



LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE ANALIZADA POR ESTUDIANTES DE MEDICINA DESDE LA PERSPECTIVA DEL *PORTAFOLIO*

DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP FROM THE PERSPECTIVE OF MEDICAL STUDENTS' PORTFOLIO

BEATRIZ GIRELA PÉREZ¹, MARÍA ARACELI RODRÍGUEZ CANO¹,
ELOY GIRELA LÓPEZ²

1. *Universidad de Córdoba*

2. *Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba*

E-mail: eloygirela@uco.es

RESUMEN:

Palabras clave:

Relación médico-paciente, portafolio, estudiantes de medicina.

Recibido: 24/05/2017

Aceptado: 19/10/2017

La relación médico-paciente es un pilar fundamental para la buena práctica de la medicina, aunque en la medida en que esta se ha visto cada vez más influenciada por la tecnología y la ciencia, puede estar en riesgo de perder el contacto con valores humanos básicos de respeto por las creencias y preferencias de la otra persona. En este trabajo de investigación, hemos analizado la visión deontológica de la relación médico-paciente percibida a través de las situaciones clínicas plasmadas en los portafolios realizados por 225 estudiantes del 5º curso del Grado de Medicina de la Universidad de Córdoba, durante los cursos 2014/15 y 2015/16. De las 833 consideraciones deontológicas sobre artículos del Código de Deontología Médica, 201 constituyen incumplimientos. Llama la atención que estas faltas al Código de Deontología Médica consideradas, se refieren mayoritariamente (73%) al Capítulo III (Relaciones del médico con sus pacientes), y particularmente los problemas detectados con más frecuencia son los relacionados con la actitud, formas o lenguaje y falta de entendimiento/confianza del médico con el paciente (art. 8 con 46 incumplimientos), así como los problemas al proporcionar la información (arts. 12.1 y 15, con 18 y 42 incumplimientos respectivamente).

ABSTRACT:

Keywords:

Doctor-patient relationship, portfolio, medical students.

Doctor-patient relationship is of paramount importance for a good medical practice, however as long as medicine has been increasingly influenced by technology and science, it may be at risk of losing contact with basic human values of respect for the beliefs and preferences of the other person. In this study, we have analyzed the deontological vision of the physician-patient relationship perceived through clinical situations reflected in the portfolios carried out by 225 students of the 5th year of the Degree of Medicine at the University of Córdoba, during the courses 2014/15 and 2015/16. 201 out of 833 deontological considerations on articles of the Code of Medical Ethics constitute non-compliances. It is noteworthy that these breaches to the Code of Medical Ethics considered refer mainly (73%) to Chapter III (doctor-patient relationship). It is particularly interesting that the problems most frequently detected are those related to attitude, forms or language and lack of understanding/confidence of the physician with the patient (article 8 with 46 noncompliances), as well as problems in providing information (articles 12.1 and 15, with 18 and 42 noncompliances respectively).

1. Introducción

En palabras de Laín Entralgo *“nada hay más fundamental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo; nada en ese quehacer parece ser más permanente”*. La relación médico-enfermo ha sido a lo largo de la historia una relación objetivante. El médico ha considerado al enfermo un objeto, una cosa de estudio¹. Pero Laín Entralgo también señala que el siglo XX se inicia con una “rebelión del sujeto” que hace que el médico tenga que considerar los factores psicológicos y personales en la enfermedad. La relación médico-enfermo será afectiva, con una comunicación interpersonal. Para Laín todas las enfermedades son psicósomáticas, y esta es la razón por la que se debe introducir el sujeto en medicina sin caer en la exclusividad de la técnica en el ejercicio médico. Lázaro y Gracia², señalan a su vez que a finales del siglo XX se añade una “rebelión del paciente”, a raíz de la publicación de la carta de los Derechos del paciente por la AMA en 1973. Esta rebelión reivindica la autonomía moral, es decir, la capacidad y el derecho del paciente a tomar las decisiones que afecten a su cuerpo y a su salud.

En las últimas décadas del siglo XX cambió la forma de relacionarse los médicos y los enfermos más que en los veinticinco siglos anteriores, pasando del modelo paternalista al autonomista. La clave de esta afirmación es el cambio progresivo del papel del paciente obediente o silencioso al paciente que quiere tomar sus propias decisiones, aunque un proceso de toma de decisiones consensuado o colaborativo requiere mucho más que un proceso impuesto desde arriba verticalmente³.

La relación médico-paciente es una relación social de tipo profesional, y como tal sujeta a los avatares y a la evolución de la propia sociedad. Se trata de una relación compleja en la que coexisten elementos técnicos, humanos y socio-grupales, una relación que puede

ser puntual o alargarse durante años. La relación asistencial tiene siempre dos componentes presentes, el humano y el técnico. Estos componentes se entrelazan con mayor o menor importancia, pero cualquier análisis que ignore alguno de esos polos es reduccionista⁴. Una relación satisfactoria será una relación presidida por la honestidad, la confianza y la mutua satisfacción⁵. Ahora bien, la satisfacción tiene un componente técnico indudable. Si no solucionamos el problema del paciente, o al menos lo aliviemos, es probable que el paciente busque a otro médico⁶. De hecho, en una encuesta realizada sobre 450 pacientes, entre 21 cualidades a elegir para ser considerado un buen médico, los participantes eligieron la competencia profesional (50%), por encima de cualquiera de los otros atributos, mientras que la empatía (4%) y la amabilidad (3%) fueron de las menos elegidas⁷.

De cualquier forma, quizá el elemento más complejo en la relación asistencial es el componente de relaciones humanas. Aunque cada vez más alejada del modelo paternalista, sigue siendo esta una relación asimétrica donde el paciente –desafortunadamente ya caracterizado como “usuario”– acude solicitando ayuda al profesional que está en disposición de prestársela. Es por eso que la enseñanza del humanismo es cada vez más reconocida como un componente integral de la educación médica⁸ pero ciertamente, a medida que los estudiantes de medicina progresan a sus años clínicos, fomentar un hábito de humanismo y de conexión empática con los pacientes sigue siendo un desafío⁹. La empatía, donde la conciencia del clínico sobre las preocupaciones del paciente ge-

4 Borrell i Carrió F. “La relación médico paciente en un mundo cambiante”. *HUMANITAS. Humanidades Médicas*. 15 (2007), 1-22.

5 Mira J, Galdón M, García E, Velasco M, Lorenzo S, Vitaller J, et al. “¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi”. *Rev Calidad Asistencial*. 14 (1999), 165-177.

6 Borrell i Carrió F. *op. cit.*

7 Schattner A, Rudin D, Jellin N. “Good physician from the perspective of their patients”. *BMC Health Service Research*. 4 (2004), 26.

8 Gracey CF, Haidet P, Branch WT, Weissmann P, Kern DE, Mitchell G, Frankel R, Inui T. “Precepting humanism: strategies for fostering the human dimensions of care in ambulatory settings”. *Acad Med*. 80 (2005), 21-28.

9 Miller SZ, Schmidt HJ. “The habit of humanism: a framework for making humanistic care a reflexive clinical skill”. *Acad Med*. 74 (1999), 800-803.

1 Según esta concepción “el paciente debe ser, en principio, lo que la planta individual es para el botánico que la identifica y lo que es el motor averiado para el ingeniero que lo repara...” Véase Laín Entralgo P. *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Revista de Occidente, Madrid, 1964, 238.

2 Lázaro J, Gracia D. “La relación médico-enfermo a través de la historia”. *An Sist Sanit Navar*. 29 (2006), 7-17.

3 Nolan P. “Time for humanity from doctors toward patients”. *Postgrad Med J*. 79 (2003), 667-668.

nera un compromiso emocional, compasión y un impulso de ayudar, es una habilidad que se puede enseñar¹⁰.

La evidencia sugiere que aunque los pacientes requieran fármacos o diversas intervenciones, no siempre lo estiman como lo más necesario en el proceso de su atención. Lo que sí quieren es una relación con su médico en la que se sientan a gusto para explicar cuáles son sus preocupaciones y discutir las opciones de tratamiento que encajan en el contexto de sus vidas¹¹.

En la era posmoderna, debe recordarse que los pacientes ya no están tan seguros de que los expertos en ciencia y tecnología puedan responder a los problemas más complejos de la sociedad. En la medida en que la medicina se ha visto cada vez más influenciada por la tecnología y la ciencia, puede estar en riesgo de perder el contacto con valores humanos básicos de respeto por las creencias y preferencias de la otra persona¹².

Resulta una paradoja que en los tiempos de una medicina tecnificada y basada en la evidencia tengamos mayores dificultades de relación que en los tiempos pretéritos de una medicina anclada en suposiciones y medicamentos de eficacia más que dudosa¹³. Teniendo en cuenta todo lo comentado anteriormente, comparemos la visión de Mattarozzi et al¹⁴, al señalar que los esfuerzos de todos los médicos en conjunto con otros profesionales de la salud, deben orientarse ahora hacia la realización de las aspiraciones de la medicina, para convertirse en la más humana de las ciencias, como sus padres fundadores pretendían.

En este trabajo de investigación, nuestra intención es analizar la visión deontológica de la relación médico-paciente percibida a través de las situaciones clínicas plasmadas en los portafolios realizados por los estudiantes de la asignatura Medicina Legal y Ética del 5º curso del Grado de Medicina de la Universidad de Córdoba. Analizaremos todas las situaciones clínicas descritas en

dichos portafolios a la luz del grado de cumplimiento del Código de Deontología Médica, en especial del Capítulo III¹⁵, que se ocupa de las relaciones del médico con sus pacientes y consta de 13 artículos (8 al 20), que podrían resumirse en las siguientes palabras clave: actitud, confianza, comunicación, respeto, información, consentimiento informado y registro en la Historia Clínica.

2. Material y método

Nuestro estudio es observacional descriptivo transversal, en el cual hemos analizado los portafolios (PF) realizados durante la asignatura "Medicina Legal y Ética" por los estudiantes de 5º curso del Grado de Medicina de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba. En total hemos analizado 225 PF de los cursos académicos 2014-15 (n= 109) y 2015-16 (n= 116). La muestra de estudiantes estuvo compuesta por 86 hombres y 139 mujeres.

A los alumnos se le pide que plasmen en el PF una situación clínica que les hubiera llamado poderosamente la atención durante sus prácticas curriculares/extracurriculares o incluso por haberla experimentado como paciente o acompañante de un paciente en primera persona. Sobre esta situación asistencial y la forma de proceder del médico y paciente, debían reflexionar sobre las cuestiones éticas que se identificasen -en sentido positivo o negativo- y tras consultar el caso con el tutor, otro médico o profesor, llegar a una conclusión final en donde se dedujese un aprendizaje con repercusión para su ejercicio profesional futuro.

De todas las cuestiones planteadas en los PF, se ha deducido el cumplimiento o incumplimiento por parte del médico de una serie de artículos del Código de Deontología Médica (CDM). Tras tabular como variables los artículos implicados y su grado de cumplimiento, se ha realizado un estudio descriptivo de dichas variables cualitativas, calculando las frecuencias absolutas y relativas. El etiquetado y cribado de la base de datos se ha realizado con el programa Excel (Microsoft Office® versión 2016), al igual que el análisis estadístico posterior, en base a los datos válidos disponibles.

15 Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Organización Médica Colegial, Madrid, 2011. Capítulo III, 9-15.

10 Benbassat J, Bauml R. "What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships?". *Acad Med.* 79 (2004), 832-839.

11 Nolan P. *op. cit.*

12 Mattarozzi K, Sfrisi F, Caniglia F, et al. "What patients' complaints and praise tell the health practitioner: implications for health care quality. A qualitative research study". *Int J Qual Health Care.* 29 (2017), 83-89.

13 Borrell i Carrió F. *op. cit.*

14 Mattarozzi K et al. *op. cit.*

3. Resultados

De los 225 PF analizados, en 5 de ellos no se describen situaciones clínicas que conlleven aspectos éticos relevantes para el CDM. De los 220 PF restantes, se contemplan 833 consideraciones deontológicas sobre artículos del CDM, con un promedio de 3,8 artículos afectados en cada PF. De las 833 consideraciones, 201 constituyen incumplimientos y 632 cumplimientos positivos.

En relación a los incumplimientos del CDM hay un total de 25 artículos afectados (5-9, 11-18, 20-23, 25, 27, 34, 36, 37, 41, 60 y 63) de 9 capítulos diferentes (II-VIII, XV y XVIII) (ver figura 1).

En cuanto a las faltas al CDM consideradas, se refieren mayoritariamente al Capítulo III¹⁶ (Relaciones del médico con sus pacientes), con un total de 146 incumplimientos frente a 55 para el conjunto del resto de capítulos del Código (ver figura 2).

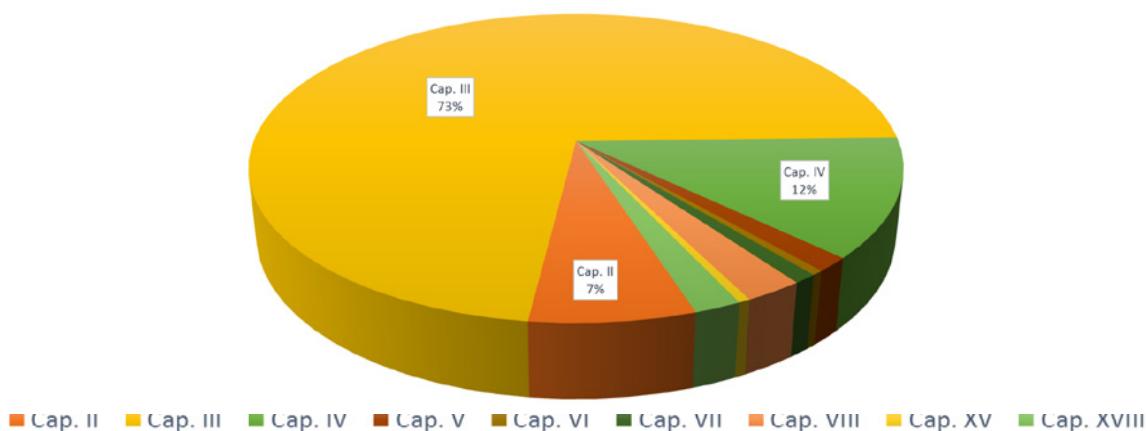


Figura 1. Distribución de Capítulos del CDM afectados por incumplimientos.

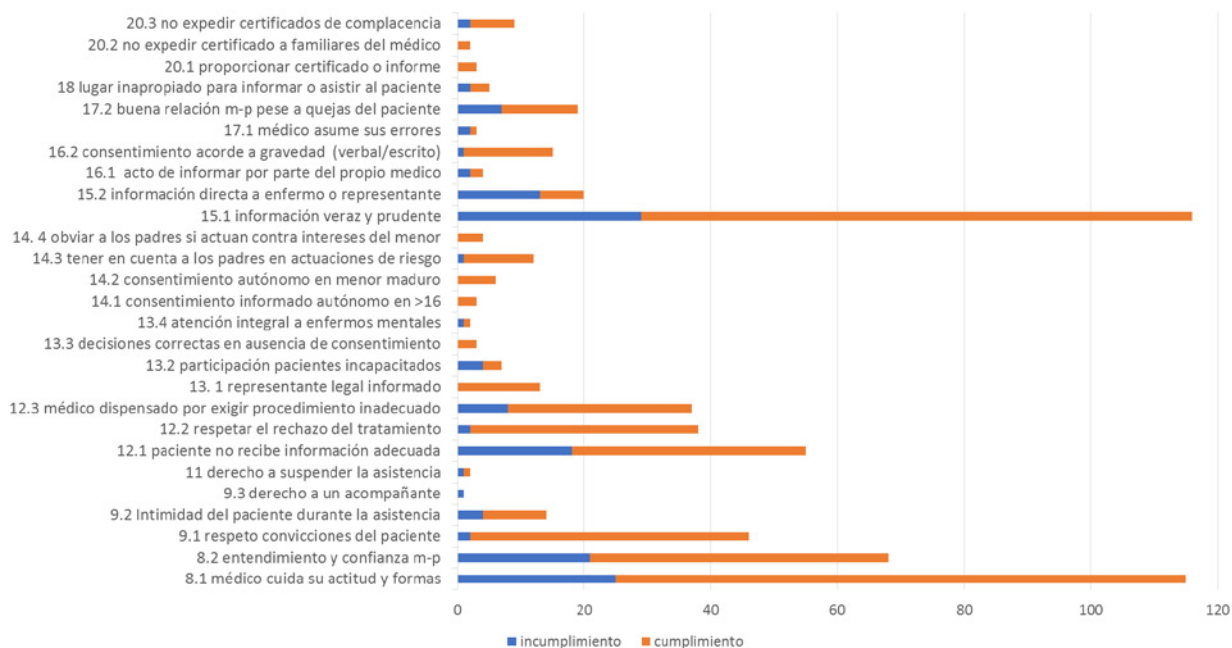


Figura 2. Distribución de artículos afectados (cumplimientos e incumplimientos) del Capítulo III del CDM.

16 Código de Deontología Médica. Capítulo III. op. cit

4. Discusión

Los resultados analizados en los 225 PF constituyen una muestra de las situaciones clínicas que más han llamado la atención a los estudiantes de 5º curso del Grado de Medicina en los cursos 2014-15 y 2015-16, aunque no pueden considerarse extrapolables estadísticamente a las situaciones asistenciales que acontecen en el día a día de las consultas. No obstante, sí es de destacar que, de las 201 consideraciones sobre aspectos incumplidos del CDM, la mayor parte de dichos incumplimientos (73%) tienen que ver con las cuestiones del Código incluidas en el Capítulo III de la relación médico-paciente (arts. 8 al 20) en comparación con el resto de capítulos del Código (27%). Dentro del Capítulo III, los problemas detectados con más frecuencia son los relacionados con la actitud, formas o lenguaje y falta de entendimiento/confianza del médico con el paciente (art. 8 con 46 incumplimientos), así como los problemas al transmitir la información (arts. 12.1 y 15, con 18 y 42 incumplimientos respectivamente).

4.1. Actitud, formas, lenguaje y confianza con el paciente

Como acabamos de comentar, el art. 8, según el cual el médico debe cuidar su actitud, lenguaje, etc. es el más incumplido –46 veces–. Ejemplos concretos de estas situaciones se ven en algunos PF, como en el nº 48 donde una actitud de falta de empatía por parte del médico hace que la paciente se cierre en banda a partir de ese momento, y que la relación de confianza entre ambos quede fracturada... *“Mientras el doctor estudia el caso, la paciente le pregunta qué es lo que sucede, a lo que el médico responde que mejor que no lo haga porque no iba a comprender la información”*. Otro ejemplo claro lo tenemos en el PF 54... *“que yo no le he preguntado por lo que le han hecho a su marido, quiero que me diga por qué está ahora aquí su marido... porque su marido tiene demencia y eso no se cura”*. En el PF 96 *“¿otra vez aquí?, me da igual lo que haya pasado, no te pienso recetar más. Si no te gusta puedes cambiarte de médico”*. En el PF 224 durante

una consulta de traumatología por un problema en el pie, el paciente comienza su relato diciendo al médico que le duele la rodilla, a lo que éste responde cortante *“a mí no me vayas a contar nada sobre tu rodilla...”* tras lo cual el paciente contrariado discutió con el médico y la consulta transcurrió en un clima muy tenso.

Borrell¹⁷ sostiene que muchos pacientes toleran profesionales francamente antipáticos porque son profesionales que *“les aciertan”* y sus malos modos se justifican por su valía técnica. El paradigma de dicha afirmación es la conocida serie televisiva del Dr. House; aunque incomprensible desde el punto de vista de la ética, es aceptable para quienes priorizan los resultados. Y muchos pacientes sin duda los priorizan, como sustenta el estudio de Schattner et al¹⁸ en el que los pacientes participantes eligieron la competencia profesional (50%) como la principal cualidad para ser un buen médico, por encima de la empatía (4%) y la amabilidad (3%), que fueron de las menos elegidas. No obstante, a nosotros nos parece que estos problemas de actitud y formas minan la relación médico-paciente con demasiada frecuencia y deberían ser mucho más cuidados por los facultativos.

4.2. Información y respeto a la decisión del paciente

Es bien sabido que la información abre las puertas hacia una buena comunicación y hacia el entendimiento; se teme aquello que se desconoce. Aunque muchos de los médicos protagonistas de las situaciones descritas en los PF cumplen sobradamente con la adecuada información a los pacientes, con demasiada frecuencia no sucede así. De hecho, hasta en 18 PF no se acaba de tener en cuenta la voluntad del paciente por no haber recibido esta una información adecuada (art. 12.1 CDM) y hasta en 2 ocasiones ni siquiera se ha respetado el rechazo del paciente al tratamiento (art. 12.2 CDM).

Según recientes estudios citados por la OMC, hasta el 70% de las reclamaciones sanitarias son debidas a deficiencias en información, a la falta del documento del *Consentimiento Informado* o la incorrecta cumpli-

17 Borrell i Carrió F. *op. cit.*

18 Schattner A et al. *op. cit.*

mentación del mismo, lo que ha dado lugar a la elaboración de un decálogo de carácter práctico por parte de la Comisión Central de Deontología¹⁹.

Un caso especialmente curioso, debido a un malentendido al transmitir la información es el PF 95, en el que se ve cómo el no entender la información médica acarrea unas consecuencias dramáticas. En el contexto de una consulta clínica, el médico, tras recetar *isotretinoína* le dice textualmente a la paciente *“es importante que comprenda que usted no puede quedarse embarazada mientras tome este fármaco”*. Pasados dos meses, la paciente acudió con un embarazo, pues había malinterpretado las palabras del médico, creyendo que el fármaco tenía efecto anticonceptivo. En este punto conviene recordar que los pacientes desconocen mucha de la terminología que utilizamos y que sus capacidades intelectuales en algún caso les impiden entender la información que el médico le suministra. Esto ilustra la necesidad de que el médico pregunte activamente al paciente por cuestiones fundamentales para saber si lo ha comprendido.

En bastantes PF el médico no transmite al paciente una información comprensible y veraz o no informa directamente al paciente, constatando en total 42 incumplimientos del artículo 15 CDM²⁰, muchos de los cuales podríamos encuadrarlos dentro de lo que se denomina la “conspiración del silencio”. La definición de este hecho es el acuerdo para ocultar total o parcialmente la información del estado real del paciente, sin tener en cuenta los deseos de saber del mismo²¹. Diversos estudios recogen la elevada frecuencia de este fenó-

meno, estimando Ruiz-Benítez y Coca²² que los pacientes oncológicos de su entorno provincial desconocen el diagnóstico y pronóstico hasta en un 50%, mientras que Bermejo et al²³, establecieron que al ingreso en una Unidad de Cuidados Paliativos la tasa de desconocimiento del diagnóstico por los pacientes era del 14% y del pronóstico el 71%.

En nuestros ejemplos de PF también aparece recurrentemente este fenómeno. De todos los casos analizados 12 de ellos hacen referencia a dicha “conspiración”, ocultándole la información al paciente porque así lo requiere algún familiar o porque lo decide el propio médico en un acto de actitud paternalista. Llama la atención en algún caso que el médico, aun sabiendo que su deber es transmitir la información de manera veraz al paciente, se someta a la voluntad de los familiares y acabe incumpliendo este deber. Ejemplo de esto lo tenemos en el PF 4 *“El médico hace pasar en primer lugar a la familia y les informa de que eso no puede hacerlo, que el paciente está en plenas facultades y tiene derecho a enterarse de lo que tiene, aunque puede intentar maquillarlo de alguna forma. Cuando pasa el enfermo, el médico omite que se trate de un tumor maligno y evita decir la palabra tumor durante toda la conversación”*. En el PF 30, *“el urólogo explica a la familia que informará al paciente después de las navidades (dos meses después de la consulta) para que pueda pasar las últimas navidades sin preocuparse”*.

Este problema es especialmente prevalente en los PF del ámbito de las urgencias médicas, donde además hemos de sumarle el hecho de que el tiempo por paciente es muy limitado y las situaciones de espera y de estrés añadido predominan en relación a las consultas programadas. Varios casos muestran cómo llegan pacientes a urgencias en el curso de complicaciones de su proceso de base con diagnóstico fatal, y los facultativos que les atienden en ese momento descubren que desconocen su diagnóstico. El problema allí es saber si la información

19 Médicospacientes.com. “La OMC elabora un Decálogo del Consentimiento Informado” [Publicación en línea]. 20/06/2016.

<http://www.medicospacientes.com/articulo/la-omc-elabora-un-decalogo-del-consentimiento-informado> [consultado el 10 de mayo de 2017]

20 Código de Deontología Médica. *op. cit.* Artículo 15 “1. El médico informará al paciente de forma comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia. Cuando la información incluya datos de gravedad o mal pronóstico se esforzará en transmitirla con delicadeza de manera que no perjudique al paciente. 2. La información debe transmitirse directamente al paciente, a las personas por él designadas o a su representante legal. El médico respetará el derecho del paciente a no ser informado, dejando constancia de ello en la historia clínica”.

21 Ruiz-Benítez MA, Coca MC. “El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales”. *Psicooncología*. 5 (2008), 53-69.

22 Ruiz-Benítez MA y Coca MC. *op. cit.*

23 Bermejo JC, Villaceros M, Carabias R, Sánchez E, Díaz-Albo B. “Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas”. *Med Paliat*. 20 (2013), 49-59.

por parte de su médico especialista no se proporcionó de manera deliberada en beneficio del paciente, o se está produciendo otro caso de conspiración del silencio, pues tampoco figuran anotaciones concretas en la historia clínica. Los médicos que se enfrentan a este dilema ético, por no querer interferir en el proceso asistencial de un compañero, muchas veces deciden continuar sin comunicarle la información, aun sabiendo que es posible que no estén actuando de manera adecuada.

Según Ruiz-Benítez y Coca²⁴ el factor con más peso a la hora de comunicar el diagnóstico es el miedo a las repercusiones negativas que pudieran derivarse de la comunicación del estado real del paciente (sufrimiento, depresión, pérdida de interés por la vida, etc.); razones en principio loables, si bien, como establece la Ley 41/2002²⁵ en su art. 5.4, esta omisión de la información se debe hacer en beneficio del paciente por un estado acreditado de necesidad terapéutica, excepcionalmente y siempre apoyándonos en razones objetivas, sin olvidar hacerlo constar en la historia clínica.

La información es una pieza clave en la calidad asistencial; siempre hay que intentar dar la información al paciente adaptándola a sus condiciones físicas, psíquicas, sociales, etc. como elemento fundamental del humanismo en la relación médico-paciente. Si tenemos la más mínima duda, hay que averiguar el deseo de conocer del paciente y respetar su voluntad, tanto si decide estar informado como si no. Un ejemplo de la voluntad de no saber lo muestra el PF 93, en el que el paciente tras la pregunta del médico “¿Qué quiere saber?” Contesta “*lo único que quiero que me diga es cuándo podré volver a montar en bici*”. En este caso, el médico cumplió los deseos del paciente en el contexto de un diagnóstico fatal.

Como colofón a este apartado, debemos recordar no solo la exigencia deontológica del artículo 15 del CDM²⁶, sino la exigencia legal de la Ley 41/2002, sobre el derecho a recibir información asistencial, que además

establece que el titular de la información será el paciente y los allegados sólo serán informados si el paciente lo permite de forma expresa o tácita²⁷.

A debate en nuestros portafolios también queda reflejado el artículo 14 del CDM, sobre la capacidad de tomar decisiones para menores con 16 años en actuaciones asistenciales ordinarias, así como incluso la capacidad del menor maduro con menos de esta edad, si bien en los 9 casos en que se hacen consideraciones sobre este tema, los médicos han cumplido el Código en todos. Decidir acerca de la autonomía del paciente, especialmente en personas menores de 16 años supone una gran responsabilidad ética para el médico, que tendrá que valorar en función del grado de madurez de los menores.

4.3. Medicina defensiva y de complacencia

Lejos queda el modelo paternalista en el que era el médico el único en tomar las decisiones concernientes al paciente. La relación médico-paciente ideal sería aquella en la que la toma de las decisiones es fruto de una relación de confianza entre el médico y el enfermo. No obstante, la alta carga asistencial, la escasa duración de las consultas, el miedo a las reclamaciones y las demandas de una sociedad cambiante hacen que esta relación sea un tanto utópica. Como respuesta, muchos médicos optan por ceder a las demandas de los pacientes o pedir pruebas no indicadas pero que les cubrirían en caso de denuncia. Existe un miedo omnipresente al: ¿y si no lo hago...? que acaba dominando la actuación médica en muchos casos. En un estudio con grupos focales sobre médicos y pacientes²⁸ ambos colectivos llegan a la conclusión de que la falta de tiempo es lo que más empobrece la calidad de la relación médico-paciente, pero aun así, no podemos utilizar la prescripción para finalizar la consulta, especialmente si lo que prescribimos no está indicado.

27 Ley 41/2002. *op. cit.* Artículo 5. “El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita...”

28 Girón M, Beviá B, Medina E, Talero MS. “Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales”. *Rev Esp Salud Pública*. 76 (2002), 561-575.

24 Ruiz-Benítez MA y Coca MC. *op. cit.*

25 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

26 Código de Deontología Médica. Artículo 15. *op. cit.*

El art. 12.3 del CDM, dispensa al médico de actuar cuando el paciente le exige un procedimiento inadecuado, si bien nuestros resultados indican que de los 37 casos en que se aborda este tema, 8 lo incumplen. Ejemplos concretos de algunos PF versan sobre pruebas diagnósticas o fármacos no indicados que son prescritos por el médico cediendo a la presión del paciente. De forma similar, en 2 casos sobre 9 PF que mencionan el art. 20.3 del Código –prohibición de certificados de complacencia- 2 facultativos lo incumplen.

Como reflexión final en este apartado queremos poner de manifiesto que no debiéramos limitarnos a complacer al paciente solo por miedo a que la relación se tense. La responsabilidad de hacer una medicina de calidad, justa y racional, sabiendo lo que está indicado, con mayor eficacia y eficiencia, debe prevalecer sobre el deseo de evitar problemas complaciendo al paciente. La medicina defensiva y de complacencia es contraria a la ética.

4.4. Incumplimientos de otros Capítulos del Código de Deontología

Hay algunos otros incumplimientos del Código, aunque nuestros resultados indican que numéricamente son muy inferiores a los artículos del Capítulo III de la relación médico-paciente (55 frente a 146). Si bien no tan numerosos, algunos son muy trascendentes. En este sentido nos llama la atención 3 incumplimientos de revelación del secreto profesional (art. 27 del CDM²⁹), que además de ser una falta ética puede constituir un delito contemplado en el Código Penal (art. 199)³⁰ con penas de prisión de hasta 4 años. Este es un asunto sobre el que no están muy concienciados los médicos, como re-

vela un reciente estudio de Beltrán-Aroca et al³¹, en el que se puso de relieve que todo el personal sanitario de un Hospital (especialmente los facultativos) cometían dichas faltas y tras 33157 horas de observación se calculó un índice de frecuencia de una revelación del secreto cada 62,5 h.

Otro incumplimiento llamativo de los preceptos del Código de Deontología es uno del art. 60.1. Dicho artículo establece que el médico jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello. Está obligado, por el contrario, a denunciarlos a la autoridad competente. De los cuatro casos que se refieren a este tema, en uno de ellos (el PF 125) la médica hizo caso omiso a unas excoriaciones encontradas en el transcurso de la consulta mientras exploraba a una paciente que sufría malos tratos, de forma que no realizó el correspondiente parte de lesiones ni lo comunicó a la autoridad judicial. Esto, al igual que lo comentado con respecto a la revelación del secreto profesional, no solo es una exigencia ética sino que puede constituir un delito (arts. 408 y 412 por omisión del deber de perseguir delitos y denegación de auxilio a la Justicia)³².

Para concluir, nos gustaría destacar que, de las situaciones clínicas analizadas, la mayor parte de los incumplimientos de los preceptos deontológicos tienen que ver con las cuestiones del Código incluidas en el Capítulo III de la relación médico-paciente, y especialmente los relacionados con la actitud, formas o lenguaje y falta de entendimiento/confianza del médico con el paciente, así como problemas al transmitir la información. Dentro

31 Beltran-Aroca CM, Girela-Lopez E, Collazo-Chao E, Montero-Pérez-Barquero M, Muñoz-Villanueva MC. "Confidentiality breaches in clinical practice: what happens in hospitals?" *BMC Med Ethics*. 17 (2016), 5.

32 Ley Orgánica 10/1995. *op. cit.* Artículo 408 "La autoridad o funcionario que, faltando a la obligación de su cargo, dejare intencionadamente de promover la persecución de los delitos de que tenga noticia o de sus responsables, incurrirá en la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años". Artículo 412 "El funcionario público que, requerido por autoridad competente, no prestare el auxilio debido para la Administración de Justicia u otro servicio público, incurrirá en las penas de multa de tres a doce meses, y suspensión de empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años... Si se tratase de un delito contra la integridad, libertad sexual, salud o libertad de las personas, será castigado con la pena de multa de doce a dieciocho meses y suspensión de empleo o cargo público de uno a tres años".

29 Código de Deontología Médica. *op. cit.* Artículo 27.2 "El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica".

30 Ley Orgánica 1/1995 del Código Penal. Artículo 199.2. "El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años".

de las disfunciones al informar cabe mencionar particularmente la conspiración del silencio en pacientes con diagnóstico fatal. Corregir estas deficiencias debería ser una prioridad para todo médico, y ello redundaría en una relación médico-paciente más amable y humana.

Referencias

- Beltran-Aroca CM, Girela-Lopez E, Collazo-Chao E, Montero-Pérez-Barquero M, Muñoz-Villanueva MC. Confidentiality breaches in clinical practice: what happens in hospitals? *BMC Med Ethics* 2016; 17: 52
- Benbassat J, Baumal R. What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Acad Med* 2004; 79: 832-839.
- Bermejo JC, Villaceros M, Carabias R, Sánchez E, Díaz-Albo B. Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Med Paliat*, 2013; 20: 49-59.
- Borrell i Carrió F. La relación médico paciente en un mundo cambiante. *HUMANITAS Humanidades Médicas* 2007; 15: 1-22.
- Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Organización Médica Colegial, Madrid 2011.
- Comisión Central Deontología. Médicosypacientes.com [publicación en línea]. La OMC elabora un Decálogo del Consentimiento Informado. 20/06/2016. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-omc-elabora-un-decalogo-del-consentimiento-informado> [consultado el 10 de mayo de 2017]
- Gracey CF, Haidet P, Branch WT, Weissmann P, Kern DE, Mitchell G, Frankel R, Inui T. Precepting humanism: strategies for fostering the human dimensions of care in ambulatory settings. *Acad Med* 2005; 80: 21-28.
- Girón M, Beviá B, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 561-575.
- Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. *Revista de Occidente*, Madrid, 1964.
- Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29 (supl. 3): 7-17.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado nº 274, de 15 de noviembre de 2002.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado nº 281, de 24 de noviembre de 1995.
- Mattarozzi K, Sfrisi F, Caniglia F, et al. What patients' complaints and praise tell the health practitioner: implications for health care quality. A qualitative research study. *Int J Qual Health Care* 2017; 29: 83-89.
- Miller SZ, Schmidt HJ. The habit of humanism: a framework for making humanistic care a reflexive clinical skill. *Acad Med* 1999; 74: 800-803.
- Mira J, Galdón M, Garcia E, Velasco M, Lorenzo S, Viltaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 165-177.
- Nolan P. Time for humanity from doctors toward patients. *Postgrad Med J* 2003; 79: 667-668.
- Ruiz-Benítez MA, Coca MC. El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología* 2008; 5/1: 53-69.
- Schattner A, Rudin D, Jellin N. Good physician from the perspective of their patients. *BMC Health Service Research* 2004; 4:26.