



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Girón, Manuel; Beviá, Begoña; Medina, Elisa; Simón Palero, Manuel
CALIDAD DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y RESULTADOS DE LOS ENCUENTROS
CLÍNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ALICANTE: UN ESTUDIO CON GRUPOS FOCALES
Revista Española de Salud Pública, vol. 76, núm. 5, septiembre-octubre, 2002
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17076516>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ORIGINAL

CALIDAD DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y RESULTADOS DE LOS
ENCUENTROS CLÍNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ALICANTE: UN
ESTUDIO CON GRUPOS FOCALES

Manuel Girón (1), Begoña Beviá (2), Elisa Medina (3) y Manuel Simón Talero.

(1) Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández

(2) Escuela de Enfermería. Universidad de Alicante

(3) Departamento de Cirugía. Universidad Miguel Hernández.

RESUMEN

Fundamento: Se explora la relación entre la calidad de la relación médico paciente y los desenlaces de los encuentros clínicos en atención primaria.

Método: Grupos focales de médicos y enfermos. Participaron 24 profesionales y 22 enfermos.

Resultados: Los médicos percibieron una relación entre la pobreza de recursos sanitarios (escaso tiempo de consulta, exceso de carga asistencial, ausencia de recursos específicos, ausencia de formación), el conflicto con pacientes «difíciles» y la influencia de los factores psicosociales en el encuentro clínico, con el error, el desgaste, la medicina defensiva y la baja calidad de los servicios. Esta relación estuvo mediada por problemas de comunicación/exploración en la entrevista clínica y por sentimientos negativos. Los pacientes percibieron una relación entre un funcionamiento caracterizado por consultas masificadas y de breve duración, y dificultades de comunicación en médico y paciente, con el error y el conflicto en el encuentro clínico. También una relación entre la actitud humanista del médico y un mejor desenlace de los problemas de salud. Los objetivos y prioridades del sistema sanitario alejados de las necesidades de la comunidad son percibidos como determinantes clave de las insuficiencias percibidas.

Conclusiones: Los procesos de relación médico-paciente juegan un papel mediador entre los recursos sanitarios y los desenlaces de los encuentros clínicos. La mejora de la atención y de la relación médico-paciente en atención primaria requiere una visión y una actuación multidimensional que va más allá de las intervenciones sobre factores individuales del médico y del paciente.

Palabras clave: Relación médico paciente. Atención primaria de salud. Investigación cualitativa. Calidad asistencial.

ABSTRACT

The Quality of the Physician-Patient
Relationship and Results of the Clinical
Encounters in Primary Care in
Alicante: A Focal Groups Study

Background: The relationship between the quality of the physician-patient relationship and the outcomes of the clinical encounters in primary care are examined.

Method: Focus groups of physicians and patients. A total of 24 professionals and 22 patients took part.

Results: The physicians perceived a relationship to exist between the scarcity of healthcare resources (short length of time with each patient, care-providing overload, lack of specific resources, lack of training), conflicts with «difficult» patients and the influence of the psychosocial factors in the clinical encounter and error, burnout, defensive medicine and the low quality of the services. Communication/examination-related problems during the clinical interview and by negative feelings acted as intermediary factors in this relationship. The patients perceived a relationship to exist between an operating pattern characterized by short office visits scheduled at an overloaded pace and physician, patient communications problems and error and conflict in the clinical encounter. There is also a relationship between the physician's humanist attitude and a better outcome of the health problems. The objectives and priorities of the health care system, out of touch with the needs of the community, are seen as being key determining factors as regards the lacks considered to exist.

Conclusions: The physician-patient relationship processes play a mediating role between the health care resources and the outcomes of the clinical encounters. Improving the care provided and the physician-patient relationship in primary care requires a multi-dimensional approach and view which goes beyond the measures taken regarding individual physician and patient-related factors.

Keywords: Physician-patient relationship. Primary health care. Qualitative research. Care quality.

Correspondencia:

Manuel Girón

Departamento de Medicina Clínica

Universidad Miguel Hernández (Campus de Sant Joan)

Crtra. de Valencia Km 87. 03550 San Juan de Alicante

Correo electrónico: giron@icali.es

INTRODUCCION

Con la expresión «relación médico-paciente» (RMP) se define un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos. Es conocida la relación entre estos factores y los desenlaces y consecuencias del encuentro clínico¹⁻³. Planificar estrategias con los objetivos de mejorar los desenlaces del paciente individual y prevenir las consecuencias adversas de los encuentros clínicos requiere identificar, en primer lugar, aquellos factores de la RMP asociados con los mismos, así como los relacionados con el inicio, el mantenimiento y la prevención del deterioro de la RMP, tareas aún escasamente documentada en nuestro medio.

Esta investigación se diseñó en el marco de la elaboración de un curso de adiestramiento en entrevista clínica en atención primaria y su necesidad emergió del desconocimiento de los factores y procesos relacionados con la calidad de la RMP y la de los encuentros clínicos en nuestro medio. Dado que la complejidad de la articulación de estos procesos y factores no puede ser analizada con facilidad utilizando estrategias de tipo reduccionista, el estudio utilizó una perspectiva cualitativa⁴. Esta perspectiva permite explorar de forma abierta cómo médicos y pacientes perciben, interpretan, experimentan y construyen la realidad de la RMP. Aporta una visión independiente y complementaria a la proporcionada por las investigaciones cuantitativas, las cuales tienden a limitar necesariamente las posibilidades de respuesta, y facilita la contextualización de sus resultados. Entender cómo se construye y cómo se deteriora la RMP y cuáles son sus consecuencias a partir de las experiencias de los participantes en el encuentro clínico puede facilitar la toma de decisiones y también, en un segundo paso, el diseño de estudios cuantitativos basados en la comprobación de hipótesis específicas, el diseño de instrumentos para la investigación epidemiológica o la construcción de

marcos teóricos de referencia en los que poder integrar los resultados de la investigación cuantitativa.

El objetivo general de esta investigación es estudiar la relación entre la calidad de la RMP y los resultados de los encuentros clínicos en atención primaria. Para ello, en primer lugar, se identifican los factores explícitos e implícitos relacionados con la calidad percibida de los encuentros clínicos y, en segundo lugar, con el objetivo de generar hipótesis y de describir procesos se construyen modelos de relaciones causales percibidas entre los factores relacionados con la infraestructura, los del proceso asistencial, las consecuencias derivadas del encuentro clínico y los desenlaces de los problemas de salud.

SUJETOS Y MÉTODO

Selección de los participantes: Se seleccionaron dos tipos de participantes: 1) personas con capacidad y experiencia para tratar de forma significativa y producir información sobre el tema en cuestión y 2), personas seleccionadas por tener un nivel específico de sensibilidad, experiencia o disposición, sospechando que podríamos obtener información complementaria de interés en la identificación de factores. En relación con el tipo 1 de participantes, conocíamos relativamente bien el ámbito médico en nuestra zona, y el criterio que se utilizó para maximizar la capacidad de rendimiento de los participantes médicos fue elegir el Centro de Salud con mejor nivel de recursos, calidad en su práctica y funcionamiento asistencial (incluyendo a todos sus médicos). Sin embargo, en el caso de los pacientes carecíamos de un criterio semejante, por lo que se pensó que sin este criterio los pacientes de los consultorios médicos evitarían el sesgo de emplear una muestra demasiado selectiva. Sin otro criterio firme de selección se seleccionó al azar 1 paciente en cada uno de los 16 consultorios de atención primaria del citado centro de Atención Primaria atendidos durante un día,

asumiendo los riesgos que ello podía conllevar en cuanto a su capacidad de participación y colaboración.

En el momento de realizar este estudio la ciudad de Alicante contaba con 4 centros de atención primaria y cinco consultorios de sistema tradicional (anterior a la reforma). Los médicos del centro seleccionado forman el 40% de los que trabajan en centros de salud y la población a la que atienden está dentro del rango medio de riqueza social en la ciudad. Todos los médicos seleccionados forman parte estable del personal del centro. En relación con el segundo tipo de participantes, el conocimiento de la zona nos llevó a seleccionar entre los médicos a los participantes en un curso de formación en entrevista clínica y relación médico paciente, ya que supusimos en ellos una disposición o sensibilidad «especial» a colaborar sobre el tema (llamamos a todos los inscritos y una vez configurado el grupo descubrimos que dos de ellos eran psicólogos trabajando en un centro de salud. Estos dos participantes no fueron excluidos y su participación no introdujo sesgos significativos). En cuanto a pacientes con una especial disposición, nivel de experiencia o sensibilidad en nuestra zona se seleccionaron, por una parte, a aquéllos con una experiencia cualitativamente mejor que la que se recibe habitualmente en los dispositivos de Atención Primaria en relación con aspectos clave de la atención de tipo comunitario, como la continuidad de cuidados, la atención domiciliaria y la atención multidisciplinar. Este criterio sólo se cumplía en el caso de uno de los centros de Salud Mental de la zona, conocido por trabajar en base a criterios comunitarios. Supusimos que los pacientes atendidos en este centro, al tratar el tema de la calidad de los encuentros en atención primaria podían comparar su experiencia en el equipo comunitario de salud mental con la percibida en sus equipos de atención primaria. Se seleccionaron pacientes consecutivos (excluyendo primeras consultas) atendidos durante un día en el centro de salud mental. Otro grupo de pacientes seleccionado por

poseer una posible sensibilidad específica en nuestra zona es el de aquellos pertenecientes a asociaciones de enfermos. Para ello, se solicitó a las 12 asociaciones de enfermos de la ciudad de Alicante que designaran a uno de sus miembros afectados.

Grupos focales: Se utilizaron grupos focales independientes de profesionales y de enfermos. Los grupos focales trataron de proporcionar un contexto que permitiera explorar de forma abierta opiniones y actitudes a partir de la interacción entre sus integrantes^{5,6}. Con el propósito de facilitar la participación en los grupos, estos tuvieron lugar en el centro de salud, en una unidad docente y, en el caso del grupo de miembros de asociaciones, en un centro comunitario. Se tomaron medidas para que no se produjeran interrupciones durante su desarrollo. La moderadora de los grupos fue una enfermera con formación y experiencia en grupos focales.

Para facilitar el rendimiento del trabajo en los grupos, la moderadora aplicó un guión compuesto por los elementos siguientes: solicitar la descripción de experiencias personales positivas y negativas en los encuentros clínicos; facilitar el trabajo de identificación de los factores relacionados con la calidad del encuentro clínico contrastando experiencias positivas y negativas y clarificando los factores que permitían diferenciar unas de otras; explorar la relación entre la calidad de la RMP en los encuentros clínicos y el desenlace de los problemas de salud (se exploraron los aspectos relacionados con la identificación de problemas y con la eficacia terapéutica). Por último, se solicitaron ideas destinadas a mejorar la calidad de la RMP en los encuentros clínicos (incluyendo entre los profesionales el tema de su formación). En los grupos de médicos se exploraron sus percepciones sobre las opiniones de los pacientes en relación con la calidad de los encuentros clínicos. El objetivo general del grupo se introduce mediante una explicación breve de carácter general y el grupo se inicia mediante una facilitación verbal o una pregunta abierta. La moderadora espera

que los temas objeto de estudio surjan espontáneamente y, en ese caso, su misión es la de facilitar la discusión sobre los mismos. En el caso de que un objetivo no hubiese surgido espontáneamente se plantea su discusión en el momento adecuado. Al finalizar el grupo, se establece una ronda en donde cada participante resume aquellos aspectos que consideró más valioso.

Análisis: Entre los factores relacionados con la calidad de los procesos asistenciales se exploraron tanto aquellos que son expresados o elaborados conscientemente en la discusión como aquellos otros que sólo surgen en forma de dimensiones implícitas. Los investigadores trabajan en base a dos modelos de referencia en relación con los determinantes de los desenlaces, uno psicodinámico que supone enfatizar la importancia de la relación médico paciente y otro comunitario que enfatiza la importancia de factores como la continuidad de cuidados o el trabajo en equipo. Los grupos fueron grabados en vídeo y transcritos. Las transcripciones fueron examinadas por dos evaluadores independientes con el objeto de identificar factores relacionados con la calidad de la RMP y de los encuentros clínicos y situarlos en tres ámbitos: médico, paciente y contexto. Tras esta exploración inicial del material, tres evaluadores analizaron el material grabado en vídeo con el objeto de identificar procesos y actitudes implícitas en las opiniones de médicos y enfermos. Para establecer las características de las actitudes implícitas, los evaluadores, tras un primer análisis del material, seleccionaron una serie de características clave (en el caso del médico una medicina centrada de forma exclusiva en aspectos somáticos y cuidados puntuales *versus* una medicina integral y con continuidad de cuidados, y en el caso de los pacientes el objetivo de «que me curen» *versus* el de que entiendan el contexto, y en ambos casos las dimensiones de pasividad *versus* actividad). Estos elementos actitudinales clave fueron temas relevantes y explícitos en las interacciones grupales. Los investigadores analizaron los grupos partiendo del conocimiento de los elementos clave de modelos

diversos de RMP y centraron su búsqueda y seleccionaron los elementos clave en base a modelos teóricos de tipo dinámico y de salud comunitaria, sin embargo, no hicieron hipótesis previas sobre el tipo o el número de dimensiones implícitas. La generación de ideas y las interpretaciones basadas en el material grabado y transcrito tiene un papel central en el procedimiento de análisis. A continuación se identificaron los elementos asociados con cada uno de estos elementos clave. Para establecer dicha asociación los evaluadores se guiaron fundamentalmente por las opiniones expresadas por participantes que expresaron de forma típica cada uno de las actitudes clave. Para reconstruir los modelos de relaciones percibidas entre los factores se utilizaron las opiniones y percepciones explícitas de los participantes utilizando el material transcrito y el grabado. Este análisis fue llevado a cabo por un psiquiatra, un médico de familia y una enfermera.

Por su relativa complejidad, el modelo que emerge del análisis de los grupos de médicos nos pareció merecedor de cierta comprobación. Para ello, se llevaron a cabo otros grupos con médicos de otros centros de salud, médicos residentes y médicos en cursos de postgrado en temas de entrevista clínica. No identificamos elementos o procesos significativos nuevos.

Se solicitó el consentimiento de médicos y pacientes tras proporcionarles información sobre los objetivos del estudio.

RESULTADOS

Se trabajó con tres grupos de médicos y cuatro de enfermos, con un total de 46 participantes, el 43% mujeres. De los 16 consultorios del centro de Atención Primaria participaron 12 médicos y 15 pacientes. Participaron todos los profesionales inscritos en el curso de entrevista clínica. Participaron 5 de los 7 pacientes atendidos en la Unidad de Salud Mental. Las características de los grupos se muestran en la tabla 1.»

Tabla 1
Características de los grupos de profesionales y enfermos

Grupos	Participantes	Mujeres	Edad media (años)	Duración trabajo en grupo (minutos)
Médicos Centro Atención Primaria 1	6 médicos	2	44.8	180
Médicos Centro Atención Primaria 2	6 médicos	2	42.0	180
Profesionales Curso Entrevista Clínica	9 médicos generales, un pediatra y 2 psicólogos (todos trabajando en centros de atención primaria)	9	41.5	147
Pacientes atendidos en Centro Atención Primaria 1	6	2	39.7	75
Pacientes atendidos en Centro Atención Primaria 2	9	5	55.7	59
Enfermos miembros de Asociaciones Enfermos	2 (SIDA, Esclerosis Múltiple)	0	39.5	60
Pacientes atendidos en Unidad de Salud Mental	5	2	37.4	60

1. La visión de los médicos

Bastantes médicos expresaron la insatisfacción con su papel, situándose entre el especialista y el curandero/ homeópata, con un rol, en ocasiones, cercano al de mero expendedor de recetas. Otros se sienten adecuadamente satisfechos aunque limitados por la carencia de recursos. Se identifican dos factores principales que dificultan la calidad de los encuentros clínicos: en primer lugar, la falta de tiempo (*atendiendo a 3 pacientes cada 10-15' no se puede ser médico*), la presión, la desorganización asistencial, y la ausencia de recursos específicos. La actitud ante estas carencias es de resignación (*hacer lo que se puede*), se asumen como factores inmodificables y se trata de que los pacientes también lo acepten así (una actitud de reivindicación del paciente, incluso en aquellas cosas que se perciben como razonables, es una fuente de tensión e inseguridad). Dadas estas carencias de recursos, el médico tiende a atrincherarse en el terreno biomédico y en la atención puntual (*si se ve al paciente en una ocasión mejor que dos, si no vuelve, mejor*), aunque sabe que los pacientes *están en otra onda*. Estas carencias son causa de error (*si tienes*

muchos... la falta de tiempo... te pones acelerada, se te olvidan las cosas, haces una prescripción defectuosa... y se generan nuevas consultas por ello). En segundo lugar, las dificultades que se derivan de determinados pacientes («difíciles», «neurás», «conflictivos», «gitanos», «crónicos») y de la problemática psicosocial (*somos de fácil acceso... hemos sustituido a los curas*). Estos pacientes muestran agresividad; demandan cosas de forma insistente (exploraciones, recetas, bajas, una pensión) que el médico no está dispuesto a dar; padecen problemas que no se solucionan, en los que los factores determinantes suelen ser de naturaleza social (sin embargo, el paciente no lo percibe así y solicita exploraciones somáticas de forma excesiva); y acuden excesivamente a la consulta. Esta categoría global de «paciente difícil» cumple la función de ser el factor en el que se sitúa el origen, en primer lugar, del padecimiento de sentimientos negativos (*me pongo nerviosa, te surgen sentimientos negativos*), desgaste emocional (*acabar quemados*), tensión, tener que situarse a la defensiva en la consulta y, en segundo lugar, de la pérdida de eficacia del propio encuentro clínico. Este segundo efecto se atribuye tanto a la dificultad que supone la evalua-

ción de este tipo de problemas como a la interferencia que la tensión emocional suscitada en el encuentro supone para los procesos de razonamiento clínico. Los efectos de estos encuentros difíciles son prolongados y se mantienen en las consultas con otros pacientes *a los que puede perjudicar*. Las consecuencias primarias de dichas dificultades en el encuentro clínico son el desgaste, un impacto emocional negativo y el error. Consecuencias secundarias son el distanciamiento, la medicina defensiva y una práctica que se aleja en gran medida de la que consideran de calidad. Hay una devaluación del papel de apoyo y de la relación longitudinal, y se prima el papel curativo.

En la relación con los pacientes se valoran aspectos como la *amistad*, el *respeto* y la *confianza mutua*. El término confianza suele enmascarar el deseo de contar con la docilidad del paciente y el de respeto suele remitir al deseo de mantener la distancia social. Piensan que *hay mucha gente que no se fía de los médicos, que nos tienen miedo*. Por otra parte, *cuando los pacientes descubren que hay un profesional con el que pueden hablar de problemas diferentes a un vómito o a una fiebre, que les escucha y que es capaz de encuadrar este otro tipo de problemas, la relación cambia y se hace mucho menos mecánica, los pacientes entienden que el médico está ahí para otras cosas... y la relación es muy diferente*. En buena medida, en la relación con el paciente, la actitud es de defensa (y para ello sirven las técnicas de entrevista, mantener la distancia, la *actitud profesional*, el *autocontrol*, el *aguante*). El objetivo es *no salir afectado, sobrevivir a la consulta*. Se plantea que *la medicina está totalmente deshumanizada*, basada en el uso de la tecnología (en parte, en base al miedo y a la práctica de la «*medicina defensiva*», con la consecuencia de que *hemos perdido la exploración clínica del enfermo*), que *nos estamos olvidando de los problemas crónicos* o que *la gente mayor está apartada del sistema de atención*. Sin embargo, por otra parte, es difícil «*humanizar*» la atención en el encuentro clínico (*si*

hablas te retrasas en la consulta y la gente se queja, si el enfermo sabe que le vas a escuchar no pararía de plantear cosas, con poco tiempo, entre hablar y recetar, te tiras a la receta).

La práctica clínica se realiza en aislamiento, sin prioridades de trabajo y sin incluir la prevención. Se valora, pero no existe, el trabajo en equipo (no hay tiempo, *nos cuesta mucho trabajo, somos muy individualistas, no hay cultura de trabajo en equipo*) y no se nombra a los profesionales de enfermería o trabajo social durante la discusión. El trabajo preventivo es adecuado pero no se plantean mecanismos para materializarlo, y de hecho se pone en relación con la televisión. Sin embargo, por otra parte, la televisión suscita una actitud preventiva alejada de la práctica real, que alerta indebidamente (*si el niño tiene 38 grados se plantean ¿y si tiene una meningitis?*), y de la que se deriva un aumento de la presión asistencial, así como de las exigencias y expectativas de los pacientes, algo que les hace sentir incómodos.

Los factores asociados con la calidad y el desenlace de los encuentros clínicos no fueron evaluados de la misma forma por todos los médicos, sino que es observable una diversidad de percepciones, experiencias y opiniones. Esta diversidad se distribuye en relación con dos planteamientos o actitudes de segundo orden, una actitud biomédica y una actitud humanista. Las características de estas dimensiones se muestran en la tabla 2. En la dimensión biomédica, se trata con enfermedades, el médico se siente cómodo con los problemas de tipo «*orgánico*» y devalúa o evita los problemas de tipo psicosocial en el encuentro clínico. En la dimensión humanista, el médico trata con pacientes (*nos educaron para ver las enfermedades descarnadas, la medicina es integral*), «*hay un trasfondo humano para la enfermedad como para cualquier otra cosa*), los problemas de salud se sitúan en un «*contexto personal y familiar*» y los problemas de tipo psicosocial son merecedores

Tabla 2

Características de las actitudes biomédica y humanista del médico

	<i>BIOMÉDICA</i>	<i>HUMANISTA</i>
Visión de la Atención Primaria	«trabajo de trinchera»	Una medicina integral que es diferente del modelo académico
Percepción del papel del médico generalista	Relativamente devaluado y difuso, entre la medicina del especialista (cercana a las enseñanzas académicas) y la homeopatía (placebo)	El médico generalista tiene un papel propio
Tipos de problemas asumidos	«orgánicos» (el escaso tiempo de consulta impide asumir los problemas psicosociales)	Somáticos y psicosociales (el haber pasado de 1º en el ambulatorio a 3º en el centro de salud destinados a la exploración permite evaluar los problemas psicosociales) Los problemas de larga duración
Tipos de cuidados asumidos	Puntuales («si no vuelve mejor»)	continuos
Se toma en consideración la prevención con el paciente individual	No	Sí
Insatisfacción con el trabajo desempeñado	Alta y de forma global, las consultas son motivo de «conflicto»	En aspectos concretos (por ejemplo, el papel del médico se ve limitado al no poder realizar ciertas exploraciones que se reservan los especialistas)
Relación percibida con el especialista	Competencia	Colaboración
Sentimientos de minusvaloración	Sí	No
Sentimientos de control del encuentro clínico	No	Sí
Preocupación por el error médico	Sí	No
Evaluación del papel del médico y del paciente	El paciente debe ser pasivo El diagnóstico y la curación dependen del médico	Médico y paciente son activos «Es un trabajo de dos»
Opinión sobre las expectativas del paciente en el encuentro clínico	Instrumental, obtener algo (por ej., recetas)	Ser escuchado
La relación entre médico y paciente es puesta en relación con	Conflicto («paciente difícil») y con «efecto placebo»	Una evaluación diagnóstica y un tratamiento adecuados
Defensa de derechos	Los del médico frente a la sobrecarga laboral	Los relacionados con los cuidados de los pacientes («hay un escaso control de las enfermedades crónicas prevalentes»)
La formación sobre aspectos asociados con la RMP es contemplado	Como defensa (por ejemplo, las técnicas de entrevista consideradas como «trucos» para salir del paso)	Como adquisición de nuevas destrezas

de atención. En la dimensión biomédica, el paciente debe obedecer las órdenes del médico (la curación depende del médico). En la dimensión humanista, tanto el médico como el paciente tienen un papel activo (la consulta *es un trabajo a dos*, la mejoría también depende del paciente). En la dimensión biomédica, la RMP es considerada próxima al efecto placebo, mientras que en la dimensión humanista la RMP tiene implicaciones sobre la eficacia diagnóstica (*la relación entre médico y paciente es fundamental porque gran parte del diagnóstico está basado en la anamnesis y depende de lo que te cuenten, y si el paciente no ve un médico receptivo, que le escucha, que le atiende, le contará menos, con lo cual el otro correrá el riesgo de enterarse menos todavía*) y, por tanto terapéutica.

2. La visión de los pacientes:

Los pacientes definen la atención primaria como la primera línea de la atención (en ocasiones sentida como una barrera a la atención por el especialista) y como una especialidad que trata con los problemas de salud de las personas tomando en consideración el contexto personal y familiar (*no somos seres aislados*). Muchas de las opiniones positivas sobre los médicos de familia y centros de salud actuales se basaron en la comparación con los antiguos médicos de ambulatorio, los cuales fueron descritos como autoritarios, distantes, reacios a dar explicaciones (*antes iba con miedo al médico... estaba endiosado... el trato ahora es más personal, se interesan más... antes no levantaban la cabeza y no te miraban a la cara... antes no hacían medicina hacían recetas, antes e el ambulatorio de la calle Z... te miraban por encima del hombro... no te daban nada, todo era normal*). En general, los médicos de familia también resultaban mejor valorados, menos distantes socialmente que los especialistas, los cuales *si-guen igual que antes (no explican, no informan, no miran, tienen tantos galones que no se quieren rebajar a dar explicaciones)*

Se desea que el médico acierte en el diagnóstico y que sea eficaz y eficiente en el manejo, pero los pacientes saben que *atenderte bien requiere tiempo con cada paciente*, que los médicos frecuentemente van con prisa, y que la falta de tiempo y las prisas llevan al error. Los pacientes valoran de forma positiva los siguientes aspectos en la relación con el médico: que muestre motivación, interés por el paciente, *calidad humana*, trabajo en equipo, que conozca y tome en cuenta el contexto personal y familiar, que realice un seguimiento del tratamiento, que sea empático (que muestre *compenetración* en la consulta), que inspire confianza, que establezca una relación y un trato personal, que pida la opinión, que mire, que escuche (*primero que te escuche y luego que te acierte*), que sea eficiente sobre los problemas de salud, que no retenga en exceso antes de derivar al especialista, que explore, que informe, que mantenga una continuidad en el seguimiento de los problemas, que sea accesible, que tenga conocimientos, que no utilice a los médicos residentes o a los sustitutos. Valoran de forma negativa que no mire, que ante un problema informe poco y derive al especialista, que muestre prisa o recete con rapidez.

La actitud de los pacientes de mayor edad y con problemas de salud de larga duración ante sus problemas de salud era la de resignación/aceptación como una consecuencia natural del declive fisiológico del organismo, y lo que pedían de los médicos y del centro era la accesibilidad, especialmente en momentos de dificultad y cuando se encuentran solos (*cuando estás solo y tienes un problema llamas al centro de salud y está siempre comunicando... o no te cogen el teléfono*), y el que se garanticen los cuidados cotidianos de sus problemas crónicos. Pacientes más jóvenes del centro de salud demandan eficacia ante una enfermedad inesperada que puede producir discapacidad y limitar el desarrollo de un proyecto vital. El grupo de pacientes del Centro de Salud Mental basó muchas de sus opiniones en la comparación de la práctica de sus médicos de cabecera con el funciona-

miento multidisciplinar del equipo de salud mental, valorando positivamente un modelo de trabajo en equipo, interdisciplinar. Los participantes en el grupo de asociaciones y en el grupo del centro de salud mental proporcionaron opiniones vinculadas al grupo de actitudes de tipo humanista descritas abajo. Algunos de los participantes en estos dos grupos habían conocido graves consecuencias derivadas de las insuficiencias en la calidad de la atención en primaria, otros se habían sentido objeto de exclusión social debido a sus problemas de salud y la mayoría padecían problemas de salud graves y de larga evolución.

Identificamos dos tipos de actitudes globales en los pacientes. Sus características se muestran en la tabla 3. Una actitud vinculada con la utilización instrumental del médico (*de lo que se trata es de que te quiten lo que te pasa lo antes posible...si te lo quita el*

médico de cabecera mejor, y si no que te lo quite otro, yo para que me escuchen ya tengo a mi madre... si el médico no tiene ni idea de medicina... que sea simpático no me sirve). Desde este tipo de actitud los procesos de RMP son simples (diagnosticar certeramente y curar) y lineales (el médico es el responsable directo de la curación), se valora de forma escasa el papel del médico de atención primaria, y se ve la atención primaria como una barrera en la atención especializada. En segundo lugar, una actitud humanista vinculada con el establecimiento de una relación personal y contextual (*el médico debería intentar integrar a toda la familia, que un solo médico lleve a toda la familia, porque tendría mucho más conocimiento... la confianza que se genera y el conocimiento... ya no sería sólo hacer la receta... evitaría masificaciones... sería una relación mucho más personal, que te escuche y luego que te acierte*). Desde este tipo

Tabla 3
Características de las actitudes instrumental y humanista del paciente

	INSTRUMENTAL	HUMANISTA
Percepción de la enfermedad	Algo extraño y ajeno	Un componente indeseable de la vida
Percepción de la atención primaria	Una barrera para ser atendido por el especialista	La fuente de cuidados primaria y esencial Una especialidad que toma en consideración el contexto personal y familiar
Evaluación del médico de atención primaria	Negativa Devaluado con respecto al especialista	Valorado positivamente en relación con el especialista o el hospital Fuente de apoyo
Evaluación de la tecnología y los hospitales	Positiva	Negativa
Aspectos valorados del encuentro clínico	Inmediatez de la atención Obtener la curación	Tomar en cuenta el contexto Personalizar la atención
Expectativa sobre los papeles del paciente y del médico	El diagnóstico y la curación dependen del médico «que te quiten la enfermedad que tienes y cuanto antes mejor» El paciente es pasivo	Médico y paciente son activos Un diagnóstico adecuado depende de los comportamientos de ambos Que el médico aplique sus conocimientos El médico como fuente de apoyo, de acompañamiento, información, y ayuda en la decisión
Evaluación de la escucha del médico	Negativa «yo para que me escuchen ya tengo a mi madre»	Positiva Requisito para el diagnóstico Fuente de alivio

de actitud se define la atención primaria como una especialidad que trata con los problemas de salud de las personas tomando en consideración el contexto personal y familiar (*no somos seres aislados*).

En la tabla 4 se muestra un resumen de los factores mencionados por los médicos y por los pacientes distribuidos en una matriz 3x3, en donde un eje representa la dimensión recursos-procesos-desenlaces y en el otro los niveles estatal o regional/sistema sanitario, local/centro de salud y el nivel individual/encuentro clínico.

3. Los modelos de relaciones causales percibidas:

En las figuras 1 y 2 se muestran los entramados de relaciones causales percibidas por los médicos y por los pacientes. Médicos y pacientes coinciden en hacer derivar el error médico de la ausencia de contacto visual y de las insuficiencias en la capacidad de escucha del médico, así como de la forma de presentación de los problemas del paciente. En el caso de los médicos, las insuficiencias de los profesionales derivan de las insuficiencias del sistema sanitario. En el caso de

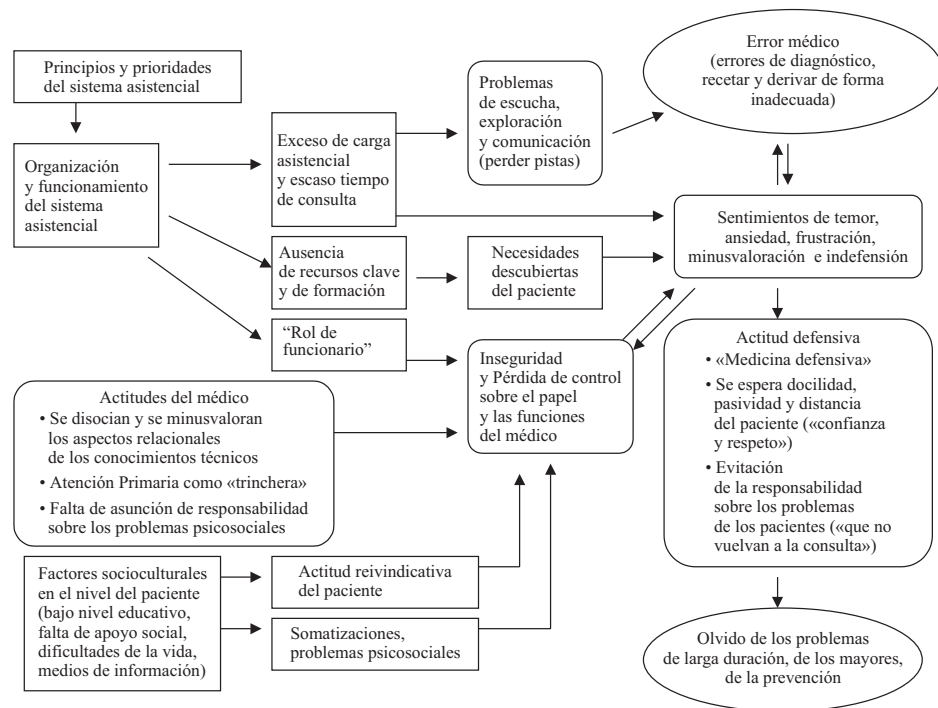
Tabla 4

Una matriz de los factores relacionados con el desenlace de los encuentros clínicos en atención primaria

	RECURSOS	PROCESOS	DESENLACES
NIVEL ESTATAL O REGIONAL DEL SISTEMA SANITARIO	<ul style="list-style-type: none"> Principios y objetivos del sistema sanitario («sistema productivo») Organización y funcionamiento del sistema asistencial («trabajo en cadena») 		
NIVEL LOCAL Y DEL CENTRO DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> Organización y funcionamiento del sistema asistencial Consultas masificadas y de breve duración Recursos escasos Falta de formación del médico Falta de accesibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de continuidad de cuidados (cambios de médico) 	<ul style="list-style-type: none"> Olvido de los problemas de larga duración, de los mayores, de la prevención Falta de cobertura de las necesidades de los pacientes
NIVEL DEL MÉDICO Y DEL PACIENTE/ ENCUENTRO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> Factores socioculturales Problemas psicosociales y complejos («paciente difícil») «Rol de funcionario Actitudes del médico y del paciente Tiempo destinado a la formación Presión comercial de la industria farmacéutica 	<ul style="list-style-type: none"> Poco tiempo destinado al encuentro clínico Comportamientos de escucha y comunicación del médico Forma de presentación de los problemas del paciente Ausencia de continuidad de cuidados (cuidados puntuales) 	<ul style="list-style-type: none"> Error médico / Prevención de errores y complicaciones Agresividad / Conflictos Inseguridad, falta de control, minusvaloración y otras emociones negativas del médico Actitudes defensivas en los médicos Disminución o aumento de la discapacidad y de la estigmatización Cumplimentación terapéutica

Figura 1

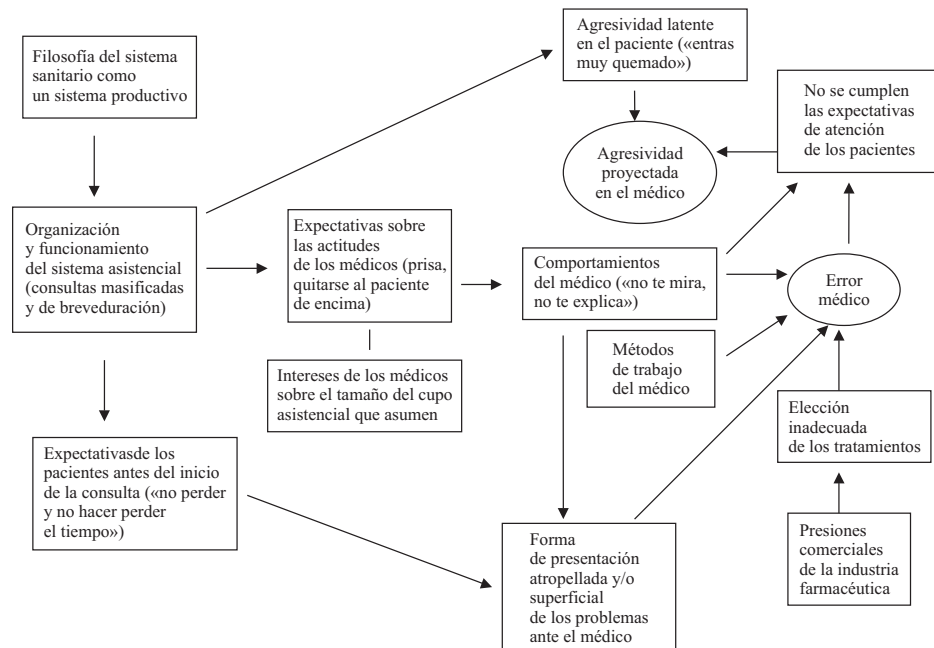
Modelo del médico sobre los desenlaces del encuentro clínico



los pacientes, tanto las insuficiencias de los médicos como las de ellos mismos derivan de las insuficiencias del sistema sanitario (falta de tiempo, masificación, principios del sistema sanitario alejados de las necesidades de los enfermos). Pacientes y médicos plantean sus sentimientos subjetivos y respuestas emocionales como mecanismos me-

diadores entre los factores contextuales y el error y las consecuencias adversas de los encuentros clínicos. Los pacientes establecieron una clara relación entre el interés y la capacidad de escucha del médico, la capacidad de diagnóstico, el establecimiento de un tratamiento adecuado y el desenlace / evolución de las enfermedades (figura 3).

Figura 2
Modelo del paciente sobre los desenlaces del encuentro clínico (I)



DISCUSIÓN

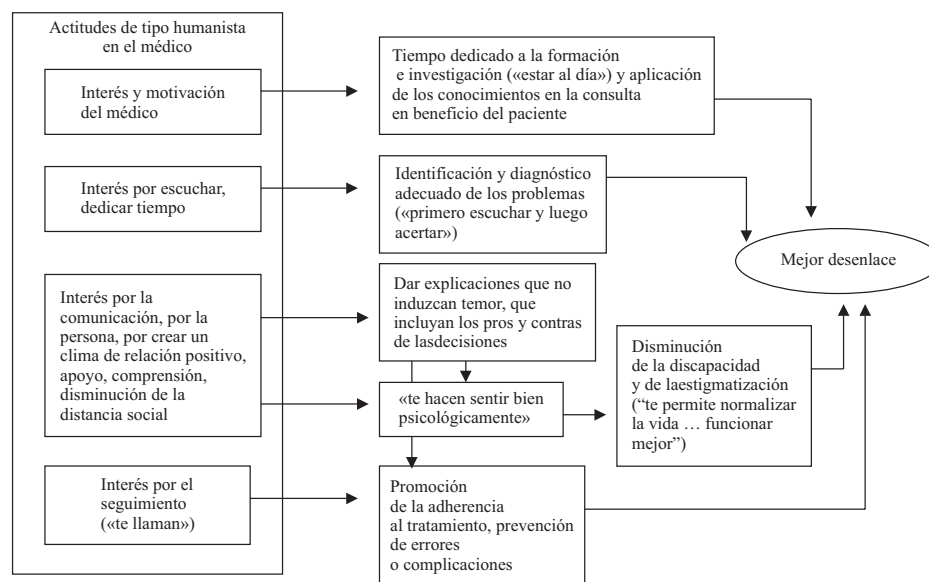
Este estudio ha explorado las opiniones, actitudes y modelos causales del desenlace de los encuentros clínicos en atención primaria. Se han identificado factores relacionados con el error y el conflicto, así como con las insuficiencias del sistema de atención y el desenlace de los problemas de salud. Los grupos focales han proporcionado información detallada sobre las insuficiencias de recursos en el nivel local, así como sobre las insuficiencias del proceso asistencial y los desenlaces en el nivel del encuentro clínico. La identificación de insuficiencias en el tiempo destinado a los encuentros clínicos, la ausencia de un trabajo basado en las necesidades de los pacientes, en el trabajo multidisciplinar, las insuficiencias en la

continuidad de cuidados, en la prevención o en la visión del paciente como un agente activo son consistentes con una insuficiente reforma comunitaria de los servicios de salud en línea con la Ley General de Sanidad.

La relación percibida entre la capacidad diagnóstica, el tiempo destinado a la consulta, los comportamientos de escucha y las actitudes son consistentes con hallazgos procedentes de la investigación cuantitativa en nuestro medio⁷. También son consistentes con la relación negativa entre carga asistencial y actividades preventivas en los equipos de atención primaria⁸. Las actitudes de segundo orden identificadas en los médicos son consistentes con hallazgos de Mira y cols⁹. Los factores del paciente identificados por los médicos en este estudio concuerdan con los hallazgos de Loayssa Lara y cols¹⁰

Figura 3

Modelo del paciente sobre los desenlaces del encuentro clínico (II)



respaldando la validez de los modelos configurados.

El análisis ha mostrado una dificultad en médicos y pacientes para identificar insuficiencias estructurales en el nivel estatal y regional del sistema, lo que sugiere una limitación procedente de la composición de los grupos. Por otra parte también sugiere la necesidad de aumentar la responsabilidad de administración ante profesionales y usuarios, así como la disminución de la distancia entre profesionales, usuarios y la toma de decisiones de política sanitaria como mecanismos necesarios para garantizar el principio de participación en la reforma de los servicios¹¹. Por otra parte, los grupos focales proporcionan un contexto que permite identificar factores a partir de la interacción y explorar de forma inicial sus significados, sin embargo no permiten una profundización de dicho análisis. Otros procedimientos

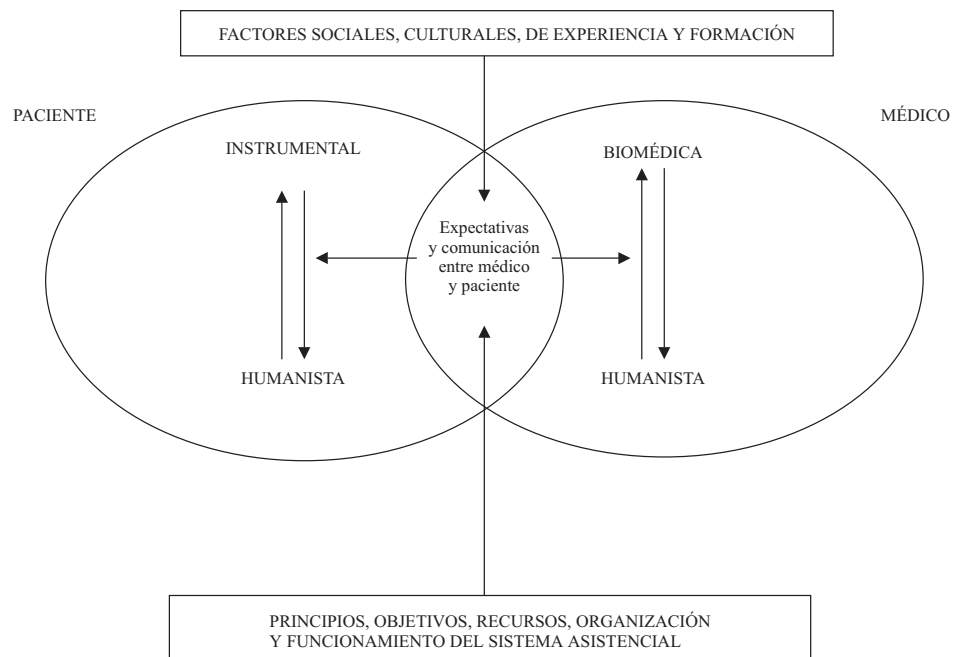
cualitativos son necesarios para ello. Esta profundización es importante para establecer los modelos dinámicos de relación médico-paciente prevalentes en nuestro medio.

El principal hallazgo de este estudio es que las actitudes y comportamientos de médicos y pacientes son puestos en relación con la infraestructura de los servicios y con los desenlaces de los encuentros clínicos. Ello tiene implicaciones para la formación médica. Estudiar el valor de su contribución independiente a la de otros factores es un paso necesario para mejorar el currículum de los estudios en pre y postgrado, respaldando la necesidad de desarrollar la formación en destrezas de entrevista clínica. Sin embargo, los resultados señalan que la aplicación de esta formación debe realizarse en un contexto que facilite el desarrollo de actitudes de tipo humanista en el médico.

Como se muestra en la figura 4, las actitudes de médicos y pacientes pueden contemplarse en interacción. El predominio de actitudes biomédicas en los médicos puede ponerse en relación con el desarrollo y refuerzo de actitudes instrumentales y de pasividad en los pacientes. El desarrollo de actitudes humanistas en el médico puede facilitar el desarrollo y refuerzo de actitudes humanistas en los pacientes. A su vez, los cambios actitudinales en los pacientes pueden reforzar los cambios en las actitudes de los médicos. Las expectativas y las destre-

zas de comunicación pueden ser consideradas el mecanismo de dicha interacción. Los objetivos y prioridades del sistema asistencial así como sus recursos y otros factores pueden limitar el desarrollo de este proceso de cambio en atención primaria, implicando con ello que la mejora de la calidad de las políticas de atención y de relación médico-paciente requiere una visión y una actuación multidimensional que va más allá de la mejora de los recursos de formación y de otras intervenciones aisladas sobre factores individuales del médico y del paciente.

Figura 4
Relación entre las actitudes de médico y paciente



BIBLIOGRAFÍA

1. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 657-75.
2. Ong LML, Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, 1995; 40: 903-918.
3. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationship on the costs and use of health care by older americans. *Am J Public Health* 1996; 86: 1742-1747.
4. Gaminde I. De la fascinación del número. Acerca de la necesaria flexibilidad metodológica en la investigación en salud. *Aten Primaria*, 1994; 14: 631-635.
5. Kitzinger J. Introducing focus groups. *Brit Med J*, 1995; 311: 299-302.
6. Bhugra D, Baldwin D, Desai M. Focus groups: implications for primary and cross-cultural psychiatry. *Primary Care Psychiatry*, 1997; 3: 45-50.
7. Girón M, Manjón Arce P, Puerto Barber J, Sánchez García E, Gómez Beneyto M. Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care. *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 530-535.
8. Fusté J, Rué M. Variabilidad en las actividades preventivas en los equipos de atención primaria de Cataluña. Aplicaciones del análisis de niveles múltiples. *Gac Sanit* 2001; 15: 118-127.
9. Mira JJ, Llinás G, Gil V, Orozco D, Palazón I, Vitaller J. Validación de un instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de atención primaria. *Aten Primaria*, 1998; 21: 14-22.
10. Loayssa Lara JR, García García M, Gaminde Inda I, Vilches Plaza C. Percepciones de los médicos de familia sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 1995; 15: 390-392.
11. Gaminde I. Los derechos de los ciudadanos. Del derecho a la protección de la salud. En: SESPAS. Informe SESPAS. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública-SESPAS; 1998.

