

Relación médico-paciente. Profesionalismo e información

Doctor-patients relationship Professionalism and information

M. M. SANCHEZ MARTÍN. CATEDRÁTICO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA
HOSPITAL CLÍNICO. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Resumen. La situación profesional, social, moral, académica, económica, etc., del médico actualmente es delicada, ya que se encuentra en una encrucijada, pero siempre el médico debe estar ética y moralmente al lado del paciente, aunque inmerso en el sistema de cuidados médicos dirigidos por el estado o las empresas públicas, como “pagadores” del médico. Ser o no ser es la situación del médico actual, con la corrección propia del cirujano ortopédico. En este trabajo se presenta la problemática de la relación médico-paciente, la forma de atenderle e intentar mantenerla como adalid de nuestra profesión, sin olvidar las excepcionales circunstancias “extrínsecas” que quieren manipularla. Además, se expone el profesionalismo como la relación del médico con la sociedad, de los médicos entre sí y del médico consigo mismo. Finalmente, se hace hincapié en la dificultad actual de obtener buena información para una mejor actuación práctica con nuestros pacientes, en calidad de cirujanos ortopédicos.

Summary. The doctor’s professional, social, moral, academic, economic, etc. situation is nowadays sensitive, as it is at a crossroads. But the doctor must always support the patient ethically and morally, while being immersed in the estate or private health service, which provide the necessary funding. “To be or not to be” is the current situation of the doctor, with the particularities of the orthopaedic surgeon. This work analyses the complexity of the doctor-patient relationship and the way of assist and sustain it as a founding stone of our profession, not forgetting the exceptional external circumstances that try to manipulate it. Moreover, professionalism is presented as the relationship of the doctor with society, with other doctors and with him or her self. Finally, there is special emphasis on the difficulty in obtaining reliable information for best practise in dealing with our patients as orthopaedic surgeons.

Introducción. La práctica eficaz de la medicina requiere de competencia narrativa, es decir, de la capacidad para reconocer, asimilar, interpretar y actuar sobre las inquietudes y situaciones graves de los demás. La medicina practicada con competencia narrativa –denominada medicina narrativa– se propone como modelo la lectura cercana de la literatura y escritos reflexivos que permiten a la medicina examinar e iluminar cuatro situaciones narrativas centra-

les: el médico y el paciente, el médico y él mismo, el médico y los colegas, y el médico y la sociedad. Con la competencia narrativa, como señala Charon (1). Los médicos pueden alcanzar y conectar con sus pacientes en la enfermedad, reconocer su trayectoria personal a través de la medicina, reconocimiento, parentesco y obligaciones hacia otros profesionales sanitarios, e inaugurar el consiguiente discurso con el público sobre la sanidad, puenteando las divisiones

Correspondencia
M. M. Sánchez Martín
Regalado, 13, 6º
47002 Valladolid

que separan a los médicos de los pacientes, entre ellos mismos, de los colegas y de la sociedad; la medicina narrativa ofrece nuevas oportunidades para la atención médica, respetuosas, empáticas y sustanciosas.

Relación médico-paciente: compromiso de empatía. Cuando el paciente acude al médico se establece una conversación. Una historia es ofrecida por el paciente con su manera de narrarla, dando lugar a una complicada narrativa de su enfermedad expresada en palabras, gestos, hallazgos físicos y silencios y cargas, no sólo con la información objetiva acerca de su afección, sino también con los temores, esperanzas e implicaciones relacionadas.

Cuando el médico escucha al paciente, sigue el hilo de narración de su historia, imagina su narración (situación biológica, familiar, cultural y existencial), reconoce los múltiples y a menudo contradictorios significados de las palabras empleadas y de los acontecimientos descritos y, de alguna manera, penetra y es transportado por el mundo narrativo del paciente.

El médico y él mismo: reflexión en la práctica diaria. En el entramado del médico, una serie de condiciones, como el altruismo, compasión, respeto, lealtad, humildad, ánimo y espíritu fidedigno deben existir para realizar el cuidado auténtico del paciente. Los médicos asimilan y exponen los inevitables resultados de estar sumergidos en el dolor, injusticia y sufrimiento mientras se encuentran flotando por el extraordinario ánimo, ingenio y amor que cada uno mantiene en la práctica diaria.

Médico-colega: profesión. Las actuaciones profesionales diarias de los médicos en investigación, enseñanza y vida colegial, se encuentran repletas de trabajo narrativo que puede hacerse más eficaz reconociéndolo como tal. Es solamente mediante competencia narrativa que la investigación continúa, la enseñanza tiene éxito, el compromiso colegial consigue sus objetivos y la profesión de la medicina permanece asentada en su compromiso actualizado y desinteresado con la salud.

Médico y sociedad: la confianza del público. Los médicos son miembros visibles de su cultu-

ra, ungidos como agentes del control social que despliega poderes especiales para rescatar, curar y tomar el mando. La sociedad concede autorización a sus médicos mientras los considera con recelo crónico; el público manda a los médicos conocer y tratar la enfermedad sin hacer daño. Al mantener a los médicos como responsables de estas expectativas, los pacientes anhelan también tal benevolencia confidencial de sus médicos en forma de ternura frente al dolor, ánimo ante el peligro y consuelo ante la muerte (1).

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Comunicación médico-paciente: problemas, retos y pasos a seguir.

La correcta comunicación con el paciente debe ser un asunto que debe preocupar al cirujano ortopédico. En un estudio sobre las características de la consulta médica de cirujanos ortopédicos realizado por Levinson y Chaumeton (2), se indica que la duración media de una consulta era de 13 minutos y en ella el cirujano hablaba más que el paciente. También observaron que el cirujano ortopédico, a pesar de que el enfermo tuviese una educación suficiente, pocas veces se mostraba empático con el paciente, haciéndole habitualmente preguntas concretas, y permitiéndole solamente una breve conversación de tipo social (3).

Según Vauhn Séller (4), en un artículo publicado en el periódico Los Angeles Times, siendo Director asociado del Bayer Institute for Health Care Communication, el problema empieza a partir de los primeros momentos de la consulta: el paciente comienza hablando de su problema (habitualmente lo importante lo deja el paciente para lo último o al final de su visita) y el doctor interrumpe al cabo de 18 a 24 segundos y empieza a dirigir preguntas al paciente; el problema fundamental no se discute nunca, por tanto.

El papel de la comunicación médico-paciente eficaz es conseguir los mejores resultados médicos y promover la satisfacción del paciente, tal como lo manifiesta la literatura médica y lo confirma nuestra propia experiencia como médicos.

La American Association of Medical Colleges de Estados Unidos, haciendo una consulta

al público sobre el quehacer de un buen médico, señala que los participantes indican que los atributos del médico son: actitud de cuidados y habilidad para comunicarse (85% de los participantes), capacidad de explicar los procedimientos médicos complicados (76%) y mentalidad abierta sobre las diferentes alternativas de los métodos de tratamiento (29%). La importancia de la comunicación ha recibido la mayor atención entre los que se dedican a atención primaria pero poca atención, hasta no hace mucho, por los especialistas, sobre todo si son cirujanos. La investigación en el caso de la asistencia primaria ha demostrado que una buena comunicación aumenta la llamada a la información por parte del paciente, conformidad con las instrucciones, satisfacción y bienestar psicológico y mejores resultados. Los nuevos conocimientos sobre raza, edad y género sobre la utilización de los cuidados sanitarios han confirmado más tarde estas observaciones. Sin duda, el conjunto de la relación médico-paciente es la base de la atención médica. La finalidad de la comunicación no es convencer al paciente para que haga lo que el médico desea, sino para comprender las preocupaciones del paciente y tomar las decisiones aceptadas por médico y paciente (2).

Como nos movemos hacia un sistema de atención médica dirigida al consumidor en que los pacientes esperan comprender sus problemas médicos, sus opciones de tratamiento y los datos de resultados relevantes, así como participar en decisiones sobre sus cuidados, debemos estar preparados para responder a sus preguntas, en el sentido de proporcionarles información y juicio clínico sobre las nuevas tecnologías, tratamientos alternativos, interpretación de datos médicos, nuevos productos farmacéuticos e incluso de la importancia del genoma sobre sus afecciones y opciones terapéuticas. Hay que comunicarse con eficacia.

Los cuidados y la información tecnológica han alterado la práctica de la medicina tradicional, así como la forma de manejar nuestros consultorios. Hay que reafirmarse constantemente en el impacto de estos cambios sobre nuestra capacidad de comunicarnos y de establecer relación con nuestros pacientes, y de llevar a cabo las tareas de nuestra profesión. No es posible adherirse a los elementos centrales del profesiona-

lismo —o sea, responsabilidad, excelencia, trabajo, honor, integridad y respeto a los demás— si no tenemos una comunicación eficaz entre médicos y pacientes y entre médicos y colegas.

La llamada pronta a la acción. “La comunicación es un aspecto del arte de la medicina que precisa mejorar”, señalaba Goldner (5) en la alocución presidencial que dirigió a la Asociación Americana de Ortopedia, y describía los estudios de mercado que mostraban que los pacientes se impresionaban por el tono de voz, movimiento corporal y actos del médico, así como por la información sobre el problema que consultaban. Sugería, así, que el médico debería “mirarse en el espejo de vez en cuando” y revisar cuidadosamente sus hábitos y maneras. Vino a contar que el tiempo es nuestra cualidad positiva más valiosa, recomendando utilizar nuestro tiempo con eficacia sin tener que sacrificar nuestra capacidad de escuchar cuidadosamente, pensar con lógica, responder de forma compasiva y tener actuaciones razonables. Para poder entendernos con el paciente —seguía diciendo— es recomendable “no hablar solapadamente al paciente, no utilizar términos complejos en las explicaciones, no engatusar al paciente para realizar tal o cual procedimiento, no exagerar el problema de su aparato locomotor, no menospreciar al paciente que se encuentra frustrado, ansioso o indeciso; y no exasperarle a preguntas..., no “pasar” de sus llamadas telefónicas, no realizar exámenes rápidos y superficiales y no permitir que se afecte de forma adversa la personalidad del paciente. Recordar que el enfermo es el paciente, y no el médico. También recomendaba Goldner “que los asuntos económicos no deberían ser lo más importante para establecer una actitud del médico con el paciente”.

A pesar de las recomendaciones del doctor Goldner, poca repercusión han tenido éstas sobre el entrenamiento de médicos residentes o en la educación médica continuada de los cirujanos ortopédicos. La administración de cuidados médicos ha creado nuevas presiones sobre la comunicación entre médicos y pacientes y sobre el papel de la información en esta relación. Por ello, sigue siendo un problema renovado la importancia de una comunicación eficaz.

Profesionalismo. La profesión médica está reaccionando ante temas que dañan la confianza del público, como el fraude y el abuso, el conflicto de intereses, el consentimiento informado inadecuado al paciente, los incentivos económicos perversos, la intensa competición de mercado y en casos extremos, el comportamiento criminal. Aunque el error humano existe, no obstante, se producen muchas muertes innecesarias por el cuidado médico (6).

El comportamiento médico, señalan Wynia y cols. (7), debe entenderse dentro de estas tres facetas: 1) devoción al servicio médico; 2) profesión de los valores públicos; y 3) negociación de prioridades sociales que equilibran los valores profesionales médicos. Con relación al primer asunto, los autores advierten que los médicos deberían establecer los objetivos del individuo y de la salud pública por encima del resto. Los médicos deben entregarse al trabajo y permanecer motivados por el trabajo duro, incluso cuando las compensaciones económicas por ello no sean grandes. Con vistas a los valores públicos de la profesión, admiten que la palabra “profesión” quiere decir “seguir hablando”. Con relación a la negociación de prioridades sociales que se equilibran con los valores profesionales médicos, los autores advierten que la palabra profesionalismo indica que existe un contrato social entre el médico y el público. El reto para el médico es mantener su responsabilidad de forma continuada con el público y sus valores cambiantes mientras protege el núcleo de los valores de los cuidados de la salud.

Para promover y llevar a cabo el profesionalismo hay varias maneras de hacerlo (8):

- La relación entre empresas farmacéuticas y médicas y organizaciones profesionales debería ser revelada públicamente.

- Se necesitan líneas de acción explícitas para poner en práctica y reforzar los modelos profesionales en nuestros programas de entrenamiento y en nuestras sociedades profesionales; los modelos de comportamiento incluyen el servicio a todos los pacientes (por ejemplo, cuidados libres) que lo requieran, no recomendados.

- Las asociaciones profesionales deberían aliarse con grupos de consumidores para mejorar la calidad de la atención médica, poner en práctica los modelos profesionales, y proporcionar cuidados a la población de bajo nivel.

- Las facultades de medicina y los programas de entrenamiento deberían enseñar habilidades o destrezas que fomenten el profesionalismo.

- La medicina como profesión debe estimular y proteger a los que actúan de árbitros, de manera que no dependa de extraños para identificar y facilitar los problemas.

- Las organizaciones profesionales necesitan expandir su agenda sobre grupos de presión y abogados, de manera que no se conformen sólo con el interés particular de sus miembros.

Con estos principios bien aprovechados, el médico debería empezar a recuperar la confianza del público en nuestra profesión.

Internet y la era del paciente consumidor.

Internet aporta grandes beneficios en los cuidados de salud, por ejemplo en nuevas tecnologías, ensayos clínicos, entrenamiento médico y medidas de calidad; en conjunto, cambian porque convierten el sistema de dispensador médico por el de dispensador al consumidor. Aunque la información disponible en Internet ofrece muchas nuevas oportunidades al paciente para participar más eficazmente en la elección de sus proveedores y opciones terapéuticas, también crea unos nuevos retos al médico respecto a la manera de comunicarse con sus pacientes. Éstos no reciben ya información solamente de sus médicos, sino que éstos deben anticiparse a la preocupación de sus pacientes y estar preparados para explicar y resignarse con la información que el paciente le presenta.

Power (9) describe un desplazamiento del poder hacia el pueblo, votantes y consumidores con las nuevas fuentes de información, ya que los consumidores están cada vez más educados y son capaces de “meterse en el sistema” para encontrar lo que quieren. Con relación a lo que el ciudadano busca de información en la red, hay que decir que cada vez es más proclive a buscar información sobre enfermedades específicas y opciones de tratamiento, información que tradicionalmente les era proporcionada por el médico. Es claro que los consumidores están cada vez mejor preparados para demandar lo que quieren, dónde lo quieren y cuándo lo quieren. Power advierte que los pacientes o consumidores son más exigentes, con un 78 por ciento que quieren participar en las

decisiones sobre su tratamiento y un 72 por ciento que no se sienten a gusto cuando el médico no les hace participar en las decisiones médicas que les afecta (9). Estas dos nuevas exigencias de los pacientes pueden ser atendidas correctamente mediante una eficaz comunicación entre el médico y el paciente.

No se sabe qué va a pasar con estas innovaciones en el futuro sobre la atención y cuidados médicos, pero la revolución informática va a producir cambios sustanciales, y los que se resistan a esta situación no sobrevivirán. Por ello, Power recomienda lo siguiente: 1) aumentar la atención personal a cada paciente; 2) integrar mejor la opinión del paciente; 3) crear calidad en el proceso, una auténtica orientación del consumidor no es reactiva; 4) sondear a los pacientes; y 5) reducir el tiempo de espera para las citas de consulta y entre ésta y la intervención quirúrgica.

Por ello, el médico debería adaptarse a esta situación. De siempre, los consumidores no han tolerado la mala calidad, el servicio escaso, el coste elevado y la comunicación inadecuada. El consumidor está más interesado, más que nunca, probablemente en la atención del médico, que en los planes de salud (10), y también cree que en el futuro los médicos jugarán un papel importante en la organización de la sanidad, pero tendrán que poner atención no sólo en la calidad sino también en el servicio, coherencia y mejor organización, de manera que, finalmente en el futuro serán los pacientes los que controlen los cuidados sanitarios (11).

El sistema sanitario actual funciona sobre el tiempo del médico, pero el futuro sistema lo hará sobre el tiempo del paciente —no sólo el cuándo y el dónde, sino el cuánto exigirán los pacientes a los médicos.

Los médicos necesitan organizar su práctica clínica de manera que dispongan del tiempo suficiente para una comunicación eficaz y, cuando sea posible, necesitarán que los medios de comunicación del paciente estén disponibles para aportar más información y reforzar sus instrucciones. Otro segundo aspecto de la información tecnológica y de Internet sobre atención sanitaria es la disponibilidad de nuevas oportunidades para aportar eficiencia que promueva acceso y satisfacción al

“cliente”, tal como lo describe Power (9). Sólo los que actúen así mantendrán su empresa o negocio. Actualmente pocos médicos utilizan Internet para comunicarse con sus pacientes, pero con el tiempo el correo electrónico (e-mail) podrá sustituir a los mensajes telefónicos tradicionales y proporcionar un medio de contacto directo con los pacientes. Sin embargo, Internet hace temer las relaciones entre médico y paciente, ya que rompe los tradicionales límites de mercado. El médico ya no es el único depositario del conocimiento, ya que los pacientes serán capaces de acceder a múltiples fuentes de información.

Impacto de los cuidados dirigidos. Los cuidados dirigidos presentan algunos retos únicos con vistas a la relación médico-paciente, la comunicación y el profesionalismo. Levinson y cols. (12) mantienen que es esencial que el médico comprenda que sólo sobre un fondo ético firme se puede tener una línea de actuación con el paciente. El médico debe decidir si puede ofrecer cuidados de gran calidad en un plano particular y, si no es así, no debería participar. El arte de la comunicación requerida para esta situación incluye el conocimiento de la inquietud y preocupación del paciente y, además, la capacidad de expresar empatía al paciente, así como estimularle a tomar parte activa en la discusión de las opciones de tratamiento y valorar las diferencias de opinión cuando sea necesario; igualmente, la manera de resolver los desacuerdos que tengan.

Como resultado de los cuidados dirigidos, los pacientes se preocupan de la manera de financiar los incentivos que aportan los planes sanitarios y de otros acuerdos que tienen los médicos con sus planes de salud, que puedan influir en los cuidados que proporcionan y recomiendan. Levinson y cols. (12) recomiendan tener empatía sobre las preocupaciones del paciente en conflictos de interés con expresión de un firme compromiso de cuidar al paciente. El médico debe discutir los asuntos económicos con detalle para que el paciente tenga un conocimiento completo de ellos. Dará también opción al paciente para que no se sienta indefenso. Luego, al final de la entrevista, el médico debe tratar cualquier pregunta no contestada. En algunos planes

Tabla 1. Diferencias entre grupos de edades diferentes

| Consumidores mayores | Consumidores más jóvenes |
|--|--|
| "Quiero, pienso, me gustaría" | "Necesito" |
| Estilo más suave: "Ud. sería tan amable" | Estilo seco: "Hágalo ya" |
| Largos preámbulos | Tipo de lenguaje brusco |
| Cuida mucho lo que piensan los demás | Cuida poco lo que piensan los demás |
| Le gusta elaborar y hablar de ideas y soluciones | "Dígame lo que quiero y hágalo" |
| Quiero que los demás hagan algo: quiero participar en el grupo | Quiero que los demás me proporcionen los resultados cuanto antes |

de salud, algunos cambios de provisión de recursos obligan al paciente a conectar con su médico. En tales casos, el médico pondrá de relieve ante el paciente su opinión, comprometiéndose con lo mejor para el paciente, ofreciéndole opciones para que no se sienta coaccionado. Levinson y cols. (12) recomiendan que el paciente sepa cuándo debe ver a la enfermera en vez del médico y también enseñarle el concepto de equipo y reafirmarse en el compromiso de calcular cualquier pega en el sistema para conectar con las necesidades del paciente. En todo caso, la comunicación profunda y cuidadosa reducirá la posibilidad de tomar una decisión poco correcta y de evitar el malentendimiento entre paciente, médico y administrativos del sistema sanitario. Minogue (13) aporta claridad para el reforzamiento de la comunicación cuando advierte que "los médicos tienen dos tareas fundamentales: mantener equilibrados el interés y deseos del paciente con el bienestar del sistema sanitario en que se desenvuelven".

Atención a las diferencias de raza, edad, género. En un estudio dirigido por Cooper-Patrick y cols. (14) sobre razas y género se valoró la importancia de la relación médico-paciente, advirtiendo que los pacientes de color consideraban que los médicos blancos son menos participativos con ellos que con los pacientes blancos. Para atender los problemas de razas se recomienda mejorar la comunicación entre culturas y aportar médicos más diversificados para atender a los pacientes.

Clásicamente, la diversificación ha supuesto incluir las diferencias raciales y de género. No obstante, Kennedy (15) aporta un nuevo significado al término diversidad, que es el de las diferencias clásicas más las diferencias relaciona-

das con grupos, teniendo en cuenta el sitio de trabajo, el estilo de vida, los valores sociales, la motivación y formas de comunicación. Estas diferencias se presentan en la tabla 1.

Por estas razones es muy importante que el médico de hoy y de mañana comprenda no sólo el impacto de la edad de sus pacientes sobre cómo pueden comunicarse, sino también el impacto de la propia edad del médico sobre ello. Sin lugar a dudas, la edad del médico influye sobre las expectativas y formas de comunicación. Sólo aportando estrecha atención a estas diferencias con relación a la edad puede producirse una comunicación eficaz y significativa entre dos grupos de edad diferentes con formas de comunicación diferentes.

Reforzamiento de la acción médico-paciente. Para mejorar la comunicación entre médico y paciente es esencial que exista confianza y adopción, en los siguientes términos que Emanuel y Bubler (16) señalan:

Elección de médico y de opciones de tratamiento.

Competencia que esperan los pacientes del médico.

Comunicación. El médico debe escuchar, conocer el dolor o problema que presenta el paciente y comunicarlo.

Compasión. El paciente no quiere solamente competencia técnica sino también empatía.

Continuidad. La relación entre médico y paciente debe mantenerse en el tiempo.

No tener conflictos de interés. La preocupación primera del médico debe ser su paciente y el bienestar de éste debe primar sobre el propio interés del médico.

La confianza es la culminación de la puesta a punto de estas recomendaciones, y no un elemento independiente (16). Bullger (17), además de estas características para definir al médico en el nuevo mundo de la medicina, añade otras como que el médico moderno debe ser juicioso, sanador clínico con base científica y competente científica y éticamente, así como que conserve la calma, conozca el sufrimiento, el efecto placebo y su papel en la práctica científica de curar, capaz de comunicarse y especialmente de escuchar y, finalmente, conocer el papel propio en la expansión y cambio profesional.

También el reforzamiento de esta comunicación viene del nuevo enmarcamiento del papel del médico en el cuidado de sus pacientes.

Hasta 1960, el objetivo clínico era conseguir el bienestar del paciente. Minogue (13) mantiene que la nueva y moderna noción es que “la camaradería del médico no se ocupe del bienestar del paciente... el individuo se queja legítimamente de difundir lo que es mejor para él mismo aunque esté en desacuerdo con el doctor”.

Papel de la educación médica graduada y profesión. El Consejo de Acreditación de la Educación Médica Graduada de USA (18) ha concretado los principales avances que han de tener impacto en la educación médica graduada. Tales son, el surgimiento de un ambiente global de la medicina, la revelación del genoma humano, el crecimiento continuado del conocimiento científico, la repercusión de los ordenadores en todos los aspectos del cuidado de la salud y la educación, el crecimiento en la información disponible para los pacientes sobre diagnóstico y enfermedad, las estrategias económicas que dominan la situación académica, las demandas de una sociedad multicultural y de una población envejecida. Las estrategias para lograr una excelente comunicación son esenciales en esta nueva situación. También esta institución recomienda otras amplias áreas de competencias necesarias para la acreditación del residente, como: cuidado del paciente, conocimientos médicos, aprendizaje y mejoras basadas en la práctica, y práctica basada en sistemas. De los seis requerimientos, dos –comunicación y profesionalismo– tratan concretamente de las habilidades interpersonales.

Relación médico-paciente. Como mejorar la comunicación

El deterioro de la relación médico-paciente se debe a la falta de preparación de médicos y otros profesionales sanitarios en técnicas de comunicación, diferencias en capacidad de comprensión de distintos pacientes, y de barreras culturales. Los avances tecnológicos en información también deberían compartirse con los pacientes. No obstante, el tiempo disponible para la consulta médica se ve reducido por restricciones impuestas por los que dirigen los hospitales,

así como por la tendencia a ofrecer de manera ambulatoria gran cantidad de tratamientos médicos e incluso de ciertas intervenciones quirúrgicas, y porque cuando se precisa hospitalizar al paciente su estancia suele ser corta. Por tanto, para conseguir mejor comunicación, los médicos tienen que valorar ventajas, técnica y consecuencias del fracaso de una comunicación eficaz (19).

En un sondeo de consumidores (pacientes) para “tantear” sus impresiones y actitudes hacia los cirujanos ortopédicos, realizado por la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos (20), se obtuvieron las siguientes conclusiones. En primer lugar, se estimó que los cirujanos ortopédicos sabían escuchar bien, se preocupaban por sus pacientes y eran compasivos (los llamados atributos de alto impacto), si bien fueron valorados por los pacientes como menos generosos. En segundo lugar, no sólo se valoraron en la muestra sus habilidades técnicas (los llamados atributos tecnológicos), sino también su capacidad para escuchar, preocuparse por los pacientes y mostrar consideración, es decir, los atributos de alto impacto. La idea de su propia valoración y la de sus pacientes fue diferente, lo que habla de una falta marcada de entendimiento. Este estudio, además, comparó la atención de los cirujanos ortopédicos con los médicos de atención primaria, siendo considerados los primeros como menos preocupados y compasivos y más orientados por la técnica.

En vista de estos resultados se decidió realizar una campaña de relaciones públicas que fomentase una imagen combinada de atributos tecnológicos y de buena comunicación de los profesionales especialistas en cirugía ortopédica.

A continuación se expone el problema de la comunicación entre médico y paciente y la manera de mejorarla.

Comunicación. En la relación médico-paciente, la comunicación empieza habitualmente en la primera entrevista o consulta médica. Sin embargo, las citas posteriores en la consulta o en el hospital ayudarán a determinar si la historia del paciente es precisa y completa, a identificar los problemas y a establecer el carácter y la afectividad en la relación médico-paciente.

Según Lipkin y cols. (21), la entrevista médica es la esencia de las habilidades del médico. La entrevista inicial y las posteriores cumplen tres

funciones básicas: obtener información, desarrollar y mantener una relación terapéutica, aconsejar al paciente y establecer planes de tratamiento.

Obtención de información. El objetivo principal de la entrevista médica es obtener la mayor información útil posible sobre factores relevantes (médicos, psicosociales, familiares, ocupacionales) que ayuden al médico a realizar un diagnóstico preciso y a desarrollar un plan de tratamiento. Para ello se requieren ciertas habilidades: saber realizar preguntas eficaces; observación precisa de la información comunicada mediante registros verbales y no verbales; comentar e integrar componentes relevantes de la historia médica completa; identificar barreras frente a una comunicación efectiva, y adaptarse de forma constructiva a las mismas y acomodarse a las diversas creencias, valores socioculturales y variables socioeconómicas de los pacientes y demás miembros de la familia.

Desarrollo y mantenimiento de la relación terapéutica. Lo primero es mantener confianza y respeto al paciente y a menudo con los familiares mediante las siguientes estrategias: humanidad; escuchar de forma activa; reconocer emociones y atenderlas con empatía; reconocer los puntos conflictivos y responder a ellos de forma apropiada; y ser conscientes de las necesidades, valores y detalles personales al tiempo que mantener la integridad profesional (21). El acercamiento al paciente con empatía puede revelar en ocasiones los motivos de sus inquietudes que de otra manera conducirían al fracaso terapéutico.

Consejo y establecimiento de un plan terapéutico. Es la tercera función de la comunicación médico-paciente, es decir, supone informar al paciente y familiares para que comprendan la enfermedad de aquél, las posibilidades terapéuticas y el pronóstico más probable, creando al mismo tiempo cambios en el comportamiento. Si no se entienden las necesidades del paciente puede que se le informe de manera inadecuada, con el riesgo de conseguir un resultado adverso. Pero si se comprenden sus preocupaciones, se le puede informar y aconsejar de forma eficaz y, de esta manera, influir positivamente en el resultado.

Ventajas de una buena comunicación. Se pueden estimar las siguientes:

Satisfacción del médico y del paciente.

Cumplimiento de los planes de tratamiento.

Decisiones médicas adecuadas y buenos resultados.

Disminución de mala praxis.

Coste-eficacia.

Satisfacción del médico y del paciente. Existen muchos factores implicados, como, por ejemplo, capacidad del paciente para hablar sobre las enfermedades utilizando su propio lenguaje; entendimiento del diagnóstico y tratamiento, y la sencillez del médico para expresarse y ponerse a la altura del paciente, evitando utilizar aires de superioridad.

Cumplimiento de los planes de tratamiento. La información apropiada al paciente permite que éste siga fielmente el plan de tratamiento. La comunicación eficaz se ve influenciada por la cantidad, complejidad y contenido de la información transmitida y por cómo se transmite; en ocasiones, en cirugía ortopédica, presentar esquemas o dibujos sobre la intervención quirúrgica ayuda a que el paciente lo entienda y se sienta satisfecho por ello.

Las dificultades en la comunicación están en relación con algunos factores, como el analfabetismo del paciente en materia médica, el tiempo escaso de las visitas, etc. También, cuando el paciente visita a varios médicos, puede recibir información contradictoria o por mala comunicación entre el equipo médico. Esta falta de comunicación puede darse fácilmente en cirugía ortopédica si el cirujano, el fisioterapeuta y las enfermeras proporcionan informaciones contradictorias. Esto puede evitarse cuando el equipo establece un plan conjunto de diagnóstico y tratamiento en procesos comunes.

La capacidad de comprender la información también está en relación con el estado de recuperación del paciente; por ello, la información al paciente deberá repetirse durante la recuperación del mismo.

Cuando existen barreras de lengua o culturales del paciente hay que extremar la información apoyándose en la familia y amigos cercanos.

Cuando el paciente tiene acceso a ordenadores (Internet), obtiene, además de la que le proporciona el médico, información adicional si

bien no se trata de información filtrada en función de contenido y fiabilidad y, por ello, a algunos les gustaría comunicarse con sus médicos mediante correo electrónico (22).

Decisiones médicas adecuadas y buenos resultados. La comunicación es un factor esencial no sólo en la decisión del paciente para ser operado, sino también para el consentimiento informado. Cuando hay falta de comunicación, el consentimiento no se informa realmente, lo que suele ocurrir en un 10 por ciento solamente (23).

Reducción de la posibilidad de denuncias por mala praxis. Cuando la comunicación médico-paciente es mala o falta, existe mayor posibilidad de que se presenten denuncias al médico por el paciente por incompetencia profesional, sobre todo si han surgido complicaciones en el tratamiento (24,25).

Beckman y cols. encuentran las siguientes causas de denuncias: abandono del paciente (32%), infravaloración de la opinión del paciente y su familia (29%), mala transmisión de información (26%) y mal entendimiento de las opiniones del paciente y/o de su familia (13%). Por lo tanto, el 68 por ciento de las denuncias han sido ocasionadas por fallo en la comunicación.

Coste-eficacia. La mejor comunicación y el acceso del paciente a la información influyen en la utilización del hospital y del tratamiento ambulatorio. Una información preoperatoria eficaz se ha relacionado con un tiempo de hospitalización menor, menores complicaciones y disminución del empleo de analgésicos narcóticos. El reingreso hospitalario se reduce al 50 por ciento en pacientes cardíacos cuando se les proporciona una información específica y se insiste en ella (26).

Mejorar la comunicación.

Mejorar la comunicación supone:

Conocer el estado actual de las habilidades de comunicación eficaces.

Enseñar tales habilidades.

Estado actual de las habilidades de comunicación eficaces. Actualmente no se pone especial atención en el desarrollo de las habilidades necesarias para ser un buen comunicador en la formación de los médicos, residentes y postgraduados. Esto se ha hecho de forma clásica aprendiéndolo imitando a un maestro.

Maguire y Rutter (27), analizando el comportamiento de estudiantes de medicina de 4º año, cuando hacían la historia clínica a un paciente estandarizado durante quince minutos, obtuvieron al respecto los siguientes resultados: un 24 por ciento no consiguieron conocer el problema principal, un 12 por ciento no emplearon correctamente el nombre del paciente, y un 30 por ciento no se presentaron ante el paciente. La mayoría de los estudiantes mostraron mala o muy mala capacidad en relación con la entrevista, cualesquiera que fueran las partes analizadas.

Beckman y Frankel (28) hicieron la misma prueba en médicos de atención primaria y comprobaron también la ausencia de una comunicación efectiva.

Levinson y Chaumeton (12) analizaron en cirujanos y generales ortopédicos si el encuentro con el médico en ambiente quirúrgico era diferente al médico de atención primaria. Para ello se evaluaron cuatro parámetros: contenido, procesado, afecto y conversación sobre aspectos sociales. La duración media de la consulta ortopédica fue de 12.7 minutos. Los contactos sociales fueron breves (45 segundos de media), la fase de anamnesis duró 3 minutos (31 segundos de media) y en el 9 por ciento de las entrevistas se comenzó a realizar la exploración antes de haber realizado anamnesis alguna. Prácticamente la mitad del tiempo empleado (5 minutos, 24 segundos) se dedicó a informar y aconsejar al paciente, lo cual consistió en "largos períodos de información por parte del médico y preguntas breves del médico". Menos del 10 por ciento de la duración de la consulta se destinó a aspectos del estilo de vida, impacto de la enfermedad en el trabajo del paciente o acerca del estado emocional general. De hecho, sólo un 1,3 por ciento del tiempo de consulta tocaba de alguna manera posibles aspectos psicosociales del paciente.

Enseñanza de las habilidades de comunicación. La enseñanza de esta materia debería empezar en las facultades de medicina, pero apenas se hace y de modo impreciso. En un congreso internacional sobre la enseñanza de la comunicación celebrado en Toronto, Simpson y cols. (29) intentaron desarrollar medios de educación para mejorar los hábitos de la comunicación de los médicos. Al final hubo consenso de los par-

participantes en los siguientes ocho puntos, que deberían aplicarse a los planes docentes de las facultades de medicina. Son los siguientes:

1. La enseñanza y su evaluación deberían basarse en una visión amplia de la comunicación en medicina. La enseñanza debería incluir habilidades orales y escritas así como comunicación interprofesional y habilidades telefónicas.

2. La enseñanza de habilidades de comunicación y clínicas deberían estar en armonía y ser complementarias.

3. La enseñanza debería definir y ayudar a los pacientes a lograr tareas de comunicación centradas en el paciente.

4. La enseñanza y la evaluación de la comunicación deberían estimular el enriquecimiento personal y profesional.

5. Debería haber un esquema planificado y coherente en la enseñanza de las habilidades de la comunicación.

6. Debería valorarse de forma directa la capacidad de un estudiante para lograr tareas de comunicación.

7. También deberían valorarse los programas de enseñanza y valoración de habilidades comunicativas.

8. Debería dotarse y apoyar de forma adecuada a la plantilla de docentes.

Estos conceptos generales deben concretarse en métodos bien estudiados de enseñanza de habilidades de comunicación, cuyo objetivo es utilizar un enfoque en forma de taller para centrarse en habilidades, tales como la entrevista, el conocimiento y las actitudes del médico (30).

Sin embargo, el mayor impulso que cambiará los planes de estudio médicos vendrá cuando se incluyan las habilidades de comunicación en los exámenes de licenciatura. Este mismo enfoque se está estudiando en Estados Unidos para los programas de residentes y de formación médica continuada, e incluso en los exámenes de recertificación médica.

Para el médico en ejercicio, el método que parece más eficaz para mejorar estas habilidades es la realización de talleres (31-33). Para ello se utilizarán diversas técnicas, como ensayar ciertos papeles, cintas de video sobre encuentros médico-paciente simulados y discusión con colegas; todas ellas han tenido éxito en el aprendizaje de adultos y además, se ha demostrado que

éstas técnicas son mucho más útiles que las conferencias (19).

En resumen, a pesar de los avances tecnológicos se ha producido un progresivo deterioro en la comunicación efectiva médico-paciente. La Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos ha detectado que los pacientes consideran que la profesión ortopédica es buena desde el punto de vista técnico pero mala en cuanto a capacidad de comunicación. Se ha comprobado que la comunicación es deficiente, sobre todo en lo que se refiere a la capacidad para entrevistar al paciente, tanto en los estudiantes de medicina como en los médicos en ejercicio. Una comunicación efectiva proporciona una mayor satisfacción del paciente, mejores resultados, decisiones médicas mejor informadas y menos denuncias por incompetencia profesional. El reconocimiento de la importancia de la comunicación ha dado lugar a que las facultades de medicina en Estados Unidos revisen sus programas y enseñanzas técnicas en comunicación en los programas de residentes y de formación médica continuada (19).

Medidas de protección de la relación médico-paciente.

Los planes sanitarios han adoptado numerosas políticas restrictivas, así como incentivos económicos para controlar costes, a pesar del impacto relativo que esto tiene sobre la relación médico-enfermo (34-36). Lo mismo que los planes sanitarios buscan contener los gastos médicos, las recomendaciones directas al consumidor y el fácil acceso a la información médica incitan al paciente a exigir pruebas y medicaciones costosas. Las presiones económicas a los médicos se complican todavía más por la disminución progresiva de sus honorarios por la atención a los pacientes. Los legisladores del estado y comunitarios han promovido varias leyes denominadas de "protección al paciente" para regular que los programas de contención de gastos no pongan en peligro la salud de los pacientes (37).

El problema centra la devaluación gradual pero cada vez mayor de la relación médico-paciente, que en parte se ha producido porque los planes sanitarios y políticos no reconocen que sus decisiones amenazan esta relación y, a su vez, afectan a la calidad de los cuidados médicos y otros resultados de valor. Además, la relación mé-

dico-paciente ha sufrido de la falta de un grupo de defensa efectivo que haga avanzar esta relación en su provecho. En el consultorio la relación médico-paciente se ve afectada negativamente porque los médicos no han estado dispuestos o han sido incapaces de responder a las inquietudes de los pacientes sobre la contención de gastos. Como los costes siguen creciendo en espiral hacia arriba su contención hace una mayor presión aún sobre la relación médico-paciente (38).

Modelo de relación médico-paciente. En la práctica habitual de la medicina opera un complejo sistema (tabla 2). Igual que los médicos, los pacientes tienen creencias, temores y actitudes personales que dan forma a sus expectativas para un encuentro médico. Sus creencias generan un nivel de confianza antes de la visita en el consultorio que ya existe previamente. A su vez, las expectativas y confianza antes de la visita influyen luego en la consulta, como son la naturaleza de las preguntas que el paciente hace, la transacción entre médico y paciente, la toma de decisiones y las sensaciones que ambos experimentan. La interacción y comunicación durante la visita da forma a los resultados, en nivel de confianza depositada después de la visita, posibilidad de que el paciente siga las recomendaciones del tratamiento, satisfacción del paciente, resultados reales, posibilidad de litigar por mala práctica en caso de malos resultados médicos y satisfacción del médico. Más adelante, estos resultados llegan a introducirse en la forma de pensar y en la confianza de médico y paciente para futuros encuentros. Por ejemplo, un alto nivel de satisfacción del paciente en una visita le orientará hacia una participación en la siguiente visita con mayor confianza y expectativas positivas. Las flechas en este diagrama podrían influir también en varios componentes diferentes del modelo. Por ejemplo, los resultados clínicos pueden influir en la confianza antes de la visita y de manera directa en las expectativas, además de influir en la opinión del médico y del paciente.

Además, la relación médico-paciente se encuentra en lo más alto del ambiente sanitario, que actualmente es complejo y comporta elevación del consumismo, clima legal, propaganda directa al paciente, acceso fácil a la información

Tabla 2.

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---|
| Contención de costes | Acceso a información médica | Ausencia de reembolso |
| AMBIENTE SANITARIO | | |
| Paciente | | |
| Creencias, miedos y actitudes | | |
| Experiencia previa | | |
| Demografía | | |
| | Confianza Expectativas | Encuentro Comunicación Negociación |
| | | Resultados Confianza Satisfacción Retos Apego Biología Mala práctica Desarrollamiento |
| Médico | | |
| Creencias, miedos, actitudes | | |
| Experiencia previa | | |
| Modelos éticos | | |
| Satisfacción con la práctica | | |
| Clima legal | Propaganda directa al paciente | Consumismo |

sobre afecciones médicas, por citar algunos factores importantes. Sin embargo, el mayor reto de esta relación es la necesidad de controlar gastos, por la repercusión entre ambos. Los programas de contención de gastos suponen restricción en la elección de médico, revisión de utilización, acceso limitado a especialistas, utilización de proveedores no médicos, tiempo de citación más corto e incentivos económicos para el médico. No todos los programas de control de gastos se imponen al médico por planes de salud. Por ejemplo, algunos médicos pueden decidir por sí mismos acortar las citas o emplear a médicos subcontratados para conservar (o incrementar) sus ingresos, si los honorarios bajan.

Los médicos se encuentran frustrados como médicos por el incremento de los cuidados sanitarios dirigidos. La interacción de pacientes ansiosos médicos frustrados da lugar a desencuentros y otros retos de comunicación, problemas que muchos médicos no están preparados para manejar o sobrellevar. Estos encuentros tensos entre médico y paciente alteran a su vez los mejores resultados del paciente, así como la orientación médico-paciente en las visitas ulteriores.

Carencias y actitudes del paciente antes de la visita. La confianza y la actitud son las que dan confianza y expectativas a la visita del mé-

dico (38), que tienen varios orígenes: experiencias personales previas y de amigos y miembros de la familia asistidos en la consulta; información directa del mercado del consumidor y en puntos de la medicina en Internet, siempre de variada calidad (39). Además, la gente está en contacto con los medios que influyen en la confianza general del público en la medicina como institución, una confianza que ha ido disminuyendo en la última década.

El coste de la medicina afecta a opinión y actitudes ya que más de la mitad de los pacientes se preocupan, si caen enfermos, más por el sentido de mayor interés por el ahorro económico que por el mejor tratamiento para ellos. También, más de la mitad del público no ha oído hablar nunca de la atención sanitaria dirigida o no sabe bien lo que el término quiere decir, ni tampoco cómo le pagan al médico por ello. En cambio, sí sabe, cuando se les habla a los pacientes de la estrategia en el control de los cuidados dirigidos (por ejemplo, dando bonos al médico para tener bajo control los costes sanitarios) (40).

Las actitudes y opiniones negativas pueden disminuir la confianza en el médico antes de la consulta. Los pacientes tienen más confianza en el médico cuando pagan sus honorarios por servicio (94%) que en casos capitados (83%) o cuando los médicos son asalariados (77%) (36).

Actitudes y creencias antes de la consulta de los médicos. Muchos estudios demuestran una caída general en la satisfacción del médico, tanto más si se trata de cuidados dirigidos (41-42). En los últimos tres años la actitud hacia la asistencia dirigida se ha hecho más negativa a pesar de que algunos planes han abandonado la estrategia de contención de gastos, en la que el médico hace el papel de "portero", con sensación de impacto negativo sobre la calidad de la asistencia (43). Aunque la asistencia dirigida ha mejorado algunas líneas básicas de la práctica médica y de protocolos de enfermedad dirigidos, el 73 por ciento de los médicos consideran que la asistencia dirigida ha hecho descender la calidad asistencial y el 88 por ciento, su menor tiempo empleado con el paciente, y están especialmente preocupados por los incentivos económicos para limitar servicios éticamente inaceptables (44).

Todo esto ha dado lugar a que muchos médicos se planteen su papel de siempre, es decir, buscar el mayor y mejor interés para su paciente como individuo sin la influencia de las necesidades mayores del mismo. Frente a la necesidad de contener gastos, algunos médicos han empezado a buscar una nueva definición de su papel, como intercesores de sus pacientes aisladamente o de comunidades mayores, equilibrando necesidades que puedan ser conflictivas (45). Las presiones derivadas de la asistencia dirigida están conduciendo a otros médicos a "pelear el sistema", exagerando o tergiversando las afecciones de sus pacientes para asegurarles los servicios que necesitan (46). Se consideren o no los médicos guardianes de los recursos de la comunidad, pueden tener una profunda influencia en su relación con el paciente para discutir las razones del uso restrictivo de pruebas o procesos costosos.

Interacción médico-paciente. Las interacciones entre pacientes ansiosos y médicos frustrados son una prescripción de conflicto y desacuerdo. La comunicación y las habilidades interpersonales se han deteriorado entre 1996 y 1999 (47), y los problemas derivados de la contención de gastos pueden conducir a algunos pacientes a una situación de "chirrido de engranajes", exigiendo con presión los servicios médicos para que atienda sus necesidades sanitarias, sobre todo cuando el paciente requiere un servicio especial que la política sanitaria restringe. Los puntos críticos de desacuerdo son la limitación de recursos (por ejemplo hospitalización, interconsultas especiales, pruebas, tratamientos), acceso a cuidados (por ejemplo tiempo de atención, acceso a profesionales no médicos) y problemas económicos con los médicos (gastos médicos y arreglos económicos del plan sanitario con los médicos) (48).

Estas interacciones son difíciles por varias razones. Este tipo de desacuerdos ponen al médico en situaciones difíciles para explicar las restricciones, mientras el paciente confía que su problema de salud pueda ser atendido adecuadamente. Para el médico resulta frustrante darse cuenta de que es objeto de mala fe del paciente, teniendo en cuenta el escaso control que los médicos tienen sobre la mayor parte de las políticas de contención de gastos. Tal frustración hace que al médico se le haga difícil responder con empatía a los proble-

mas de los pacientes con política de cuidados dirigidos. Esto se complica, además, por la relación médico-paciente más corta que da lugar a que los pacientes se cambien de seguro sanitario (USA) (49), o busquen una segunda opinión. En fin, si los pacientes permanecen callados acerca de los problemas de contención de costes, el médico llega a estar ajeno a la raíz de estos conflictos. Pero, incluso cuando lo reconoce, lo menos complicado para el médico puede ser ignorarlo simplemente, mejor que tratar de discutir el problema económico en una visita corta. Incluso, si no está interesado en ello, el problema empeorará, creando tirantez en la relación médico-paciente.

Plan de salud y respuesta de la política pública. La insatisfacción que de manera profunda sienten pacientes y médicos con el cuidado dirigido de la salud, hace que muchos de estos planes modifiquen su orientación sobre la contención del gasto. Algunos lo han hecho eliminando su función de "portero" y de preautorización (50); otros han abandonado el sistema de capitación y han vuelto al modelo de los honorarios por servicio médico, pagando a los médicos de atención primaria. Tanto mediante planes y empleadores, la política sanitaria se está esforzando en que los pacientes sean más sensibles al problema de costes (por ejemplo, utilizando formularios de diferentes niveles o definiendo los beneficios que resultan de contribuir al funcionamiento de la salud) (51). Sin embargo, a pesar de todo, la inquietud por contener los costes ha descendido en USA ligeramente entre 1998 y 2002 (49) y a medida que el gasto sanitario aumenta, la relación médico-enfermo sobre ello continuará posiblemente en el futuro (52).

Los políticos estatales y comunitarios que dirigen esta política responden al fustigamiento de la atención dirigida adoptando leyes de protección al paciente, esfuerzo que no refuerza la relación médico-paciente sin problemas. Una de éstas es el derecho que tiene el paciente de revisar externamente las decisiones del plan de salud, pero para ello el paciente debe conocer sus derechos, confiar en la objetividad de la revisión y asegurarse de que dicha revisión acabe conduciendo a la no retribución desde el plan de salud.

El segundo punto de atracción de las leyes de protección al paciente es el derecho de plei-

tear los planes cuyas decisiones dañen al paciente, pero no es práctico ya que los pleitos tardan años en resolverse y además sólo se plantean después que haya ocurrido una lesión. Además, la mayoría de los lesionados no toman acciones legales. Se necesitará de nuevas estrategias para mitigar el impacto de la contención de gastos sobre la relación médico-paciente.

Protección de la relación médico-paciente.

Para reforzar la relación médico-paciente hay que atender a las preocupaciones de los pacientes y a las frustraciones de los médicos. Las recomendaciones de Gallagher y Levinson (38) son las cuatro siguientes, que a su vez están relacionadas entre sí:

1. Definir y proclamar los modelos de la relación médico-paciente.
2. Desarrollar estrategias para abogar por esta relación.
3. Potenciar incentivos ejemplares por la relación médico-paciente.
4. Difundir el entrenamiento y habilidades de comunicación de los médicos.

Primera recomendación. Definir y proclamar modelos de relación médico-paciente. Tales modelos permitirán, tanto a los planes sanitarios como a los que establecen las reglas, comprender y minimizar el impacto de sus decisiones sobre la relación médico-paciente. En una gran mayoría de enfermedades se han desarrollado modelos y líneas de actuación clara para apoyar la aplicación de cuidados al paciente y de su calidad para ser evaluados (53). Por ejemplo, en pacientes diabéticos se incluye la medición regular de hemoglobina glicosilada y exámenes anuales de ojos y pies (54).

Existen pocos modelos basados en la evidencia con vistas a la relación médico-paciente y la mayoría provienen del análisis conceptual y no de la investigación empírica. Emanuel y Dubler (34) establecen los 6 siguientes: elección, competencia, comunicación, compasión, continuidad y ningún conflicto de intereses, pero no está claro cuál de ellos debería ser interpretado como medida específica.

No se puede medir cada aspecto de esta compleja relación ni tampoco habría menos instrumentos para medirlo con gran precisión, facilitando el desarrollo y promulgación de am-

plios modelos para la relación entre médico y paciente. Uno de estos instrumentos es la PCAS (Primary Care Assessment Survey), un cuestionario validado de 51 preguntas que mide la relación médico-paciente en atención primaria (55-57). El PCAS lleva 10-15 minutos en su realización completa y puede aplicarse a pacientes que esperan por su primera atención primaria (58). Ocho preguntas miden la confianza del paciente en su médico, sin que ninguna se refiera al control del gasto. Últimamente se promulgaron las medidas clave de la relación médico-paciente incluyendo además otras dimensiones aceptadas de atención de alta calidad. La puntuación del plan específico PCAS ayudaría a los consumidores a elegir con más información su cobertura sanitaria y a los planes de salud a monitorizar para potenciar la calidad de la relación médico-paciente. Otros modelos pueden ayudar a hacer una investigación crítica de cómo afecta el ambiente sanitario a esta relación. Los primeros estudios en su mayoría han sido cruzados y pocos los que examinaron las consecuencias de esta relación en el tiempo. Menos investigación se ha realizado aún sobre las consecuencias del ambiente sanitario en la relación médico-paciente. Por ejemplo, muchos planes y médicos han solicitado aumentar la productividad disminuyendo el tiempo permitido de la visita del paciente (59) y sólo unos pocos estudios han examinado la relación entre duración de las visitas y calidad de la relación médico-paciente y hasta la fecha ningún estudio ha valorado cómo afecta a los resultados el acortamiento del tiempo de la visita. A falta de estos datos no puede defenderse con firmeza los modelos que proponen menor tiempo para las visitas en atención primaria.

Segunda recomendación. Desarrollar estrategias eficaces para defender la relación médico-paciente. Hasta ahora no se conoce ningún mecanismo definido por el que el médico y el paciente puedan identificar lo que valoran en la relación médico-paciente para proponer una relación más fuerte (60). Si bien los pacientes son muy dueños de difundir su insatisfacción por la atención médica dirigida, los primeros compradores de sanidad no son los pacientes sino sus empleadores. Como éstos sólo ofrecen a los empleados un plan de salud, los pacientes se ven restringidos en su

capacidad de “votar pateando” y desarrollar planes que consideren satisfactorios (61). Por otra parte, resulta difícil para el médico hablar sobre la cantidad de la relación médico-paciente sin aparecer como muy interesados ellos mismos.

De manera ideal, debería existir una coalición médico-paciente, trabajando en colaboración, para reorientar la atención de los que toman las decisiones sobre la relación médico-paciente. Así, el médico podría informar a los pacientes de lo que son las realidades del efectivo coste de la medicina, y el paciente ayudaría al médico a comprender la experiencia de las atenciones sanitarias que se mantienen en el ámbito de la ley. Su unión podría ser una fuerza política poderosa para reformar estos aspectos responsables de los temores y frustraciones del paciente y del médico.

Esta última propuesta ha tenido considerable éxito en enfermedades concretas como la diabetes o el cáncer de mama. No obstante, esta política orientativa puede presentar en términos generales dificultades con la intención de que el paciente se movilice para entrar en acción y potenciar la relación médico-paciente. Si la investigación en este sentido confirma la conexión entre duración de la visita y los resultados del paciente, debería dirigirse la intercesión en asegurar el tiempo adecuado para los encuentros entre médico y paciente.

Tercera recomendación. Potenciar incentivos para la relación médico-paciente. La fuerte relación médico-paciente tiene gran valor en sí misma para la mayoría de los médicos. No obstante, cuando las consultas aumentan y los objetivos de las visitas preventivas chocan con citas de tiempo más cortos, los médicos muy ocupados no pueden pretender aportar energía que alimente y mantenga la relación médico-paciente. Los incentivos para ello pueden ayudar a mejorar la situación: unos pueden ser económicos (62), y si es cierto que algunos planes sí lo ofrecen, los incentivos para satisfacción del paciente son pequeños. Además, los instrumentos para medir esto preocupan en los programas de contención de gastos.

Por tanto, habría que tener en consideración otros incentivos que no fuesen los económicos para mejorar la óptima relación médico-paciente. Los médicos valoran mucho la consideración que

les dispensan sus colegas. Una vez que se encuentren los modelos de aplicación que midan con precisión y cuidado la relación médico-paciente, los médicos que se comporten de manera excepcional podrían ser tenidos por “héroes”, “estrellas clínicas” o “maestros de la comunicación”, con lo cual este reconocimiento no sólo tendría una aplicación local, sino también a nivel de las organizaciones nacionales de la especialidad.

Cuarta recomendación. Desarrollar entrenamiento y valoración de habilidades de comunicación entre los médicos. La educación médica tradicional ha prestado relativamente poca atención a enseñar las habilidades básicas necesarias para establecer y mantener una relación médico-paciente más fuerte (63) y aún menos en comprobar si los estudiantes de medicina lo han realizado.

La mayoría de los médicos se inician en la práctica sin experiencia alguna previa sobre cómo dirigirse o hablar a los pacientes y sobre la contención de gastos. Deberían darse cuenta de que sus pacientes se preocupan por ello y buscan mejorar sus habilidades en reconocer y responder a estas cuestiones. Se podrían adoptar modelos de enseñanza sobre habilidades de comunicación, atención en los últimos días del paciente, cortar las malas noticias y otros asuntos que impresionan, como el de prepara a los médicos en conversaciones sobre contención de gastos (64,65).

En resumen, la relación médico-paciente si bien es fundamental para aplicar atención médica de alto nivel, se encuentra desprotegida en el ambiente médico actual. Los planes sanitarios tienen una política de contención de gastos que no aprecia las consecuencias adversas frente a las relaciones entre médico y paciente. Las denominadas “leyes de protección del paciente” no contemplan las causas fundamentales de tensión entre médicos y pacientes.

Se presenta un modelo con el que aunque pueden contenerse los gastos, se afecte menos esta relación, poniendo de manifiesto cómo afecta el ambiente médico a las expectativas creadas de pacientes y médicos antes de la visita médica, la naturaleza de su interacción durante la visita y los resultados clínicos del paciente. Esta prescripción tiene cuatro partes que se exponen ampliamente y ayudan a restablecer el elemento esencial de la clínica: una relación fuerte entre el médico y el paciente (38).

Empatía en la relación médico-paciente

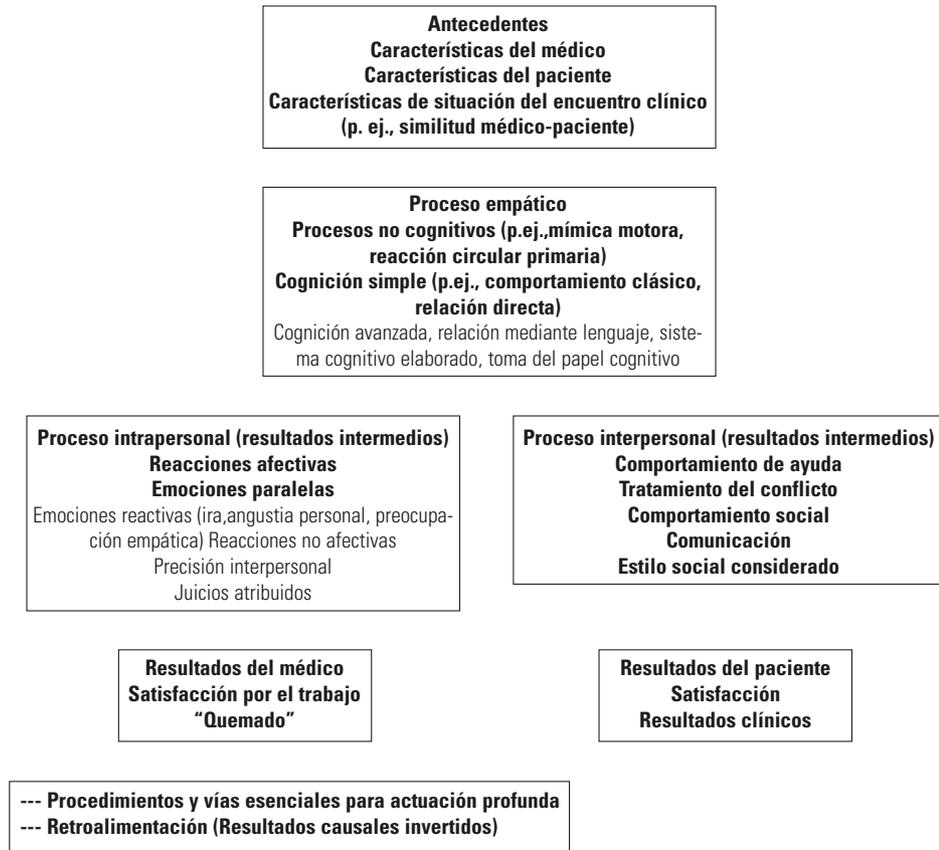
En los últimos veinte años ha existido cada vez mayor interés entre educadores y médicos en ejercicio, para comprender que las relaciones terapéuticas, junto con la integración del conocimiento y habilidades, el contenido de cuidados, la información dirigida, el trabajo en equipo y los sistemas sanitarios, son una parte integral de la atención médica eficaz y una parte sustancial de la curación (66). El efecto contexto, mejor conocido como efecto placebo asiste, al máximo detalle, al impacto de la relación médico-paciente sobre la recuperación del mismo (67).

La literatura médica publicada sugiere que los médicos que utilizan maneras afectuosas, amistosas y tranquilizadoras son más eficaces (68). Además, Halpern (69) opina que la empatía tiene varias consecuencias: 1) hace a los pacientes más cercanos a sus síntomas y preocupaciones y, por ello, facilita la recogida de información médica; 2) ayuda a los pacientes a recuperar su autonomía y participar en su tratamiento, aumentando así su eficacia; y 3) dirige las interacciones terapéuticas que afectan directamente a la recuperación del paciente. En suma, “establecer conexiones” y desarrollar empatía son dos cualidades fundamentales para los cuidados y potenciación terapéutica de las relaciones médico-paciente.

Para cultivar una fuerte capacidad de empatizar con otros se necesita paciencia, curiosidad y disposición para someter la mente propia a la del mundo de los pacientes. Sin embargo, existen muchos obstáculos que el médico actual encara cuando aspira a desarrollar empatía, como son el exigente ambiente de trabajo con gran sobrecarga, el dar poca importancia a la empatía, y el pesimismo. Además, hay escaso entrenamiento y formación en aspectos de compasión y emocionales en los actos médicos.

Si bien el concepto de trabajo emocional –“acto de expresar las emociones deseadas de forma organizada durante las transacciones de servicio” (70), es bien conocido en el tratamiento de organizaciones, no es lo suficientemente apreciado en medicina. A continuación se investiga el paralelismo entre el proceso psicológico de empatía y el trabajo emocional. Con el fin de articular los procesos mentales y el comportamiento del médico, se adopta un enfoque psico-

Tabla 3. El proceso empático (letra negrita) y los resultados intrapersonales (letra normal) y las vías que los unen (líneas entrecortadas) juegan un papel esencial en la interpretación profunda. Tienden a debilitarse o distorsionarse cuando la interpretación superficial es el método dominante utilizado para reunir los requerimientos de las reglas expuestas. La cognición avanzada aumenta las emociones reactivas, como la preocupación empática y la angustia, la mayor precisión interpersonal y el mejor juicio acerca de los atributos de los pacientes, así como el camino que ellos siguen para afectar a los resultados interpersonales; todos estos aspectos definen la interpretación profunda.



lógico para considerar la empatía clínica que se produce de parte del médico, poniendo énfasis en la relación médico-paciente (66).

En la tabla 3, tomada de la teoría de Davis (71), se resume el proceso de empatía y los resultados que médicos y pacientes experimentan con facilidad. Se sugiere tratar el proceso de empatía como el del trabajo emocional y se propone utilizar métodos de representación para entrenamiento del médico sobre empatía. La adopción de tal sistema ayudará a los médicos a acertar y utilizar la empatía en su práctica diaria.

Primeramente se presenta un modelo de empatía clínica y mecanismos unificados. Luego se revisan la investigación sobre el trabajo emocional y métodos de acción o representación para crear una relación de tratamiento em-

pático. Finalmente, se discuten las futuras investigaciones para la comunidad médica (66).

Empatía clínica y sus consecuencias. La palabra empatía se utiliza de manera rutinaria en la discusión sobre relación médico-paciente. Considerada como una actitud, debería ser una dimensión de habilidad o comportamiento para englobar, además, a las dimensiones cognitiva y afectiva, siendo la dimensión de habilidad el reflejo del proceso interpersonal que ocurre entre las personas en la expresión de empatía, mientras que las dimensiones cognitiva y afectiva forman parte de un proceso interpersonal que se produce en una sola persona que está experimentando empatía por otra (72). Si bien estos conceptos tienen eco en escritos de otros autores, la empatía no es exactamente una actitud,

sino más bien un proceso que incluye actividades afectivas, cognitivas y de comportamiento.

Aunque hay muchas posibles definiciones de empatía, Larson y Chao (66) adoptan el concepto que sugiere Davis (73), quien define la empatía como un proceso psicológico que comporta un conjunto de mecanismos afectivos, cognitivos y de comportamiento, y de resultados en respuesta las experiencias observadas de otros. La tabla 3 muestra los mecanismos más relevantes de la situación clínica. Indica también que los resultados intra e interpersonales tienen consecuencias inmediatas y a la larga sobre los resultados del paciente y del médico.

El núcleo del modelo del proceso son los procesos empáticos y sus relaciones intra e interpersonales. El proceso empático incluye diferentes actividades psicológicas que se producen en una persona. La tabla indica que los procesos empáticos dan lugar a cambios cognitivos, afectivos y de comportamiento. Factores de antecedentes, como características del médico, del paciente y del ambiente clínico afectan a las actitudes internas y externas del médico, directa e indirectamente. Como comporta a una interpretación en marcha, los resultados interpersonales (comportamiento social) afectarán a su vez a los resultados intrapersonales y antecedentes, y los resultados intrapersonales pueden cambiar el proceso empático (indicado en línea entrecortada en la figura).

Precedimientos empáticos. Cuando se presenta una situación como la disputa con un paciente, el observador primero acomete los procedimientos empáticos, que pueden agruparse de acuerdo con la complejidad cognitiva involucrada. Al nivel más básico, los procesos no cognitivos, tales como la mímica motora y la reacción circular primaria son responsables de generar resultados afectivos similares (74). Por ejemplo, los pacientes con depresión profunda pueden despertar un sentimiento reflejo depresivo en el médico. El siguiente nivel del proceso empático comporta cognición rudimentaria. El condicionamiento clásico y la asociación directa se basan ambos en la idea de que el observador ha experimentado en el pasado un afecto similar que es generado en la sugestión encontrada en la persona o en situación diana. Por ejemplo, el pa-

ciente puede tener expresiones en su cara que recuerdan al médico emociones similares que experimentó en el pasado. El nivel más avanzado del proceso empático incluye la asociación a través del lenguaje, trama cognitiva elaborada y toma de partido. Los dos primeros procesos, se dice que están funcionando en cuanto el observador responde empáticamente y toma interferencias de sugestión verbales. Por ejemplo, el médico puede comprender mejor a un paciente si éste se expresa más próximo a su situación. Tomar partido es el proceso más avanzado en que el observador imagina activamente la perspectiva diana y responde de acuerdo a ello. La participación cognitiva comporta deducción sobre pensamientos, motivos o intenciones; la participación en el papel afectivo comporta deducción sobre emociones (75). Por ejemplo, el médico imagina estar en la situación del paciente o en la que el paciente piensa o siente.

Resultados intra e interprofesionales. El proceso empático afecta a lo que el observador (médico) piensa, siente (resultados intrapersonales) y se comporta (resultados interpersonales) con el paciente (objetivo o diana). Los resultados intrapersonales pueden ser afectivos o no. Los afectivos incluyen emociones paralelas y reactivas. Las paralelas suelen ser reproducciones de un afecto del paciente. Las emociones reactivas, por otra parte, son las respuestas del observador y suelen experimentarse por el paciente. Por ejemplo, la ansiedad en el médico al ver a un paciente ansioso es una emoción paralela.

Por otra parte, la reacción del médico al observar a un paciente tratado de mala fe es una emoción reactiva. La angustia o pena personal y la preocupación empática (un sentimiento de compasión por otros) son otras dos emociones reactivas frecuentes (75). En general, la generación de emociones reactivas precisa de un proceso cognitivo más avanzado (por ejemplo, tomar partido). Los resultados no afectivos son formas de juicio, evaluación o creencia (confianza) en otras personas. En una historia clínica los resultados no afectivos son típicamente el pensamiento, el sentimiento de estimación de los pacientes por el médico y las características y atribuciones acerca del comportamiento y decisiones del paciente.

Los resultados interpersonales representan el ejemplo del aspecto de comportamiento de empatía, como son los comportamientos de ayuda, agresión y comportamientos sociales. En la relación médico-paciente, los comportamientos sociales tales como comunicación y un estado social considerado (por ejemplo, afabilidad, sensibilidad, perspectivas positivas e incluso ecuanimidad) son el problema principal (75). Los procesos empáticos y los resultados interpersonales aumentan el comportamiento de ayuda y reducen el de tipo agresivo, procurando evitar conflictos y mejorar el tratamiento del conflicto, promoviendo buena comunicación y un estilo social considerado. Además, el proceso empático puede afectar a los resultados interpersonales directamente, como el conocimiento de la situación del paciente (por ejemplo, a través de la toma de partido) conduce a comportamientos habituales de ayuda.

Antecedentes de la curva de retroalimentación. Los factores precedentes incluyen las características de la persona y la situación que aumenta o disminuye la posibilidad de que se producirán ciertos procesos empáticos y resultados. Por ejemplo, la empatía de disposición del médico o la historia personal determinan lo fácil que es para ellos incluirse en la toma de partido o de reaccionar con ciertas emociones y tomarse ciertas atribuciones. La mayor parte de las personas encuentran más fácil ser empático con personas que son iguales a ellas mismas. A veces una situación puede ser poderosa, tanto que tales características individuales no merecen la pena, no importan.

En la tabla 3, las líneas entrecortadas que conectan resultados intrapersonales y procesos empáticos indican que los resultados intrapersonales pueden iniciar acto seguido procesos empáticos (76). Por ejemplo, un sentimiento ansioso del médico (reacción emocional paralela) acerca de la situación del paciente puede empezar teniendo un papel afectivo y cognitivo que, a su vez, podría potenciar su conocimiento (precisión interpersonal). Los resultados interpersonales afectan también a los resultados intrapersonales y los antecedentes (como muestra el bucle de retroalimentación de la figura). Por ejemplo, la buena comunicación que calma a un pa-

ciente también ayuda al médico a disminuir su propia angustia o pena (por ejemplo, emociones reactivas) y a cambiar la situación (por ejemplo, el paciente no está preocupado).

Resultados de paciente y médico. Davis y Kraus y Davis Oathout (77,78) proponen los comportamientos sociales concretos que hacen impacto sobre el observador y los resultados sociales del objetivo (por ejemplo, soledad, ansiedad) que lo hacen a través de la percepción. De manera similar, en nuestro modelo de Davis, las habilidades del médico para comunicarse y el estilo social, tienen un impacto directo sobre la satisfacción del paciente y los resultados clínicos. Esto concuerda con los hallazgos que la empatía produce en los resultados de tratamiento mejorados (67).

El comportamiento social afecta también a lo que los médicos sienten en su trabajo. Suchman y Matthews (79) indican que, en su discusión sobre la dimensión de "conexión" del cuidado de los pacientes, éstos no son los únicos que se benefician de una relación terapéutica significativa. Los médicos también se benefician de tal relación. Es por ello que el médico, como cualquier ser humano, busca el significado y la finalidad de la vida, que puede encontrarse en las conexiones espirituales que tiene con sus pacientes. Además, el médico a menudo soporta la carga emocional de la vida y la muerte, de la cual necesitan liberarse. Alguno busca ser necesario y con ello la atención y la autoridad que la gente les dispensa (79), lo cual se puede encontrar en las relaciones transpersonales con los pacientes. Esto habla claramente en favor de la influencia positiva empática social que los comportamientos pueden tener sobre la satisfacción del médico. Sin embargo, inmiscuirse en el proceso de empatía tiene sus peligros ya que las relaciones emocionales, en particular la pena o angustia personal, así como el esfuerzo en controlar la comunicación, pueden contribuir a la sensación de estar "quemado".

Las consecuencias de los resultados intra e interpersonales sobre los resultados médico-paciente son inmediatos y acumulativos. En otras palabras, para el paciente el comportamiento social, demostrado por él mismo, tiene consecuencias en y a través de las visitas médicas: para

los médicos su propio comportamiento y reacciones interpersonales en y a través de las visitas de los pacientes influye en su satisfacción y posibilidad de “quemarse”.

Investigar la influencia de la empatía de disposición sobre la comunicación apoya de manera consistente el concepto de que los individuos con mayor capacidad cognitiva de tomar partido, o una preocupación mayor por la disposición empática, pueden comunicarse mejor que aquéllos con menor capacidad para ello. Igualmente, la preocupación por la disposición empática y toma de perspectiva se encuentran como positivas en relación con el comportamiento considerado autorrelatado y la atribución de resultados positivos con la otra persona en el matrimonio.

En conjunto, aunque este modelo precisa de más trabajo para ser validado, proporciona una base de discusión de la empatía clínica y va de acuerdo con el análisis de los estudiantes de medicina. De acuerdo con Halpern (69), la empatía entre médico y paciente no es un “discernimiento separador”, ni siquiera un “fundimiento conmovedor”. El atributo, la precisión de percepción o las emociones paralelas no son empáticas por sí mismas, pero sí parte del proceso global. La empatía es “una actividad de imaginación dirigida, como asociación, sonoridad y talento que proporciona el contexto”. Esto refuerza la naturaleza de esforzamiento del proceso de tomar partido o participar.

Trabajo emocional y métodos de representación. ¿Qué es el trabajo emocional? Hochschild (80) acuñó el término de trabajo emocional en su libro, detallando el control de organización sobre la vida emocional de los que trabajan. La base del trabajo emocional radica en que, al adoptar varias reglas que dictan la expresión de ciertas emociones que acompañan a ciertas situaciones concretas, las organizaciones son capaces de dirigir el proceso de transacciones interpersonales entre sus trabajadores y clientes para conseguir un servicio eficaz y con mayor aprovechamiento. La investigación sobre dirección y organización está orientada a la industria de servicios en la que las interacciones y contactos de voz son frecuentes. Por ejemplo, Hochschild documenta la dificultad de los que parti-

cipaban en un vuelo cuando se les preguntaba mostrar mayor hospitalidad a todos los pasajeros y evitar exponer incomodidades a ruegos no reales. Los cobradores de facturas (el “cobrador del frac”), otro grupo que participa del trabajo emocional, fueron seleccionados, socializados y advertidos de su adaptación a normas que requieren situación emocional.

Con una orientación psicológica, se define el trabajo emocional como “el proceso que regula las emociones experimentadas y dispersas para presentar una imagen profesionalmente deseada durante las transacciones interprofesionales en el trabajo (70,80-82). La empatía abarca el tratamiento de las emociones internas y externas. Para el médico el trabajo emocional utiliza recursos psicológicos para producir cambios cognitivos y afectivos con el fin de proyectar una imagen empática al paciente.

Un estudio algo especial de trabajo emocional se ha realizado en enfermeras (83-84). De la enfermera se espera que aporte ayuda y sea tolerante, no tanto para los que le contratan sino por los modelos profesionales y lo que espera el cliente (es decir, el paciente). Ello da lugar a veces a estados de angustia por el trabajo emocional, aunque seguramente más por el trabajo que realiza que por la empatía, debido tal vez a la naturaleza de la enfermería: cuidar más que sanar. El trabajo manual y mental tiene sus consecuencias positivas para el individuo.

Métodos de interpretación. Son inherentes al trabajo emocional, o sea maneras de realizarlo. Los individuos pueden imitar sus posibilidades emocionales creando expresiones de la cara, de la voz o posturales, o tratar de alterar su experiencia íntima y actuar de acuerdo con las emociones que experimentan actualmente (80). Lo primero es la interpretación denominada superficial y profunda, si bien el trabajo emocional puede originar una o ambas, aunque pocos estudios han examinado el proceso conjuntamente. Sin embargo, ambas maneras de interpretación requieren regular la emoción aunque con diferente enfoque (85). La interpretación profunda está orientada a cambiar un estado emocional íntimo de uno, y cuando el sujeto trata de cambiar su percepción de la situación o alertar su orientación emocional con el fin de modificar sus reac-

ciones emocionales automáticas a la situación que tiene a mano y sus experiencias posteriores. En la interpretación superficial las personas modifican sólo sus expresiones de emoción sin cambiar lo que realmente sienten en su interior. En la interpretación profunda, la memoria y la imaginación se utilizan libremente en un esfuerzo de renovación del mundo más íntimo del que actúa. En la superficial, los individuos se ocupan de sobrepasar las expresiones automáticas que no se desean, fabricando expresiones que se quieren y sosteniendo las disonancias de los dos.

Entramado metafórico de la empatía clínica.

Con el creciente énfasis por el tratamiento holístico (86), la empatía ha llegado a ser un componente crítico actual de la relación médico-paciente. También los médicos, lo mismo que los que trabajan en los servicios, están llamados a adoptar ciertos comportamientos en su relación con los pacientes. Sin embargo, no es suficiente considerar la empatía como algo deliberado en la relación con el paciente. El tratamiento empático, para poder ofrecer perspectivas, necesita conocer las reacciones del paciente, tanto afectivas como cognitivas y canalizarlas en forma de comportamientos sociales con el paciente. Si los procesos empáticos se consideran como trabajo emocional y se atienden las expectativas de los pacientes de ciertos comportamientos sociales como si fueran reglas, entonces la interpretación superficial ocurre cuando actúan ante tales procesos con empatía o de resultados interpersonales relevantes, que sólo entonces producen comportamientos sociales de acuerdo con las expectativas del paciente de un médico empático. La idea de Halpern del “razonamiento emocional” va de acuerdo con la denominada interpretación profunda de empatía: “el trabajo fundamental para empatizar es imaginarse cómo siente que experimento algo...” (69).

Los médicos hoy no pueden obtener de la literatura sobre comunicación las habilidades para guiarse en sus relaciones diarias con los pacientes (87,88). En conjunto se da menos atención a cómo el médico debe transformarse, él mismo, para ser empático.

En resumen, la empatía debería caracterizar a todas las profesiones que se ocupan del cuidado de la salud. A pesar de los avances de la tec-

nología médica, la relación de sanar que existe entre médico y paciente sigue siendo esencial para la atención sanitaria de calidad. Larson y Yao (66) proponen que los médicos consideren la empatía como trabajo emocional. Los médicos, como otras profesiones, se introducen en el trabajo emocional mediante la interpretación profunda (por ejemplo, creando reacciones emocionales y cognitivas) antes y durante las interacciones empáticas con el paciente, similar a los métodos tradicionales de actuar utilizados por actores del teatro o la pantalla; la interpretación superficial (por ejemplo, forjando un comportamiento empático hacia el paciente ausente de reacciones emocionales, y cognitivos de consistencia o ambos). Aunque es preferible la interpretación profunda, el médico puede atenerse a la interpretación superficial cuando el conocimiento emocional y cognitivo inmediatos son imposibles. En conjunto, se propone que los médicos sean sanadores más eficaces —y disfruten de una satisfacción más profesional— cuando se introducen en el proceso de la empatía. Hay que urgir a los médicos a que reconozcan, en primer lugar, que su trabajo tiene un elemento de trabajo emocional y, segundo, a que practiquen interpretación profunda y superficial conscientemente para empatizar a sus pacientes. Los estudiantes de medicina y residentes pueden beneficiarse de un entrenamiento regular a largo plazo que incluya esfuerzos conscientes de desarrollar sus capacidades empáticas. Esto será de valor para médico y paciente que se enfrentan al mundo de la medicina moderna cada vez más fragmentado y tecnológico.

Opinión de un paciente sobre la relación médico-paciente.

En opinión de un paciente que escribe este artículo (89), afecto de parálisis cerebral espástica y operado repetidas veces de problemas de su aparato locomotor, el cirujano ortopédico debería reunir las siguientes características: elegante, habilidoso, compasivo, seguro, honrado, franco y digno de confianza. Así debería ser un cirujano ortopédico.

La relación que he tenido con mis cirujanos ortopédicos —señala convencido— ha tenido un gran impacto en toda mi carrera médica (también soy médico). Ciertamente lo más importante de un cirujano ortopédico en su trabajo se

basa en su capacidad y conocimientos médicos. Pero no es suficiente con ocuparse de los retadores problemas físicos de sus pacientes; pienso que es mucho más que hacer operaciones con buena técnica. Pienso que más importante es tener un cierto compañerismo con sus pacientes para que los cuidados médicos sean lo más eficaces posibles, y, esto se basa en cosas sencillas, como ver una radiografía con el paciente y explicarle lo que se ve, o atender cuidadosamente a la preocupación del paciente y hacerlo con honradez. El hecho de sufrir una operación, para un paciente es un gran problema y no algo que ocurre todos los días. Es esencial que las líneas de comunicación entre el médico y el paciente sean abiertas y en buena armonía.

Personalmente no hablo por mí mismo solamente, sino que recojo las experiencias quirúrgicas de otros en forma de retazos. La práctica de la medicina es arte y ciencia, debiendo existir un delicado equilibrio entre ambas. El paciente necesita de cuidados médicos y el médico puede ayudarle, pero la única forma de establecer un puente de unión entre los dos es el conocimiento mutuo a través de una comunicación eficaz. Comunicación es la palabra clave para establecer la relación médico-paciente. El primer paso es compartir responsabilidades. A veces esto puede ser duro de hacer con el especialista en tres o cuatro consultas, pero hay que responsabilizarse de preguntar al cirujano ¿cuántas operaciones como ésta me iría mejor? Y al mismo tiempo, espero una contestación honrada y completa de mi médico. Quiero que mi cirujano actúe con la mayor competencia profesional. Al mismo tiempo quiero que admita que no conoce la respuesta a una de mis preguntas y quiero que tome la decisión de contestar a la pregunta.

En cirugía ortopédica infantil la responsabilidad de preguntar corresponde a los padres y es recomendable estimularles a ellos a preguntar y para ello se les pide que lo apunten o rellenen un cuestionario para facilitar la discusión durante la entrevista; procure no hacerles esperar y ayúdelos.

Escuchar es una parte clave de la profesión médica. Desde los comienzos de la medicina, antes del gran avance de la medicina tecnológica, ciertamente importante, uno de los princi-

pales papeles del médico era escuchar a sus pacientes, y hablar con ellos sin utilizar palabras complejas, que no puedan comprenderse.

Trabajar con niños puede llegar a ser especialmente complicado. A veces los padres no siguen las instrucciones del médico de tipo higiénico o alimenticio, o bien, los parientes pueden dar consejos médicos conflictivos. Es conveniente disponer de diferentes métodos de información, como instrucciones escritas, diagramas o dibujos hechos a mano. Pero lo más importante es hablar a la gente a su nivel, lo cual es básico para tener participación activa en la toma de decisiones.

En la comunicación es bueno reconocer puntos fuertes y débiles, es decir, hacer inflexiones de voz, ya que es básico en la práctica. Esto repercute sobre el médico, el hospital, las enfermeras en cómo sea tratado el paciente antes y después de la operación. Asegúrese que la gente que trabaja con el médico le representa bien.

Algún paciente reclama que el cirujano se dirija mejor a él que a su familiar más directo; en el caso de pacientes jóvenes ellos están más interesados que su propia familia.

Con relación a los detalles técnicos de la operación a emplear, unos pacientes se interesan mucho y otros nada, y no quieren saber nada de ello, lo que explica que haya pacientes con diferentes estilos de vida. Esto ayuda a conocer a su familia, ocupación, medios económicos y base cultural, así como su salud mental y espiritual. En situaciones de urgencia esto no es posible hacerlo y hay que esperar momentos apropiados para ello.

Desde mi punto de vista –sigue señalando el autor– lo más importante después de la operación, junto al resultado exitoso de la misma en sí mismo, es el tratamiento del dolor, y también cómo puede afectar a mi estilo de vida. Cuando el mismo cirujano ha sido paciente y sabe del dolor que se pasa en una operación quirúrgica, se hace un médico con mayor empatía.

Cuando un paciente se somete a varias intervenciones quirúrgicas a lo largo de su vida consigue tener un concepto diferente sobre el particular. Así, cuanto más joven se es, más positivo se siente uno con relación a la cirugía ya que puede recibir una ayuda importante. Pero con los años, las operaciones y la rehabilitación

acompañante se hacen cada vez más difíciles de sobrellevar y el paciente se pone más nervioso y nauseoso antes, anticipándose a lo que le viene. Pero no todos son inconvenientes, ya que el organismo reacciona ante las diferentes situaciones de la cirugía y la anestesia, y se maneja mejor ya que se tiene la experiencia de haber pasado por ellas ya. A menudo, mi cirujano me pregunta cómo quiero que me trate el dolor preferiblemente y me da la impresión de que tengo un papel más activo en el preoperatorio y postoperatorio.

Tanto el médico como el paciente deben aprender a tener buen sentido del humor. Aunque el cirujano no puede tomar a la ligera los riesgos quirúrgicos, yo encuentro bueno compartir de manera risueña las cosas, las suaviza un poco más. Incluso, cuando era niño, disfrutaba cuando mi cirujano me puso un yeso de color morado en una ocasión, con un corazón de color rosa en mi pie.

A medida que en el mundo mejoran los medios de comunicación con tecnologías más avanzadas el paciente puede acceder desde su ordenador a la información acerca de cirujanos y métodos quirúrgicos. Pienso yo que el médico debe conocer esto y dirigir la información a sus pacientes y no sentirse atemorizado por ello, dando a sus pacientes la posibilidad de participar activamente en su propio cuidado médico.

El cirujano no es un médico de familia y no puede dar a sus pacientes más que una pequeña parte de su tiempo. Sin embargo, hay que decir, que la relación médico-paciente es importante para todos los médicos.

Debido a las muchas veces que he estado en manos de cirujanos –concluye el autor– como paciente lo que pienso sobre ellos es lo mismo que señalé al principio, es decir, que el cirujano ortopédico debería reunir las siguientes virtudes: elegante, habilidoso, compasivo, seguro, honrado, franco y digno de confianza (89).

PROFESIONALISMO

Las últimas décadas han visto grandes cambios en las expectativas sociales. La autoridad indiscutible disputada anteriormente por la profesión médica ya no existe. Ejemplos bien expuestos públicamente de comportamiento in-

competente (o peor), junto con el acceso cada vez mayor a la información médica, han conducido a una mejor información del público para exigir un mayor seguro de calidad (90-91). El énfasis sobre la remuneración económica de la medicina que se percibe ha dado lugar a escepticismo acerca del altruismo de la profesión. Finalmente, la evolución del concepto de que la sanidad es un derecho, junto al bien documentado incremento de los costes, han conducido a la exigencia de una responsabilidad mucho mayor.

Existe acuerdo general en que las profesiones no pueden funcionar sin un alto nivel de confianza y en que la capacidad del médico se encuentra seriamente afectada en su ausencia (35). De ahí que la pérdida de confianza no sólo compromete la posición del profesional de la medicina sino que también tiene la posibilidad de hecho de alterar la mismísima función del médico. La medicina debe, por tanto, tomar una acción concreta para reunir al mundo moderno para que la “confianza ciega” ya no esté garantizada sino que la confianza hay que ganársela (92).

El profesionalismo sirve de base para el pacto social de la medicina con la sociedad (93). Representa un acuerdo que garantiza u otorga el prestigio, posición y remuneración de los profesionales, con la evidente comprensión mutua de que a su vez han de ser altruistas, atender las principales preocupaciones de la sociedad y proporcionar cuidados médicos de una forma moral y competente. Sin lugar a duda, las dos mayores expectativas de la sociedad de una manera individual y colectiva ponen el bienestar del paciente como individuo y en la sociedad por encima de ellos mismos para que se garanticen unos cuidados médicos de alta calidad.

El Diccionario Inglés de Oxford (1989) define la profesión como “la ocupación que uno profesa para ser diestro en ella y seguir: a) una vocación en que un conocimiento que se profesa de alguna parte del saber o ciencia se utilizará en su aplicación a los problemas de los demás o en la práctica de un arte basado en ello; b) en un sentido más amplio, cualquier oficio u ocupación con la que una persona se gana la vida de manera habitual”. La palabra profesar –origen de la palabra profesión– es importante porque

describe el Código de Hipócrates o su equivalente moderno y adjudica a cada médico un grupo de valores, y cada uno de ellos comporta obligaciones. El segundo punto más importante en la definición es el que considera que la medicina es una ocupación basada en el conocimiento, que comporta ciencia y experiencia (“el arte”) utilizado al servicio de los demás.

La complejidad de la base del conocimiento es tal que requiere una formación y entrenamiento prolongados antes de ejercerla. Las leyes de la licencia para ejercer reconocen la adquisición de este conocimiento y garantizan a los monopolios un monopolio sobre su utilización. Como el público, en general, es incapaz, incluso en el momento de información presente, de dominar completamente los conocimientos básicos de la medicina, la profesión proporciona la autonomía y el privilegio de establecer y mantener los modelos para la formación y entrenamiento, regulando la entrada en la práctica médica un título, y de la mayor importancia, el establecimiento y mantenimiento de los modelos adecuados de práctica. Finalmente, la profesión tiene el derecho y la obligación de aplicar disciplina a sus miembros de conducta incompetente, no profesional o inmoral. Se han desarrollado códigos de ética para asistir al establecimiento de modelos que sirvan de guías de conducta a los profesionales, y actuar como documento público, como un seguro de calidad a la sociedad. Representan, por tanto, la moralidad aplicada a la medicina.

En el momento presente, los profesionales y la profesión se mantienen responsables a tres niveles (94). El primer nivel es el de la responsabilidad tradicional de pacientes y colegas que de siempre ha existido. Básicamente, la profesión acepta la carga de responsabilidad para garantizar la calidad de la atención médica. Los dos nuevos niveles de responsabilidad son la economía y la política profesionales con la sociedad por la atención sanitaria de la población en conjunto y para la utilización de los recursos económicos. Indiscutiblemente, la medicina ha tenido dificultad para negociar los detalles de estos nuevos niveles de responsabilidad ya que el público ha cuestionado su realización en sus áreas tradicionales; de ahí, la pérdida de credibilidad y confianza en un momento crucial.

Un área en la que el público está reclamando cambios es en la certeza de calidad. Ya no se acepta por más tiempo el hecho de que un profesional pueda tener su licencia de médico de por vida, sin garantía alguna de que se mantenga su competencia inicial. En todo el mundo se demandan pruebas de competencia continuada, poniendo especial énfasis en el desarrollo y recertificación continua del profesional, ya que el resultado directo de la insatisfacción del público con la actuación profesional es un área en que de siempre ha tenido responsabilidad primaria.

El profesionalismo debe asegurar su calidad, primero mediante la atención a los pacientes, y en segundo lugar por la misma profesión médica, que debe pretender su propia regulación y calidad; ciertamente éstas serán más rigurosas, pero no más efectivas. El mayor seguro de calidad debe venir de dentro de la profesión. Sullivan (95) escribía que “ni los incentivos económicos, ni la tecnología, ni el control administrativo, han probado ser sustitutos eficaces del compromiso a la integridad evocada en el ideal del profesionalismo”. Para mantener esta integridad se precisa de algún tipo de recertificación.

Profesionalismo y pacto en la sociedad moderna

Papel del médico en la sociedad. El papel del médico en la sociedad moderna ha sufrido una transformación extraordinaria en las últimas décadas (93). Los que practicaron la medicina en la última generación tenían una indiscutible autoridad y de ordinario podían escoger el sitio y forma de ejercer su profesión, y generalmente disfrutaban de un sustancioso control de método y tipo de remuneración, y lo mismo de su tipo de vida. Los primitivos recursos para ejercer la medicina se encontraban en expansión y la ciencia ofrecía nuevos y excitantes métodos para aliviar el sufrimiento humano. Los médicos estaban recorriendo caminos relativamente familiares, perpetuando modelos y prácticas de medicina que eran consideradas como parte de su tradición. Ellos, finalmente, de forma genuina, se consideraban profesionales que aportaban útiles servicios no sólo a sus pacientes, sino también a la sociedad, y de ahí que se encontraran enrolados en

una noble profesión. En cuanto a la profesión médica, incluida la cirugía ortopédica, mucho ha cambiado en el nuevo siglo y la respuesta de la medicina con frecuencia ha sido defensiva e insensible a las necesidades de la sociedad (96). En el siglo XIX los profesionales se habían permitido tener prestigio, posición y ganancias económicas bajo la asunción de que deberían organizar sus vidas sobre conceptos de servicio y altruismo y que podrían atender a los principales problemas de la sociedad. Esta disposición se conoce ahora como la constitución de un pacto social entre medicina y sociedad (97), y parece haber sido uno de los desastres de los recientes años, en que todas las formas de autoridad se han observado con escepticismo por una sociedad inquisitiva (98). El pacto no ha sido escrito en su mayor parte y, por tanto, está implícito, y hasta recientemente evoluciona de forma lenta. Los métodos de valoración y las obligaciones necesarias para mantenerlo se han transmitido por modelos de papel estimados de una manera relativamente no estructurada, proceso que fue facilitado por la naturaleza homogénea de la profesión médica y la relativa simplicidad tanto de la sociedad como del sistema sanitario (99).

Es, pues, evidente que todas las expectativas de la sociedad y los profesionales han divergido y que se ha ahondado una brecha entre medicina y sociedad (90). Un cuerpo de literatura más bien extenso en ciencias sociales –y en menor extensión en bioética– ha reconocido la importancia del profesionalismo como puente entre sociedad y sanador. Ambos, sociedad y profesión médica, deben comprender el parentesco que los une. Lo importante es reconocer la naturaleza del profesionalismo, lo mucho que ha evolucionado y las presiones que le amenazan actualmente.

El sanador y la sociedad. El sanador ha sido un elemento necesario para la sociedad desde los primeros tiempos de la historia, habiéndose ganado un lugar de privilegio. En occidente, la figura de Hipócrates y su famoso Juramento han servido de base a la misma imagen de la medicina en la mayoría de los países (100). Cuando la Ortopedia buscó un símbolo universal se decidió por el árbol de Hipócrates (árbol torcido ligado a un tutor).

Cuando la medicina era sencilla, los sanadores no precisaban estar en una organización. Pero cuando se hizo la sociedad más compleja utilizó el concepto preexistente de la profesión como un medio de organizar la dispensación de cuidados médicos. Este concepto representó la base del pacto social de la medicina con la sociedad. Las raíces de las profesiones estaban en Europa en los gremios y las universidades de la Edad Media. Las profesiones modernas se establecieron en la mitad del siglo XIX cuando las leyes reguladoras de la licencia médica permitieron monopolizar la práctica con un claro conocimiento de que las profesiones deberían ser altruistas y morales y atender los problemas de la sociedad. Estas leyes delegaron muchos de los poderes propios de la sociedad a las profesiones con la esperanza de que éstas proporcionaran un bien social (101). La sociedad siempre ha tenido el derecho de modificar estos poderes si no se satisfacían en la actuación de los profesionales.

Profesionalismo. Las profesiones han sentido en ocasiones la necesidad de definirse ellas mismas. Como el profesionalismo es la base de un convenio social, esto no puede ser cierto y la sociedad debe ser parte en términos de pacto. Sociedad y profesión deben ser coincidentes en encontrar una definición que responda, como base, al entendimiento y expectativas mutuas. La profesión está definida en el Diccionario Inglés de Oxford como la “ocupación que uno profesa para adaptarse a ella y en lo siguiente: a) una vocación en la que se utilice un conocimiento profesado de alguna área o ciencia del saber para ser aplicado a los asuntos de los demás, o en la práctica de un arte que se fundamente en ello; b) en el más amplio sentido, cualquier profesión u ocupación en que una persona pueda habitualmente ganarse la vida”. Esta definición es adecuada para la medicina que incluye la palabra “profesar”. Los médicos hacen una promesa pública para un grupo de valores cuando recitan el Juramento de Hipócrates o su equivalente moderno. Esta definición pone de manifiesto también la importancia de algún conocimiento y habilidades con el fin de servir a los demás y lo reconoce la ciencia básica de la medicina y su arte que se basa en el conocimiento tácito. Debido a que

los profesionales sirven a otros y se espera que su actuación sea altruista, las profesiones tienen, por tanto, una carga abrumadora. Finalmente, la definición reconoce que una profesión representa un oficio con el que uno espera ganarse la vida.

Las profesiones al tener una base de conocimiento y representar una pericia esencial para la sociedad, han llegado a ocupar un lugar muy importante. Wynia y cols. (7) han sugerido que una sociedad cívica y moderna funciona sobre un eje trilateral: el gobierno, el sector privado y las profesiones. Además, la definición se ha ampliado, y se han expuesto las características de las modernas profesiones de la siguiente manera. Primero, como profesionales que son, tienen un conocimiento especial que no se entiende fácilmente por el ciudadano medio; se les da un monopolio de utilización y responden de su enseñanza. En segundo lugar, este conocimiento no se utiliza al servicio del paciente individual y de la sociedad de manera altruista. Y en tercer lugar, la naturaleza inaccesible del conocimiento y el compromiso del altruismo forman la base que garantiza la suficiente autonomía de las profesiones para establecer y mantener modelos para la práctica de sus vocaciones, utilizando la autorregulación como medio de asegurar la calidad. En cuarto lugar, a cambio de esta autonomía se espera que los profesionales asuman responsabilidad para la integración de su base de conocimiento, para difundirlo a través de la investigación y asegurar mayores modelos para su aplicación.

Muchas de las responsabilidades de la profesión han sido y continúan siendo asignadas a los cuerpos (Colegios, Sociedades, etc.) que otorgan la licencia para ejercer. Las asociaciones profesionales utilizan la colegiación como medio de establecer objetivos comunes y estimular el compromiso para estos fines (102). Tienen la obligación de aplicar disciplina a los que incurran en comportamientos no profesionales e incompetentes. Por lo tanto, sirven a una función esencial y las profesiones pueden prosperar sólo si sus miembros participan activamente en sus actividades. Además, deben ser vistas como reflejo de la moralidad de los profesionales (103).

Incluso aquellos que critican el profesionalismo reconocen su inherente moralidad y virtud y están de acuerdo en que el profesionalismo es un

ideal que hay que perseguir. La sociedad utiliza el concepto de profesión para estimular y apoyar actitudes y tipos de comportamiento que alentarán competencia y altruismo (101). Su fiabilidad depende de las reuniones de la profesión, recogiendo sus responsabilidades. De ahí que, si una profesión se considera que falla en sus obligaciones, el estatus profesional puede ser retirado o seriamente modificado.

Evolución del profesionalismo. La evolución de las actitudes societarias hacia el profesionalismo se encuentra bien documentada en las ciencias sociales y la literatura bioética, un cuerpo de doctrina grande y rico que no está fácilmente disponible para los médicos en ejercicio. Escritas a principios de 1900 a 1996, eran favorables a este concepto. Había confianza en la virtud, moralidad y compromiso de servicio de las profesiones. Los primeros sociólogos documentaron y definieron el profesionalismo e intuyeron la tensión entre el altruismo y el interés propio, pero sintieron que la naturaleza colegial de las profesiones estimularía el comportamiento altruista. Con el desarrollo de una "sociedad demandante" en los años 60 y 70, toda las formas de autoridad y pericia se pusieron en tela de juicio y la creencia inicial en el altruismo pareció ingenua. El mundo de las ideas e ideales entró en un período de destrucción que coincidió con la entrada del estado y del sector corporativo en el terreno sanitario (104). Las instituciones médicas fueron puestas en tela de juicio y se pensó darles en la práctica mayor énfasis sobre economía que sobre bienestar de la sociedad. El propio interés parece que dominó sobre el altruismo. La literatura de esta época cuestionó el monopolio de que disfrutaban todas las profesiones y la utilización para sí mismo que las profesiones y sus sociedades hacen del poder de su monopolio (105). Se observó que los profesionales eran inaccesibles para amplios sectores de la sociedad y se sugirió que la colegiación se había utilizado para proteger comportamientos incompetentes y no profesionales. La medicina fue examinada en términos económicos y acusada de controlar su propio mercado y, debido a la naturaleza de la salud, de crear y, por tanto, de explotar una demanda de los servicios sanitarios. También se acusó a la profesión médica de ignorar la evolución de las inquietudes de la sociedad,

como coste y calidad (106). Finalmente, por su papel dominante en la atención sanitaria, la profesión médica fue reprobada por los muchos defectos del sistema sanitario. Esta literatura, que era extraordinariamente perceptiva, tuvo un profundo impacto sobre el funcionamiento público. Se creyó que el conflicto entre la capacidad de la profesión para alentar sus propios intereses y su obligación de utilizar sus privilegios en el mejor interés de la sociedad representó una mancha o defecto en el pacto social.

La idea que se presenta en la literatura actual es diferente. Alguien ha comentado que como la medicina ha perdido control sobre su mercado a favor del estado y del sector corporativo, su impacto sobre el sistema público ha disminuido grandemente. Como el estado y el sector corporativo (compañías sanitarias) se han hecho dominantes, las culpas de los fallos del sistema se han desplazado desde la profesión médica a estos cuerpos o estamentos. Se han encontrado tres maneras de organizar la dispensación de servicios complejos como el sanitario (107). El modelo profesional se utilizó hasta los últimos tiempos, el modelo burocrático caracterizó al sistema comunista y el sistema gestionado por el mercado es el que hoy predomina en algunos países como Estados Unidos. La gran dificultad para mantener los valores en los sistemas burocráticos o los gestionados por el mercado ha conducido a la mayoría de los autores a volver al modelo profesional (con alguna superposición o puente burocrático, según que tenga menor o mayor atractivo) (108). Parece una ironía que la medicina, al perder poder (debido a la relación cambiante con el estado y el mercado), haya llegado a ser más digna de confianza, y el profesional que se encuentra en el centro del pacto social, ser más aceptado (104-109).

Al mismo tiempo que los expertos en ciencias sociales han mostrado fe renovada en el profesionalismo, están de acuerdo en la necesidad de un profesionalismo renovado, uno que esté claramente entendido por la medicina y que se mantenga en un renovado compromiso de parte de la profesión de encontrarse en sus obligaciones.

Pacto social y el futuro. El mayor reto para la condición del profesional de la medicina en el

momento actual procede del público general. La pérdida de confianza en la profesión médica (aunque no necesariamente de los médicos individualmente) procede de una vida diaria mejor informada que exige gran nivel de responsabilidad, mayor transparencia y mayor seguro de calidad (90).

El profesionalismo y los valores que ello comporta se encuentran amenazados en el mundo desarrollado. Mientras que las amenazas son similares, su expresión varía según el país que se considere. Así, en el Reino Unido el público exige mayor responsabilidad para la autorregulación debido a evidentes ejemplos de comportamiento incompetente y no profesional (108-110). En Canadá, donde el estado como primer pagador actúa mucho más a gusto del sector corporativo, la disminución de recursos de la sanidad ha creado tensión entre las responsabilidades del médico con el médico y la sociedad (111), lo mismo que en España. En USA, el sistema gestionado de mercado, con énfasis en la competitividad, ha estimulado el desarrollo del "empresario médico" y ha impuesto mecanismos de intromisión en la contención de gastos que ha repercutido mucho en la práctica (41,100). Tal vez, el reto mayor de los médicos americanos sea convencer al público de su capacidad de actuación en mayor interés del paciente y la sociedad en un sistema en que el compromiso con el trabajo fiduciario al paciente y el altruismo parecen encontrarse desalentados activamente.

En efecto, éste es el contexto en el que el pacto de la medicina social se está renegociando y el profesionalismo es la base del acuerdo. La negociación se produce en diferentes puntos y se producen cambios que van desde un tipo pequeño (un programa de honorarios cambiado) o grande (un programa sanitario nacional o nuevas regulaciones). Todos los elementos de la sociedad pueden influir en las negociaciones; entre ellos se encuentran los profesionales y sus asociaciones, políticos y gobiernos, jueces, intereses comerciales y sindicatos, los media (incluidos los editorialistas), asociaciones que representan a pacientes, economistas, sociólogos, moralistas y líderes comunitarios de cualquier campo virtual. Como los cambios están hechos, es importante que lo que estaba implícito se

haga más explícito, ya que el pacto sirve de base a las expectativas y obligaciones de la sociedad y la profesión. Las salidas a esto son complejas y los cambios pueden ser que no hayan previsto las consecuencias. Por esta razón, la pericia de la medicina es más necesaria que nunca, y, como ya no se puede culpar a la medicina de los principales defectos del sistema, hay oportunidad de restablecer su papel de experto en política sanitaria (97-109). El público, que también ha sido ampliamente excluido de la toma de decisiones, no está contento con el predominio del estado y del sector corporativo en el campo sanitario. En consecuencia, la profesión médica, si lleva sus asuntos adecuadamente, puede tener un impacto mayor que redundaría en un mejor sistema. Para llevar a cabo este fin, la medicina debe reconocer y atender los problemas legítimos de la sociedad, y las instituciones sanitarias deben asegurar primero que los términos tradicionales del pacto social se han mantenido. La confianza del público depende ampliamente de esto. Si la profesión es contemplada como que falla para cumplir sus obligaciones, los nuevos niveles de responsabilidad, que ahora no se cuestionan en el pacto, llegarán a ser más entrometidos y la medicina habrá limitado su capacidad de influir en su evolución.

Los códigos profesionales de ética dirigen la conducta del profesional y del sanador, y tienen varias reglas. Representan la aplicación de la moralidad, proporcionan miembros de la profesión con una lista de confrontación de modelos de práctica y forman parte del seguro de garantía de calidad para la sociedad. Son el símbolo más visible de la base moral del concierto social. Los códigos generales se han desarrollado y promulgado por las asociaciones médicas nacionales y algunos cuerpos de la especialidad (100) y lo han aplicado para hacerlos más específicos de sus propias disciplinas. Estos códigos están en evolución constante para hacer frente a las cosas nuevas que se presentan tanto en la profesión como en la relación entre la profesión y la sanidad. Debido a la importancia de estos códigos para el pacto social, los miembros deben ser conocedores de los detalles para ser utilizados en la dirección de su conducta.

La sociedad espera que las obligaciones tradicionales de la medicina para autorregularse re-

flejen la moralidad de la profesión y se junten de una manera limpia, abierta y rigurosa. A través de la historia de la medicina, muchos aspectos de la autorregulación se han manejado bien. Pero la creencia de que el proceso permanece demasiado reservado, el fallo bien difundido que trata de médicos incompetentes (106, 110), los casos de indecoro sexual (112) y la aparición de delitos financieros y conflictos de intereses (100) han influido negativamente sobre el concepto que tiene el público de la profesión médica. Recientes intromisiones en la autonomía de la profesión y los médicos no son acontecimientos causales sino el resultado de su percepción. Además, se han presentado cuestiones sobre la integridad del conocimiento médico básico después de publicaciones muy variables en el tipo de prácticas por afecciones similares (113) y publicaciones ampliamente difundidas sobre incidentes de fraude científico (114). El creciente uso de pautas y de la medicina basada en la evidencia ha creado opinión, de manera que se ha exigido recertificación tanto del cuerpo profesional como del mismo público. De ahí que la sociedad esté requiriendo que la medicina encuentre sus responsabilidades profesionales de una manera más abierta y transparente. Aunque se ha avanzado en ello, está claro que debe hacerse más y que se demuestre. Las nuevas responsabilidades que se espera se tengan actualmente en el pacto social son menos familiares y representan añadidos sustanciales a las obligaciones tradicionales. Ahora se entiende que los médicos tienen tres tipos de responsabilidades (94). El recibo de la responsabilidad fiduciaria para pacientes y colegas, que siempre ha existido. Los otros dos niveles se han denominado económicos, representando la responsabilidad de aquéllos que pagan por servicio (individuos, estado, sector corporativo) y político que representa la responsabilidad con la sociedad por la salud de la población y el empleo de los recursos. Estas responsabilidades ahora son una realidad de la vida profesional. La aplicación de algunos pagadores (incluyendo al estado y al sector corporativo) de contabilidad lógica (115) para practicar la medicina se ha entrometido en la autonomía del médico para tomar decisiones y ha restringido seriamente el tiempo permitido para el tratamiento de un paciente concreto. Al-

gunos de los medios utilizados para controlar los gastos son las pautas y la medicina basada en la evidencia, a menudo poco considerada por su impacto sobre la sanidad. Finalmente, en la era de recursos limitados, el bienestar de la sociedad se coloca por encima del paciente como individuo, y el médico está colocado en una posición legal y moral esencialmente insostenible (116), algo que el público ahora reconoce. Estos conflictos no son fáciles de resolver y necesitarán de algunos cambios reales de actitud a medida que el pacto social evolucione.

La medicina tiene algunas expectativas razonables que deben estar representadas a medida que el pacto social se siga renegociándose. Todo el mundo está de acuerdo en que una profesión médica desmoralizada y no complaciente es incompatible con un sistema sanitario eficaz, y que los cambios principales no se pueden llevar a cabo con eficacia sin la colaboración de la profesión (117). Como compañeros de convenio, lo primero que tiene que esperar la medicina es respeto. Probablemente el aspecto más desalentador de la presente situación es que la evolución de la sanidad, cualquiera que sea la actual estructura del sistema, es socavar las creencias y prácticas que dan significado y promueven orgullo en las actuaciones de los médicos. La mayor parte de los médicos están convencidos de que existe una base moral para sus actividades, que ellos están dispuestos a servir con devoción y que, por tanto, merecen respeto a pesar de algunos fallos reales de algunos de sus colegas y de la profesión. Por tanto, los cambios en el sistema sanitario deben establecerse con conocimiento del impacto que van a tener sobre médicos y la relación médico-paciente.

En segundo lugar, los nuevos niveles de responsabilidad deben examinarse cuidadosamente. Muchas de las nuevas reglamentaciones son esenciales, teniendo en cuenta el coste y complejidad de los servicios modernos. Otros no están directamente relacionados con la calidad de la atención o su coste (115), y la medicina tiene perfecto derecho a rechazarlos o negarse a ellos de una manera social responsable¹¹⁸. La mayor parte del diálogo debería girar en torno al impacto de la reglamentación de la relación médico-paciente y la capacidad del médico para proporcionar un servicio de calidad.

En tercer lugar, es bien reconocido que si las pautas pueden tener gran beneficio, también sus limitaciones (119). Sólo son universalmente aceptables en áreas de certeza absoluta, que rara vez existen en la práctica de la medicina. El arte de la medicina se basa en el juicio y la experiencia personal y esto es difícil de cuantificar. Sin embargo, es la base de mucha de la práctica médica y debe protegerse. Por esta razón, las pautas deben utilizarse sabiamente.

En cuarto lugar, si la autorregulación llega a ser más rigurosa y abierta, deberá llevarse a cabo con discreción, no para proteger a los médicos sino para no comprometer innecesariamente la confianza en la profesión.

Finalmente, los procesos que se establezcan por el estado o el sector corporativo, de acuerdo con los nuevos requerimientos, responsabilidad y control de calidad, deberían ser validados y su impacto sobre la atención al paciente debería conocerse de antemano. Si la medicina sigue los modelos basados en la evidencia, así debería ser también la reglamentación que gobierne la medicina (93).

INFORMACIÓN

Dominio de la información

La información médica fundamental para el cirujano ortopédico se encuentra en continua expansión y cambio, al tiempo que la información antigua está caduca (120). La velocidad con que se genera y difunde nueva información supone un reto para nosotros, de manera que podamos adquirir conocimiento útil y dejar de lado la información no utilizable. Leer más deprisa y emplear más tiempo leyendo no nos asegura que ganemos en conocimiento más relevante. Además del reto de tener que procesar cantidades cada vez mayores de información ortopédica, existe el inoportuno problema de diferenciar “lo cierto” de “lo que no es cierto”, o sea, lo útil de lo inútil, desde el punto de vista clínico. La capacidad para tamizar gran cantidad de material escrito para hacer aflorar unas pocas verdades útiles que mejoren nuestra práctica es una tarea que deberían aprender los ortopedas ocupados y los residentes actuales (121). Vivimos en la era de la electrónica infor-

matizada en que a menudo nuestro dilema es que gran cantidad de información hoy se encuentra disponible rápidamente, aunque más y más servicios rápidos de información no han aportado mejores cuidados al paciente (122).

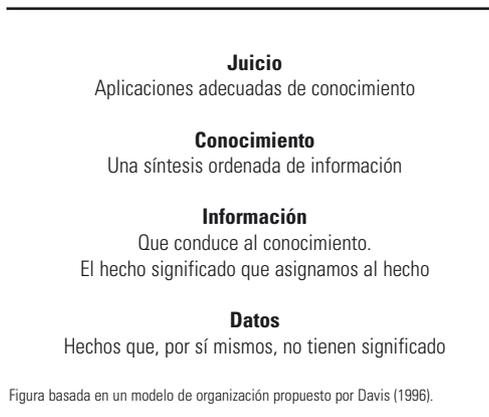
Los cirujanos ortopédicos recogen información por cuatro razones fundamentales (123): 1) para mantenerse a la altura de los nuevos avances de la medicina clínica; 2) para responder a preguntas relacionadas con un paciente concreto; 3) para revisar y reforzar la información aprendida previamente; y 4) para distracción o mantener interés en una parcela de la cirugía. Hay diferentes fuentes de información, según la que se necesite y cómo vaya a utilizarse (revistas, vídeos, conferencias y libros de texto). Los objetivos fundamentales de la investigación y formación son la adquisición de conocimientos y buen juicio para aplicarlos (tabla 4).

El reto de la información. En los últimos veinte años hemos tenido que aprender y aplicar nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, desde la resonancia magnética a la artroscopia y desde el transporte óseo a la instrumentación vertebral, por poner alguno de los ejemplos más relevantes. El ortopeda puede aceptar una innovación o una nueva técnica sobre la base de poca evidencia o muchos anuncios. En otras palabras, los cirujanos ortopédicos seremos juzgados por la evidencia de que nuestras operaciones están haciendo lo mejor para la mayoría de la gente a un precio que el país pueda permitirse.

El mayor reto y frustración es mantenerse actualizado en los diferentes aspectos del tratamiento de los pacientes: medicaciones nuevas, nuevas aplicaciones tecnológicas y refinamiento en las técnicas. Por otra parte, no se dispone de tiempo suficiente para hacer una crítica de nuevos tratamientos, limitar la posibilidad de investigar la amplia literatura y utilizar los medios científicos de medir los resultados en la práctica de uno mismo.

La culpa se acumula en proporción directa al montón de revistas sin leer y la montaña de invitaciones a cursos que prometen el traspaso de experiencia aprendida. Este problema se complica cuando un paciente se presenta con un artículo de Internet que describe los resulta-

Tabla 4. Representación piramidal de la ascendencia de datos de agrupación para formar información y conocimiento de la aplicación del conocimiento como juicio. Hay un elemento de experiencia clínica y de criterio (no representado en el dibujo) dentro del dominio del juicio.



dos sorprendentes de la última técnica, que combina artroscopia con láser junto a ingeniería genética de condrocitos autólogos clonados, por ejemplo. Además, el ortopeda general se encuentra copado por los nuevos medicamentos contra el dolor, la densidad ósea o la consolidación de las fracturas. En fin, uno se encuentra con dificultad para mantener interés en todas las facetas de la especialidad.

El viejo adagio “nunca ser el primero ni el último cirujano en aprender una técnica” debería ser mitigado por el credo “lo primero de todo, no hacer daño” (*primum non nocere*). Ambos dichos son relevantes si sabemos buscar el equilibrio.

Transformar información en conocimiento. Se ha comprobado que existe un lapso de tiempo inaceptable entre la publicación de información científica creíble que debería cambiar la actuación médica y el momento de adopción en la práctica de este cambio (124). No obstante, la evidencia sugiere que incluso con información adecuada los clínicos son reacios a cambiar su tratamiento y el comportamiento del mismo.

Hay otros dos problemas añadidos. El primero es que no existe conocimiento necesario para tomar ciertas decisiones terapéuticas. Un nuevo tipo de intervención quirúrgica tiene un período de espera antes de que pueda compararse intencionadamente con operaciones ya establecidas. La elección de un nuevo procedimien-

to quirúrgico debería basarse en las ventajas que proporciona en comparación con las del tratamiento existente y con la esperanza de que al menos tendrá el mismo éxito. Una vez que se demuestra que es comparable o que tiene mejores resultados, se hace más popular, bien por su reducido coste, menor morbilidad o facilidad de realización en comparación con los de la técnica previa. El largo espacio de tiempo entre el desarrollo de una innovación y la adquisición de resultados refuerza el conservadurismo de la mayoría de los cirujanos ortopédicos e incrementa la dificultad de persuasión basada en la evidencia para mejorar la práctica quirúrgica.

El segundo problema que plantea el manejo de información es que una vez que uno es consciente del conocimiento evidente, está dubitativo de poner este conocimiento en práctica. Los que han estudiado la difusión de la información en medicina han hecho público que las innovaciones en la práctica quirúrgica y médica se adoptan ampliamente sólo después que han sido adoptadas previamente por los llamados líderes de opinión (125), es decir, por miembros influyentes que aportan confianza a los demás. También se ha indicado que los médicos obtienen información de muchas fuentes y dan mayor credibilidad a unas que a otras, aunque al final cualquiera que sea la fuente la mayoría procede de revistas médicas (124,126,127), tanto para investigación como para aplicar a la práctica clínica. Los investigadores habitualmente valoran los artículos y conocen a los propios investigadores de su área. Para los médicos practicantes se sitúan en medio de una conversación. Leer un artículo de revista es lo mismo que escuchar sólo parte de una conversación o escuchar sólo a medias a una persona en la conversación (126). Muchos de los que escriben en revistas pueden considerarse como "cotorras" por los investigadores con práctica en escuchar, y para el público en general que se forma fuera de contexto este parloteo de investigadores puede aplicarse mal a situaciones clínicas llegando a ser perjudicial e inapropiado como chismorreos. Por otro lado, en los ortopedas avezados por la experiencia de cambiar un tratamiento (a la moda o como chifladura) puede dar lugar de forma justificada a recelo cínico por las revistas. Éstas, en cuanto medio principal de comunicar nues-

tra información, no proporcionan conocimiento necesariamente.

La adquisición de conocimiento a través de la información es una tarea compleja y para la que pocos clínicos están convenientemente preparados. La mayoría se refieren a muchas fuentes de conocimiento rápido y fiable, manuales, discusiones con colegas, boletines informativos, artículos de revistas, consultas con especialistas, delegados de compañías de equipamiento o prospectos y reuniones docentes. Pero cada fuente de conocimiento tiene sus limitaciones. Así, los colegas no suficientemente informados para sentirse presionados en dar contestación pueden dar cierto sesgo por su experiencia o interés propio (128). Un manual o libro de texto puede estar anticuado desde que se publica. Los representantes de la industria están sesgados por intereses de provecho. Los boletines informativos y artículos de revisión pueden ofrecer sólo un lado del argumento o no conseguir añadir nueva información en pugna con la vieja. Entonces, ¿cómo encontramos un compromiso entre fiarnos de otras fuentes y convertir la información en conocimiento por nuestra propia cuenta? Se necesita un enfoque fiable para el manejo de información práctica actualizada en el tiempo.

Sensación de utilidad. Cuando un ortopeda muy ocupado toma una revista, llama a un colega o acude a una conferencia, el objetivo es emplear el menor tiempo posible y esfuerzo en encontrar la mejor información. En este proceso lo que se adquiere es algo pero no mayor conocimiento. La información para que sea útil tiene que tener tres cualidades (129): 1) debe ser adecuada a las necesidades del médico; 2) debe ser válida; y 3) debe conseguirse con poco esfuerzo. Estos tres factores se reducen a la siguiente ecuación: utilidad de información ortopédica = (apropiada x válida) / trabajo.

El componente pertinencia de la ecuación empieza por la noción de aplicabilidad a la práctica de cada uno y se extiende al terreno de los resultados del paciente. Necesitamos que la evidencia esté orientada al paciente, para poder así evaluar la eficacia de las intervenciones en términos de resultados que interesen a los pacientes y que nosotros como médicos queramos para nuestros pacientes. Esto se ha deno-

minado evidencia que interesa orientada al paciente o POEM (Patient-Oriented Evidence that matters) (130), en oposición a la evidencia orientada al paciente o POE (Patient-Oriented Evidence) que no tiene medida apropiada o DOE, es decir Disease-Orient Evidence, o sea evidencia orientada a la enfermedad. Las POEM son raras y dispersas entre el enorme número de DOE.

DOE consiste en información con el objetivo de aumentar nuestro conocimiento sobre una enfermedad: etiología, fisiopatología, frecuencia, pronóstico, y así sucesivamente. Estos estudios son importantes en medicina y en ortopedia en particular. Debemos entender cómo evoluciona una enfermedad antes de que sea diagnosticada de forma rutinaria, tratada o prevenida con alguna certeza. En su mayor parte, POEM consta de un conocimiento fácil de utilizar y DOE, la información de que se dispone de cierta utilidad clínica. Más importante aún, una POEM nos dice lo que nuestros pacientes quieren saber y lo que a nosotros nos gustaría para cumplimentar como objetivo diagnóstico o terapéutico. El médico cambiaría su práctica para incorporar la evidencia (POEM) en orden a mejorar el resultado del paciente.

Hasta hace poco, DOE era la única fuente de información disponible sobre muchas enfermedades y tratamientos. Así, se sabía que el fluoruro sódico aumentaba la densidad ósea. De esta manera, cuando se empleó para prevención de fracturas vertebrales, se comprobó que realmente las aumentaba. Esta paradoja se explica por la fragilidad del nuevo hueso formado cuando la fragilidad se trataba con fluoruro sódico. Éste es un ejemplo de cómo un resultado subrogado (aumento de la densidad ósea) no predice el resultado clínico (prevención de las fracturas vertebrales por compresión). La aplicación de DOE a la práctica requiere la asunción de que traslada la información desde un fenómeno general al paciente. La aplicación de POEM sólo precisa que la afección del paciente se equipare a la de los pacientes en estudio.

POEM es para el diagnóstico y profilaxis, así como para tratamiento. Diagnosticar POEM es particularmente útil en la aplicación de nueva tecnología, como por ejemplo para la evaluación de la reacción en cadena de polimerasa del líquido sinovial para sospechar infección estafilocócica.

Tabla 5. Relación de los cuatro tipos de evidencia y su relevancia clínica, desde I a IV.

| | POEM | |
|-------------------------------------|---|---|
| | Problema frecuente | Problema infrecuente |
| Evidencia orientada al paciente | Mejor Mejor fuente de POEM Relevancia I | Sólo si hay oportunidad Puede no ser apropiado para la práctica diaria Relevancia II |
| Evidencia orientada a la enfermedad | Peligro Puede ser engañoso (charla médica nociva) Relevancia III | Peor Leer sólo si está extremadamente interesado Relevancia IV |

POEM: Patient-oriented Evidence that matters. Evidencia orientada al paciente que interesa.

POEM supone que afecciones altamente frecuentes tengan el mayor impacto sobre nuestros pacientes y, por tanto, la mayor relevancia (129-130). Por el contrario, DOE supone que la existencia de afecciones raras o no usuales tiene relevancia menor. La evidencia de que una medicación pueda evitar la progresión de la necrosis de la cabeza femoral en estadio I es un POEM para una afección común, mientras que un ensayo clínico con expresión del mensajero RNA p53 en el diagnóstico del sarcoma de células claras es un DOE para una afección muy rara (tabla 5).

La validez de información define lo que amplía el conocimiento ganado como consecuencia de la "verdad". Los diseños de ensayos clínicos basados en planes estadísticos y experimentales minimizan sesgos y aportan unas conclusiones válidas fácilmente (131). Tales ensayos clínicos son largos, costosos y llenos de posibles debilidades. La comprobación de su validez es también difícil y lleva tiempo al clínico con entrenamiento inadecuado en estadística y epidemiología. La comprobación de la validez puede hacerse de forma individual, con otros colegas y también delegarse, con gran cuidado a uno que aunque no tenga la misma especialidad tenga un entrenamiento adecuado (como un estadístico biomédico) y disponga de tiempo. No es suficiente preguntar a un subespecialista u ortopeda académico respetado si un artículo tiene calidad, es decir, si es bueno.

No existe evidencia de que los cirujanos subespecialistas sean mejores en validar nueva información que los ortopedas generales. La mejor fórmula es consultar a un colega con experiencia en estadística, acudir a clubes de revistas ortopédicas (sociedad o grupo), que desplieguen el peso de los

hallazgos y de la valoración de la nueva información, o investigar valoraciones rigurosas publicadas (120), como por ejemplo los que se presentan en la nueva edición de Ortopedia Basada en la Evidencia del Journal of Bone and Joint Surgery. Los artículos de revista, incluso de revistas de alto nivel, no proporcionan evaluación crítica sobre las publicaciones orientadas a la evidencia.

En la ecuación de utilidad, el denominador es el esfuerzo que supone obtener y validar la información útil. El trabajo se traduce en factores como el tiempo y el gasto necesario para obtener información y el esfuerzo mental que supone asegurar su relevancia y validez. Mucho tiempo, energía o gasto aumentarán el factor trabajo y disminuirán la utilidad de la información. En algunos casos la información es esencial y la inversión en tiempo y otros recursos se impone por la necesidad de una respuesta. Para el ortopeda ocupado, una alta puntuación de utilidad debería colmar la mayor parte de las necesidades de información: as mejores fuentes de información son las que proporcionan una información muy apropiada y válida con el menor esfuerzo.

Dominio de la información. Si se conoce la relación entre relevancia, validez y trabajo, se tiene una gran ayuda para dominar el tratamiento de la información médica. Sin embargo, esta forma de actuar es un arma de doble filo. Un borde faculta al clínico a rastrear la mayor parte de la literatura publicada. El otro borde le da la responsabilidad de buscar, evaluar y, lo más importante, llevar a cabo el conocimiento nuevo que mejora el cuidado del paciente (POEM).

Cuando se decide llevar a la práctica un nuevo procedimiento, tiene un marcado impacto no sólo sobre la calidad de la asistencia médica sino también sobre su coste. Como señala Hedí (132), “cuando existe inseguridad y duda, la diferencia entre ante la duda hacerlo y ante la duda detenerse tendría un enorme valor económico”.

El fin del dominio de la información ortopédica es complementar la práctica del ortopeda basada en la evidencia: la evaluación del aparato locomotor y el tratamiento quirúrgico o no quirúrgico y el tratamiento en el hospital y basado en la comunidad. Apoyamos un desplazamiento paradigmático hacia un enfoque más científico, moderno e ilusionado de un coste eficaz para mejo-

rar el resultado del paciente basado en el conocimiento útil de las fuentes respetables en las revistas médicas. La calidad de las revistas de ortopedia demostrará la necesidad de POEM publicando más material basado en la evidencia.

Medicina basada en la evidencia

Todos los cirujanos intentan proporcionar a sus pacientes el mejor tratamiento que disponen. Buscan conocimiento para alcanzar el mejor diagnóstico y la solución práctica a los problemas que aquéllos plantean. Sus decisiones se basan sobre todo en el buen criterio que han adquirido durante sus años de preparación y experiencia, combinando la pericia clínica con el conocimiento de las nuevas ideas sobre tratamiento basadas en la mejor investigación y opinión disponibles. Éste ha sido el modelo de orientación para el cuidado del paciente desde los tiempos primitivos, marcados por la medicina hipocrática (133).

En la actualidad ha surgido el concepto de medicina basada en la evidencia que consiste en intentar reconocer y definir la mejor observación científica que puede influir en la práctica. Apparentemente se podría deducir que las decisiones previas se han hecho sobre una base ad hoc y no basadas en una valoración cuidadosa de evidencia disponible. Esto es evidentemente falso. Sin embargo, nos incumbe a nosotros, médicos, examinar continuamente los criterios que utilizamos para tomar nuestras decisiones.

El empleo de metaanálisis de grandes series de trabajos publicados sobre un asunto concreto se ha utilizado para intentar conseguir una conclusión precisa de amplia base, como pueda ser el tratamiento de un problema particular. La cirugía ortopédica ha sido utilizada especialmente por un grupo de clínicos y epidemiólogos de la Universidad McMaster (Canadá) que han publicado numerosos trabajos. Una característica de sus observaciones ha sido que pocos de entre los muchos artículos revisados han sido considerados apropiados en diseño y conclusión para autorizar su inclusión en revistas. Éste es un asunto preocupante pues la implicación es que muchos de los trabajos evaluados no son de ayuda alguna para valorar los trabajos clínicos mientras que al lector le puede parecer que contienen información de interés y de posible utilización.

Horan (133) indica cómo podemos conducirnos a través de este aparente campo de minas. Intentando aclarar las cosas se han introducido sistemas de clasificación con el objeto de guiar al lector en la percepción el valor del artículo publicado. En este sentido pueden tomarse varias opciones. Una de ellas es el concepto de niveles de evidencia que propuso el Centro de Evidencia de Oxford, que ha sido adoptado por los americanos. En éste, un estudio de nivel I se define como ensayo o prueba aleatorizada, de alta calidad, controlada con diferencia estadísticamente significativa o ninguna, con intervalo de confianza estrecho. Un estudio de nivel II es un ensayo aleatorizado controlado de menor calidad, un estudio prospectivo comparativo o una revisión sistemática de estudio de nivel II. El nivel III comprende estudios controlados de casos, estudios comparativos retrospectivos y revisiones sistemáticas de tales artículos. El nivel IV contiene publicaciones de casos, y el V, opinión de expertos.

Esta forma de evaluación presenta claramente serias dificultades en cirugía ortopédica y también en cirugía general. Es excesivamente difícil, si no imposible, realizar un ensayo aleatorizado de calidad, controlado de un método quirúrgico ya que intentarlo es endiablado por los problemas que surgen por razones éticas, dificultad de adherirse al protocolo por diferentes cirujanos, problemas de organización de un ensayo con suficiente fuerza y diferencias individuales en habilidad y técnica (134).

La experiencia indica que pocos avances han sido valorados por ensayos randomizados controlados en cirugía ortopédica. Se han publicado algunos trabajos que describen que estos avances pueden haber conseguido nivel II, pero la mayoría deberían haber sido etiquetados en nivel III. Debería haber sido preferible, a modo de sugerencia, juzgar los nuevos métodos y técnicas, sometiéndolas a estudios de nivel I pero es poco plausible que ninguno habría progresado si tal orientación hubiera sido obligatoria. Esto no quiere decir que tales publicaciones en su apreciación crítica fuesen inapropiadas, sino que indica que el entusiasmo por un dogma popular particular debe atemperarse mediante unas ideas más mesuradas.

La idea preconcebida del juicio sobre un artículo de revista tiene considerables sesgos y en sí mismo es una premisa cuestionable (133).

A la pregunta de cuánto es creíble un artículo de revista sobre investigación, el concepto de medicina basada en la evidencia y de estudios graduales es laudable. Los cirujanos son los únicos en asumir el reto de ensayos aleatorizados controlados, la única manera de contestar a una cuestión clínica (135,136). Estas objeciones se hacen con frecuencia buscando su sentido práctico y valorando la dificultad de aplicar los principios de la medicina basada en la evidencia a los tratamientos que cuentan mucho en la pericia individual y del ambiente clínico; además, el cirujano puede no sentirse cómodo con un método poco familiar e incluso siente que está haciendo algo no ético (135).

Los ensayos aleatorizados controlados son el mejor enfoque para comparar tratamientos alternativos. Quizás, el ejemplo más conocido para apoyar esto fue la promoción de la terapia sustitutiva hormonal para tratamiento de síntomas de la menopausia. Esto se puso en relación con resultados favorables cardiovasculares que resultó ser engañoso después de realizar ensayos aleatorizados controlados (137).

Sackett y cols. definen la medicina basada en la evidencia como el “uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia o demostración en tomar decisiones sobre el cuidado del paciente individualmente. La práctica de la medicina basada en la evidencia quiere expresar la integración de la experiencia clínica individual en la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática”. Esta definición insiste en la necesidad de equilibrar la mejor evidencia con la experiencia clínica al tomar decisiones con y para los pacientes. Se piensa que las pruebas clínicas aleatorizadas proporcionarán la evidencia de mayor calidad cuando esté disponible y en la toma de decisiones clínicas (139).

Los ensayos clínicos aleatorizados representan las contribuciones principales de la medicina basada en la evidencia. Los primeros plazos incluirán pruebas de valoración diagnóstica, metaanálisis, estudios de pronóstico y análisis económico. La orientación de esta selección servirá para escoger o seleccionar aquellos artículos de publicación sobre estudios realizados con los modelos metodológicos de mayor nivel (140), que parecen ser relevantes, clínicamente para cirujanos ortopédicos en activo, con la intención de mejorar la práctica de la especialidad. No todos los trabajos en ci-

rugía, ciertamente, están disponibles para hacer pruebas clínicas randomizadas (141). Además, estos resúmenes y comentarios no pretenden guiar, ni reemplazar, el juicio clínico en la elección del tratamiento adecuado de cada paciente, sino comparar dos o más operaciones o tratamientos ortopédicos y quirúrgicos.

Pero, ¿qué tipo de investigación mejorará la práctica quirúrgica?

A esta pregunta responde Carr (142).

La investigación quirúrgica se encuentra a menudo difamada (143). Sin embargo, las mejoras evidentes en el tratamiento quirúrgico de las enfermedades osteoarticulares se han producido desde la aparición, hace treinta años, de la medicina basada en la evidencia. Mucha de la investigación relacionada con estos cambios es de mala o muy baja calidad, según el Centro Oxford de medicina basada en la evidencia (144).

¿Cuáles son las razones para esta deficiencia? Se diría que los cirujanos ortopédicos, al menos en parte, no consiguen adherirse a los métodos de investigación y de diseño de ensayos modernos. Esto es cierto en alguna manera, pero la esencia de la innovación y mejora quirúrgicas no han sido los ensayos clínicos sino la seguridad en el cirujano individual que inventa nuevas técnicas y publica sus casos como serie de casos para ver si los resultados clínicos han continuado mejorando. El hecho patente es que el cirujano es parte del tratamiento y, generalmente hablando, es el responsable de la innovación y del desarrollo. El cirujano es el inventor y no un tercer elemento como pueda ser la compañía farmacéutica o el investigador universitario en su laboratorio. La decisión de hacerlo y su habilidad técnica están íntimamente unidos al éxito o al fracaso.

En los ensayos aleatorizados controlados, el proceso de consentimiento es particularmente engorroso y muchos cirujanos consideran difícil de realizar sin sesgos en el proceso aleatorizado. Muchos ensayos controlados aleatorizados se acompañan de una alta tasa de exclusión o retirada. Por ello, estos ensayos se han comportado como difíciles de constituirse y completarse. Este “sesgo peccial” es bien conocido (145).

¿Qué otros diseños alternativos se sugieren para atender los aspectos diferentes de la cirugía de otras formas de tratamiento?

Uno es el estudio multicéntrico, pero las dificultades prácticas para organizar estos ensayos sobre todo cuando hay varios proveedores y sistemas de apoyo económico no debe ser subestimado. Además, estos ensayos de tratamiento quirúrgico, como la cirugía de reemplazo de la cadera y otras articulaciones requieren un seguimiento a largo plazo en un gran número de casos.

Los fondos económicos son otra alternativa. Los ensayos quirúrgicos son costosos y difíciles de llevar adelante. La regulación de las nuevas técnicas quirúrgicas e implantes es casi tan rigurosa como los ensayos de nuevos medicamentos. La industria de implantes no está dispuesta a introducir nuevos productos con ensayos en fases. Sin apoyo económico y mecenas no se pueden hacer ensayos quirúrgicos.

Otra alternativa a los ensayos de investigación es establecer un registro, si bien ha presentado dificultad para establecerse incluso en tratamientos de alto perfil como la artroplastia de cadera. No obstante es un buen ejemplo de cómo podrían mejorarse los niveles de evidencia en cirugía ortopédica.

Mientras no se quieran anular las innovaciones quirúrgicas publicadas como estudios de casos mediante sobrerregulación, no hay duda de que algunas cuestiones no pueden ser contestadas por tales medios. Nuestro objetivo sería mejorar y ayudar a este tipo de investigación. Los cirujanos tienen que estimularse para trabajar juntos y de manera particular en estudios bien diseñados y hay que persuadir a diferentes estamentos (consejos de investigación, industria, benefactores) de que se necesita ayuda económica. También los gobiernos podrían mejorar este ambiente regulando los nuevos implantes e incrementando así la ayuda de la industria en ensayos clínicos. Además, hay que idear niveles de evidencia adecuados a la investigación quirúrgica. El ideal será unir una investigación más amplia y mejorar la evidencia publicada sobre la que basar una mejor práctica (142). ■■■■■

Bibliografía

1. **Charon R.** Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA* 2001; 286:1897-902.
2. **Levinson W, Chaumeton N.** Communication between surgeons and patients in routine office visits. *Surgery* 1999; 125:127-34.
3. **Herndon JH, Pollick KJ.** The orthopedic forum. Continuing concerns, new challenges and next steps in physician-patient communication. *J Bone Joint Surg* 2002; 84A:309-15.
4. **Boodman G.** Breaking up with your physician. *Los Angeles Times*. 2000 May 8 p. 1.
5. **Goldner JL.** Goping with a changing doctor-patient relationship in 1987. Address of the President Elect, Centennial Meeting of the American Orthopaedic Association. May 4, 1987. *J Bone Joint Surg* 1987; 69A:1291-6.
6. **Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS.** Editors for the Committee on quality on Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Report of the Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press. 2000.
7. **Wynia MK, Latham SR, Kao AC et al.** Medical professionalism in society. *N Engl J Med* 1999; 341:1612-5.
8. **Rothman DJ.** Medical professionalism focusing on the real issues. *N Engl J Med* 2000; 342:1284-1. 6.
9. **Power JD.** Keynotes address. The rating of health care. Read at the Academic Practise Assembly, Medical Group Management Association, 2000, May 7; Phoenix, AZ.
10. **Coulter CH.** The consumer choice model: a humane reconstruction of the US health care system. *Physician Exec* 2000; 26:44-51.
11. **Institute of Medicine.** Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press. 2001.
12. **Levinson W, Gorawara-Bhat R, Dueck R et al.** Resolving disagreements in the patient-physician relationship: tools for improving communication in managed care. *JAMA* 1999; 282:1477-83.
13. **Minogue B.** The two fundamental duties of the physician. *Acad Med* 2000; 75:431-42.
14. **Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ et al.** Race, gender and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA* 1999; 282:583-9.
15. **Kennedy MM.** Boomer versus busters. Addressing the generation gap in health care management. *Health Exec* 1998; 13:6-10.
16. **Emanuel EJ, Bublner NN.** Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 1995; 273:323-9.
17. **Bullger RJ.** The quest for the therapeutic organization. *JAMA* 2000; 283:24.
18. **Philibert I.** Good learning for good healthcare. En Proceedings of the Accreditation Council of Graduate Medical Education Symposium of the Forces That Will Shape GME in the 21st Century, 1999, Sept 24-25; Chicago, IL.
19. **Frymoyer JW, Frymoyer NP.** La comunicación médico-paciente: ¿un arte perdido? *J Am Acad Orthop Surg* (Ed Esp) 2002; 31:161-71.
20. **Am Acad of Orthop Surg.** 1999. Public image investigation. Second report. Rosemont, IL; American Academy of Orthopaedic Surgeons, May 1999.
21. **Lipkin M, Putnam SM, Lazare A (eds).** The medical interviews: Clinical care, education and research. New York: Springer-Verlag, 1995.
22. **Ferguson T.** Editorial: Digital doctoring: Opportunities and challenges in electronic patient-physician communication. *JAMA* 1998; 280:1.361-2.
23. **Deyo RA, Cherkin DC, Weinstein J et al.** Involving patients in clinical decisions: Impact of an interactive video program on use of back surgery. *Med Care* 2000; 38:959-69.
24. **Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM.** The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994; 154:1.365-70.
25. **Adamson TE, Bunch WH, Baldwin DC Jr, Oppenberg A.** The virtuous orthopaedist has fewer malpractice suits. *Clin Orthop* 2000; 378:104-9.
26. **Rich MW, Beckham HB, Witenberg C et al.** A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995; 333:1190-5.
27. **Maguire GP, Rutter DR.** History taking for medical students: I. Deficiencies in performance. *Lancet* 1976; 2:556-8.
28. **Beckman HB, Frankel RM.** The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101:692-6.
29. **Simpson M, Buckman R, Stewart M et al.** Doctor-patient communication: The Toronto Consensus statement. *BMJ* 1991; 303:1385-7.
30. **Roter DL, Hall JA, Kern DE et al.** Improving physician's interviewing skills and reducing patient's emotional distress: A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995; 155:1877-84.
31. **Bird J, Hall A, Maguire P, Heavy A.** Workshops for consultants on the teaching of clinical communication skills. *Med Educ* 1993; 27:181-5.
32. **Noack DH, Dube C, Goldstein MG.** Teaching medical interviewing: A basic course on interviewing and the physician-patients relationship. *Arch Intern Med* 1992; 152:1814-20.
33. **Keller VF, Carroll JG.** A new model for physician-patient communication. *Patient Ed Counsel* 1994; 23:131-40.
34. **Emanuel EJ, Cubler NN.** Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA* 1995; 273:323-9.
35. **Mechanic D, Schlesinger M.** The impact of managed care on patient's trust in medical care and their physicians. *JAMA* 1996; 275:1693-7.
36. **Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM et al.** The relationship between method of physician payment trust. *JAMA* 1998; 280:1708-14.
37. **Annas GJ.** A national bill of patient's rights. *N Engl J Med* 1998; 338:695-9.
38. **Gallagher TH, Levinson W.** A prescription for protecting the doctor-patient relationship. *Am J Mang Care* 2004; 10: 61-8.
39. **Berland GK, Elliot MN, Morales LS et al.** Health information on the Internet: accesibility, quality and readability in England and Spanish. *JAMA* 2001; 285:2612-21.
40. **Gallagher TH, St Peter RF, Chesney M, Lo B.** Patient's attitudes toward cost-control bonuses for managed care physicians. *Health Aff (Millwood)* 2001; 20:186-92.
41. **Kassirer JP.** Doctor discontent. *N Engl J Med* 1998; 339:1543-5.
42. **Murray J, Chang H, Montgomery JE, Chang H et al.** Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in different delivery system setting, 1986 and 1997. *J Gen Intern Med* 2001; 16:452-9.
43. **Halm EA, Causin ON, Blumenthal D.** Is gatekeeping better than traditional care? A survey of physicians' attitudes. *JAMA* 1997; 278:1677-81.
44. **Sulmasy DP, Bloche MG, Mitchell M, Hadley J.** Physicians' ethical belief about cost-control arrangements. *Arch Intern Med* 2000; 160:649-57.
45. **Pearson SD.** Caring and cost: the challenge for physician advocacy. *Ann Intern Med* 2000; 133:148-53.
46. **Wynia MK, Cummins DS, Van Geest JB, Wilson B.** Physician manipulation of reimbursement rules for patients: between a rock and a hard place. *JAMA* 2000; 283:1858-65.
47. **Murphy J, Chang, Montgomery JE et al.** The quality of physician-patient relationship. Patients' experiences 1996-1999. *J Fam Pract* 2001; 50:123-9.
48. **Levinson W, Gorawara-Bhat R, Dueck R et al.** Resolving disagreements in the patient-physician relationship: tools for improving communication in managed care. *JAMA* 1999; 282:1977-83.
49. **Henry J, Kaise R.** Family Foundation/Harvard Health Plans. Available at: <http://www.kff.org/content/2000/20000607> a Toplines.PDF. Accessed April 9, 2003.
50. **Dudley RA, Luft HS.** Managed care in transition. *N Engl J Med* 2001; 344:1087-92.
51. **Christianson JB, Parente ST, Taylor R.** Defined-contribution health insurance products: developments and prospects. *Health Aff (Milwood)* 2002; 21:49-64.
52. **Strunk BC, Ginsburg PB, Gabel JR.** Tracking health care costs. *Health Aff (Milwood)* 2002 (Suppl):W 39-50.
53. **Blumentghani D, Epstein AM.** Quality of health care, part 6: the role of physicians in the future of quality management. *N Engl J Med* 1996; 335:1328-31.
54. **American Diabetes Association.** Standars of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2002; 25:213-39.
55. **Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR et al.** The primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care* 1998; 36:728-39.
56. **Safran DG, Rogers WH, Tarlov AR et al.** Organizational and financial characteristics of health plans: are they related to primary care performance? *Arch Intern Med* 2000; 160:69-76.

57. **Safran DG, Wilson B, Rogers WH et al.** Primary care quality in the Medicare program: comparing the performance of Medicare health maintenance organizations and traditional fee-for-service Medicare. *Arch Intern Med* 2002; 162:757-65.
58. **Hartley LA.** Using the primary care assessment survey in an ambulatory setting. *Nurs Econ* 2002; 20:235-236, 248.
59. **Mechanic D, McAlpine DD, Rosenthal M.** Are patients' physician relationship. *J Gen Intern Med* 1999; 14 (Suppl):S34-40.
60. **Rodwin MA.** Consumer protection and managed care: The need for organized consumers. *Health Aff (Milwood)* 1996; 15:110-23.
61. **Mechanic D.** Consumer choice among health insurance options. *Health Aff (Milwood)* 1989; 8:138-148.
62. **Fairbrothe G, Hanson KL, Friedman S, Butts GC.** The impact of physician bonuses, enhances fees and feedback on childhood immunization coverages rates. *Am J Public Health* 1999; 89:171-5.
63. **Blumenthal D, Thier SO.** Managed care and medical education: the new fundamentals. *JAME* 1996; 276:725-7.
64. **Hanson LC, Tulskey JA, Danis M.** Can clinical interventions change care at the end of life? *Ann Intern Med* 1997; 126:381-388.
65. **Gallagher TH, Pantilat SZ, Paradakis M, Lo B.** Teaching medical students to discuss directives: a standardized patient curriculum. *Teaching and Learning in Medicine* 1999; 11:142-7.
66. **Larson EB, Yao XIN.** Clinic empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005; 293:1100-6.
67. **Di Blasi Z, Kleijnen C.** Context effects powerful therapies on methodological bias? *Eval Health Prof* 2003; 26:166-79.
68. **Di Blasi ZD, Harkness E, Ernst E et al.** Influence of context-effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357:757-62.
69. **Halpern J.** From detailed concern to empathy. *Humanizing Medical Practice*. New York: Oxford University Press, 2001.
70. **Morris JA, Feldman DC.** The dimensions, antecedents and consequences of emotional labor. *Acad Manag Rev* 1996; 21:986-1010.
71. **Davis MH.** *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, Colo, west view Press, 1996.
72. **Irving P, Dickson D.** *Empathy: towards a conceptual framework for health*. *Sery* 2004; 17:212-20.
73. **Davis MH.** *Empathy: A social psychological approach*. Madison: Wis. Brown and Benchmark Publishers, 1994.
74. **Hoffman ML.** Interaction on affect and cognition in empathy. En Izard CE, Kagan J, Zajonc RB (eds). *Emotions, cognition and behavior*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1984. pp. 103-31.
75. **Davis MH.** *Empathy: A social psychological approach*. Madison: Wis. Brown and Benchmark Publishers, 1994.
76. **Einenberg N, Shea CL, Carlo G, Knight GP.** Empathy-related responding and cognition: a "chicken and the eggs" dilemma. En Kurtines W, Gewirtz J (eds). *Handbook of moral*. Erlbaum Assoc 1991. pp. 63-88.
77. **Davis MH, Kraus SJ.** Dispositional empathy and social relationship. En Jones WH, Perlman D (eds). *Advances in personal relationships*. Vol. 3. London, England: Jessica Kingsley Publishers, 1991. pp. 75-115.
78. **Davis MH, Oathout HA.** The effect of dispositional empathy on romantic relationship behaviors heterosocial anxiety as a moderating influence. *Pers Soc Psychol Bull* 1992; 18:76-83.
79. **Suchman AL, Matthews DA.** What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the conational dimension of medical care. *Ann Intern Med* 1988; 108:125-30.
80. **Hochschild AR.** *The managed heart: commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press, 1983.
81. **Asforth BE, Humphrey RH.** Emotional labor in service roles: the influence of identity. *Acad Manage Re* 1993; 18: 88-115.
82. **Grandey AA.** Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. *J Occup Health Psychol* 2000; 5: 95-110.
83. **Smith P.** The nursing process: raising the profile of emotional care in nurse training. *J Adv Nurs* 1991; 16: 74-81.
84. **James N.** Care-organization + physical labor + emotion labor. *Social Health Illn* 1992; 14:488-509.
85. **Gross J.** The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev Gen Psychol* 1988; 2:271-99.
86. **Epstein RM, Hundert EM.** Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287:226-35.
87. **Braddock CHIII, Fihn SD, Levinson W et al.** How doctors and patients discuss routine clinical decisions: informed decision making in the outpatient setting. *J Gen Intern Med* 1997; 12:239-345.
88. **Braddock CHIII, Edwards KA, Hasenberg NM et al.** Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *JAMA* 1999; 282:2313-2320.
89. **Houlihan B.** The doctor-patient partnership. *J Bone Joint Surg* 2000; 82A:743-5.
90. **Dunning AJ.** Status of the doctor - present and future. *Lancet* 1999; 354 (Suppl): SIV18.
91. **Eismont FJ, Anderson S, Cruess et al.** Orthopaedic recertification (AOA). *J Bone Joint Surg* 2002; 84A:1069-77.
92. **Katz J.** *The silent world of doctor and patient*. New York: Free Press, 1984.
93. **Cruess RL, Cruess SR, Johnston JE.** Professionalism and medicine's social contract. *J Bone Joint Surg* 2000; 82A:1189-94.
94. **Emanuel EJ, Emanuel LL.** What's accountability in health care? *Ann Intern Med* 1996; 124:229-39.
95. **Sullivan WM.** *Work and integrity: The crisis on promise of professionals in North America*. New York: Harper Collins, 1995.
96. **Rothman DJ.** *Medical professionalism-focusing on threal issues*. New England J Med 2000; 342:1284-6.
97. **Cruess RL, Cruess SR, Jonston SE.** Professionalism -an ideal to be sustained. *Lancet* 2000; 356:156-9.
98. **Cruess RL, Cruess SR.** Teaching medicine as a profession in the service of healing. *Acad Med* 1997; 72: 941-52.
99. **Cruess SR, Cruess RL.** Professionalism must be taught. *BMJ* 1.997; 314:1674-7.
100. **Axelrod DA, Gold SD.** Maintaining trust in the surgeon-patient relationship challenges for the new millenium. *Arch Surg* 2000; 135: 55-56.
101. **Kultgen JH.** *Ethics and professionalism*. Philadelphia. University of Pennsylvania Press, 1988.
102. **Ihara CK.** Collegiality as a professional virtue. En Flores A (ed). *Professional ideals*. Belmont, California. Wadsworth, 1988. pp. 55-65.
103. **Pellegrino ED, Relman AS.** *Professional medical associations: ethical and practical guidelines*. *J Anmer Asn* 1999; 282: 984-6.
104. **Krause E.** *Death of the guilds: professions, states and the advance of capitalism, 1930 to the present*. New Haven. Yale University Press, 1996.
105. **McKinlay JB, Arches J.** *Toward proletarianization of physicians*. En Derber CC (ed). *Professionals as workers: mental labor in advanced capitalism*. Boston GK Hall, 1982. pp. 37-62.
106. **Starr P.** *The social transformation of American medicine*. New York. Basic Books, 1984.
107. **Moran M, Wood B.** *States, regulation and the medical profession*. Buckingham. Open University Press, 1993.
108. **Irvine D.** The performance of doctors: the new professionalism. *Lancet* 1999; 353:1.174-1.177.
109. **Sullivan WM.** What is left of professionalism after managed care? *Hanting Center Rep* 1999; 29: 7-13.
110. **Smith R.** All changed, changed utterly. British medicine will be transformed by the Bristol Case. *BMJ* 1998; 316:1917-8.
111. **Naylor CD.** Health care in Canada: incrementation under fiscal duress. *Health Affairs* 1999; 18: 9-26.
112. **Dehlendorf CE, Wolfe SM.** Physicians disciplines for sex-related offenses. *J Am Med Assn* 1998; 279:1883-8.
113. **Wennger JE, Cooper M.** *The Darmonth atals of health care*. Chicago. American Hospital Publishing Company, 1998.
114. **Horton R.** Scientific misconduct: exaggerated fear but still real and requiring a proportionate response. *Lancet* 1999; 354:7-8.
115. **Broadbent J, Laughlin R.** "Accounting logic" and controlling professionals. En Broadbent J, Dietrich M, Roberts J (eds). *The end of professions?* London. Roulledge, 1997. pp.34-9.
116. **Little M.** *Ethnomics: the ethics of the unaffordable*. *Arch Surg* 2000; 135:17-21.
117. **Blumenthal D.** The vital role of professionalism in health care reform. *Health Affairs* 1994; 13:252-6.
118. **Wynia MK, Latham SR, Kao AC et al.** Medical professionalism in society. *New England J Med* 1999; 341:1612-6.
119. **Tanenbaum SJ.** Evidence and expertise. The challenge of the outcomes movement to medical professionalism. *Acad Med* 1999; 74:757-763.
120. **Slawson DC, Shaughnessy AF.** Teaching information mastery: creating informed consumers of medical information. *J Am Board Fam Pract* 1999; 12:444-9.
121. **Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH.** *Users' guides to the medical literature. I. How to get started. The evidence-based mediane work group*. *J Am Med Assn* 1993; 270:2093-5.

- 122. Hoewitz SR, Slawson D.** Shaughnessy A. (The Orthopaedic Forum). Orthopaedic information mastery: Applying evidence-based information tool to improve patient outcomes while saving orthopaedists' time. *J Bone Joint Surg* 2000; 82A:888-94.
- 123. Smith RW.** What clinical information to doctors need? *British Med J* 1996; 313:1062-8.
- 124. Sheldon T, Goyatt TG, Haines A.** Getting research findings into practice. When to act on the evidence. *British Med J* 1998; 319:139-42.
- 125. Haynes RB, Sackett DG, Guyatt GH et al.** Transferring evidence from research into practice:4. Overcoming barriers to application (editorial). *ACPJ Club* 1997; 126:A14-A15.
- 126. Slawson DC, Shaughnessy AF.** Assessing medical information. *Hosp Pract (Office Ed)* 1996; 31:103-4.
- 127. Wyatt J.** Use and sources of medical knowledge. *Lancet* 1991; 338:1.368-1.373.
- 128. Shaughnessy AF, Slawson DC, Bennett JH.** Becoming and information master: A guidebook to be medical information jungle. *J Fam Pract* 1994; 39:489-99.
- 129. Cebell MH, Barry HC, Slawson DC, Shaughnessy AF.** Finding POEMs in the medical literature. *J Fam Pract* 1999; 48:350-5.
- 130. Slawson DC, Shaughnessy AF, Bennett JH.** Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything. *J Fam Pract* 1991; 38:505-13.
- 131. Sackett DL.** Evidence-based medicine (editorial). *Spine* 1998; 23:1085-6.
- 132. Eddy DM.** Clinical decision making: from theory to practice. Three battles to watch in the 1990s. *J Am Med Assn* 1993; 270:520-526.
- 133. Horan FT (editorial).** Judging the evidence. *J Bone Joint Sug* 2005; 88B:1.589-90.
- 134. Sánchez Martín MM.** Reflexiones sobre la traumatología y la ortopedia en el nuevo milenio. *Rev Esp Cir Ost* 2002; 37:151-63.
- 135. Tobey D, Bognolo G (editorial).** Levels of evidence and the orthopaedic surgeon. *J Bone Joint Surg* 2005; 87B:1591-2.
- 136. Paterson C, Dieppe P.** Characteristic and incidental (placebo) effects in complex interventions such as acupuncture. *BMJ* 2005; 330:1202-5.
- 137. Rossoum JE, Anderson GL, Prentice RL et al.** Risks and benefits of oestrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the womens health initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:321-33.
- 138. Sackett A, Rarabeck CH, Bourne RB et al.** Randomized trials in Orthopaedics: Why, how and when? *J Bone Joint Surg* 1989; 71A:535-43.
- 139. Wright JG, Swiontkowski MF.** Introducing a new journal section: Evidence-based Orthopedics. *J Bone Joint Surg* 2000; 82A:759-60.
- 140. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB.** Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. New York. Churchill Livingstone. 1998.
- 141. Solomon MJ, McLeod RS.** Should we be performing more randomized controlled trials evaluating surgical operations? *Surgery* 1995; 118:459-67.
- 142. Carr AJ.** Evidence-basec orthopaedic surgery. What type of research will best improve clinical practice? *J Bone Joint Surg* 2005; 88B:1593- 4.
- 143. Horton AJ.** Surgical research or comic opera: questions, but few answers. *Lancet* 1996; 347:984-5.
- 144. Chalmers I.** The Cochrane Collection: preparing, maintaining and disseminating systematic reviews of the effects of health care. En Warren KS, Mosteller F (eds). *Doing more good than harm:the evolution of health care interventions.* Ann NY Acad Sci 1993; 703:156-63.
- 145. Devereaux PJ, Bhandari M, Clarke M et al.** Need for expertise based randomised controlled trials. *BMJ* 2005; 330-88.