

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

De los Santos R, Alberino LE, Antonelli JI y col. ¿Qué esperan los ciudadanos de los médicos? Preferencias y utilización del sistema de salud.

Rev Arg Med 2020;8(1):36-52

Recibido: 1 de marzo de 2020.

Aceptado: 28 de marzo de 2020.

¹ Profesor titular consulto de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Ex jefe del Departamento de Medicina, Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires. Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

² Médico anestesiista.

³ Médico oftalmólogo.

⁴ Médica clínica.

⁵ Médico/a. Docente de la UBA.

⁶ Ex estudiante de la Unidad Académica, Hospital Vélez Sarsfield. Asociado a la Facultad de Medicina de la UBA.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Raúl De los Santos. Correo electrónico: adlsantos@intramed.net

¿QUÉ ESPERAN LOS CIUDADANOS DE LOS MÉDICOS? PREFERENCIAS Y UTILIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

WHAT DO CITIZENS EXPECT FROM DOCTORS? HEALTH SYSTEM PREFERENCES AND USE

Raúl De los Santos,¹ Leandro E. Alberino,²⁻⁶ Juan I. Antonelli,³⁻⁶ Valeria M. Brichetti,⁴⁻⁶ María G. Comesaña,⁴⁻⁶ Julieta L. Novoa,⁴⁻⁶ Pascual Valdez,⁵ Andrea Díaz,⁵ Adriana Serchenko⁵

RESUMEN

Introducción. Existe vasta literatura sobre opiniones profesionales del perfil profesional deseado como producto final de las escuelas de medicina, pero es escasa la literatura sobre opiniones poblacionales acerca del médico que quiere la sociedad. **Objetivos.** Cuantificar, desde la óptica de la ciudadanía, virtudes deseables y defectos indeseables de los médicos, y determinar preferencias poblacionales con respecto a caracteres de la asistencia. **Material y métodos.** Diseño prospectivo, observacional, transversal y analítico. Se encuestó a 338 ciudadanos a quienes se les preguntó acerca de caracteres socioeducativos, presencia o no de médico de cabecera y caracteres de la atención médica y odontológica, opiniones sobre competencias que deberían o no poseer los médicos, preferencias de atención y prácticas preventivas. Se incluyeron ciudadanos de 18 y más años, y se excluyeron profesionales del equipo de salud, ciudadanos en el contexto de una consulta médica, familiares directos de médicos o estudiantes de medicina. La encuesta fue realizada entre mayo y julio de 2014 en el ámbito de influencia del Hospital Vélez Sarsfield. Se utilizó estadística descriptiva y regresión lineal. La encuesta fue realizada cara a cara y en el 82,84% de los casos fue efectuada por estudiantes; el resto, por médicos u otro personal hospitalario. **Resultados.** Al 63,90% y 73,96%, respectivamente, le es indiferente la edad y el género del profesional. Ante una dolencia digestiva, el 46,74% prefiere al especialista, y ante un resfrío, el 49,40% prefiere al médico general. El 55,02% no tiene médico de cabecera, y el 26,17% de los que sí poseen no saben su nombre. La especialidad más común del médico de cabecera fue clínica médica (56,37%). Se realizaron cuatro preguntas (tres virtudes deseables, tres defectos indeseables, ¿qué desearía que la facultad enseñe a los médicos?, ¿por qué cambiaría de médico?) y se asignaron las respuestas a cinco categorías competenciales (actitudes, conocimientos, destrezas propiamente dichas, destrezas de habilidades clínicas y destrezas como capacidad para resolver problemas), y se encontró predominio de las actitudes en las cuatro preguntas (67,65%, 75,83%, 69,97% y 62,50%, respectivamente). El 63,31% desearía que su grupo familiar pudiera consultar al especialista deseado según la dolencia. Ha consultado en el último año a un médico el 84,02% y la causa más común fue el chequeo (58,55%). El 73,07% considera importante en el consultorio la vestimenta del médico y el 97,63%, el lavado de manos. El 54,14% usa la *web* para buscar temas referidos a su salud. A mayor nivel educativo y menor cobertura es indiferente el género del profesional ($p = 0,01$ y $0,03$); a mayor nivel educativo es indiferente la especialidad ($p = 0,04$ para dolencia abdominal y $p = 0,0004$ para resfrío). El mayor nivel educativo se vincula al uso de computadoras ($p = 0,0000$) y a búsqueda de información en la *web* sobre temas referidos a su salud ($p = 0,0000$). Si bien la mayoría opta por tener acceso directo a un especialista, tener médico de cabecera se asocia a menor tendencia de hacer esa elección con respecto a no tenerlo ($p = 0,03$). **Conclusiones.** Las competencias sobre actitudes son las predominantes desde cualquier óptica. La mayoría de los ciudadanos no tiene incorporada la figura del médico de cabecera como responsable en el primer nivel de

atención. El 67% recibió consejos preventivos, pero no de su médico en todos los casos (dado que el 55% no tiene), y el consejo sobre actividad física y alimentación saludable, a pesar de ser las más votadas, llegaron sólo a un tercio de los ciudadanos. Es común la consulta en la web sobre temas de la propia salud.

PALABRAS CLAVE. Perfil profesional, virtudes, defectos, actitudes, competencias, web, médico de cabecera.

ABSTRACT

Introduction. Literature is vast on professional opinions regarding the desired professional profile as the final product of medical schools, but there are not enough articles on population opinions about the doctor that society wants. **Objectives.** To quantify, from the point of view of citizenship, desirable virtues and undesirable defects of physicians, and to determine population preferences regarding the characteristics of care. **Material and methods.** Prospective, observational, transversal and analytical design study. 338 citizens were surveyed on socio-educational characteristics, presence or absence of a general practitioner and types of medical and dental care, opinions on competencies that doctors should or should not possess, care preferences and preventive practices. Citizens of 18 years of age and older were included, and health team professionals, citizens in the context of a medical consultation, direct relatives of doctors or medical students were excluded. The survey was carried out between May and July 2014 in the area of influence of Vélez Sarsfield Hospital. Descriptive statistics and linear regression were used. The survey was performed face to face; an 82.84% was carried out by students; the rest, by doctors or other hospital personnel. **Results.** 63.90% and 73.96%, respectively, are indifferent to the age and gender of the professional. When facing a digestive problem, 46.74% prefer a specialist, and in the case of rhinitis, 49.40% prefer a general physician. 55.02% do not have a general practitioner, and 26.17% of those who do ignore his or her name. The most frequent area of general practitioners was internal medicine (56.37%). Four questions were asked (three desirable virtues, three undesirable defects, what would you like schools to teach doctors?, why would you change doctors?). The answers were assigned to five competency categories (attitudes, knowledge, proper skills, clinical skills and abilities such as the ability to solve problems), with a predominance of attitudes in the four questions (67.65%, 75.83%, 69.97% and 62.50%, respectively). 63.31% would like their family group to be able to consult the specialist they want depending on the condition. 84.02% have consulted a doctor in the last year and the most frequent cause was a screening (58.55%). 73.07% consider the doctor's clothing important in the office, and 97.63%, hand washing. 54.14% use the web to search for topics related to their health. The higher the educational level and the lower the health insurance, the less important the professional's gender ($p = 0.01$ and 0.03); the higher the educational level, the less important the specialty ($p = 0.04$ for digestive problems and $p = 0.0004$ for rhinitis). The highest educational level is linked to the use of computers ($p = 0.0000$) and web searching for health-related information ($p = 0.0000$). Although most choose to have direct access to a specialist, having a general practitioner is associated with a lower tendency of this choice as compared to not having it ($p = 0.03$). **Conclusions.** Attitude competencies are predominant from any perspective. Most citizens do not consider the general practitioner the person in charge at the first level of care. 67% received preventive advice, but not from their doctor in all cases (since 55% do not have it), and advice on physical activity and healthy eating, despite being the most voted, reached only a third of the citizens. Web consultation on health issues is frequent.

KEY WORDS. Professional profile, virtues, defects, attitudes, competences, web, general practitioner.

Introducción

Existe vasta literatura sobre opiniones profesionales del perfil profesional deseado como producto final de las escuelas de medicina (literatura nacional y extranjera); se han publicado los requisitos esenciales mínimos por consenso de diferentes facultades de medicina del mundo, y el Mi-

nisterio de Educación, Ciencia y Técnica de nuestro país también ha establecido los estándares basados en requisitos competenciales. Pero es escasa la literatura referida a opiniones poblacionales acerca del médico que quiere la sociedad.

Una de las funciones principales de cualquier facultad de medicina debería ser la formación de profesionales idóneos, que posean los conocimientos, las destrezas,

las habilidades comunicacionales y de manejo de información científica, las actitudes éticas y la capacidad de identificar y resolver problemas comunes de la práctica asistencial, que les permitan comprender y tratar las enfermedades, promover la salud de personas y grupos, mantener actualizada su aptitud profesional y contribuir al crecimiento del conocimiento, en un proceso de educación continua con actitudes positivas hacia la docencia y la investigación. A lo largo de la carrera, el estudiante va adquiriendo la capacidad de establecer vínculos profesionales y afectivos que le permiten recoger datos clínicos con precisión y seguridad, evaluar el significado de lo detectado, definir los problemas clínicos estableciendo un orden jerárquico según la importancia y urgencia, tomar decisiones y ejecutar conductas que en todo momento privilegien el bienestar y la seguridad del paciente por sobre cualquier otro aspecto (1-3). Este conjunto de aprendizajes se denomina "competencia clínica". Sin embargo, en general no se han definido en forma explícita los caracteres del "buen médico" que las facultades deben formar.

La toma de conciencia de la necesidad de reformular el perfil de los médicos que egresan de las escuelas de medicina se ha generalizado al punto que es difícil ver un número de revistas líderes que no incluya con frecuencia artículos sobre los temas centrales de esta crisis (4-6).

¿Qué pretende de los médicos nuestra sociedad? La imagen primitiva del médico sacerdote y brujo sólo requería que el médico escuchara, interpretara, descifrara y obrara milagros. Por siglos sólo parece haberse exigido esto. Desde poco más de un siglo la sociedad espera que el médico también observe y registre y, en las últimas décadas, que agregue investigación experimental para dar fundamento racional a su terapéutica y se convierta en un científico. Han sido los pasos de la magia a la ciencia sin que los médicos perdieran sus cualidades de sacerdotes, modelo de honestidad, integridad, comprensión, entrega, humildad y capacidad de sacrificio. En los últimos años, la sociedad también espera que el médico tenga conceptos económicos y que piense en términos de costos y beneficios y en la rentabilidad que permita progreso tecnológico y económico (7). La sociedad tiene distintos niveles, y la familia como sociedad más íntima espera que el médico le brinde tiempo, afecto y bienestar económico. Esta es la imagen del médico abrumado por las limitaciones que le imponen las instituciones y por las necesidades de su propia familia.

El Instituto para la Educación Médica Internacional, IEMI (Institute for International Medical Education, IIME) desarrolló el concepto de "requisitos globales mínimos esenciales" (RGME) y definió un conjunto de resultados mínimos del aprendizaje, aplicables en todo el mundo, que los estudiantes de las escuelas (facultades) de medicina deben demostrar para poder obtener su grado (8). Estos "requisitos esenciales" se agrupan en siete

grandes categorías educacionales que son: valores profesionales, actitudes, comportamientos y ética; fundamentos científicos de la medicina; habilidades clínicas; habilidades de comunicación; salud pública y sistemas de salud; manejo de la información, y análisis crítico e investigación.

El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología por Resolución 1314/2007 (9) aprobó los contenidos curriculares básicos, la carga horaria mínima, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de las carreras de medicina, así como la nómina de actividades profesionales reservadas para quienes hayan obtenido el título de médico. Según las competencias profesionales establecidas, los contenidos básicos se formulan en concordancia con el concepto de *core curriculum*, organizados en tres ejes curriculares: Fundamentos científicos de la atención del paciente; Proceso salud-enfermedad-atención en las distintas etapas del ciclo vital, y Medicina, hombre y sociedad.

No obstante, no se encuentra en la literatura opinión de la ciudadanía acerca del perfil profesional que desea para el proceso de *atención-salud-enfermedad*.

Los **objetivos** del presente estudio son:

1. Cuantificar, desde la óptica de la ciudadanía, virtudes deseables y defectos indeseables de los médicos, como también qué competencias debería enseñar una escuela de medicina y por qué motivos se cambiaría de profesional (desglosando las variables en categorías competenciales).
2. Determinar preferencias poblacionales con respecto a género y edad profesional, especialidad y cuidados de la salud (desde la óptica médica y odontológica), vinculándolas con caracteres socioeducativos y epidemiológico-poblacionales.
3. Describir y cuantificar prácticas preventivas recomendadas.

Material y métodos

Diseño: prospectivo, observacional, transversal y analítico.

Población:

Criterios de inclusión: ciudadanos de 18 y más años.

Criterios de exclusión: profesionales del equipo de salud, ciudadanos en el contexto de una consulta médica, familiares directos de médicos o estudiantes de medicina.

Criterios de eliminación: no hubo.

Tiempo: entre mayo y julio de 2014.

Espacio: ámbito de influencia del Hospital Vélez Sarsfield.

Muestra: circunstancial, 338 ciudadanos.

Metodología: Encuesta realizada cara a cara. Se entrenaron encuestadores para realizarla.

En el 82,84% de los casos fue realizada por estudiantes; el resto, por médicos u otro personal hospitalario.

Estadística:

Descriptiva: media, desviación estándar (DE), intervalo de confianza (IC) del 95%, mediana, desviación absoluta mediana (MAD, por sus siglas en inglés), porcentajes e IC del 95% por el método exacto binomial.

Regresión: se utilizó la regresión lineal múltiple. Se consideró significativo un valor de p menor de 0,05.

Datos: Se encuestó acerca de caracteres socioeducativos, presencia o no de médico de cabecera y caracteres de la atención médica y odontológica, opiniones sobre competencias que deberían o no poseer los médicos, preferencias de atención y prácticas preventivas. Los datos fueron procesados con los programas Statistix 2.0 y EpiInfo 6.04.

Las respuestas de texto libre fueron distribuidas en cinco categorías competenciales por consenso de un subgrupo de cuatro autores; una categoría se establecía cuando concordaban al menos tres autores. Las categorías preestablecidas fueron:

- Actitudes
- Conocimientos
- Destrezas propiamente dichas
- Destrezas de habilidades clínicas
- Destrezas como capacidad para resolver problemas

Resultados

El 74,85% de los encuestados pertenecen al ámbito comunitario (Tabla 1), con un discreto predominio de residencia en CABA (55,91% vs. 31,65% en Provincia) (Tabla 2), con ocupaciones predominantes: empleados (29,88%), administrativos (15,08%), estudiantes (10,35%), amas de casa (9,76%) y docentes (9,46%) (Tabla 3). El género predominante fue el femenino (64,49%) (Tabla 4). La edad: $43,13 \pm 0,88$ años (Tabla 5). Con respecto a la cobertura médica: obra social: 58,57%, plan prepago: 30,76% y hospital: 7,98% (Tabla 6). El máximo nivel educativo alcanzado fue: primario: 10,65%, secundario: 38,75%, terciario: 20,11% y universitario: 29,88% (Tabla 7). A la mayoría le es indiferente la edad y el género del profesional (63,90% y 73,96%, respectivamente); ante una dolencia digestiva prefiere prioritariamente al especialista el 46,74%, pero ante un resfrío la prioridad de atención es del 49,40% hacia el médico general (Figura 1). El 55,02% no tiene médico de cabecera, y el 26,17% de los que sí poseen no saben su nombre (Figura 2). La especialidad más común del médico de cabecera fue clínica médica (56,37%), y en el 61,07%, el ciudadano lo pudo elegir, en tanto que al 36,91% le fue asignado (Tablas 8-11).

Se realizaron cuatro preguntas (tres virtudes deseables, tres defectos indeseables, ¿qué desearía que la facultad enseñe a los médicos?, ¿por qué cambiaría de médico?)

y se asignaron las respuestas a cinco categorías competenciales (actitudes, conocimientos, destrezas propiamente dichas, destrezas de habilidades clínicas y destrezas como capacidad para resolver problemas), donde se encontró predominio de las actitudes en las cuatro preguntas (67,65%, 75,83%, 69,97% y 62,50%, respectivamente) (Tablas 12-15 y Figuras 3-6).

Respecto de las categorías competenciales, se listan en cada una de las siguientes preguntas las competencias categorizadas según el orden de elección, y en cada categoría se consignan las más elegidas, que obtuvieron en la sumatoria al menos el 80% de los votos.

Categorización de la elección de tres virtudes

Actitudes	Destrezas [propiamente dichas]	Conocimientos
Buena atención	Higiene	Conocimientos
Paciencia	Prolijidad	Actualización
Humanidad	Observador	Formación
Honestidad		
Amabilidad		
Saber escuchar		
Empatía		
Responsabilidad		
Contención		
Claridad		
Idoneidad		
Ética		
Saber explicar		
Respeto		
Puntualidad		
Inspirar confianza		
Destrezas [habilidades clínicas]	Destrezas [capacidad de resolver problemas]	
Experiencia	Capacidad	
Profesionalismo	Sentido común	
Dedicación	Eficiencia	
Ojo clínico	Resolutividad	
Correcta utilización de recursos		

Categorización de la elección de tres defectos

Actitudes	Destrezas [propriadamente dichas]	Conocimientos
Indiferencia	Desprolijidad	Falta de conocimientos
Soberbia	Falta de higiene	Falta de actualización
Mal trato	Distraído	Falta de formación
Dedicar poco tiempo	Letra ilegible	
Desinterés	Poco observador	
Impuntualidad		
Malhumor		
Impaciencia		
Malos modales		
Poco comunicativo		
Que no escuche		
Irresponsable		
Inseguro		
Destrezas [habilidades clínicas]	Destrezas [capacidad de resolver problemas]	
Inexperiencia	Incapaz	
Error diagnóstico	Poco sentido común	
Mala utilización de recursos	Irracional	
Falta de seguimiento del paciente	Ineficaz	
Poca disponibilidad o mucha espera	Poco práctico	
Falta de dedicación		
No saber revisar		

Además de curar enfermedades, ¿qué desearía que la facultad de medicina enseñara a sus alumnos?

Actitudes	Destrezas [propriadamente dichas]	Conocimientos
Humanidad	Letra legible	Psicología
Ética	Hacer las recetas correctamente	Sociología
Aprender a tratar con el paciente y/o la familia		Investigación
Relación médico-paciente		Medicina alternativa
Conciencia social		
Comunicación		
Amabilidad		
Destrezas [habilidades clínicas]	Destrezas [capacidad de resolver problemas]	
Prevención	Trabajo en equipo	
Dedicación al paciente	Negociación	
Tratamiento integral		
Cómo dar malas noticias		

Categorización de la elección de motivos por los que cambiaría de médico

Actitudes	Destrezas [propriadamente dichas]	Conocimientos
Mala atención	Falta de higiene	Mala preparación
Mal trato		Falta de conocimientos
Falta de confianza		Falta de actualización
Falta de interés		
Que no escuche		
Indiferencia		
Falta de comunicación		
Falta de contención		
Si no me cae bien		
Destrezas [habilidades clínicas]	Destrezas [capacidad de resolver problemas]	
Error diagnóstico	Incapaz	
No estar de acuerdo con el diagnóstico o tratamiento	Incompetencia	
Tratamiento erróneo	Ineficaz	
Falta de profesionalismo	Poco sentido común	
No saber revisar		

El 63,31% desearía que su grupo familiar pueda consultar al especialista que desee según la dolencia (Tabla 16 y Figura 7).

Ha consultado en el último año a un médico el 84,02% y a un odontólogo, el 62,13%; la consulta médica más común fue el chequeo (58,55%) y la odontológica, la dolencia aguda (42,08%) (Tablas 17-20).

El 73,07% considera importante en el consultorio la vestimenta del médico, y el 97,63%, el lavado de manos (Tabla 21).

El 67,15% recibió en los últimos cinco años algún consejo de medicina preventiva, con predominio de la actividad física (38,46%) y la alimentación saludable (35,20%). El 83,89% recibió consejo de su médico sobre automedicación (Tablas 22 y 23).

El 54,14% usa la *web* para buscar temas referidos a su salud (Tabla 24 y Figura 8).

En el análisis multivariado por regresión lineal se encontraron como predictores: a mayor nivel educativo y menor cobertura es indiferente el género del profesional ($p = 0,01$ y $0,03$); a mayor nivel educativo es indiferente la especialidad ($p = 0,04$ para dolencia abdominal y $p = 0,0004$ para resfriado), y la menor cobertura en salud se asocia a no tener médico de cabecera y no realizar consultas odontológicas ($p = 0,01$ y $0,007$). El análisis univariado de predictores por regresión lineal mostró que el mayor nivel educativo se vincula al uso de computadoras ($p = 0,0000$) y a búsqueda de información en la *web* sobre temas referidos a la propia

salud ($p = 0,0000$). Tener médico de cabecera se asocia a brindar consejo sobre medicina preventiva ($p = 0,03$). Si bien la mayoría opta por tener acceso directo a un especialista, tener médico de cabecera se asocia a menor tendencia de hacer la elección con respecto a no tenerlo ($p = 0,03$) (Tablas 25 y 26).

TABLA 1. SECTORES DONDE FUE ENCUESTADO

Sector	n	Porcentaje
Comunidad	253	74,85
Familia	11	3,25
Administrativos del hospital	34	10,05
Mantenimiento hospitalario	12	3,55
Personal de escuelas	28	8,28

TABLA 2. LUGAR DE RESIDENCIA

Lugar	n	Porcentaje
CABA	189	55,91
Provincia	107	31,65
No refiere	42	12,42

TABLA 3. OCUPACIÓN

Ocupación	n	Porcentaje
Desocupado/no trabaja	4	1,18
Ama de casa	33	9,76
Administrativo	51	15,08
Mantenimiento	5	1,47
Jubilado	19	5,62
Empleado	101	29,88
Técnico	4	1,10
Profesional	19	5,82
Estudiante	35	10,35
Docente	32	9,46
Comerciante/autónomo	12	3,55
No refiere	23	6,80

TABLA 4. GÉNERO

Género	n	Porcentaje
Masculino	118	34,91
Femenino	218	64,49
No refiere	2	0,59

TABLA 5. EDAD

Media \pm DE	43,13 \pm 0,88
IC del 95%	41,38, 44,86
Mediana \pm MAD	42,00 \pm 13,00

TABLA 6. COBERTURA

Cobertura	n	Porcentaje
Prepaga	104	30,76
Obra social	198	58,57
Sin cobertura	29	7,98
No refiere	7	2,07

TABLA 7. NIVEL EDUCATIVO

Nivel	n	Porcentaje	Subnivel	n	Porcentaje
Primario	36	10,65	Incompleto	6	16,66
			Completo	12	33,33
			No refiere	18	50,00
Secundario	131	38,75	Incompleto	25	19,08
			Completo	57	43,51
			No refiere	49	37,40
Terciario	68	20,11	Incompleto	18	26,47
			Completo	22	21,78
			No refiere	28	41,17
Universitario	101	29,88	Incompleto	41	40,59
			Completo	42	41,58
			No refiere	18	17,82
No refiere	2	2,07			

TABLA 8. PREFERENCIA DE ATENCIÓN

Edad del profesional	n	Porcentaje
Joven	30	8,87
Mayor	89	26,33
Indiferente	216	63,90
No refiere	3	0,88
Género del profesional	n	Porcentaje
Masculino	58	17,15
Femenino	47	13,90
Indiferente	228	67,45
No refiere	3	0,88

TABLA 9. CARACTERES DE ATENCIÓN POR MÉDICO DE CABECERA (MC)

Médico de cabecera	n	Porcentaje
Tiene y sabe su nombre	110	32,54
Tiene y no sabe su nombre	39	11,53
No tiene	186	55,02
No refiere	3	0,88
Especialidad (sobre 149 MC)	n	Porcentaje
Clínico general	84	56,37
Cirujano	6	4,02
Ginecólogo	17	11,40
Otro	32	21,47
No sabe	9	6,04
No refiere	1	0,67
Elección de MC (sobre 149 MC)	n	Porcentaje
Lo eligió	91	61,07
Le fue asignado	55	36,91
No refiere	3	2,01

TABLA 10. ANTE UN DOLOR ABDOMINAL, USTED PREFERE SER ATENDIDO POR

Especialidad	n	Porcentaje
Gastroenterólogo	158	46,74
Médico general	129	38,16
Indiferente	50	14,79
No refiere	1	0,29

Dividiendo esta pregunta según tenga o no médico de cabecera (MC)

	Especialista	Médico general	Le es indiferente	Total
Sin MC	80 (43,01%)	78 (41,93%)	28 (15,05%)	186 (3 no respondedores)
Con MC	75 (50,67%)	51 (34,45%)	21 (14,18%)	148 (1 no respondedor)

Valor de p en χ^2 : 0,32.

TABLA 11. ANTE UN RESFRÍO, USTED PREFERE SER ATENDIDO POR

Especialidad	n	Porcentaje
Especialista en vías respiratorias	93	27,51
Médico general	167	49,40
Indiferente	77	22,78
No refiere	1	0,29

Dividiendo esta pregunta según tenga o no médico de cabecera (MC)

	Especialista	Médico general	Le es indiferente	Total
Sin MC	57 (30,81%)	84 (45,40%)	44 (23,73%)	185 (4 no respondedores)
Con MC	33 (22,14%)	83 (55,70%)	33 (22,14%)	149

Valor de p en χ^2 : 0,12.

TABLA 12. CATEGORIZACIÓN DE LA ELECCIÓN DE TRES VIRTUDES

	Actitudes	Conocimientos	Destrezas [propiamente dichas]	Destrezas [habilidades clínicas]	Destrezas [capacidad de resolver problemas]
Cuantificación absoluta	686	107	57	104	45
Cuantificación relativa (tomados sobre 1014 potenciales respuestas)	67,65% (IC del 95%: 64,67;70,52)	10,55% (IC del 95%: 8,72;12,60)	5,62% (IC del 95%: 4,28;7,22)	10,25% (IC del 95%: 8,45;12,28)	4,43% (IC del 95%: 3,25;5,89)

TABLA 13. CATEGORIZACIÓN DE LA ELECCIÓN DE TRES DEFECTOS

	Actitudes	Conocimientos	Destrezas [propiamente dichas]	Destrezas [habilidades clínicas]	Destrezas [capacidad de resolver problemas]
Cuantificación absoluta	769	67	75	51	30
Cuantificación relativa (tomados sobre 1014 potenciales respuestas)	75,83% (IC del 95%: 73,08;78,44)	6,60% (IC del 95%: 5,15;8,31)	7,39% (IC del 95%: 5,86;9,18)	5,02% (IC del 95%: 3,76;6,56)	2,95% (IC del 95%: 2,00;4,19)

TABLA 14. ADEMÁS DE CURAR ENFERMEADES, ¿QUÉ DESEARÍA QUE LA FACULTAD DE MEDICINA ENSEÑARA A SUS ALUMNOS?

	Actitudes	Conocimientos	Destrezas [propiamente dichas]	Destrezas [habilidades clínicas]	Destrezas [capacidad de resolver problemas]	Nada más
Cuantificación absoluta	275	67	15	25	5	6
Cuantificación relativa (tomados sobre 393 respuestas totales)	69,97% (IC del 95%: 65,17;74,46)	17,04% (IC del 95%: 13,46;21,13)	3,81% (IC del 95%: 2,15;6,21)	6,36% (IC del 95%: 4,15;9,24)	1,7% (IC del 95%: 0,41;2,94)	1,52% (IC del 95%: 0,56;3,29)

TABLA 15. POR QUÉ MOTIVOS CAMBIARÍA DE MÉDICO

	Actitudes	Conocimientos	Destrezas [propiamente dichas]	Destrezas [habilidades clínicas]	Destrezas [capacidad de resolver problemas]	No lo cambiaría
Cuantificación absoluta	280	17	12	81	43	5
Cuantificación relativa (tomados sobre 448 respuestas totales)	62,50% (IC del 95%: 57,83;66,99)	3,79% (IC del 95%: 2,25;6,00)	2,67% (IC del 95%: 1,69;4,63)	18,08% (IC del 95%: 14,62;21,96)	9,59% (IC del 95%: 7,03;12,71)	1,11% (IC del 95%: 0,36;2,58)

TABLA 16. ¿CÓMO DESEARÍA QUE FUERA LA ATENCIÓN MÉDICA DE SU GRUPO FAMILIAR?

Opción	n	Porcentaje
Tener un solo médico que atienda a toda su familia	44	13,01
Tener un clínico para los adultos, un pediatra para los niños y un ginecólogo para las mujeres	80	23,66
Tener acceso a cualquier especialista para cada problema que pueda afectarlo	214	63,31

Dividiendo esta pregunta según tenga o no médico de cabecera (MC)

	Un solo médico	Un especialista para cada uno	Acceso directo según deseo	Total
Sin MC	17 (9,13%)	42 (22,58%)	127 (68,27%)	186 (3 no respondedores)
Con MC	27 (18,12%)	36 (24,16%)	86 (57,71%)	149

Valor de p en χ^2 : 0,03.

TABLA 17. ¿CUÁNTO HACE QUE NO REALIZA UNA CONSULTA MÉDICA?

Tiempo sin consultar	n	Porcentaje
Menos de 1 año	284	84,02
1 a 3 años	35	10,35
Más de 3 años	14	4,14
Nunca	5	1,47

TABLA 18. MOTIVOS DE LA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA

(sobre los 333 que la realizaron)

Motivos	n	Porcentaje
Chequeo	195	58,55
Dolencia	94	28,22
Seguimiento	30	9,00
No refiere	19	4,20

TABLA 19. ¿CUÁNTO HACE QUE NO REALIZA UNA CONSULTA ODONTOLÓGICA?

Tiempo sin consultar	n	Porcentaje
Menos de 1 año	210	62,13
1 a 3 años	71	21,00
Más de 3 años	35	10,35
Nunca	21	6,21
No refiere	1	0,29

TABLA 20. MOTIVOS DE LA ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA

(sobre los 316 que la realizaron)

Categorías	n	Porcentaje
Chequeo	115	36,39
Dolencia aguda	133	42,08
Tratamiento crónico	12	3,77
Estética y limpieza	30	9,49
Implante	15	4,74
No refiere	11	3,48

TABLA 21. ¿CONSIDERA IMPORTANTE EN EL CONSULTORIO...?

	La vestimenta	Que se lave las manos
Sí	247 (73,07%)	330 (97,63%)
No	88 (26,03%)	6 (1,77%)
No refiere	3 (0,88%)	2 (0,59%)

TABLA 22. ¿RECIBIÓ CONSEJO SOBRE AUTOMEDICACIÓN POR PARTE DE ALGÚN MÉDICO ALGUNA VEZ?

Sí: 124 (36,68%; IC del 95%: 31,53;42,07)

	Recibió	No recibió	Total
Sin MC	61 (32,97%)	124 (67,02%)	185 (4 no respondedores)
Con MC	63 (42,28%)	86 (57,71%)	149

Valor de p en χ^2 : 0,08.**TABLA 23. EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, ¿RECIBIÓ INFORMACIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA?**

	Información	Porcentaje
Sí	227	67,15
No	111	32,84

Dividiendo esta pregunta según tenga o no médico de cabecera (MC)

	Recibió	No recibió	Total
Sin MC	116 (62,36%)	70 (37,63%)	186 (3 no respondedores)
Con MC	109 (73,15%)	40 (26,84%)	149

Valor de p en χ^2 : 0,03.**Tipo de información**

Información	n	Porcentaje [sobre los 227 que recibieron información]	Porcentaje [sobre los 338 totales]
Alimentación saludable	119	52,42	35,20
Actividad física	130	57,26	38,46
Control de TA	63	27,75	18,63
Cese tabáquico	67	29,51	19,82
Vacunación	17	7,48	5,02
Otra	31	13,65	9,17

TABLA 24. USO DE COMPUTADORAS

Manejo de PC	n	Porcentaje
No tiene en su domicilio	60	14,79
Tiene en su domicilio pero no accede a Internet	28	8,28
Tiene en su domicilio y accede a Internet	249	73,66
Utiliza la <i>web</i> para buscar información sobre temas referidos a su salud	183	54,14

TABLA 25. VARIOS MODELOS DE ANÁLISIS UNIVARIADO POR REGRESIÓN LINEAL

Número de modelo	Variable predictora	Variable predicha	Valor de p
1	Nivel educativo	Importancia de la vestimenta del médico	0,22
2	Nivel educativo	Uso de PC	0,0000
3	Nivel educativo	Uso de Internet para buscar información referida a su salud	0,0000
4	Edad del encuestado	Preferencia de edad del profesional	0,30

TABLA 26. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE PREDICTORES POR REGRESIÓN LINEAL

Variable predicha	Utilizando NIVEL EDUCATIVO			Dividiendo el NIVEL EDUCATIVO por SUBNIVELES [Incompleto - Completo]		
	Mayor nivel educativo	Menor cobertura	Género	Mayor nivel educativo	Menor cobertura	Género
Preferir edad del profesional	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Preferir género del profesional (*)	NS	NS	NS	0,01	0,03	NS
Preferir especialista ante dolencia abdominal (**)	NS	NS	NS	0,04	NS	NS
Preferencia o no de especialista ante resfrío (**)	0,02	NS	NS	0,0004	NS	NS
Preferir atención especializada vs. general	NS	NS	NS	NS	NS	NS
No tener médico de cabecera (***)	NS	0,01	NS	NS	NS	NS
No realizar consultas médicas	NS	NS	NS	NS	NS	NS
No realizar consultas odontológicas (***)	NS	0,007	NS	NS	0,01	NS
No recibir consejo de medicina preventiva	---	NS	---	---	---	---

(*) A mayor nivel educativo y menor cobertura, le es indiferente el género del profesional.

(**) A mayor nivel educativo, le es indiferente la especialidad.

(***) La menor cobertura en salud se asocia a no tener médico de cabecera y no realizar consultas odontológicas.

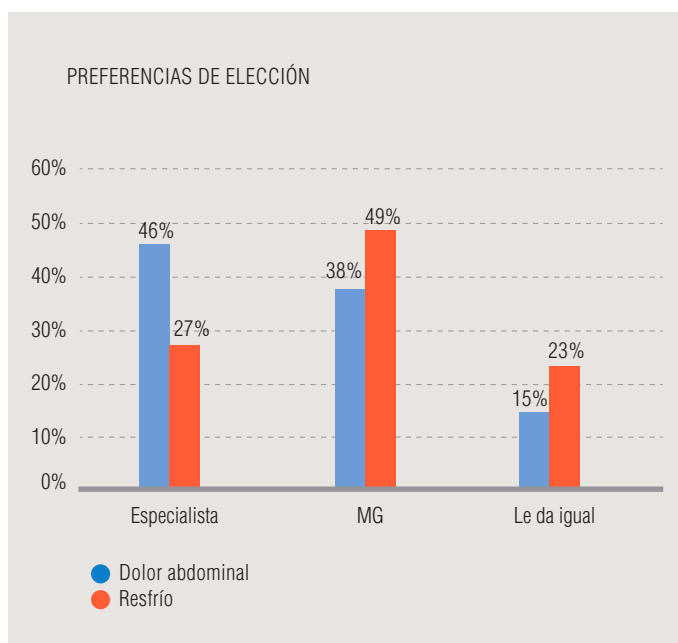


Figura 1.

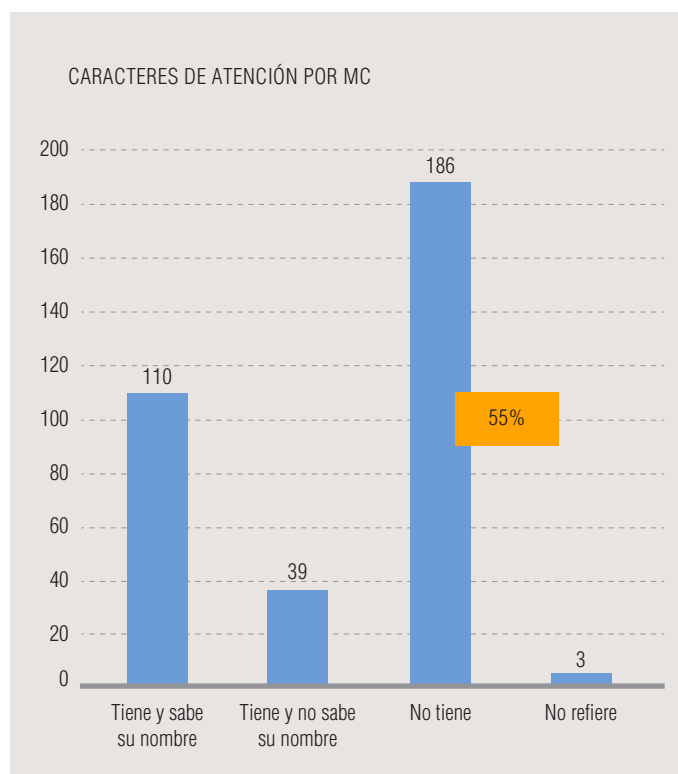


Figura 2.

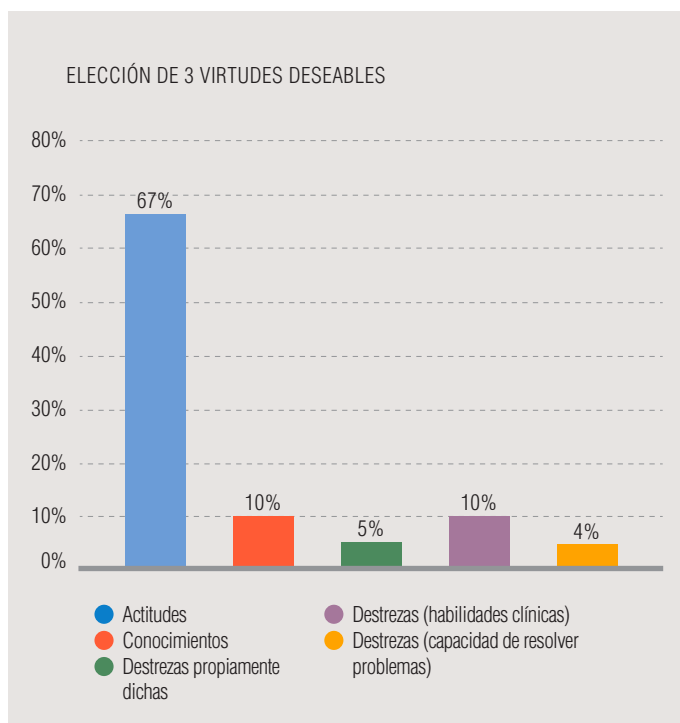


Figura 3.

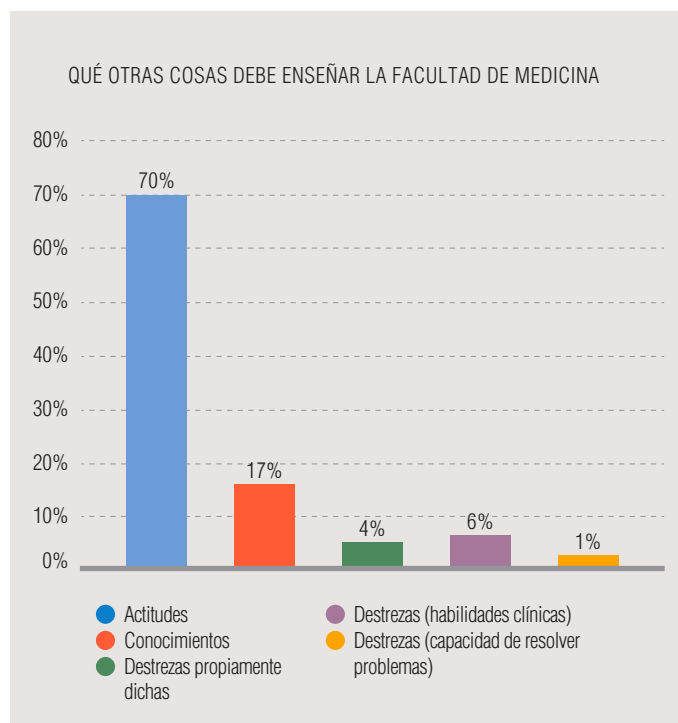


Figura 5.

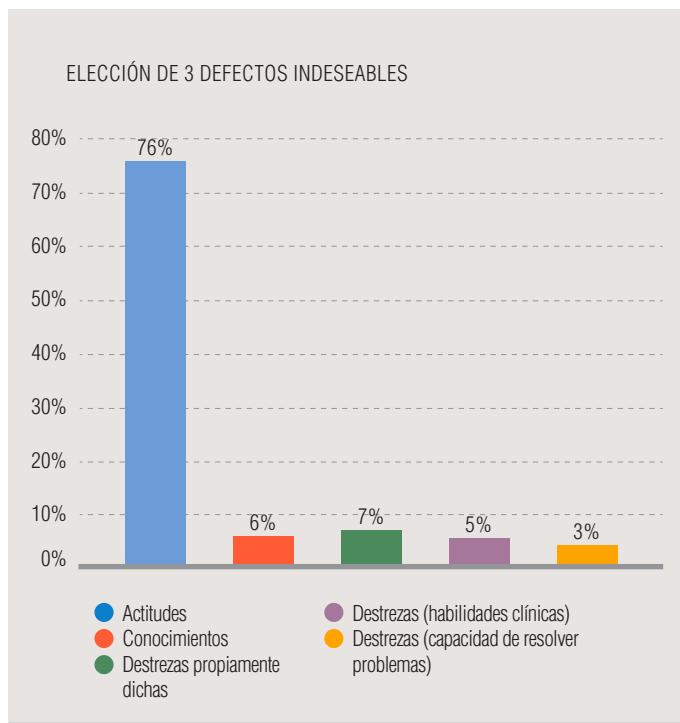


Figura 4.

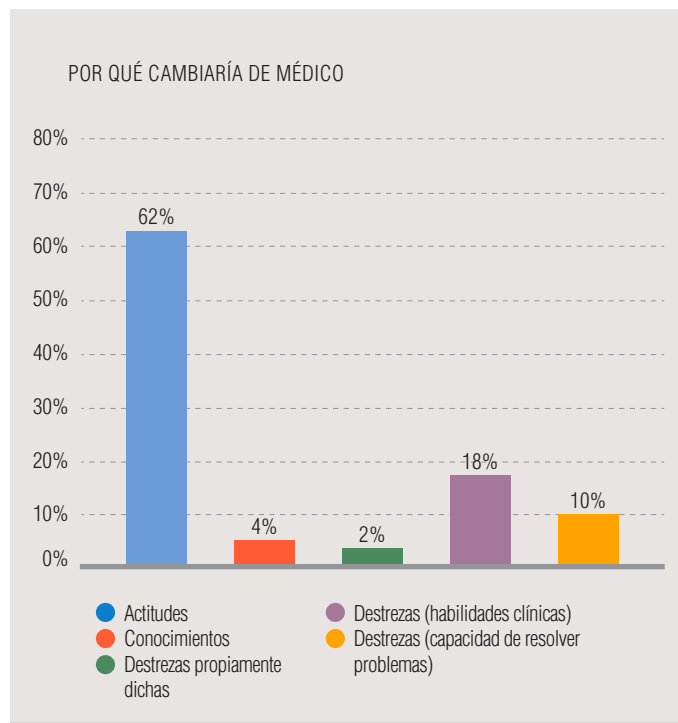


Figura 6.

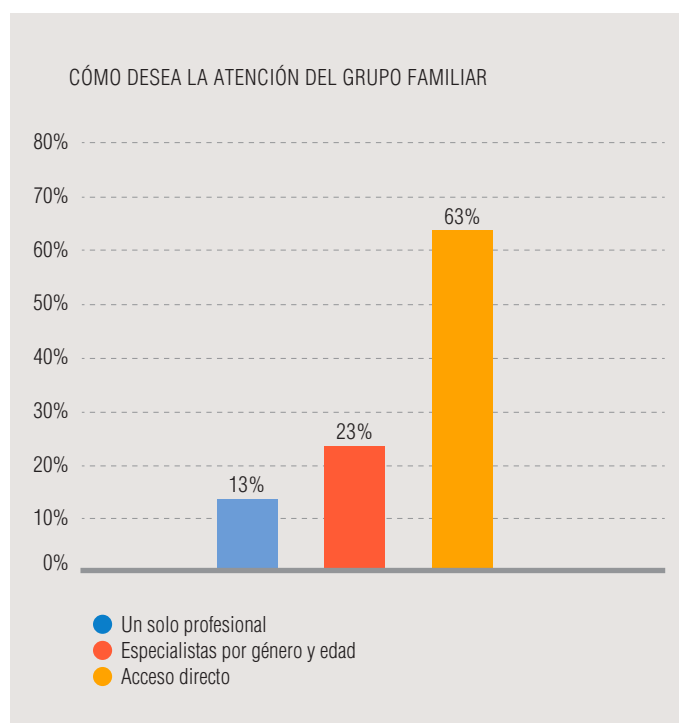


Figura 7.

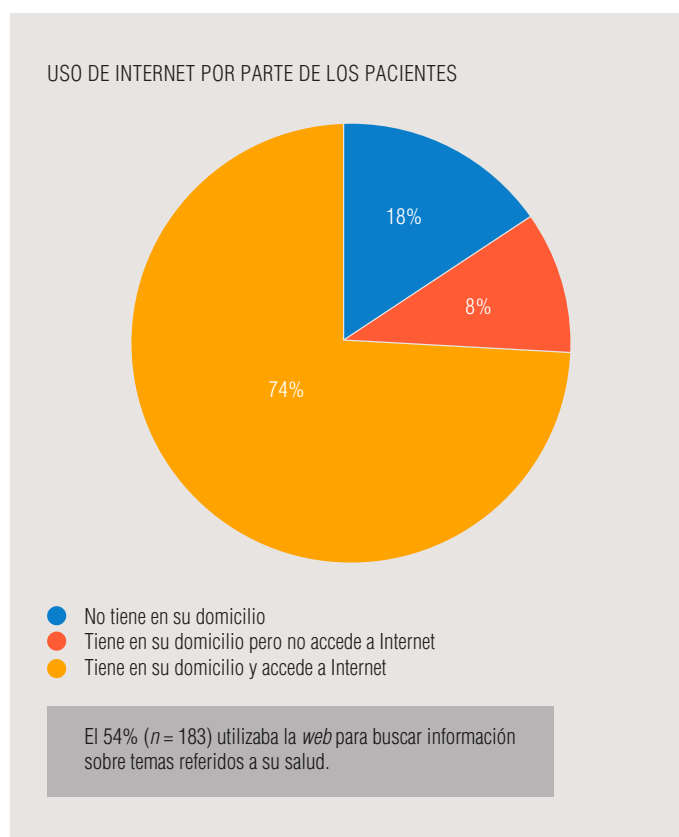


Figura 8.

Discusión

Los estudios sobre la satisfacción de los consumidores son componentes importantes de la evaluación de los servicios (10). La opinión de la población debería tener un puesto relevante en la formulación de las políticas de salud, así como en la realización de las actividades de salud (10).

La cátedra de Medicina Interna de la UDH Véllez Sarsfield ha llevado adelante un estudio (11) tendiente a evaluar en estudiantes y médicos la relevancia e impacto de los modelos de identificación en el desarrollo del perfil profesional. El 82% ha tenido modelos de identificación, más frecuente en médicos que en estudiantes, más en clínicos que en cirujanos. Las cualidades predominantes en los modelos de identificación fueron: inteligencia, dedicación al trabajo, capacidad docente y compromiso. En el modelo ideal propuesto predominan las cualidades actitudinales.

Un trabajo en nuestro medio (12) con entrevistas a 64 médicos recién graduados y 120 profesores planteó un perfil reuniendo opiniones sobre la relevancia de las cualidades motivacionales, cognitivas, estratégicas, afectivas y éticas, y halló como predominantes:

- La vocación dentro de las cualidades motivacionales.
- La experiencia dentro de las cualidades cognoscitivas.
- La humildad y la dedicación dentro de las cualidades estratégicas.
- La relación médico-paciente dentro de las cualidades afectivas.
- La conciencia social (médicos recién graduados) y la moral (profesores) dentro de la ética.

En Chile (13) ha existido una mayor preocupación por adecuar la formación médica a las necesidades de la comunidad, a las modalidades de salud vigentes y a los planes de desarrollo nacional.

Price y colaboradores (14) realizaron en 1971 una investigación para conocer las principales características del médico ideal; participaron en ella académicos, médicos tratantes, enfermeras, pacientes y público, y se generó una lista de 116 rasgos: 87 rasgos positivos y 29 rasgos que no debería poseer un médico calificado.

Hiatt (15), tratando de descubrir orientaciones en un perfil profesional, sostiene que los grandes lineamientos de un perfil serían: óptimo cuidado médico del paciente; discernimiento crítico en el campo científico y responsabilidad frente a la sociedad.

Barondess (16) enfoca el perfil profesional en áreas tales como: medicina con base científica, competencia clínica profunda, empatía y compromiso con los pacientes, estudios interdisciplinarios y compromiso con un medio social cambiante. Estos intentos se orientaron ya a lo estrictamente profesional, ya a lo académico de preferencia, o a lo profesional y académico, como un todo. Es decir, se ha tenido

muy en cuenta lo que exige la vida profesional como tal, y lo que el proceso educacional de nivel superior es capaz de brindar a una persona que necesariamente tendrá que contar con las herramientas que le permitan una autoformación sostenida para toda su vida.

Wright y colaboradores (17) estudiaron a profesores que fueron seleccionados como excelentes modelos por estudiantes y médicos jóvenes. El 90% identificó uno o más modelos. Ellos encontraron que las cualidades importantes eran: una actitud positiva hacia los jóvenes, compasión por los pacientes e integridad moral. Las habilidades clínicas y el entusiasmo por su especialidad también fueron muy apreciados. De igual manera fue una característica relevante la generosidad con el tiempo brindado a los educandos. El éxito profesional y económico no fue seleccionado prioritariamente en su estudio.

En una encuesta abierta (18), los estudiantes y médicos jóvenes definieron características de modelos. Los estudiantes prefirieron modelos con perfiles docentes y los residentes, modelos con perfil de supervisor. Estos diferentes perfiles sugieren que la caracterización del modelo de identificación va variando según el momento de la formación profesional. En relación con opiniones poblacionales, se hará referencia en este apartado a diferentes experiencias, todas vinculadas a participación activa de ciudadanos (de diversa índole) en: Barcelona, Argentina, México y Bolivia.

En mayo de 2003, representantes de 50 organizaciones de pacientes y usuarios de la sanidad se reunieron en Barcelona (19) y, mediante metodología cualitativa de grupos focales, estructuraron un decálogo de demandas específicas a los servicios de salud. Este decálogo se conoce como la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes (www.webpacientes.org) y su promoción ha dado lugar a la creación del Foro Español de Pacientes. La implantación de la Declaración de Barcelona debería introducir cambios en la formación y determinación de competencias en los profesionales de la salud. El cambio más importante conlleva contemplar al paciente como un sujeto enfermo más que como una enfermedad objeto de estudio. Ello supone reconocer que, además de un modelo de paciente pasivo, existe un tipo de enfermo más activo y que, por lo tanto, el modelo de relación médico-paciente paternalista debe ser reemplazado por uno más deliberativo.

En la medicina crítica existen algunos temas puntuales referidos a dilemas éticos; un estudio en la Argentina (20) realizó un abordaje poblacional a fin de conocer las opiniones sobre temas bioéticos relacionados con aspectos de la medicina crítica, haciendo hincapié en temas como eutanasia, decisiones de no resucitación, investigación experimental, aborto (cuya mortalidad incumbe a las unidades de cuidados intensivos), donación de órganos y la aplicación de los principios de la bioética en situaciones críticas, en todos los casos desde la óptica poblacional. Contestaron la encuesta 83 mujeres y 44 varones. El promedio de edad fue de $36,59 \pm 0,99$ años. El 63% de los

encuestados aceptaría tratamiento invasivo ($p = 0,004$) y el 66% no firmaría anticipadamente órdenes de no reanimación ante un cuadro crítico con enfermedad terminal. Se declaró a favor del aborto el 55,11% ($p = 0,28$), de la investigación experimental con seres humanos el 54,33% ($p = 0,37$) y de la eutanasia el 74,01% ($p < 0,0001$). Aceptarían ser donantes de órganos el 23,62% de los encuestados. Las variables predictoras de donación fueron: menor miedo a la extracción precoz de órganos ($p = 0,0008$; razón de probabilidades [*odds ratio*, OR] = 7,53), mayor nivel de estudios ($p = 0,0220$; OR = 4,23) y discusión familiar ($p < 0,00001$; OR = 32,87). Como conclusiones, hubo opiniones a favor de la beneficencia en los ítems: aceptación de tratamientos invasivos, no aceptación de la que se firmen órdenes de no resucitación y transfundir a testigos de Jehová a pesar de su negativa; a favor de la autonomía en: aceptación de la eutanasia, del aborto e investigación experimental y de preferir la actitud médica flexible. La justicia fue el principio más votado. La prevalencia de donantes es baja, y se vincula positivamente con la discusión familiar previa y el nivel educativo.

Algunos autores consideran beneficioso el reclamo de un paciente pues permiten detectar fallos y así mejorar la calidad de atención, y en algunos casos establece pautas para la formación (como errores a evitar) (21). Se analizaron 18.443 quejas en un período de 11 años (1996-2007) en México (22). Las quejas relacionadas con el tratamiento quirúrgico ocuparon el primer lugar con 37,5%, seguidas por tratamiento médico con 31,1%, diagnóstico con 18,2%, atención de parto y puerperio con 5,2%, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento con 2,1%, relación médico-paciente con 1,7% y otros motivos, 4,2%. Los resultados acerca de los motivos de queja muestran que 73,6% se asocia con el tratamiento; 20%, con el diagnóstico, y sólo 1,9%, con la relación médico-paciente. La poca consignación de quejas debidas a la relación médico-paciente ya ha sido referida en publicaciones previas y se atribuye a un sesgo de "medicalización" de quienes atienden las quejas (23).

Este hecho debería impulsar la revisión de la clasificación y codificación de quejas que se emplea en la actualidad en el marco de clasificaciones de salud como la Clasificación Internacional de Enfermedades y la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.

Un estudio de Bolivia realizado en 210 viviendas (24) respecto de percepciones comunitarias de los servicios de salud mostró que aunque la mayoría de la población encuestada (65,7%) afirmaba que el personal de salud trata sin discriminación étnica a los pacientes, el 29,5% de los entrevistados sostenía que los trabajadores de la salud brindan mejor trato a los pacientes originarios de una región con respecto a otra más empobrecida. El 62,9% planteaba que el personal de salud trata mejor a los ricos que a los pobres. Por lo tanto, la comunidad percibe las diferencias socioeconómicas existentes como un factor condicionante de la relación entre el personal de salud y el usuario.

La gente parece estar más satisfecha con el trato brindado por el personal de salud cuando relata su experiencia en un servicio de salud público; de hecho, la gran mayoría (89,8%) de los 49 pacientes que acudieron al servicio de consulta externa en un sistema público en el último año definió la actitud del trabajador de la salud que lo atendió como buena. El nivel de comunicación que se logra entre el paciente y el médico es sin duda uno de los aspectos fundamentales en el análisis de la calidad de la relación entre el personal de salud y los usuarios del servicio público. La calidad de la comunicación que se logra es muy importante para producir satisfacción o insatisfacción por parte del paciente; en esta investigación apareció claramente cómo el tiempo que un médico dedica a escuchar a los pacientes también influye en la percepción de la gente de su capacidad diagnóstica. El 50% de la población encuestada consideró insuficiente el tiempo dedicado por el personal de salud a escuchar al paciente. Al mismo tiempo, la comprensión de las indicaciones por parte del paciente fue calificada como insuficiente por la mayoría (60%) de los entrevistados, como viene expresado también en las discusiones informales: “no explican y no toman en cuenta al enfermo”, “hablan un castellano difícil porque han estudiado en libros gruesos”. La experiencia de 49 entrevistados que fueron al servicio público de salud durante el último año muestra que la mayoría (87,8%) tuvo bastante tiempo para explicar su problema al personal de salud. Por otra parte, el 27,5% de los usuarios se queja por no haber recibido explicaciones sobre su enfermedad; además, el 30,6% de los pacientes que acudieron a un servicio público de consulta externa planteó que no recibió indicaciones claras sobre el tratamiento prescripto por parte del personal de salud.

Otro aspecto importante en los estudios de la calidad de los servicios de salud se refiere a la eficacia terapéutica percibida por el paciente; la pregunta fue formulada de la siguiente manera: ¿Los médicos están preparados y son capaces de diagnosticar y curar correctamente las enfermedades? Más de la mitad de los entrevistados (52,9%) consideró insuficientes las habilidades diagnósticas del personal de salud. En las 210 viviendas examinadas, se encontraron 93 entrevistados que se enfermaron en el último año, 49 de los cuales acudieron a un servicio de salud público, mientras que las restantes 44 personas enfermas prefirieron solucionar su problema de salud con otras formas de atención médica no pública (automedicación, servicio privado, farmacia, curandero).

Acerca de qué esperan los pacientes de su médico, hay tres temas de relevancia: información, tecnología e inmediatez (21). Respecto de la información, en este momento que hay más información y conocimiento que nunca en ambas partes de la relación asistencial, se da la paradoja de que persiste una comunicación insuficiente del paciente con los profesionales sanitarios. Las causas probables: problemas estructurales del sistema, escaso tiempo para dedicar a cada paciente y, en otras ocasiones, cuestiones

de índole personal y conductuales del profesional. Se sobreutiliza el lenguaje médico, muchas veces, hasta convertirlo en una barrera relacional.

Con respecto a la tecnología, la medicina ha avanzado más en los últimos 30 años que en los 30 siglos anteriores, y el paciente concibe la medicina como una ciencia omnipotente y demanda la aplicación de medios en los que confía tanto que, si no obtiene el provecho que busca, deduce que no se aplicaron correctamente. Y en cuanto a la inmediatez, hoy se vive un tiempo en que todo se quiere “ahora” y, si además se trata de salud, tanto peor. Es uno de los problemas más difíciles para los gestores sanitarios, a la vez que uno de los asuntos de mayor interés para los usuarios.

Con relación a la vestimenta del profesional, existe escasa literatura acerca de la preferencia de los pacientes; hay estudios donde se vincula la preferencia de vestimenta con bioseguridad (25-26). Respecto a “vestimenta y preferencia por gusto”, hay un estudio en población pediátrica realizado en el Hospital Italiano de Buenos Aires (27), donde se efectuaron 355 encuestas en la sala de espera de los consultorios externos y se mostraron fotos de profesionales con diferente indumentaria. El 49,5% de las familias recibió una serie de fotografías femeninas, y el 50,5% restante, una serie masculina. El 82% de los padres eligió una vestimenta que se identifica con la atención de la salud (ambo o guardapolvo), al igual que el 79% de los niños. En la elección del pediatra, el 50% de los padres refirieron que la vestimenta era muy importante o moderadamente importante, mientras que el 50% restante opinó que era poco o nada importante. El 88% de los niños contestó que no elegiría a un pediatra que no usara guardapolvo.

En cuanto a los pacientes y la *web*, está claro que la información sobre salud se ha multiplicado en los últimos años. El impacto que provoca variará si el destinatario es un paciente o la sociedad en general. La información disponible en los medios de comunicación e Internet está contribuyendo a modificar la tradicional relación médico-paciente, con un cambio de un modelo paternalista a una actitud más participativa por parte del paciente en la toma de decisiones. Sin duda, el incremento en las fuentes de información, a las que acceden profesionales sanitarios y no sanitarios, ha provocado diversas modificaciones también en la salud pública. El 85% de los pacientes utiliza Internet como fuente de información sobre su enfermedad (28), según revelaron los datos de las investigaciones hechas por Ogilvy Healthworld y Google. Según la investigación, los temas de salud que más demandan las personas a través de los buscadores son hábitos de vida saludables (92%), síntomas específicos (87%) y entendimiento del diagnóstico y tratamiento (87%). Pero se debe asumir que Internet es un campo abonado para los profanos que buscan información médica. Un portavoz del Departamento de Sanidad y Servicios Sociales de Estados Unidos manifestó que “intentar obtener información sanitaria de Internet es como beber de una manguera de incendios, sin saber siquiera de dónde procede el agua”

(29). Sin actitudes defensivas e intentando compartir información con pacientes, y sin desalentarlos a que busquen en la *web*, se los debe orientar hacia sitios con información relevante y validada, por ejemplo Medline Plus: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>.

Se estima que un médico del primer nivel de atención que asiste a una población de 2000 personas recibe cerca de 50 “requerimientos” diarios, de los cuales la mitad podría manejarse con un sistema de comunicación electrónica (de mutuo acuerdo) (30).

Un estudio de la Sociedad Argentina de Pediatría (31) acerca del uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) por parte de los pediatras argentinos, en una muestra de 2530 pediatras encuestados, el 76,9% afirmó utilizar alguna aplicación de mensajería para comunicarse con sus pacientes. El WhatsApp resultó ser la herramienta mencionada por casi el 77%, seguida del correo electrónico y el SMS.

La aparición de las herramientas tecnológicas (TIC, telemedicina y medicina digital) ha modificado la forma de comunicación entre las personas y también el vínculo médico-paciente. Pero la evolución jurídica no ha acompañado a la misma velocidad, y en nuestro país aún no existe un marco regulatorio específico (32).

El estudio del binomio médico-paciente es un tema clásico en la medicina y la educación médica. La imagen de ambos donde participan una persona necesitada de ayuda por una dolencia o enfermedad y un profesional con conocimientos, capacidad y autoridad para curar o al menos para aliviar su enfermedad en un vínculo paternalista, vertical, basado en una relación de confianza y de dependencia hoy es inexistente. Aun cuando persiste cierta asimetría y dependencia, este modelo prácticamente ha desaparecido, pues cambiaron la sociedad, los conocimientos, la profesión y los vínculos. El modelo paternalista de relación evoluciona hacia los modelos informativo, interpretativo y deliberativo, en los cuales el paciente es quien toma sus decisiones, o al menos participa activamente en los procesos de decisión (33).

Algunas características vinculadas al nuevo modelo (33):

- La variedad y cantidad de especialidades médicas y de profesiones de la salud ha llevado a pensar que lo más correcto es hablar de relación clínica y no de relación médico-paciente.
- Cambios y progresos en ciencia, tecnologías, comunicaciones, transporte, desplazamiento poblacional, producción industrial, etc.
- Las diferentes generaciones y el cambio cultural ocurrido en todas las sociedades es de tal magnitud que se ve reflejado en motivaciones, valores, relaciones, tipos de familia, y en las decisiones personales ante una enfermedad.
- El paciente actual es consciente de sus derechos, legalmente protegidos en la mayoría de los países, suele ser desconfiado, exigente, con acceso fácil a informa-

ción médica por Internet, preocupado por los costos y sus coberturas, con demanda de soluciones inmediatas para su enfermedad a través de una atención de excelencia con tecnología de última generación y que no reconoce sus grandes dificultades para interpretar críticamente la información a la que accede.

- El paciente busca soluciones por sistemas de consulta tipo *call center* (médicos desconocidos).
- El paciente usa dispositivos electrónicos que miden su ritmo y frecuencia cardíaca, consumo calórico, saturación de oxígeno o presión arterial, datos que se pueden transmitir directamente a su computadora (registro clínico, bases de datos para proyectos aún indeterminados).
- El paciente usa aplicaciones que ayudan a controlar ejercicios, nutrición y estilos de vida y que permiten el control de tratamientos enviando datos a registros clínicos o a bases de datos para investigación (muy pocas de estas aplicaciones han recibido aprobación de la FDA; sin embargo, ya están disponibles en el mercado).
- Existen nuevos escenarios y posibilidades de diagnósticos y tratamientos vinculados a la medicina predictiva o personalizada, a estudios y posibles intervenciones genéticas con interpretaciones y consecuencias de largo plazo no muy conocidas, a diversas intervenciones o medicación para el mejoramiento de las personas o de sus hijos que están por nacer; posibilidad de gestionar no sólo su vida sino también su muerte, mediante el acceso a diversas formas de muerte médicamente asistida (muchos de los escenarios mencionados están aún en investigación o no han pasado la prueba del tiempo para asegurar sus beneficios y la ausencia de riesgos pero que las personas solicitan, y la medicina actual ya las ofrece valorándolas de manera positiva y esperanzadora sin haberlas analizado con el necesario juicio crítico).
- A medida que aumenta el número de pacientes informados, la expectativa de vida crece mundialmente pero no así la expectativa de vida saludable, con el consecuente aumento del número de adultos mayores con enfermedades crónicas y discapacidad.

Los pacientes actuales y futuros, más informados, deberían ser personas más responsables de su autocuidado, con mejores estilos de vida, con mayor prevención de enfermedades o de sus complicaciones (33).

La relación clínica actual y a futuro será entre el médico (o el equipo de salud, interdisciplinaria) con pacientes de los caracteres mencionados, sus familias, con quienes deberán tomarse decisiones compartidas prudentes y razonables frente a alternativas diversas y cambiantes, y no siempre con la mejor evidencia disponible o con alta certeza. Esto requiere formación ética, no sólo de los integrantes del equipo de salud, sino también de los ciudadanos y de los “pacientes del siglo XXI”, a través de programas de educación social/escolar en bioética. Esta idea no está asumida

fuertemente en los ministerios de educación, instituciones académicas, instituciones de salud, centros o comités de ética asistencial (33).

Si bien la idea, como se observa en los resultados de este trabajo (“los ciudadanos prefieren las actitudes”), como se suele pregonar desde la ética, con el médico humanitario, que debe estar formado en valores, en ética, tener aspecto indiscutible, es imprescindible que se forme/actualice en lectura, reflexión y análisis crítico (“ciencia y ética”).

El fracaso del binomio ciencia y ética sería tener que elegir en una de las famosas “50 mejores frases del Dr. House” (<https://psicologiamente.com/reflexiones/frases-dr-house>):

“¿Prefiere un médico que le tome la mano mientras muere o uno que lo ignore mientras mejora?”

Conclusiones

1. Las competencias actitudinales son las predominantes desde cualquier óptica.
2. La mayoría de los ciudadanos no tiene incorporada la figura del médico de cabecera como responsable

en el primer nivel de atención. En la mayoría, la elección del profesional por edad y género es indiferente (esto último predicho por mayor nivel educativo y menor cobertura).

3. El 67% recibió consejos preventivos, pero no de su médico en todos los casos (dado que el 55% no tiene), y el consejo sobre actividad física y alimentación saludable, a pesar de ser las más votadas, llegaron sólo a un tercio de los ciudadanos.
4. Es común la consulta en la *web* sobre temas de la propia salud.
5. La menor cobertura en salud se asocia con no tener médico de cabecera y no realizar consultas odontológicas, pero no se asocia con no realizar consultas médicas.
6. El mayor nivel educativo se vincula al uso de computadoras y a la búsqueda de información en la *web* sobre temas referidos a su salud.
7. Tener médico de cabecera se asocia a brindar consejos sobre medicina preventiva.
8. Si bien la mayoría opta por tener acceso directo a un especialista, tener médico de cabecera se asocia a menor tendencia de hacer la elección con respecto a no tenerlo. [RAM](#)

Referencias bibliográficas

1. De los Santos A, Bernabó J. El Examen Clínico Objetivo Estructurado: un instrumento para la evaluación de la competencia. *Medicina* 1991;51:568-72
2. Bernabó J. El diseño del currículo en una Escuela de Medicina. *Prensa Médica Argentina* 1989;76:606
3. Schiappacasse E y col. Perfil profesional del médico. *Educ Med Salud* 1984;18:359-70
4. Engel G. Physician-scientist and scientific physicians. *Am J Med* 1987;82:107-11
5. Natelson B. Medicine in the '80s. *Am J Med* 1986;81:1048
6. Warren J, Plumb Y. A crisis in medical education. *JAMA* 1985;253:2404-07
7. Moya L. Profesiograma para el currículo. Documento inédito. Chile. 1974. Citado por Schiappacasse E y col (op cit 3)
8. Core Committee Institute for International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education. *Medical Teacher* 2002;24:130-5
9. Boletín Oficial de la República Argentina. Año CXV, número 31240. 17 de septiembre de 2007
10. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science & Medicine* 1994;38:509-16
11. Valdez P, Viniestra M, Vasta L. Modelos de identificación, perfiles y valores en la educación médica. *Revista Argentina de Educación Médica* 2008;2:15-23
12. Agrest A. Cualidades deseables en los médicos. *Medicina* 1988;48:201-11
13. Neghme A. Evolución de la enseñanza médica en Chile desde la inauguración de la Escuela de Medicina hasta junio de 1968. *Rev Méd Chile* 1972;100:825-43
14. Price P, Lewis G, Loughmiller D. Attributes of a good practicing physician. *J Med Educ* 1971;46:229-37
15. Hiatt H. The responsibilities of the physician as a member of society: The invisible line. *J Med Educ* 1975;51:30-8

16. Barondess J. The future physician: realistic expectations and curricular needs. *J Med Educ* 1981;56:381-9
17. Wright S, Kern D, Kolodner K, et al. Attributes of excellent attending-physician role models. *N Engl J Med* 1998;339:1986-93
18. Paukert J, Richards B. How Medical Students and Residents Describe the Roles and Characteristics of Their Influential Clinical Teachers. *Acad Med* 2000;75:843-5
19. Novell J. ¿Existe la medicina sin pacientes? *Educ Méd* 2005;8(2):S34-5
20. Valdez P, Elisabe D, Vasta L y col. Bioética y medicina crítica: Escuchemos a los usuarios. *Medicina Intensiva* 2009;26(1):10-8
21. Siso Martín J. ¿Qué esperan los pacientes de su médico en el futuro? Reflexiones sobre nuestro sistema sanitario. *Educ Méd* 2005;8(2):S38-40
22. Fajardo-Dolci GE, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J y col. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *Salud Pública Mex* 2009;51:119-25
23. Infante CC. *Quejas médicas*. México: Editores de Textos Mexicanos, 2006
24. Gattinara BC, Ibacache J, Puente C, et al. Community Perception on the Quality of Public Health Services Delivery in the Norte and Ichilo Districts of Bolivia. *Cad Saúde Públ* 1995;11(3):425-38
25. Haun N, Hooper-Lane C, Safdar N. Healthcare Personnel Attire and Devices as Fomites: A Systematic Review. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2016;1-7. En: http://www.medicine.wisc.edu/sites/default/files/healthcare_personnel_attire_and_devices_safdar_9_7_16.pdf
26. Pace-Asciak P, Bhimrao SK, Kozak FK, Westerberg BD. Health care professionals' neckties as a source of transmission of bacteria to patients: a systematic review. *CMAJ Open* 2018. DOI:10.9778/cmajo.20170126. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5878945/>
27. Eymann AM, Maxit C, Cacchiarelli N y col. La vestimenta del médico pediatra en el consultorio hospitalario. *Arch Argent Pediatr* 2005;103(3):212-7
28. <http://www.hoytecnologia.com/noticias/pacientes-buscan-informacion-sobre/17022>. Último acceso: 30 de agosto de 2010
29. Chi-Lum BI, Lundberg G, Silburg WM. Physicians accessing the Internet, the PAI project: an educational initiative. *JAMA* 1996;275:1361-2
30. Brown J. How to master electronic communication with patients. *Med Econ* 2013;90(7):60-2, 64-67
31. Krynski L, Goldfarb G. La comunicación con los pacientes mediada por tecnología: WhatsApp, e-mail, portales. El desafío del pediatra en la era digital. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(4):e554-9
32. Krynski L, Ghersin S, Del Valle M, Cardign G. Comunicación a través de medios electrónicos en pediatría. Recomendaciones de uso. *Arch Argent Pediatr* 2019;117 Supl 4:S175-9
33. *Beca Infante JP*. La relación médico-paciente en el siglo 21. *Rev Chil Enferm Respir* 2018;34:209-11