

MANTENIENDO UNA BUENA RELACIÓN MEDICO - PACIENTE

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

En muchos aspectos, la medicina que disponemos hoy en día es la mejor que alguna vez haya existido. La tecnología, la especialización y los avances en la investigación y en la práctica han aumentado en forma fantástica los recursos disponibles para la atención. Varias encuestas a gran escala demuestran que la mayoría de los pacientes está satisfecha con la calidad de atención de su salud.

Sin embargo, dentro de este amplio panorama de satisfacción y de calidad de atención subsisten algunas importantes áreas de riesgos potenciales asociados con la nueva cara de la medicina moderna:

- Aumento en la tecnología, disminuyendo el lado "humano" de la atención.
- Aumento en las presiones de tiempo, disminuyendo el tiempo de contacto con el paciente.
- Aumento de la especialización, disminuyendo las relaciones de largo plazo con los pacientes.
- Aumento de las expectativas de los pacientes en cuanto a información y/o participación.

Las primeras tres particularidades descritas pueden resultar en una atención percibida como impersonal, aún deshumanizada. El cuarto factor, especialmente cuando se combina con los otros tres puede resultar en una significativa insatisfacción del paciente con sus riesgos asociados: quejas, cambio de médicos, incumplimiento de las indicaciones y hasta juicios por mala praxis.

DE QUE SE QUEJAN LOS PACIENTES

"No me preguntó mi opinión"
"No me explicó hábitos saludables"
"No me explicó efectos adversos"
"No me revisó"
"Me hizo esperar demasiado"
"No alentó preguntas"
"Estaba siempre apurado"
"No le preocupaban mis emociones"

Dado este estado de la medicina moderna, la calidad de la relación médico-paciente cobra aún mayor importancia. El médico de hoy en día está menos propenso a establecer confianza y compromiso entre los pacientes como una parte natural del proceso de atención de la salud. Hoy también es menos probable que los pacientes estén satisfechos y cooperativos si el médico no dedicó explícita atención a la calidad de la relación.

CAMBIOS Y MITOS EN LA RELACION MEDICO - PACIENTE

Como los médicos bien saben, los cambios en la relación médico-paciente han sido objeto de mucho estudio y debate. Desafortunadamente, el lado médico de este cambio ha sido a veces ignorado. Además, han surgido algunos estereotipos muy generales que en algunos casos han oscurecido la verdadera naturaleza de las modernas interacciones entre el médico y el paciente.

Por ejemplo, algunos ven a la relación médico-paciente evolucionando hacia un modelo de participación mutua, en el cual médico y paciente discuten abiertamente las alternativas diagnósticas y terapéuticas y deciden en forma conjunta los pasos a seguir.

Este modelo es visto como una consecuencia de la amplia tendencia de la sociedad moderna hacia la toma de conciencia en salud, la "satisfacción del cliente" y la autoestima del paciente.

Si bien estas conclusiones tienen cierta validez, se deja entrever que estos cambios han sido conducidos solo por los pacientes, cuando de hecho los médicos están tan interesados como ellos en establecer este nuevo tipo de relación médico-paciente. Considere los hallazgos que se muestran en la siguiente tabla, tomados de una encuesta a gran escala entre médicos y pacientes.

ENCUESTA DE MEDICOS Y PACIENTES

La relación médico-paciente debería incluir un gran intercambio de ida y vuelta expresando ambas partes en forma completa sus puntos de vista.

- Pacientes: 95 % de acuerdo
- Médicos: 97% de acuerdo.

Los médicos son los expertos. Los pacientes no deberían cuestionar a los médicos las sugerencias médicas que brindan.

- Pacientes: 11% de acuerdo
- Médicos: 4% de acuerdo

Cuando los médicos realizan un diagnóstico, pero no están totalmente seguros de lo que padece el paciente, deberían contarle siempre a estos acerca de sus dudas.

- Pacientes: 92% de acuerdo
- Médicos: 78% de acuerdo

Como surge claro de los hallazgos de la tabla (y de otros estudios posteriores), la visión de los médicos y de los pacientes acerca de su relación no es llamativamente diferente. Estos puntos de vista parecen haber cambiado a través del tiempo, pero lo han hecho de una forma similar para ambas partes.

Una segunda conclusión engañosa es la de que el modelo de participación es siempre el preferido. Otras evidencias sugieren que las preferencias de médicos y pacientes difieren dependiendo de factores tales como el nivel de educación y la capacidad de análisis de la situación.

La relación médico-paciente, puede entonces, ser muy diferente para distintas combinaciones de médicos, pacientes y situaciones

Resumiendo, la relación médico-paciente de estos tiempos es dinámica y compleja. Si bien los médicos participan en forma activa y, en general, sostienen actitudes similares a la de sus pacientes, las características individuales de cada uno de ellos o las distintas situaciones pueden requerir muy diferentes estilos de relación. El desafío del médico actual consiste en reconocer los aspectos únicos de cada paciente que trata y adaptarse apropiadamente a estos..

ESTILOS DE COMUNICACION

Se dice que la comunicación es el mejor indicador de la calidad de una relación, y esto es especialmente cierto en el caso de las interacciones entre los médicos y sus pacientes. Estos últimos carecen de conocimientos médicos, por lo que se valen de la calidad de su interacción humana para definir la calidad de su atención.

Una encuesta realizada entre abogados que defienden médicos mostró que el 70% de los juicios por mala praxis fueron aparentemente precipitados por una pobre comunicación del médico o por actitudes negativas del mismo hacia el paciente.

Se ha demostrado que los estilos de comunicación del médico afectan la calidad y cantidad de información que obtienen del paciente como así también el grado de cumplimiento de las indicaciones médicas por parte de este. Los pacientes expresan más insatisfacción con la comunicación que con cualquier otro aspecto de la atención de la salud. La comunicación es una calle de doble mano, por lo que al discutir temas vinculados a la misma debemos incluir tanto a los médicos como a los pacientes. Consideraremos primero a los médicos:

1) Estilos de comunicación del médico

Los estudios sobre la buena o mala comunicación de los médicos se han focalizado en dos indicadores: la cantidad de información obtenida y el grado de satisfacción y cumplimiento del paciente. Los resultados son similares para ambos.

En un estudio acerca de estilos de entrevista, se encontró que los médicos interrumpían a los pacientes a los 18 segundos promedio de que estos comenzaban a hablar. Sólo el 2% de los pacientes tuvieron la oportunidad de completar lo que querían decir y aproximadamente dos tercios de los pacientes solo pudieron expresar una preocupación antes de ser interrumpidos. Si bien estas interrupciones probablemente intentaban focalizar la descripción del paciente para permitir un diagnóstico más rápido, también interferían con la información completa y bien pudieron hacer sentir al paciente a disgusto.

Otro estudio mostró que los médicos que utilizaron preguntas de respuesta abierta (más que aquellas de respuesta cerrada) estuvieron más próximos a obtener los hechos médicos importantes en un caso. La cantidad de información compartida, de consejo y de persuasión brindada por el médico también estuvo fuertemente relacionada con la aclaración de los hechos. No ocurrió lo mismo con el tiempo dedicado a dar las instrucciones médicas (no permitió obtener más datos).

En otro estudio se pudo observar que los médicos sobreestiman la cantidad de tiempo que actualmente dedican a la información de los pacientes. Este hallazgo es importante, ya que se ha visto que los médicos que brindan menor información tienen pacientes que cumplen menos con las indicaciones y que están menos satisfechos con su atención. Este último hallazgo se repite en los resultados que se ven cuando se estudia el área de comunicación de los pacientes.

Si bien la mayoría de la investigación acerca de los estilos de comunicación de los médicos apuntan diferentes aspectos para mejorar, la mayoría de los profesionales hoy en día están mucho más concientes de los deseos de información de los pacientes que

en épocas anteriores.

2) Estilos de Comunicación de los Pacientes

Si bien los pacientes juegan un papel importante en la efectividad de la comunicación, la capacidad con la que se comunican ha recibido poca atención. Un paciente que escucha atentamente, realiza preguntas apropiadas y es sensible a la perspectiva del médico estará mucho más cerca de obtener una buena atención y de estar satisfecho.

Desafortunadamente, hasta la fecha, los limitados estudios al respecto se han focalizado más en las preferencias del paciente que en la competencia del mismo.

Los hallazgos relativos a las preferencias de los pacientes demuestran cambios a lo largo del tiempo. En la década del setenta los deseos de información y comunicación eran mayores entre los pacientes jóvenes y mejor educados. Hoy, sin embargo, estos deseos aparecen de igual forma en los distintos segmentos etarios y educativos, tal vez aún con mayor demanda de algún tipo de información entre los ancianos y los que tienen menor educación.

Las evidencias sugieren que los pacientes hoy se interesan en conocer los riesgos y efectos adversos asociados con sus tratamientos, y que esta información no reduce el cumplimiento de las prescripciones. Los resultados muestran también que muchos pacientes se olvidan o confunden mucha de la información que se les suministró, y que los pacientes más debilitados le dan menor importancia a la comunicación cuando evalúan su satisfacción con la atención.

Una encuesta preguntó a los pacientes acerca de la frecuencia en la que los mismos cuestionaban el diagnóstico y el plan de tratamiento propuesto por sus médicos. Los resultados fueron:

Frecuentemente cuestionaban 13%

A veces cuestionaban 45%

Usualmente aceptaban 41%

Tal vez más importante que la frecuencia de cuestionamientos, es la forma en la cual los pacientes interactúan con sus médicos. Aquellos que son extremadamente pasivos fuerzan al médico a "leer sus mentes", mientras que aquellos que son agresivos en su estilo de comunicación interfieren con la capacidad del médico para diagnosticarlos y tratarlos.

Esta noción de "competencia" requiere que el paciente comparta con el médico la responsabilidad de una comunicación efectiva. El médico puede ser un instrumento en este proceso, alentando y practicando una comunicación apropiada.

INTERACCION MEDICO - PACIENTE GRABADA EN AUDIO Y VIDEO

Dado el estereotipo de comunicación entre médico y paciente, uno podría esperar que la misma fuera bastante pobre. De hecho, los estereotipos más radicales muestran a cada parte de la relación despreocupada de la perspectiva de la otra. Muchos pacientes ven a los médicos como a técnicos, interesados en formular rápidamente un diagnóstico y un plan de tratamiento, y dialogando con el paciente sólo como un paso obligatorio en el proceso. Por otra parte, algunos médicos consideran al paciente como atrapado en el drama de su enfermedad y mortificados porque el médico no es sensible a la gravedad de la situación.

¿Cuánto hay de cierto en estos estereotipos?. No mucho, por lo menos los mismos no van más allá de los aspectos superficiales. Esta respuesta se desprende de revisar las interacciones entre médicos y pacientes a través de grabaciones de video.

El Dr. Richard Frankel, de la Wayne State University grabó en video (con autorización) más de 70 consultas. Después mostró en forma separada el videotape al médico y al paciente. Se le solicitó a cada persona que mientras miraban el video detuvieran la cinta en cualquier punto en el cual sintieron que la comunicación se había roto. Por ejemplo, el video podía ser detenido si la persona sentía que algo no había sido comprendido o apreciado por la otra parte.

Los resultados de esta evaluación independiente fueron asombrosos. Tanto médicos como pacientes al ver el video en forma independiente detenían la cinta en los mismos lugares, con diferencias de segundos entre unos y otros. En otras palabras, ambas partes sabían perfectamente cuándo la comunicación había fallado.

Las razones a las cuales adjudicaron esta caída en la comunicación fueron diferentes para médicos y pacientes. Los pacientes consideraron que la falla se produjo porque el médico estaba apurado, desatento o porque tenía pocas capacidades interpersonales. Los médicos pensaron que el deterioro de la comunicación se produjo por la dificultad en comunicar un mensaje técnico a una persona común o porque el tema tratado era muy sensible o duro de discutir.

Posteriormente, cuando los médicos y sus pacientes compartieron sus reacciones, fue mucho más fácil para cada uno apreciar la

perspectiva del otro. Ambas partes notaron que había problemas de comunicación y ahora comprendían porqué la otra persona se comunicó como lo hizo. Este estudio demostró claramente que no se trata de que médicos y pacientes se despreocupen de los problemas del otro. Mas bien ven las cosas desde distintas perspectivas, pudiendo los problemas resolverse si hay mejor comunicación y comprensión.

En 1997 Levinson publica en JAMA un interesante artículo donde se compara a médicos que habían recibido 2 o más reclamos por mala praxis con aquellos que nunca habían recibido una demanda. Se analizaron las características de las consultas hechas por estos profesionales para tratar de comprender qué tipos de habilidades de comunicación pudieron haber marcado la diferencia.

Los médicos que no tuvieron reclamos :

- Orientaron mejor a sus pacientes con respecto a lo que iba a ocurrir en la consulta
- Demostraron buen humor durante la misma.
- Facilitaron la participación del paciente
- Estimularon la formulación de preguntas para disipar dudas
- Destinaron algunos minutos más a la entrevista (18' vs 15' del grupo que había recibido demandas)

Los hallazgos de Levinson coinciden con otros estudios posteriores acerca de los estilos de entrevista en atención primaria. Sin embargo, el autor observó que en el caso de los cirujanos el panorama era distinto, no pudiendo probarse tanta correlación entre el estilo de comunicación y los reclamos, si bien la cantidad y calidad de la información brindada por los cirujanos y el estilo era muy similar a la de los médicos clínicos.

Dada la gran diferencia en el equilibrio de poder y riesgo en la relación entre los cirujanos y sus pacientes, Levinson traza la hipótesis de que en ese estado emocional los pacientes quirúrgicos estarían más pendientes del tono con el que se dicen las cosas ("el cómo se dice") que de las palabras exactas (la cantidad y calidad de información, el "qué se dice")

Hicieron entonces algo muy creativo: Tomaron extractos de 20 segundos de las entrevistas entre los cirujanos y sus pacientes (10 al inicio de la misma y 10 al final). Pasaron luego el sonido por un filtro de forma tal que las palabras dejaron de ser entendibles distinguiéndose sólo el tono de voz de los cirujanos. Lo que descubrieron fue que los cirujanos cuyos tonos de voz se consideraron altos y dominantes habían sido más demandados

que aquellos en los cuales el tono parecía expresar preocupación. Los que calificaron no conocían los antecedentes de demandas por mala praxis de estos médicos. Sólo se les pidió que escucharan los tonos filtrados e intentaran adivinar quiénes habían tenido problemas médico-legales y quiénes no. La pregunta a realizar entonces sería: ¿Qué podría significar ese tono de voz dominante para los pacientes? El tono de voz, sumado a las expresiones faciales es una de las claves que usa la gente para juzgar la personalidad y la motivación de las personas con quienes hablan.

TOMA DE DECISIONES

Estrechamente vinculado a la comunicación se encuentra el proceso de toma de decisiones por parte del médico y el paciente. En teoría, este proceso puede darse de distintas maneras:

- El médico toma una decisión e informa al paciente
- El médico solicita el consentimiento del paciente para una alternativa determinada por el profesional
- El médico y el paciente generan alternativas y eligen en forma conjunta
- El médico y el paciente generan alternativas, decidiendo el paciente.

Estas alternativas oscilan entre lo que se ha dado en llamar "paternalismo médico", pasando por la "decisión en forma conjunta" hasta llegar a la denominada "soberanía del paciente". La mejor estrategia a seguir dependerá del paciente, del médico y de la situación.

La toma de decisiones en forma conjunta es difícil y la evidencia demuestra que raramente se da. Es evidente la asimetría de conocimientos en la relación. Una parte importante de la población (en general personas mayores y con menor nivel de educación), todavía se siente cómoda con el modelo tradicional, siendo informada y delegando la toma de la decisión en el médico. Sin embargo, este número de personas irá disminuyendo debido a los cambios en la sociedad. La toma de decisiones compartidas parece ser el modelo del futuro, sobre todo cuando hay más de una alternativa.

Comunicando Riesgos

La comunicación de los riesgos de un determinado tratamiento es uno de los puntos centrales de la relación médico-paciente. La dificultad para comunicarlos puede tener que ver con la formación del profesional y con la distinta percepción que tienen

del riesgo los médicos y los pacientes o sus familiares.

La mayoría de la formación médica está dirigida a la atención del paciente agudo en internación. Los médicos son entrenados para asumir responsabilidades en ámbitos donde las opciones son pocas y la autonomía del paciente se encuentra muy limitada. La capacitación está centrada en la realización de un correcto interrogatorio y examen físico, pero raramente se les enseña cómo brindar información a los pacientes acerca de los riesgos. Este modelo difícilmente predisponga a brindar alternativas y a dar participación a los pacientes.

Los médicos suelen ver a los riesgos como la resultante de la investigación científica, manejando la frialdad de las estadísticas en grandes poblaciones. Raramente incluyen en su valoración consideraciones psicosociales. Sin embargo, antes de brindar información numérica acerca de la probabilidad de un riesgo, resulta fundamental conocer los valores y la percepción de los pacientes. Muchos médicos asumen que la información que brindan está siendo dirigida a individuos que racionalmente analizarán la evidencia para determinar cuál es el mejor curso de acción. Sin embargo, la racionalidad no es el único componente en la toma de decisiones. El paciente autónomo no siempre toma las mejores decisiones, así como las mejores decisiones no garantizan una buena evolución y lo que puede ser aceptable para un paciente puede no serlo para otro.

Hay muchas consideraciones e influencias aparentemente irracionales que ejercen una gran presión sobre los pacientes. En la era de la informática, con el bombardeo de los medios y de internet los médicos debemos asumir que para muchos pacientes somos sólo una fuente más de información, y no siempre en la que más confían. La percepción individual del paciente acerca del riesgo puede llevarlo a decisiones que parezcan irracionales al profesional de la salud. De hecho, la mayoría de los pacientes tienden a sobreestimar los riesgos de baja probabilidad pero graves (ej: muerte anestésica) y a subestimar riesgos más comunes de menor gravedad (infecciones, hemorragias, etc). También influyen experiencias previas de familiares o conocidos. El impacto de la materialización del riesgo en la vida cotidiana de los pacientes debe ser tenida en cuenta. (no es lo mismo un trastorno de campo visual en un administrativo que en un piloto...)

Lamentablemente, comprender un determinado riesgo y conocer su frecuencia en una población determinada no aporta certeza a los individuos. Aceptar esta incertidumbre es probablemente el

aspecto más difícil, tanto para los médicos como para los pacientes. Asumir la responsabilidad de la decisión no es fácil para estos últimos, pero ayuda mucho compartir el proceso con un profesional capacitado y con la suficiente sensibilidad a los factores humanos en la relación.

Evolución de los pacientes con mayor participación.

Muchos médicos hoy en día alientan fuertemente la participación de sus pacientes en las decisiones vinculadas al cuidado de su salud. Básicamente, esta recomendación está basada en la experiencia retrospectiva, ej. quejas, no cumplimiento y juicios que sobrevinieron cuando no se siguió el modelo participativo. Las ciencias sociales apoyan la evidencia de que las personas que participan en las decisiones se comprometen más con el cumplimiento de las mismas que las personas a las que simplemente se les dice lo que tienen que hacer.

Greenfeld en 1985 examinó en forma explícita los efectos de la participación de los pacientes a través de un abordaje prospectivo cuidadosamente controlado. Pacientes en estudio por úlcera péptica fueron sometidos a sesiones de educación de 20 minutos realizadas inmediatamente antes de la consulta clínica. Se los dividió en dos grupos: grupo experimental y grupo control.

La educación del grupo experimental incluyó orientación acerca de su historia clínica, los algoritmos diagnósticos seguidos en esa clínica, y de técnicas para optimizar la comunicación con el médico. Los pacientes control recibieron información durante igual período de tiempo, pero focalizada exclusivamente en la enfermedad ulcerosa.

Los resultados demostraron que los pacientes de ambos grupos ocuparon la misma cantidad de tiempo con sus médicos, pero que el mismo fue utilizado en forma diferente. Los pacientes del grupo experimental estuvieron mucho más participativos en su interacción que los del grupo control.

Estos pacientes también tuvieron mejor evolución que los del grupo control y un mayor interés en participar en la decisión médica. En resumen, aquellos pacientes a los que se les enseñó cómo trabajar efectivamente con sus médicos terminaron más saludables, más satisfechos, y más comprometidos con su propia salud.

En general, las evidencias relativas a la participación de los pacientes sugieren lo siguiente:

- 1 No todos los pacientes desean participar de la toma de decisiones. Por ejemplo, una persona anciana y bastante

No todos los pacientes desean participar de la toma de decisiones. Por ejemplo, una persona anciana y bastante

- 2 Muchos pacientes no tienen mayores expectativas de participación y actuarán inducidos por el médico.
- 3 Cuando los médicos involucran al paciente en la toma de decisiones generalmente a éstos les gusta, cooperan mejor y están más satisfechos con la evolución.
- 4 Los pacientes con mayor educación o que en el pasado estuvieron involucrados en la toma de decisiones con respecto a su salud están más propensos a demandar un grado de participación.
- 5 La participación parece ser un excelente medio para minimizar los riesgos asociados a la insatisfacción del paciente.
- 6 El deseo de información del paciente no se correlaciona con el deseo de tomar la decisión

CLAVES PARA UNA BUENA COMUNICACION

Ya que la droga más frecuentemente prescrita es "El Médico", la atención que este dedique al lado interpersonal del cuidado de la salud es particularmente importante. A continuación le mencionamos algunas sugerencias simples y efectivas para maximizar el impacto de esta medicación.

- 1 Esté disponible para el paciente todo lo que sea posible. La falta de disponibilidad y preparación para atender es vista como una desconsideración y es una de las principales quejas de los pacientes.
- 2 Brinde a su paciente toda su atención cuando lo saluda. Esto sólo dura un momento y establece una primera impresión positiva para el visitante.
- 3 Trate de minimizar las interrupciones, especialmente cuando el paciente comienza a hablar en forma abierta. Si tiene que interrumpirlo, hágalo con tacto, tal vez refiriéndose a un dicho puntual del paciente y diciéndole que le gustaría saber más acerca de eso.
- 4 Demuestre atención y respeto en forma gestual mirando al paciente a los ojos periódicamente, intentando escucharlo, inclinándose hacia adelante, utilizando el adecuado tono de voz, etc.
- 5 Haga preguntas de respuesta abierta. Esto demuestra respeto por la capacidad del paciente y aumenta la posibilidad de descubrir algo que de otra forma puede pasar inadvertido.
- 6 Comparta información con el paciente a lo largo de la consulta sin esperar hasta el final para hacerlo. Esto reduce la ansiedad del paciente y aumenta su confianza.
- 7 Utilice un lenguaje simple y repita todo lo que sea necesario para

asegurarse que el paciente comprende. Realice preguntas de chequeo, como: "¿Le quedó claro?" o "¿Se siente cómodo con lo que usted necesita hacer?".

- 8 Sea auténtico con su paciente. No fuerce una conversación intimista o familiar si no se siente cómodo haciéndolo. Sin embargo, asegúrese de comunicar interés y preocupación por el paciente.
- 9 Reconozca que, desde el punto de vista del paciente, el o ella ha hecho un esfuerzo especial para verlo.
- 10 Reconozca que los desacuerdos o la falta de cumplimiento del paciente con usted pueden deberse a razones que ellos sienten legítimas. Pregunte al paciente acerca de estas razones y discúptanlas juntos.
- 11 No asuma que el paciente que no formula preguntas no desea estar totalmente informado. El paciente generalmente lo desea.
- 12 Aliente a los pacientes a aprender más acerca de su salud y de los problemas vinculados a la misma, a realizar preguntas, y a compartir la responsabilidad acerca del tratamiento y de las prácticas saludables. Esto mejorará el cumplimiento y la satisfacción de los mismos.

RESUMEN

Esta breve reseña muestra claramente un cambio en la naturaleza y en el estilo de la relación médico-paciente actual. Tanto médicos como pacientes están activamente ligados a este cambio, si bien la magnitud del mismo varía ampliamente dependiendo del médico y del paciente que se trate y de la situación en cuestión.

Prácticamente todos los pacientes hoy en día quieren estar totalmente informados acerca de su atención. Los pacientes más jóvenes y más sanos demuestran mayor interés en tomar decisiones en forma compartida con sus médicos. Muchos pacientes podrían beneficiarse de una mayor capacidad de interacción con sus médicos, y la educación de aquellos en esta área resulta prometedora.

Las deficiencias en la comunicación muchas veces son atribuidas a la "actitud" del médico criticándole a este la pobre información que brindan. Quienes sostienen que esto podría ser corregido tan sólo con un cambio de actitud deberían tener en cuenta que el tiempo y los magros honorarios destinados a las consultas por los financiadores son un tema de estructura y no de "actitud".

Los médicos generalmente apoyan la idea de la información compartida como un ideal, pero pueden ser menos hábiles para

escuchar y hacer preguntas que para dirigir e instruir a sus pacientes. Las preferencias de los médicos acerca de la participación de los pacientes en la toma de decisiones son mixtas. La mejor aproximación es la de considerar a cada paciente en forma individual y ajustar el grado de participación de los mismos a lo que se corresponda con sus necesidades y con la situación.

Tanto los médicos como los pacientes podrían beneficiarse de un mejor uso del consentimiento informado como soporte para una toma de decisión comprendida y compartida. Dicho acuerdo es importante no sólo por razones legales sino también para que el paciente colabore más con el tratamiento.

Los análisis retrospectivos de los juicios por mala praxis demuestran que la mala relación médico-paciente es muchas veces el catalizador de la demanda. La mayoría de los pacientes son reacios a iniciar acciones legales, aún ante una mala evolución, si sintieron al médico como su "socio" y este fue atento, se interesó por ellos como personas y fue honesto acerca de los riesgos.

BIBLIOGRAFIA

Alaszewski, A (2003) How can doctors communicate information about risk more effectively BMJ Sep. 2003; 327 Ed

American Board of Family Practice. (1987). Rights & Responsibility Part II, The changing health care consumer and patient/doctor partnership. ABFP: Lexington, KY. *Resultados de una encuesta a gran escala realizada a médicos y pacientes por la Yankelovich Survey Organization. Se reflejan las visiones actuales acerca de la comunicación, calidad, prácticas, medidas de prevención y preferencias.*

Avery, J.K. (1986). Lawyers tell what turns some patients litigious. Medical Malpractice Prevention, July /August: 35-37. *El 70% de los abogados defensores en juicios por mala praxis identificaron a la actitud y la comunicación del médico como los eventos más importantes para desencadenar las demandas.*

Beckman, H.D. & Frankel, R.M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. Annals of Internal Medicine, 101: 692-696 *Los médicos interrumpieron las declaraciones abiertas de los pacientes muy precozmente. La oportunidad y la naturaleza de estas interrupciones afectaron sustancialmente la información brindada por el paciente.*

Danner, D. (1986) Medical Malpractice: A Primer for Physicians, Rochester, NY: The Lawyers Cooperative Publishing Company and San Francisco, CA: Bancroft Whitney Company.

Edwards, A. (2003) Communicating risk: the main work of doctors. BMJ 2003; 327; 728-731

Ende, J., Kazis, L, Ash, Al & Moskowitz, M.A. (1989) Measuring patient's desire for autonomy. Journal of General Internal Medicine, 4:23-30 *Se investigaron las preferencias de los pacientes en dos aspectos: toma de decisiones y deseo de información. Se demostró que los mismos no están necesariamente relacionados, dependiendo de la demografía y la gravedad de la enfermedad.*

Godolphin, W. (2003) The role of risk communication in shared decision making BMJ 2003; 327; 692-693

Greenfeld, S., Kaplan, S, & Ware, J.E. (1985). Expanding patient involvement in care. Annals of Internal Medicine, 102: 520-528. *Una breve educación de los pacientes resultó en una mayor capacidad de los mismos para interactuar con sus médicos. Los pacientes entrenados se sintieron menos limitados en su enfermedad comparados con el grupo control.*

Levinson W; Roter D, et al. Physician Patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons JAMA vol 277, N° 7 February 1997