente en el entendimiento de las palabras usadas por el médico. Los pacientes con educación superior indicaron que habían entendido las palabras del médico (92.2%) significativamente más que aquellos con educación básica y media (87.5%) ( $c^2 = 6.906$ ,  $p = 0.032$ ).

De los pacientes que dijeron que no habían entendido las palabras del médico, un porcentaje muy alto (23.1%) también opinó que el médico no les pareció realmente interesado en su problema. La magnitud de esta relación fue realmente sorprendente ( $c^2 = 137.093$ ,  $p =$



0.000). Además, por una diferencia igualmente grande, un total de 26.2% de los pacientes quienes dijeron que no habían entendido o que casi no habían entendido las palabras del médico también nos dijeron que el médico no puso atención en lo que le dijeron, comparado con un 4.2% de aquellos que habían entendido al médico ( $c^2 = 141.331$ ,  $p = 0.000$ ).

Cuando el médico fue bien entendido, el 92.6% de los pacientes indicó su acuerdo con lo que el doctor les recetó, o lo que les recomendó, mientras que cuando el médico no fue bien entendido, solamente el 66.9% de los encuestados estuvo de acuerdo con lo que el doctor les recetó ( $c^2 = 102.954$ ,  $p = 0.000$ ). Y cuando el médico fue bien entendido el 83.0% de los pacientes indicó que “estuvo contento con la atención de este doctor”; en contraste, cuando el médico no fue bien entendido, solamente el 56.3% de los entrevistados estuvo contento ( $c^2 = 101.216$ ,  $p = 0.000$ ).

#### *El acento del médico*

Preguntamos también “¿Tuvo usted problemas con el idioma que habla el doctor o con el acento del médico?” El 34.1% de los entrevistados (en este caso  $N = 869$ ) dijo que sí habían tenido problemas con el acento del médico: hombres y mujeres por igual y jóvenes y los de tercera edad por igual. Los entrevistados de educación media, no obstante, dijeron que sí habían tenido problemas mucho más frecuentemente ( $p = 0.030$ ) que aquellos con educación básica o superior.

Pero no hubo ninguna relación entre los pacientes que indicaron que habían tenido problemas con el acento o el idioma del médico y sus opiniones (1) sobre la atención del médico a lo que el paciente dijo ( $p = 0.078$ ), (2) sobre el interés del médico ( $p = 0.717$ ), (3) si el paciente estuvo de acuerdo con el médico ( $p = 0.876$ ), o (4) si el paciente estuvo contento con la atención del médico ( $p = 0.845$ ).

#### *Explicación del tratamiento*

Un aspecto clave, tanto de la comunicación médico-paciente como del consentimiento informado, es la explicación del tratamiento pro-



puesto. Con el propósito de averiguar esto, preguntamos a los entrevistados: “¿Le explicó a usted el doctor el tratamiento de manera clara para usted?” El 88.7% dijo que sí. No encontramos ninguna diferencia en la claridad de las explicaciones entre los pacientes-hombres y las pacientes-mujeres. Tampoco la edad del paciente influyó en su opinión de la claridad de los médicos. Pero sí hubo una diferencia en su opinión de la explicación del tratamiento con respecto a los niveles educacionales de los pacientes. Aquellos con educación básica se mostraron más dispuestos a decir que el médico no había explicado su tratamiento de manera clara ( $\chi^2 = 9.946$ ,  $p = 0.007$ ).

Consistentemente con los resultados mencionados, hubo fuertes relaciones entre si el paciente había entendido o no la explicación del tratamiento y los índices de la satisfacción del paciente. Al respecto, las estadísticas ji-cuadradas resultaron lo bastante grandes como se pueden apreciar en la Tabla 1.

**Tabla 1: Explicación del tratamiento e índices de satisfacción del paciente**

El doctor estuvo realmente interesado	$\chi^2 = 192.109$	$p = 0.000$
El paciente estuvo contento con la atención del doctor	$\chi^2 = 190.365$	$p = 0.000$
El paciente estuvo de acuerdo con el médico	$\chi^2 = 110.077$	$p = 0.000$
El doctor puso atención a lo que le dijo el paciente	$\chi^2 = 116.322$	$p = 0.000$

### *Cuidado en casa*

Como parte de la comunicación médico-paciente, preguntamos a los pacientes si el médico les había dicho claramente lo que deberían hacer en casa para cuidarse. El 82.0% respondió que sí. Aunque más mujeres que hombres contestaron “No” a esta pregunta, la diferencia

no fue significativa estadísticamente ( $p = 0.083$ ). Tampoco hubo ninguna diferencia por edad de los pacientes, ni por su educación o por el sexo del médico.

### *Interrupciones*

Finalmente, como un aspecto importante de la comunicación médico-paciente, les preguntamos a nuestros entrevistados si hubo interrupciones durante la consulta. El 24.1% de los pacientes nos dijo que sí, mientras que el 75.9% que no. Tampoco hubo diferencias ni por edad ni por educación del paciente, pero sí hubo una diferencia respecto del sexo. Los hombres indicaron más interrupciones (29.5%) que las mujeres (21.2%). Tomando esto en cuenta, sin embargo, encontramos una relación muy fuerte entre las interrupciones en la consulta con las medidas de comunicación y satisfacción, tal como se muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2: Interrupciones durante la consulta e índices de satisfacción**

El doctor puso atención a lo que le dijo el paciente	$c^2 = 43.581$	$p = 0.000$
El doctor estuvo realmente interesado	$c^2 = 30.484$	$p = 0.000$
El paciente estuvo de acuerdo con el médico	$c^2 = 11.480$	$p = 0.000$
El paciente estuvo contento con la atención del doctor	$?c^2 = 23.685$	$p = 0.000$

### *Discusión (comunicación)*

Los pacientes con educación superior entendieron las explicaciones del médico (tanto de su enfermedad como del tratamiento ofrecido) más que aquellos con educación básica o media. Esto podría parecer



normal. Sin embargo, hay una relación clara entre el entendimiento de la explicación médica y la percepción por parte del paciente de que el médico puso atención a lo que le dijo, así como que el médico se mostró interesado en su problema.

Aparentemente, el uso de términos médicos (y malentendidos), afecta mucho la percepción del paciente acerca del interés o de la atención del médico, pero en contraste, el acento o dialecto del médico no tuvo el mismo efecto. Debemos mencionar que, sin una teoría que relacione las variables una con otra, incluso fuertes relaciones como éstas no constituyen una prueba de causa y efecto. Podríamos sugerir, sin embargo, que el uso de términos técnicos o médicos puede dar al paciente la impresión de que el médico no se da cuenta de, o tiene poca apreciación de la situación del paciente y en consecuencia, está menos interesado en la relación médico-paciente. Hace años, los sociólogos de la medicina especulaban que el uso de términos técnicos era una manera en que los médicos se distanciaban de los neófitos (pacientes) y guardaban su autoridad profesional.<sup>16</sup> Por supuesto, aun cuando no sea necesariamente intencional el uso de jerga especializada por parte de los médicos, al parecer su uso sí tiene los efectos consignados aquí.

Finalmente, es obvio que las interrupciones durante la consulta tienen mucho que ver con la comunicación médico-paciente y con el éxito de la consulta según la opinión del paciente. A los pacientes no les gustan las interrupciones en absoluto.

### **Participación del paciente**

En la comunicación de información acerca de la enfermedad y el tratamiento propuesto, es necesario para el consentimiento informado que el paciente participe apropiadamente en la toma de decisiones en cuanto a su cuidado. La participación del paciente tiene varios aspectos.

#### *Preguntas*

En primer lugar es necesario que el paciente tenga oportunidad para hacer preguntas o expresar dudas. Esto requiere que el médico pre-



gunte al paciente si tiene algunas preguntas o dudas. Conforme a esto, preguntamos a los pacientes: “¿Le preguntó el doctor si tenía usted preguntas o dudas?” El 52.7% de los entrevistados nos dijo que sí, el 47.3% contestó “No.” No hubo ninguna diferencia en relación con el sexo del paciente. Sin embargo, hubo diferencias en cuanto a la edad del entrevistado y su educación. Los de menor edad indicaron que el médico les había preguntado si tuvieron preguntas o dudas más frecuentemente ( $c^2 = 23.568$ ,  $p = 0.000$ ). Además, los de educación superior nos dijeron más frecuentemente que el médico les había preguntado sobre sus dudas ( $c^2 = 52.208$ ,  $p = 0.000$ ). Además, el médico le solicitó al paciente sus preguntas más a menudo si éste estaba acompañado por un familiar o por un amigo ( $c^2 = 11.945$ ,  $p = 0.000$ ).

Los pacientes quienes dijeron que el médico preguntó sobre sus dudas estuvieron más dispuestos a tener una opinión buena de la atención del médico. Con mayor frecuencia nos dijeron que el doctor estaba realmente interesado en su problema, lo que se expresa con porcentajes muy grandes ( $c^2 = 137.524$ ,  $p = 0.000$ ). Igualmente, los entrevistados dijeron que estaban contentos con la atención del médico cuando éste los había invitado a plantear sus preguntas o dudas, ( $c^2 = 91.048$ ,  $p = 0.000$ ), asimismo, que estaban más de acuerdo con lo que les recetó ( $c^2 = 50.224$ ,  $p = 0.000$ ) e indicaron más frecuentemente que el médico había puesto atención a lo que le habían dicho ( $c^2 = 86.335$ ,  $p = 0.000$ ).

### *Confianza*

El ambiente de la consulta médica también es importante para que el paciente exprese preguntas o dudas. El 55.6% de los entrevistados nos dijo que tuvo preguntas o dudas. Cuando el médico les solicitó preguntas, el 65% de los pacientes hizo una pregunta; cuando el médico no solicitó preguntas, la frecuencia de las cuestiones bajó a 44.2% (una relación significativa al nivel de  $p = 0.000$ ).

Además, la confianza del paciente al hacer preguntas estuvo relacionada significativamente ( $p = 0.000$ ) con si el médico le había invitado o no a plantear sus preguntas o sus dudas. El 97.2% de los pacientes nos afirmó su confianza en el caso de que el médico les había



solicitado sus dudas, en comparación con un 74.1% de confianza cuando el médico no las había solicitado.

En contraste con si el médico había solicitado dudas, las preguntas por parte del paciente fueron estadísticamente independientes de su opinión sobre si el médico le hubiera prestado atención a lo que le dijo, también de su opinión del interés del médico y de si el paciente había estado de acuerdo o no con el doctor. Sin embargo, hubo una relación entre la satisfacción del paciente con la atención del médico y si el paciente tuvo preguntas o no ( $p = 0.022$ ). (La razón de esto queda poco clara: puede ser que los pacientes no satisfechos como consecuencia de esto hayan hecho más preguntas). La mayoría aplastante (91.2%) de aquellos quienes hicieron preguntas se sintió en confianza con el médico al preguntar y el 92.9% nos dijo que había entendido la respuesta.

#### *Tratamientos alternativos*

Para participar en decisiones relacionadas con su tratamiento, es necesario que el paciente conozca las opciones a su alcance. Así que preguntamos a los pacientes: “¿Le mencionó a usted la posibilidad de otro tratamiento u otra alternativa para curarse?” Con esta pregunta, solamente el 37.4% de la muestra nos dijo que sí. Aunque más hombres (39.1%) que mujeres (36%) indicaron que el médico les mencionó la posibilidad de otro tratamiento u otra alternativa para curarse, no obstante, esta diferencia entre hombres y mujeres no fue significativa estadísticamente ( $p = 0.247$ ) y no hubo ninguna diferencia por edad ( $p = 0.108$ ). Pero sí encontramos una diferencia significativa en cuanto a la educación del paciente. Mientras más educación tenía el paciente, más decían ellos que el médico le había mencionado tratamientos alternativos –desde el 30.8% al nivel básico de educación hasta el 44.5% al nivel superior ( $\chi^2 = 17.695$ ,  $p = 0.000$ ).

Además, hubo una relación fuerte entre, por una parte, mencionar tratamientos alternativos con, por otra parte, nuestras medidas sobre la satisfacción del paciente. Aquellos pacientes que dijeron que el médico había mencionado otros tratamientos, expresaron con mayor frecuencia que el doctor estuvo realmente interesado en su problema



( $c^2 = 49.488$ ,  $p = 0.000$ ). Los pacientes que dijeron que el médico mencionó otros tratamientos, también dijeron más frecuentemente que estuvieron contentos con la atención del doctor por más de un 20% de diferencia ( $c^2 = 33.432$ ,  $p = 0.000$ ) y que estuvieron más de acuerdo con lo que el doctor les recetó, recomendó o prohibió ( $c^2 = 17.460$ ,  $p = 0.000$ ). Adicionalmente, quienes dijeron que el médico mencionó otros tratamientos, también expresaron más frecuentemente que el médico les puso atención ( $c^2 = 24.021$ ,  $p = 0.000$ ).

#### *El rechazo del tratamiento*

Preguntamos a los pacientes también, como requisito de la participación del paciente en el proceso de consentimiento informado: “¿Le dijo a usted el doctor lo que podría pasar sin el tratamiento?” El 71.1% de los encuestados nos dijo que sí, significativamente más hombres (75.5%) que mujeres (69.0%) y aquellos con educación superior mucho más (79.2%). Los médicos-hombres y médicos-mujeres les informaron a sus pacientes sobre las consecuencias del rechazo al tratamiento por igual. Los índices de satisfacción del paciente estuvieron relacionados con el hecho de si el médico le había dicho al paciente lo que podría pasar sin tratamiento, y fueron casi iguales a aquellos que encontramos sobre la discusión de tratamientos alternativos, salvo que la relación entre esta variable y la opinión del paciente del interés del doctor fue muy alta ( $c^2 = 215.216$ ,  $p = 0.000$ ).

#### *Solicitud de la opinión del paciente*

Un aspecto muy difícil de medir es: ¿hasta qué punto el paciente participa en las decisiones acerca de su cuidado de salud? Después de varios intentos-pilotos, incluimos una pregunta directa sobre esto: “¿El doctor o la doctora le preguntó a usted sobre su opinión al recetarle medicamentos o darle tratamiento?” El 46.5% de los entrevistados respondió que sí. Una vez más, esta pregunta se relacionó muy fuertemente con los índices de satisfacción del paciente, lo que se muestra en la Tabla 3 en la página siguiente.



**Tabla 3. Participación del paciente e índices de satisfacción**

El doctor estuvo realmente interesado	$c^2 = 96.951$	$p = 0.000$
El paciente estuvo contento con la atención del doctor	$c^2 = 48.667$	$p = 0.000$
El paciente estuvo de acuerdo con el médico	$c^2 = 38.158$	$p = 0.000$
El doctor puso atención a lo que le dijo el paciente	$c^2 = 61.559$	$p = 0.000$

#### *Acuerdo*

Finalmente, como una última indicación del consentimiento informado, preguntamos: “¿Estuvo usted de acuerdo con lo que el doctor recetó o lo que le recomendó o le prohibió a usted?” El 89.5% de los entrevistados dijo que sí y no hubo distinciones por edad ( $p = 0.491$ ), ni por sexo del paciente ( $p = 0.773$ ), ni por educación ( $p = 0.408$ ). Tampoco hubo una diferencia con respecto al sexo del médico ( $p = 0.565$ ).

Esta variable (el acuerdo del paciente) es una más de las variables que hemos usado para medir la satisfacción del paciente. Es similar a los otros, especialmente si el paciente estuvo contento con la atención del médico o no. Cuando se relaciona el acuerdo con el médico con esta última, puede esperarse una relación alta. De hecho, estuvieron relacionados significativamente el acuerdo del paciente con el médico con su opinión de la atención del médico a lo que el paciente le dijo ( $c^2 = 181.593$ ,  $p = 0.000$ ) y con si el paciente estuvo contento con la atención del médico ( $c^2 = 153.338$ ,  $p = 0.000$ ).

Sin embargo, hay distinciones importantes entre estas variables. La opinión del paciente sobre el interés del medico en su problema, por ejemplo, es cosa diferente que su aceptación de lo que el médico recetó. No obstante, encontramos que la relación entre el acuerdo del



paciente con el doctor y su opinión del interés del doctor en su problema fue la más fuerte que hemos encontrado de estos datos ( $\chi^2 = 283.696$ ,  $p = 0.000$ ).

### *Discusión (participación)*

Poco más de la mitad de los pacientes entrevistados dijo que el médico les había preguntado sobre sus dudas. En vista de que los pacientes que dijeron que el médico los invitó a expresar sus preguntas estuvieron más dispuestos a hacer preguntas y a tener una buena opinión del cuidado del médico, concluimos que sería mejor si el médico los invita a plantear sus dudas y preguntas. Al parecer, también, la invitación a hacer preguntas puede subir el nivel de confianza en el médico por parte de los pacientes.

Entre los aspectos cruciales del consentimiento informado, el que recibió el nivel más bajo fue la explicación de tratamientos alternativos por parte del médico (un 37.4%). Puesto que hubo una relación fuerte entre la mención de tratamientos alternativos y nuestros índices de satisfacción del paciente, parece que cuanto más se discuten las opciones para el tratamiento, el paciente está más dispuesto a estimar al médico. Igual sucede cuando el médico le preguntó al paciente su opinión sobre el tratamiento ofrecido. Aparentemente, el acuerdo del paciente con lo que el doctor le recetó, o le recomendó o le prohibió tiene muchísimo que ver con su opinión sobre el interés del médico en su problema. Estos resultados deben informarles a los médicos que la participación de los pacientes en la consulta médica es muy importante para lograr el éxito.

### **Ambiente social**

Además de la comunicación médico-paciente y la participación del paciente en decisiones sobre su cuidado médico, investigamos dos puntos importantes relacionados con el ambiente social de la consulta médica.



### *Preferencia por médico*

Como parte de esta entrevista, hicimos dos preguntas sobre el sexo del médico con el propósito de averiguar si esto tuvo algunos efectos en la relación médico-paciente. Para ser precisos, estas preguntas fueron: “¿El doctor que lo atendió fue hombre o mujer?” y “¿Se siente más cómodo cuando lo atiende un hombre o una mujer o le es indiferente?”

Con respecto a las preferencias por médicos-hombres o médicos-mujeres, la mayoría de los pacientes se mostró indiferente al sexo de su médico (70.4%). Sin embargo, las mujeres que expresaron su preferencia por médico-mujer (25% de ellas) dijeron sentir con frecuencia significativa que una médico-mujer ponía más atención a lo que le decían que un médico-hombre. Además, las mujeres de este grupo, dijeron que las doctoras estuvieron realmente interesadas en su problema más frecuentemente que los doctores y se mostraron más contentas cuando consultaban con una médico-mujer (en un 18.4% de diferencia).

Con respecto a la explicación de los tratamientos, fue evidente que hay una diferencia dentro del grupo de mujeres que tenía preferencia por médico-mujer. Aquellas con médicos-mujeres (principalmente mujeres jóvenes y aquellas con educación media) nos afirmaron que las explicaciones de las doctoras fueron claras más frecuentemente que las mujeres que no recibieron atención de un médico de su preferencia.

### *Participación de familiares*

El 52.9% de los entrevistados estuvo acompañado en la consulta por un familiar o por un amigo. Además, cuando les preguntamos: “¿Siempre que va usted al doctor prefiere estar acompañado por un familiar o por un amigo?” el 59.7% afirmó que sí. No hubo ninguna diferencia entre los hombres y las mujeres, sin embargo, con mayor frecuencia los pacientes más jóvenes y aquellos de más de 65 años estuvieron acompañados, por contraste con los de edad mediana. Por otra parte, aquellos con educación básica fueron acompañados más frecuentemente que los demás.



Con respecto a nuestros índices de satisfacción del paciente, si el paciente estuvo acompañado por un familiar o no, estuvo significativamente relacionado con la opinión del paciente de que el médico había puesto atención a lo que le dijo ( $c^2 = 26.700$ ,  $p = 0.000$ ), también de su opinión del interés del médico ( $c^2 = 20.004$ ,  $p = 0.000$ ).

#### *Discusión (ambiente social)*

En general, podríamos concluir que la preferencia del 25% de las mujeres por médico-mujer es importante por: 1) en cuanto a la apreciación de estas pacientes de la atención e interés del médico, 2) en cuanto a la comunicación médico-paciente y (3) en cuanto a la participación de estas pacientes en su cuidado de salud. Aparentemente, para estas mujeres el sexo del médico determina en gran medida su satisfacción en la consulta médica.

También muchos pacientes mostraron preferencia por estar acompañados por un familiar o amigo. Puesto que la fuerza de nuestros índices de satisfacción subió si tomamos en cuenta solamente aquellos quienes nos dijeron que preferían estar acompañados, es claro que el acompañamiento a la consulta por otra persona puede ser muy importante para muchos pacientes.

#### **Una comparación internacional**

Puesto que hemos usado varias medidas de consentimiento informado y satisfacción de los pacientes como criterio para juzgar la eficacia de la relación médico-paciente, sería apropiado hacer una comparación de los pacientes mexicanos con los de otros países. Ya que no existe evidencia empírica para comparaciones adecuadas de este tipo, desarrollamos nuestros propios datos por medio de la misma entrevista con una muestra estadounidense (209 pacientes de clínicas de la *Charleston Area Medical Center* en el estado de West Virginia).

Aunque vamos a presentar detalladamente estos resultados comparativos de manera separada, podemos notar los siguientes puntos en el presente. Los pacientes de los dos países aprobaron las explicaciones de la enfermedad por igual ( $c^2 = 3.407$ ,  $p = 0.065$ ), aunque los



pacientes estadounidenses aprobaron las explicaciones del tratamiento más, en un 5.6% ( $c^2 = 5.679$ ,  $p = 0.017$ ). Los pacientes mexicanos nos dijeron que habían entendido la palabras medicas más que los estadounidenses en un 9.5% ( $c^2 = 14.214$ ,  $p = 0.000$ ), sin embargo, los pacientes estadounidenses tuvieron menos problemas con el acento o dialecto del médico en casi un 20% ( $c^2 = 26.496$ ,  $p = 0.000$ ). No hubo ninguna diferencia en si el médico le informó al paciente lo qué podría pasar sin el tratamiento o no ( $c^2 = 1.082$ ,  $p = 0.298$ ). Los médicos de los Estados Unidos invitaron a los pacientes a plantear preguntas o dudas más frecuentemente ( $c^2 = 74.604$ ,  $p = 0.000$ ), pero los pacientes de ambos países hicieron preguntas con frecuencia igual ( $c^2 = 0.588$ ,  $p = 0.443$ ).

Con respecto a los diferentes índices de satisfacción que utilizamos, no hemos encontrado ninguna diferencia significativa estadísticamente entre los pacientes mexicanos y los pacientes estadounidenses como se muestran en la Tabla 4.

**Tabla 4. Comparación entre los pacientes mexicanos y estadounidenses**

El doctor estuvo realmente interesado	$c^2 = 5.181$	$p = 0.159$
El paciente estuvo contento con la atención del doctor	$c^2 = 4.538$	$p = 0.209$
El paciente estuvo de acuerdo con el médico	$c^2 = 3.369$	$p = 0.066$
El doctor puso atención a lo que le dijo el paciente	$c^2 = 5.518$	$p = 0.138$

### *Discusión*

Aunque existen diferencias en los detalles entre los dos países, por lo general los pacientes mexicanos y los pacientes estadounidenses nos informaron de experiencias muy similares con respecto a las relaciones médico-pacientes.



## Conclusiones

Aunque fue evidente que la gran mayoría de los pacientes entrevistados dijo que el médico le explicó su enfermedad y el tratamiento ofrecido de manera clara, descubrimos que el uso de los términos médicos técnicos afectó de manera negativa la opinión del paciente acerca del interés del médico en su problema y su opinión de la atención que el médico mostró. No obstante, aunque una tercera parte de los pacientes nos dijo que habían tenido problemas con el acento del médico, el acento o dialecto del médico no tuvo el efecto negativo producido por el uso del vocabulario médico técnico.

Aquellos pacientes que nos dijeron que el médico solicitó sus preguntas o dudas estaban más dispuestos a pensar que el médico había puesto atención a su problema y que estaban contentos con la atención del doctor. Además, encontramos relaciones muy fuertes entre interrupciones durante la consulta y la insatisfacción del paciente con respecto a la comunicación médico-paciente. Por lo tanto, destacamos que la invitación a plantear preguntas o dudas por parte del médico y el evitar de interrupciones durante la consulta pueden mejorar las opiniones de los pacientes en cuanto a la atención del médico y la satisfacción del paciente con sus servicios. Concluimos además que, aunque las medidas de comunicación y de consentimiento informado fueron fuertes a favor de la práctica actual de los médicos, hubo indicaciones de que se puede mejorar esto con respecto a grupos específicos, por ejemplo, los de mayor edad y los de nivel básico de educación.

## Referencias bibliográficas

<sup>8</sup> Véase ARLEEN L. F. SALLES, "Autonomy and Culture: The Case of Latin America", en Arleen L. F. Salles y María J. Bertomeu (eds.), *Bioethics: Latin American Perspectives*, Amsterdam, Rodopi, 2002; Carl E. Schneider, *The Practice of Autonomy*, Oxford, Oxford University Press, 1998; Susan Sherwin, "A Relational Approach to Autonomy in Health Care", en Susan Sherwin et al. (eds.), *The Politics of Women's Health*, Philadelphia, Temple University Press, 1998.

<sup>9</sup> Ruth R. Faden y Tom L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford, Oxford University Press, 1986; Jessica W. Berg et al., *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*, 2a. ed., Oxford, Oxford University Press, 2001.



R. T. HALL, J. L. HERNÁNDEZ ARRIAGA, O. CARRANZA BUCIO

---

<sup>10</sup> HILDE LINDEMANN Y JAMES LINDEMAN, *The Patient in the Family*, New York, Routledge, 1995.

<sup>11</sup> MIRENTXY CORCOY BIDASOLO, “Libertad de terapia versus consentimiento”, en María Casado, *Bioética. Derecho y sociedad*, Valladolid, Trotta, 1998.

<sup>12</sup> HALL, R. T., GREG ROSENCRANCE AND BLAKE SYPHER. La relación médico-paciente en México y los Estados Unidos: un estudio empírico, *Perspectivas Bioéticas*, 2004 Vol. 9 (16): 103-126

<sup>13</sup> BEAUCHAMP, T. AND CHILDRESS, J., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1979 (Fourth Edition, 1994).

<sup>14</sup> Estas investigaciones fueron apoyadas por una beca Fulbright-Hayes del Departamento de Educación de los Estados Unidos por medio de West Virginia State University. La beca estuvo bajo de la autoridad de la Comisión México-Estados Unidos para el Intercambio Educativo y Cultural (COMEXUS) y la institución patrocinadora fue la Comisión Nacional de Bioética, México, DF. El investigador principal fue Robert T. Hall, Ph.D., y los colaboradores fueron el doctor Jorge Luis Hernández Arriaga, el doctor Octavio Carranza Bucio y el Maestro Francisco Serrano.

<sup>15</sup> HALL, R. T., GREG ROSENCRANCE AND BLAKE SYPHER, La relación medico-paciente en México y los Estados Unidos: un estudio empírico. *Perspectivas Bioéticas*, Vol. 9 (16): 103-126.

<sup>16</sup> Cockerham, William C., *Sociología de la Medicina*, 8.a Edición, 2001, México, D.F.: Prentice Hall; Parsons, Talcott, *The Social System*, 1951, Glencoe, IL: The Free Press.