

La confianza es necesaria para interactuar con pacientes y con otros médicos

Trust Is Needed to Interact with Patients and with Other Physicians

La mejor forma de averiguar si puedes confiar en alguien es confiar en él.

ERNEST HEMINGWAY

INTRODUCCIÓN

La confianza, que parece ser un valor etéreo, ¿tiene importancia en la atención de la salud? T. H. Lee y colaboradores afirman que: "...hace que los pacientes se sientan menos vulnerables, los clínicos se sientan más efectivos, y reduce los desequilibrios de información mejorando el flujo." (1)

Debemos pensar que la atención de salud no es una categoría aislada en la sociedad, sino que participa de las tendencias sociales que existen en la comunidad de la que forma parte. Por lo cual no podemos ignorar que en nuestra sociedad cada vez más fragmentada y en la que cada cual quiere obtener para sí sus deseos muchas veces en contra de los deseos del otro, la confianza se ha devaluado. Y la confianza privada y pública en las instituciones, como en el sistema de atención de salud, ha declinado marcadamente.

"En 2015 solamente el 37% del público (en EE. UU.) dijo a Gallup que tenían bastante o completa confianza en el sistema médico, comparado con el 80% en 1975. Esto hizo al 'sistema médico' el 'perdedor más grande', ya que ha sufrido la mayor declinación de confianza entre todas las instituciones cubiertas en la encuesta". (2)

En la Argentina, recientemente, el Observatorio de la Deuda Social de la UCA (Universidad Católica Argentina), en el trabajo de la serie 2010-2018 manifestó que "Entre el comienzo y el final del período se advirtió una duplicación en el número de personas que *dijeron tener una percepción negativa de su estado de salud*; esto es, **las dimensiones física, biológica y psicológica**. Si en 2010 el **7,5%** de los consultados mostró una percepción negativa, en 2018 fue el **15,7%**."

En cuanto a *felicidad*, hubo **un cambio de tendencia**; mientras de 2014 a 2017 el nivel de infelicidad venía bajando, en 2018 retornó el malestar registrado al inicio de la década, con un **13,6% de personas que se consideraron "poco o nada" felices**.

Además, acotan que "mientras el 4,4% de los argentinos de clase media-alta dijo sentirse infeliz en el 2017, y el 6,7% se autoproclamó así en 2018, el 18,9% de quienes pertenecen al sector muy pobre se sintió infeliz en el primer año, y en 2018, nada menos que el **22,4%**". (3)

En la entrevista cara a cara con el paciente, la actitud que adopta el médico es especialmente crítica, "la confianza de los pacientes es afectada por la percepción de la empatía y honestidad del médico. La confianza se correlaciona altamente con la valoración del paciente de la forma que el médico se comunica, conoce al paciente, y se interrelaciona personalmente". (1)

Pero, en los sistemas actuales de atención, la confianza de los pacientes están muy influenciada, más allá del rango de los atributos personales y la competencia técnica del personal, principalmente por los factores que intervienen en la organización de los sistemas actuales de salud. Donde el acceso financiero del paciente a la atención implica odiosas desigualdades y franca inequidad, se cumple la ley inversa enunciada en 1971 por Julian Tudor Hart donde los de más altos ingresos y más sanos reciben mayor atención y procedimientos (muchas veces innecesarios y aun peligrosos), que los de menores ingresos y más enfermos. (4)

Hoy la atención con un médico responsable y algunos especialistas se ha convertido en una relación –según algunos debido al estado actual de la ciencia médica– que requiere un grupo de médicos que trabajen en equipo; en esta situación, los pacientes deben confiar ahora tanto en sus médicos individuales como así mismo en todo el equipo.

LA CONFIANZA DEL PACIENTE Y DEL MÉDICO EN LA MEDICINA ACTUAL

¿Están bien establecidos los equipos para que los pacientes sientan confianza en ellos? La realidad actual es que muchos equipos no funcionan bien, porque es muy probable que los distintos clínicos y especialistas puedan no conocerse o ni siquiera hayan charlado alguna vez entre ellos y, por lo tanto, cada uno pone su foco en las áreas estrictamente limitadas de sus habilidades, sin que muchas veces exista un director de orquesta que haga que los ruidos suenen a música. O sea que se lo considere como una persona completa, tanto en su biología personal como en sus relaciones sociales, y que se integren los diferentes puntos de vista sectoriales para lograr un tratamiento efectivo o, en su defecto, la conservación de la salud, dando prioridad según su importancia a las diferentes conductas sugeridas, evitando sus discordancias y aun, a veces, sus efectos adversos.

Pero no es solamente el problema de los equipos, porque el marco que los engloba es la estructura sanitaria en que están insertos, la cual tienen cambios cada vez más rápidos. Por ejemplo, muchos de los médicos y equipos se encuentran en situaciones diferentes cuando se fusionan organizaciones, y debido a los cambios tangibles e intangibles que suceden los pacientes se sienten en una nueva situación, en la que el médico no puede comportarse como el médico que conocían y terminan teniendo la sensación de que su clínico es otro.

Cuando suceden estos cambios bruscos, el paciente se siente llevado de un lado para otro dentro de un sistema impersonal, burocrático y que no merece su confianza.

A su vez, el propio personal de atención de salud sufre cambios desalentadores porque esto le impide realizar, ya sea por la reducción del tiempo de consulta y otros impedimentos en su accionar, las relaciones gratificantes que tiene con los pacientes y los colegas, y los lleva al desgaste personal (*burnout*). (1)

Al mismo tiempo, hay condiciones generales de la sociedad que también influyen en la confianza actual de los pacientes, como ocurre con el rápido crecimiento de fuentes de información por internet que, muchas veces, rivalizan entre sí y aun son contradictorias. La información por medio de los diarios, televisión y redes sociales de investigaciones espectaculares que en realidad son preliminares o investigaciones básicas de laboratorio, y que rápidamente son contradichas por otras investigaciones subsiguientes. La percepción no equivocada de los pacientes es que la Medicina es un negocio como cualquier otro cuando aparecen los conflictos de intereses de los investigadores con las compañías farmacéuticas y de aparatos médicos.

También tiene importancia que, ante los avances y las nuevas complejidades médicas que pueden llegar a cambiar las indicaciones clínicas previas, existe un nuevo movimiento que trata de transparentar los problemas de calidad de los centros de atención y los errores médicos se difunden de manera poco responsable en distintos medios.

Quizás uno de los mayores problemas que mina la confianza de la sociedad son los esfuerzos torpes e inefectivos de contener los costos de la atención médica mediante modelos que gerencian la atención, que se desarrollaron a partir de la década de los noventa y que pretenden ajustar los costos por encima del médico responsable y despreciando su indicación.

Según Lee y colaboradores: "La actitud del médico es especialmente crítica; la confianza de los pacientes es afectada por la percepción de la empatía y la honestidad del médico... A la inversa, la confianza no se correlaciona altamente con el tiempo de la relación médico-paciente o el acceso financiero del paciente a la atención". (1)

La mayoría (77%) de los pacientes confían mayoritariamente o completamente en los médicos "que ponen su salud y bienestar por encima de bajar los costos del plan de salud". (5)

Se formó un Foro (Forum on [Re]Building Trust on 2018 American Board of Internal Medicine Foundation) entre cuyos temas claves se incluyó la promesa de reunir las necesidades de los pacientes y el corazón de la cultura de las organizaciones, y se comprometieron a medir la experiencia de los pacientes y el compromiso de los médicos con la creación de sistemas de responsabilidades, incentivos financieros y no financieros; creando equipos que sean efectivos en la práctica; cultivando las habilidades de comunicación y reacción con la intención de incluir a los pacientes en todas las fases de este trabajo. (1)

LA CONFIANZA DEL MÉDICO EN OTROS MÉDICOS

Frankel y colaboradores manifiestan que "... los autores están sorprendidos al descubrir que, mientras se ha dado atención considerable a la salud de la dinámica del equipo de atención de salud, hay una cantidad despreciable de literatura específica acerca de la confianza en los médicos y entre ellos.

Dada la ausencia de investigación empírica, los participantes fueron invitados a compartir sus propias historias acerca de la confianza mutua de los médicos en el contexto del trabajo clínico (sin especificar si eran positivas o negativas) y recolectar las historias de otros participantes de la conferencia". (6)

En dicha conferencia, 16 historias fueron discutidas y se consideraron las siguientes situaciones.

Manejo conjunto de la atención del paciente: La mayoría eran narraciones negativas, en las cuales los especialistas "contradecían o desprestigiaban los diagnósticos o las recomendaciones de otros médicos directamente a los pacientes, triangulando efectivamente los pacientes entre sus médicos". Y aun advirtiendo "a un paciente a realizar un procedimiento (sin el conocimiento del que estaba a cargo, que había aconsejado un curso más conservador)" diciendo a la paciente "que se arrepentiría si seguía el consejo de su médico". (6) Todos tenemos algunas experiencias parecidas.

Cómo los especialistas se consideran el uno al otro: No resulta poco común que un médico hable mal de la actividad y el conocimiento de otro médico.

Abordar conductas irrespetuosas: A veces, los médicos de mayor autoridad no apoyan, ante la conducta irrespetuosa de los pacientes, a los médicos más jóvenes o que se están iniciando en la profesión.

No causa sorpresa que las historias de confianza se trasladen a tener buenas relaciones y conocimiento interpersonales de los médicos entre sí y con las organizaciones; cuando la confianza no existe, las historias están repletas de tensiones y traiciones. (6)

Los autores proponen algunos principios para mejorar la confianza médico-médico, como considerar que a estas relaciones se les debería dar el mismo nivel de intención y atención que a las relaciones médico-paciente; reconocer como recursos las diferencias de perspectivas, ya que no es correcto tratar de ganar o dominar a los otros como si se estuviera en una con-

tienda, sino más bien aprender para discernir el curso de acción más inteligente; ser responsable y sostener a los otros responsables, creando patrones de respeto y colaboración.

LA CONFIANZA DEL MÉDICO EN EL PACIENTE

Los médicos que confían en los pacientes generan pacientes que confían en ellos.

El énfasis casi mecánico en obtener casi exclusivamente la adherencia del paciente al tratamiento debe cambiarse promocionando y cultivando la habilidad con que pueden “contribuir al desarrollo de los planes de atención que reflejen sus propios valores y preferencias. Los médicos que desean avanzar en esta transformación pueden contribuir presumiendo confianza con cada paciente. Hay numerosas razones para hacerlo así”. (7)

Cuando comienza la entrevista, la primera manifestación de una confianza inadecuada es cuando el médico interrumpe al paciente y así desconoce los motivos y los valores que lo llevaron a consultar y, en su lugar, descansa solamente en lo que supone el médico apelando a su propios conocimientos y destrezas.

“En un reciente estudio [...], los clínicos promediaban 11 segundos antes de interrumpir la declaración de apertura de los pacientes. Esto es consistente con estudios conducidos en las décadas de 1980, 1990 y 2000, todos los cuales documentaban un tiempo promedio a la interrupción de menos de 30 segundos”. (7)

Escuchar las palabras y las metáforas que utilizan los pacientes nos lleva a conocer su saber acerca de su propia experiencia y el contexto en que sucede. Sus narrativas han demostrado valor diagnóstico para el médico que las escucha.

Aquellos médicos que escuchan y confían en los pacientes hacen mejores diagnósticos y son mejores curadores, simplemente porque se sienten en sintonía.

Para que exista una colaboración real durante la entrevista, los médicos deben confiar en los pacientes. Al sentirse en esa situación, se comprometen y adquieren la confianza para contribuir activamente en su cuidado. Por lo que la confianza del médico en los propios conocimientos y destreza del paciente resulta esencial en la habilidad para comprometerlo como colaborador. (7)

En distintas encuestas, los pacientes se quejan de que los interrumpen seguido, dejan de lado los síntomas y las preocupaciones que expresan, no toman en consideración los efectos adversos que comunican de los medicamentos prescriptos. Además de que muchas veces evitan el contacto visual porque están mirando a la computadora, y que los médicos hablan de manera condescendiente. También se quejan de ausencia del examen físico tradicional y aun que demuestren disgusto físico cuando tocan a los pacientes.

Muchas de estas quejas desaparecen cuando se los invita a tomar decisiones compartidas, teniendo en consideración los valores personales, familiares y de la comunidad de pertenencia.

DEMASIADOS ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS PUEDEN INDICAR UNA FALTA DE CONFIANZA

Como expresan Fritz y colaboradores, si ante pacientes sin síntomas y de bajo riesgo, se realizan estudios y procedimientos “...cuando estas investigaciones y tratamientos son activamente dañinos para los pacientes entonces estamos imponiendo ‘demasiada Medicina’”. (8)

Estas pequeñas elecciones tenemos que tomarlas miles de veces diariamente y nos plantean la contradicción entre el daño potencial de la investigación o tratamiento que ordenamos y el daño potencial de no realizar el diagnóstico de una afección sería al no indicarlo. Ante esta situación, muchas veces ante el pedido del paciente, se opta por la solución más fácil, que es pedir estudios de los que no estamos convencidos, para evitar que el paciente sienta desconfianza de que privilegiamos el gasto del sistema de atención.

Muchas veces el médico actúa más que por las necesidades expresadas verbalmente, quizás por la percepción del deseo del paciente por el procedimiento o el tratamiento.

En esto interviene que la confianza “es un factor significativo que influencia estas elecciones, y que comprender la relación entre confianza e investigaciones y tratamientos ayudará a los clínicos y a los que toman las decisiones políticas a asegurar que las decisiones éticas sean hechas más consistentemente”. (8)

Como dice en el epígrafe Hemingway, “La mejor forma de averiguar si puedes confiar en alguien es confiar en él”. Ya que expresar confianza construye la confianza adicional en el otro, a su vez, la ausencia de expresión de confianza la destruye. No puede florecer una relación de confianza entre el paciente y el médico si alguna de las dos partes descubre que la otra desconfía al tratar de verificar los dichos.

En el diálogo que se establece, son necesarias tanto las preguntas del médico como las del paciente; de esa manera, se transfiere la información desigual entre ambos y al hacer preguntas y recibir respuestas se disminuye el desequilibrio de información médica del paciente. El diálogo debe tener en cuenta las preferencias, los deseos y el compromiso del paciente luego de una explicación de todas las opciones posibles.

La sociedad en su conjunto expresa la confianza en el personal del sistema de salud, esperando que en el gasto en salud tengan prioridad las necesidades reales y no ficticias de la población.

CONCLUSIONES

No se puede dudar de que el médico demuestra confianza, y la obtiene del paciente, cuando pone especial cuidado en la comunicación verbal durante la entrevista, y también en la no verbal con sus gestos, expresiones, tonos y silencios. Es de suma importancia que el médico mantenga el contacto visual y le permita al paciente

que se introduzca él mismo, escuche con atención y haga preguntas atentas.

Debe invitar a realizar decisiones compartidas que respeten los valores del paciente, la familia y el contexto de su comunidad.

Sin embargo, el encuentro entre el paciente y el médico se realiza en el marco de un sistema de atención de salud que lo constriñe tanto a uno como al otro a los criterios burocráticos de la organización y, muchas veces, no se adecua a lo que se considera como necesario para construir una relación de confianza.

El sistema cada vez más frecuente de la atención por equipos crea ventajas y nuevos problemas, ya que vuelve más difusa la responsabilidad de las distintas decisiones y diluye el compromiso directo. Esto hace que los sistemas de salud deban adecuar su organización a las nuevas necesidades que surgen y que tienen los pacientes y el personal de salud, como están sugiriendo los pedidos de distintas asociaciones médicas a las organizaciones de salud.

Hay que dejar de lado la absurda creencia de que se pueden contener los costos de salud con medidas solamente administrativas, sin que el sistema de salud considere las necesidades reales y los investigadores establezcan y los médicos efectúen el mejor tratamiento posible, o cómo debería mantenerse la salud. Que, a su vez, dependen de los hábitos sociales mayoritarios en la comunidad: como el tabaquismo, alcoholismo, poca actividad física, dieta con abundan-

tes calorías y sodio –con sus secuelas de aumentos de peso y grasa corporal–, diabetes e hipertensión que deberían transformarse en la sociedad con la intervención legal del Estado regulando las 3 grandes industrias relacionadas con la salud (tabaco, alcohol y alimentos).

Dr. Hernán C. Doval

Director de la Revista Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee TH, McGlynn EA, Safran AG. A framework for increasing trust between patients and the organizations that care for them. *JAMA* 2019;321:539-40. <http://doi.org/c8gs>
2. Lynch TJ, Wolfson DB, Baron RJ. A trust initiative in health care: Why and why now? *Acad Med* 2019;94:463-5. <http://doi.org/c8gt>
3. Hartmann I. Un estudio detectó que la infelicidad y la depresión crecieron entre los argentinos. *Diario Clarín* 23/05/2019, página 22. (la negrita está en el original)
4. Watt G. The inverse care law today. *Lancet* 2002;360:252-4. <http://doi.org/b66ctp>
5. Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA* 1998;280:1708-14. <http://doi.org/cgps9x>
6. Frankel RM, Tilden VP, Suchman A. Physicians' trust in one another. *JAMA* 2019;321:1345-6. <http://doi.org/c8gw>
7. Grob R, Darien G, Meyers D. Why physicians should trust in patients. *JAMA* 2019;321:1347-8. <http://doi.org/c8gx>
8. Fritz Z, Horton R. Too much medicine: not enough trust? *J Med Ethics* 2019;45:31-5. <http://doi.org/c8gz>