



DE GUANAJUATO  
Campus Guanajuato

# Estudios Interdisciplinarios de la **Organización**

ISSN 2007-3887

## LA RELACION MÉDICO-PACIENTE EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA ESPAÑOLAS. UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA

Raquel Soler-Blasco

Raúl Ruíz-Callado

Universidad de Alicante

### Palabras clave:

Sistema sanitario español, relaciones organizacionales, médico-facultativo, paciente-usuario, investigación cualitativa.

### RESUMEN

**Antecedentes.** La relación médico-paciente es aquella que se produce durante la interacción entre el usuario y el profesional. Esta ha ido cambiando a lo largo de la historia. En la actualidad, el paradigma emergente es el que autonomiza y empodera al usuario, en contraposición al tradicional paradigma paternalista.

**Objetivo.** El objetivo de este trabajo es averiguar el estado del fenómeno sociológico del empoderamiento del paciente en España, desde el punto de vista de los profesionales sanitarios.

**Metodología.** Se realizó un estudio exploratorio mediante una metodología cualitativa. La recolección de datos se basó en entrevistas estructuradas no estandarizadas. Se procedió al análisis del contenido a través de un proceso circular simultáneamente a la recolección de datos. Se complementó con un estudio de fuentes documentales bibliográficas a propósito de la temática abordada.

**Resultados.** Los profesionales muestran una actitud positiva hacia el fenómeno del empoderamiento del paciente. Todavía se muestran escépticos ante la fiabilidad de la información sobre salud que se encuentra en internet y del

Fecha de entrega 30/11/2013  
Fecha de aceptado: 12/09/2014

criterio de los propios pacientes. Aun así, el máximo de autonomía del paciente, el consentimiento informado, sigue siendo considerado como una herramienta de protección del profesional.

**Discusión.** Tras este estudio exploratorio se ha podido observar un cambio de actitud en el profesional respecto a la percepción que tiene sobre la evolución en la relación con el paciente. Se empieza a constatar que el fenómeno social se encuentra en un estado en el que los actores adquieren posturas más simétricas jerárquicamente.

**The doctor-patient relationship in primary healthcare organizations in Spain. A qualitative approach**

**Raquel Soler-Blasco**

**Raúl Ruíz-Callado**

*Universidad de Alicante*

**Keywords:**

Spanish healthcare system, organizational relationships, medical-facultative, patient-user, qualitative research.

**ABSTRACT**

**Background.** The doctor-patient relationship, which happens during the interaction between the user and the professional, has been changing throughout history. The currently emerging paradigm is the one making the user autonomous and empowering him, rather than the traditional paternalistic paradigm.

**Objective.** The objective of this research is to figure out the status of the sociological phenomenon of patient empowerment in Spain, from the vantage point of the healthcare professionals.

**Methodology.** An exploratory study was conducted, using qualitative methodology. Data were gathered based on non-standardized structured interviews. Contents were analyzed through a circular process, at the same time as the data were gathered. This was complemented by a bibliographical documentary sources study with regards to the themes discussed.

**Results.** The professionals show a positive attitude towards the patient empowerment phenomenon. They are still skeptical of the reliability of the health information that can be found on the Internet and of the patient's own criteria.

Even so, the greatest representative of patient autonomy, informed consent, continues to be regarded as a tool for protecting the professional.

**Discussion.** After this exploratory study, it has been possible to observe a change in attitude for the professionals, regarding the perception they have on the evolution of the relationship with patients. It is starting to show that the social phenomenon is at a point where the actors acquire more hierarchically symmetrical positions.

## INTRODUCCIÓN

Los servicios de atención sanitaria son todas aquellas instituciones, organizaciones, proveedores y recursos materiales relacionados con la prestación de servicios de salud a los individuos y poblaciones (OMS, 2003: 117). El nexo entre los ciudadanos y los servicios de salud se establece, principalmente, a través del contacto entre estos y los profesionales sanitarios, mediante el establecimiento de una relación social. Esta interacción entre ambos actores, entendida como forma de comunicación, ha estado presente a lo largo de la historia, evolucionando conforme a cada paradigma vigente.

Así, tradicionalmente, esta relación se ha basado en una relación asimétrica y vertical, donde el médico (aún no se puede hablar de profesional de la salud, pues la hegemonía dentro del campo sanitario era del facultativo) ejercía un “rol sacerdotal”, basado en el paradigma paternalista, entendido éste como un ejercicio de poder del médico hacia el enfermo (Alemany, 2011). El enfermo, el otro elemento dentro de esta relación, asumía el papel de incapacitado, tanto física como moralmente, el cual no podía tomar decisiones coherentes debido a su enfermedad (Lázaro y Gracia, 2006).

Durante el siglo XX, esta situación comenzó a cambiar. Los pacientes reivindicaron su derecho a ser escuchados, a poder decidir y a que la subjetividad fuese tenida en cuenta (Lázaro y Gracia, 2006). Paralelamente, las relaciones interpersonales fueron adquiriendo una dimensión más horizontal entre individuos de distinto estatus, también en las organizaciones sanitarias. Estas reivindicaciones y cambios culminaron en la aparición del consentimiento informado, el cual puede ser considerado una auténtica revolución, pues cambió el paradigma paternalista vigente e hizo más simétrica la relación sanitaria (Méndez Baiges y Silveira Gorski, 2007).

A partir de finales del siglo XX, periodo que podría denominarse *sociedad de la información*, la abundancia, capacidad de gestión y accesibilidad a la misma a través de medios como internet hace que algunos autores como Castells (1997) propongan el término *informacional*, como forma específica de organización social en la que la generación, el procesamiento y la transmisión de la información se convierten en fuentes fundamentales de productividad y poder. Esto se produce en todos los ámbitos de la vida social, también en el sanitario.

Pero, ¿cómo afecta este cambio social a la relación médico-paciente? Un nuevo paradigma, o una evolución del anterior ya comentado, se desarrolla en torno a esta relación. El usuario de los servicios de salud es una persona más informada y con mayores expectativas respecto a la sanidad y su salud (Jovell, 2006). Este paradigma se basa en la toma de decisiones

colaborativas, la búsqueda de información por parte del paciente, el uso de nuevas tecnologías, la autogestión de su propia enfermedad y la de sus allegados... En resumen, del empoderamiento del paciente (Ferguson, 2007). Este puede definirse como la capacidad del usuario para gestionar su propia salud, mediante el pensamiento crítico y la toma de decisiones basada en la información (Aujoulat, d'Hoore y Deccache, 2007).

Actualmente, el profesional sanitario debe enfrentarse a este nuevo tipo de usuario, el cual presenta una conducta activa, que tiende a responsabilizarse y autogestionar sus propios temas de salud (Jovell, 2006), muy diferente del clásico *buen enfermo*: sumiso, confiado y respetuoso (Lázaro y Gracia, 2006). Según un estudio (Schwartz, Roe, Northrup, Meza, Seifeldin y Neale, 2006), los médicos infravaloran el número de pacientes que recurren a internet para buscar información relacionada con su salud. En otro estudio se puso de manifiesto que los médicos tendían a usar estrategias para reforzar su posición paternalista ante pacientes que habían buscado información por internet, mermando la calidad asistencial (Broom, 2005). Otra investigación concluía que los médicos se hallaban desprevenidos ante los pacientes que llevaban información buscada por internet a la consulta (Ahmad, Hudak, Bercovitz Hollenberg y Levinson, 2006).

Es innegable que se está poniendo especial interés en describir cómo afecta el cambio de rol del paciente en su relación con los facultativos, puesto que ésta constituye un factor importante dentro de la organización sanitaria. Un deterioro en esta relación supone un motivo fundamental en la solicitud de cambio de profesional por parte de los pacientes (Leal Hernández, Abellán Alemán, Gómez Jara y Martín-Sacristán Martín, 2007), mientras que la adecuada atención a las demandas de los usuarios, en términos de mayor autonomía, información y respeto, representa una mejora en la satisfacción del paciente (Lorient Arín y Serrano del Rosal, 2009; Pérez-Jover, Mira, Tomás, Nebot y Rodríguez-Marín, 2010).

En España, según una encuesta realizada en 2012, el 48% de internautas utiliza la red como fuente de información sobre temas relacionados con la salud, lo que supone casi un 30% del total de los ciudadanos (Hernando Martín, Polo Sanz, Vázquez Martínez y García Otero, 2012). Este porcentaje va en aumento, por lo que se puede apreciar un significativo cambio de actitud en la relación del individuo con el sistema sanitario. Pero, ¿cómo está afectando este cambio de paradigma a la relación médico-paciente?, ¿qué opinan los profesionales de la salud sobre la nueva actitud de sus pacientes?

El objetivo de este trabajo es aportar luz al fenómeno socio-organizacional del empoderamiento del paciente desde la perspectiva de los profesionales sanitarios españoles, respondiendo a las dos cuestiones anteriormente planteadas.

## **METODOLOGÍA**

Se ha abordado metodológicamente esta investigación de forma exploratoria, buscando un mayor conocimiento sobre el fenómeno en cuestión, poco estudiado en el contexto social del profesional sanitario en España, descubriendo aspectos importantes del fenómeno para poder generar hipótesis que sean punto de partida de futuras investigaciones sociológicas (Vázquez Navarrete, 2006).

Para realizar esta investigación se optó por seguir una metodología cualitativa al considerarse la más adecuada para responder a las preguntas de investigación, que pretenden, en su respuesta, describir e interpretar el fenómeno del empoderamiento del paciente desde la perspectiva de los profesionales de la salud (De la Cuesta, 2005).

La selección de participantes o informantes se realizó mediante muestreo intencional, de manera que estos pudieran ofrecer la información más rica, profunda y detallada sobre la cuestión planteada en la investigación (Martínez Salgado, 2012). En un primer momento se decidió realizar un muestreo por conveniencia, cuyas ventajas son la facilidad de acceso y la rapidez, pero recalando que este tipo de muestreo ofrece algunas desventajas, pues al no regirse por ninguna intención teórica ni estratégica, es menos riguroso que otros tipos de muestreo (Martínez Salgado, 2012).

Como únicos criterios de inclusión se estableció que los participantes fueran licenciados en medicina, que estuvieran en activo en el momento en el que se llevó a cabo la investigación. Los médicos de atención primaria de los centros de salud (CS) cumplen especialmente estos criterios, por lo que se consideraron informantes clave para hacer emerger conceptos relevantes en relación al fenómeno del empoderamiento del paciente. El participante número 4, médico residente, fue incluido por su potencialidad al aportar el punto de vista de las nuevas generaciones de profesionales. Las características de los participantes quedan descritas en el cuadro 1.

Cuadro 1- Características de los participantes.

Número participante	Profesión	Especialidad	Sexo	Edad	Años de ejercicio	Organización
Participante 1 (P-1)	Médico	Atención Primaria	Mujer	57 años	32 años	CS de Aldaia, Valencia
Participante 2 (P-2)	Médico	Atención Primaria	Mujer	31 años	5 años	CS de Aldaia, Valencia
Participante 3 (P-3)	Médico	Atención Primaria	Varón	54 años	30 años	CS de Moncada, Valencia
Participante 4 (P-4)	Residente de medicina	Residencia de Atención Primaria	Mujer	27 años	1.5 años de residencia	CS de Moncada, Valencia

Dada la metodología utilizada en esta investigación, el tamaño muestral no se puede calcular a priori, puesto que en la investigación cualitativa, la importancia no reside en el número de sujetos, si no en la riqueza y diversidad de los datos obtenidos. Debido a la naturaleza del propio estudio, en este caso exploratorio, no se llegó a la saturación de los datos, pues sólo se realizaron cuatro entrevistas, pero sí que sirvió para la emergencia de nuevos temas y como guía de estudios posteriores.

Para acceder a los informantes clave, los investigadores contactaron con dos médicos de atención primaria de cada uno de los centros de salud. A través de ellos se consiguió acceso al resto de participantes. Se les explicó de forma verbal y escrita el motivo del estudio, qué implica su participación y su derecho a abandonar el estudio en cualquier momento. Se pidió consentimiento por escrito.

Para la recolección de datos, se optó por la herramienta de la entrevista estandarizada no estructurada, en la cual, se sigue un guión pero cuyas preguntas se formulan en términos familiares para el entrevistado y no se sigue una secuencia estándar para cada informante (Valles, 1999). De esta forma, es posible acceder a la construcción, interpretación y significado que dan los informantes del fenómeno estudiado (Ruiz Olabuénaga, 1996). Se realizaron cuatro entrevistas de esta naturaleza con una duración de treinta minutos aproximadamente para cada una de ellas.



Puesto que se trataba de un estudio exploratorio o descriptivo, se optó por la realización de un análisis de contenido mediante el enfoque propuesto por Taylor y Bogdan (2000), basado en tres momentos: descubrimiento, codificación y relativización. Mediante dicho enfoque se busca una comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudian, poniendo especial énfasis en el contexto socio-cultural de los participantes más que en la generación de una teoría. Debido a las propias características de la investigación cualitativa, como proceso circular, este análisis de los datos se realiza de forma simultánea a la recolección de datos mediante entrevistas.

Finalmente, dado que no se llegó a la saturación de los datos mediante las entrevistas a los participantes, se realizó, como mecanismo de validación, un análisis documental de la literatura científica existente para cruzar los resultados con los obtenidos en otras investigaciones sobre la temática objeto de estudio.

## RESULTADOS

Tras el análisis de las entrevistas realizadas a los médicos facultativos de atención primaria se extraen diferentes resultados los cuales se pueden dividir en varias categorías: información respecto a temas de salud por parte de los pacientes, fiabilidad en internet, el paternalismo en la relación médico-paciente, el consentimiento informado como elemento definitorio de la autonomía del paciente, organización y gestión sanitaria.

### Información respecto a temas de salud por parte de los pacientes.

Los facultativos sí han observado que los pacientes llegan a la consulta con más información, procedente sobre todo de internet. Esta observación la hacen, especialmente, en pacientes más jóvenes y con mayor nivel cultural *“En los más jóvenes sí que notas un cambio, porque tienen más cultura, más información...” (P-1). “Sí, sí, eso sí que se ha notado [que los jóvenes tengan más información]. Y desde la aparición y popularización de internet pues más, aunque menos de lo que yo espero en un futuro” (P-3). “Sí, en general sí. Y más cuando están en proceso de un diagnóstico de una enfermedad concreta vienen con la lección aprendida” (P-4).* En general,

los entrevistados perciben positivamente que los pacientes cuenten con mayor cantidad de información, siempre que esta sea de buena calidad, sobre sus propias dolencias o sobre su proceso de enfermedad.

Este dato concuerda con los resultados arrojados por el estudio de Van Uden-Kraan *et al.* (2010), en el que los médicos consideraban que los pacientes que buscan información en internet sobre su situación de salud estaban más informados sobre su patología, 54% de los entrevistados, y sobre sus opciones de tratamiento, 51% de los entrevistados.

En España, este porcentaje se reduce hasta el 42,2% (Mira Solves, Llinás Santacreu, Lorenzo Martínez y Aibar Remón, 2009).

### **Fiabilidad en internet.**

Todos los profesionales interrogados coinciden en que la calidad de la información que se puede encontrar en internet varía, subrayando que en muchos casos ésta se encuentra en páginas poco fiables: *“Pues bueno, no siempre es buena, desde luego. A veces vienen asustados, porque ven unos síntomas, no saben interpretar lo que les están explicando” (P-1)*. *“Vienen pacientes informados, bueno, desinformados, por internet. Algunas son buenas informaciones, otras no” (P-2)*. *“Vienen y te preguntan. Unas veces va bien, y otras... Depende de la información que hayan encontrado, y dónde, y especialmente de la fiabilidad del sitio [...] Hay de todo, vamos a ver, yo conozco páginas fiables, pero seguro que hay muchas que no lo son tanto” (P-3)*. *“Exceso de información, sí, porque las páginas dónde las encuentran no son las más indicadas” (P-4)*.

En el estudio de Van Uden-Kraan *et al.* (2010), los facultativos también identificaban como consecuencia negativa del uso de la red para obtener información sobre salud que los pacientes pudieran estar innecesariamente preocupados, -un 53% contestó *“a veces”* y un 32% *“muy a menudo”*-. Pese a ello, encontraban facilidad a la hora de aclarar los malentendidos causados por el uso relacionado con la salud de internet por parte de los pacientes -un 59% contestó *“bastante fácil”*-.

En España, el 56,2% de los médicos afirmaba que la información que ofrece internet a los pacientes puede ser errónea (Mira Solves, Llinás Santacreu, Lorenzo Martínez y Aibar Remón 2009).

En cuanto al criterio de los pacientes para discernir sobre la calidad de la información encontrada en la web, los médicos consideran que los pacientes con mayor nivel cultural cuentan con más herramientas para poder filtrar la información sobre su patología: *“Depende mucho del nivel cultural. Porque hay gente que sí que te lo dice: ‘He mirado aquí, pero no me fio’ o ‘he mirado en determinada página de la que tengo buenas referencias’”* (P-4).

En términos generales, los profesionales de atención primaria no suelen recomendar páginas web de forma sistemática a sus pacientes: *“Sí que recomiendo alguna vez. Yo ya les recomiendo dónde lo pueden buscar. Muy esporádicamente porque tengo que preguntarles si tienen internet y si lo manejan bien”* (P- 1). *“Si me lo piden les doy información [de páginas web], pero si no, no, les informo yo, que para eso estamos”* (P- 2). *“Yo sí que recomiendo algunas webs, casi siempre páginas oficiales”* (P3).

Respecto a este tema, la investigación de Castleton *et al* (2011) concluye que los pacientes consideran más fiables las páginas de internet de autoría profesional -74% de los encuestados- o aquellas que habían sido recomendadas por su médico -73% de los entrevistados-. Aun así, únicamente un tercio de los profesionales españoles sugiere páginas web a sus pacientes (Mira Solves, Llinás Santacreu, Lorenzo Martínez y Aibar Remón 2009; Van Uden-Kraan *et al.*, 2010

### **El paternalismo en la relación médico-paciente. Variables influyentes.**

Los profesionales distinguen entre dos tipos de relación paternalista. Por un lado, diferencian el tipo de actitud en la que el médico actúa como una autoridad sin tener en cuenta al paciente. Este tipo de relación la perciben como obsoleta: *“No observo actitudes paternalistas, aunque matizando, hay de todo”* (P-2). *“Me imagino que aún existirán profesionales que la tienen. Y a todos alguna vez supongo que nos sale la vena paternalista. Hay que intentar que no sea así”* (P-3). *“He visto a compañeros y compañeras que siguen manteniendo esa actitud, incluso lo ves en el trato no verbal... La expresión corporal de autoridad sí que la sigo observando”* (P-4).

Es llamativo que, aunque parece poco frecuente, se observan actitudes paternalistas en profesionales jóvenes, aunque es interpretado como una actitud que mantiene el profesional en otros aspectos de su vida: *“Lo he visto generalmente con profesionales mayores, pero*

*algún médico residente incluso lo hace reafirmando sus conocimientos... `que sí, que yo lo sé'. [...] Pero eso, a veces, es por el propio carácter del profesional, de su educación. Gente muy arrogante siempre la hay" (P-4).*

Todos los entrevistados distinguen un tipo de relación paternalista muy demandada por los pacientes de edad más avanzada: *"Desde luego que soy paternalista y lo soy en muchos casos. Especialmente con los mayores, con los ancianos, porque lo exigen así. Lo quieren así. De hecho muchas veces no quieren tomar ellos las decisiones y quieren que las tomes tú" (P-1). "Aún sigue habiendo muchas personas, sobre todo gente mayor que piden y propician la relación paternalista, cuando no deberían. [...] Hay pacientes a los que les puedes explicar y parece que se quitan esa responsabilidad y te la dan a ti, entonces te obligan a ser paternalista aunque no quieras, si intentas hacer que se impliquen activamente en la toma de decisiones respecto a su salud y no consigues que lo hagan, pues la decisión la tomas tú, y ya está, qué vas a hacer. Hay que intentar que no" (P-3). "A veces es el paciente quien te lo pide, que está tan agobiado que dices `bueno, esto', yo lo veo en el sentido más paternalista de tomar las riendas de la situación. Si ves que el paciente no puede, tampoco le puedes dejar que tome la decisión final, si ves que está desbordado, dices `bueno, pues vale y tal', pero siempre añadiendo la coletilla de `¿Te parece bien? Hacemos esto, pero si no lo tienes claro, me lo dices y cambiamos'" (P-4).*

Los profesionales distinguen varios tipos de actitudes por parte de los usuarios, según las cuales establecen un tipo de relación u otra. Por una parte, observan que hay pacientes, sobre todo usuarios mayores, que ven al médico de atención primaria como un experto que sabe lo que es mejor para ellos, delegando las decisiones de su propia salud en ellos: *"Muchas veces, los más mayores, no quieren tomar ellos las decisiones y quieren que las tomes tú: `Elige lo que quieras. ¿Quieres operarte, quieres tal?, `Ah no, no, lo que tú digas, tú me tienes que decir lo que tengo que hacer'" (P-1), "Hay pacientes que les puede explicar y parece que se quitan esa responsabilidad y te la dan a ti" (P-3). "Los más mayores siguen teniendo al médico como el referente: `Usted manda, lo que usted diga'" (P-4).*

En el polo opuesto, los facultativos entrevistados perciben la existencia de otro tipo de usuario que acude a la consulta y que demanda, sobre todo, una atención más inmediata: *“Son más exigentes. Han perdido la paciencia de los pacientes de antaño [...] Son más exigentes y quieren una atención ya, es decir, para ellos todo es urgente. Demandan mucho y con celeridad”* (P- 1). *“Son más exigentes, o por lo menos, es lo que veo yo: `Quiero esto, esto y esto y hazme esto, esto y esto”* (P- 2). *“Hay de todo, pero algunos son especialmente exigentes, con respecto a que creen que tienen derecho a todo lo que ellos quieran, cuando ellos quieran y lo quieren ya. Eso es lo que yo he podido ver. En urgencias hay muchos de este tipo”* (P-4). Esta actitud, calificada como exigente, tanto respecto al profesional como hacia la propia organización sanitaria, se observa especialmente en personas jóvenes, aunque también se relaciona con el nivel de educación y la actitud respetuosa o no del paciente.

Este hecho coincide con otros estudios dónde se ha evidenciado que los médicos valoran positivamente un cambio de rol desde el paternalismo hacia otro que otorga mayor autonomía en la toma de decisiones a los pacientes. No obstante, se observa que existen tipos de usuarios de servicios médicos que no se adaptan a este nuevo rol o relación con el facultativo (Jiménez-De Gracia *et al*, 2012), especialmente aquellos de mayor edad (Farin, E., Gramm, L., y Schmidt, E., 2013).

### **El consentimiento informado como elemento definitorio de la autonomía del paciente.**

En general, los participantes perciben una mayor autonomía en los usuarios, especialmente en gente más joven y con mayor nivel cultural: *“En los más jóvenes sí que notas un cambio, porque tienen más cultura, más información... [...] Los más jóvenes son capaces en mayor medida [de tomar decisiones autónomas], tienen su nivel cognitivo, vamos, estupendo”* (P-1). *“Sí, los pacientes son más autónomos”* (P-2). *“Sí que puede que haya más usuarios de los servicios de atención primaria autónomos y que se preocupan más por su salud”* (P-3). *“Ahora son más conscientes y responsables de su salud, opinan más, son más autónomos”* (P-4).

Respecto al consentimiento informado, cabe señalar que en atención primaria raras veces se usan consentimientos por escrito, pero sí que realizan muchos procesos mediante consentimiento verbal. En general, los médicos entrevistados creen que es muy importante que al paciente le llegue la información de manera correcta: *“Yo sí que les informo, hablo por mí, no sé los demás” (P-2). “Opino que el paciente tiene que estar informado, debe saber lo que se le hace” (P-4). “El consentimiento informado tiene la función de informar a la persona y ya está, y no tiene más [...] Pero se debería, además de hacerles firmar, informar a los pacientes de verdad, que el consentimiento informado fuera un consentimiento informado cierto, y no solo de papel. Me parece más importante eso que no el que a veces se haga por defensa corporativa del cuerpo médico” (P-3).*

Según el estudio de Iglesias Lepine *et al* (2007), los profesionales sanitarios atribuyen como características básicas del consentimiento informado que sea informativo -96,7% de los entrevistados-, comprensible -93,5%- y voluntario -84,1%-. Además, un 81,2% considera el consentimiento informado como un instrumento de protección del profesional ante demandas por parte del usuario, datos que concuerdan con las opiniones expresadas en esta investigación.

### **Organización y gestión sanitaria**

Los profesionales sanitarios otorgan relevancia al hecho de que los responsables de la gestión de la organización no facilitan, a su juicio, el establecimiento de una verdadera relación con los usuarios basada en estos, estimulando la autonomía de los pacientes. La presión asistencial y la falta de tiempo se contempla como un verdadero obstáculo: *“Hay mucha presión asistencial y eso dificulta todo. Y todo es todo. Que la relación, no sé cómo decirte, se queda coja. Te quedas con ganas de explicarle mejor algo al paciente, pero ves que tienes la consulta a tope, que no puedes. La estructura no es la más adecuada. Te gustaría hacer más, pero por tiempo, no puedes” (P-4). “Son los tiempos, muchas veces no tenemos tiempo para explicar las alternativas, los pros y los contras de los tratamientos...” (P-3).*

Los sistemas informáticos implantados parecen crear muchas complicaciones, causando una mayor pérdida de tiempo y dificultando la relación entre niveles asistenciales, lo cual repercute directamente en la relación sanitaria: *“El sistema informático no nos facilita para nada el trabajo, nos hace perder mucho tiempo. [...] Aquí los papeles nos quitan muchísimo tiempo” (P-3). “Cuando quiero pasar datos del paciente [desde el programa que usan en atención*

*especializada al que usan en atención primaria], he de cambiar de programa para captarlos. Y si yo no hago esa tarea, la historia se queda coja, y las consultas acaban tarde” (P-1). “Por ejemplo, en cuanto a los programas informáticos, unos especialistas escriben en el Orion<sup>1</sup> y otros en el Abucasis<sup>1</sup>, y entonces cuando vas a hacer una consulta dices ‘pues no sé qué te ha dicho’, porque tú desde Abucasis no tienes acceso a toda la información del Orion, y es como, pues me fío de lo que me diga el paciente” (P-4).*

El estudio de Jiménez-De Gracia (2012) coincide en su conclusión de que la falta de tiempo, ocasionada por la no optimización de la gestión sanitaria, dificulta, en gran medida, el establecimiento de una relación médico-paciente basada en la información y en la autonomía.

## **DISCUSIÓN**

Desde hace algún tiempo, se percibe un notable cambio de actitud en los pacientes, especialmente en los más jóvenes. En la actualidad, el usuario que acude a una consulta de atención primaria pretende conseguir más información y poseer más autonomía en la toma de decisiones respecto a su salud (Schattner, Bronstein, & Jellin, 2006; Ruiz Moral *et al.*, 2012). Este cambio de actitud ha dado como resultado un cambio en la relación médico-paciente, evolucionando desde una relación de poder vertical o asimétrica a una horizontal o simétrica. Pero, ¿cómo perciben los profesionales este cambio socio-organizacional?

La presente investigación, aun siendo un estudio exploratorio limitado, ha propiciado la emergencia de nuevas categorías respecto al fenómeno del empoderamiento del paciente no tenidas suficientemente en cuenta en la literatura científica contemporánea de sociología de la salud y de las organizaciones.

Los resultados de este trabajo permiten identificar un cambio positivo en la percepción del profesional respecto al aumento de autonomía y de información de los pacientes, considerando sus ventajas tanto para el usuario de la atención primaria como para el médico, y sin que ello suponga una pérdida de credibilidad en la función de este último. Estos resultados coinciden con los obtenidos en la investigación de Van Uden-Kraan *et al* (2010), pero difieren de los del

estudio de Mira Solves, Llinás Santacreu, Lorenzo Martínez y Aibar Remón (2009), en el cual un 30,9% de los médicos pensaba que el empoderamiento del usuario se traduciría en un descenso de la credibilidad del facultativo. Esta falta de concordancia entre los resultados de esta investigación respecto a otras, tanto en el ámbito español como internacional, puede ser punto de partida para la realización de investigaciones que profundicen más sobre el fenómeno.

Respecto a la información que encuentran los pacientes por otras vías, especialmente internet, los profesionales consideran que, en muchas ocasiones, la calidad de ésta no siempre es la más apropiada y puede crear confusión en los usuarios. El tema de la fiabilidad y calidad de la información disponible en internet ha sido el motivo de la realización de numerosos estudios, pero no existe excesiva literatura científica sobre los criterios de los ciudadanos para dar credibilidad a la información que encuentran.

Aun así, se ha podido observar que los pacientes tienen un alto nivel de conciencia sobre qué información es fiable y cual no (Ferguson, 2007, Moya Garrido, 2009) y que, con frecuencia, ésta es puesta en común y a disposición y valoración por parte del médico (Castleton, 2011).

Se advierte que los propios profesionales identifican una diferenciada tipología de pacientes, lo que les lleva a adecuar la relación sanitaria a la misma. Esta situación concuerda con la descripción de diferentes tipos de relación sanitaria que establecen Ruiz Moral, Rodríguez y Epstein (2003): desde una relación paternalista, que parece ser exigida por los pacientes de mayor edad, hasta un modelo consumista, observado en pacientes más jóvenes y con un mayor nivel cultural. Parece ser que son los propios profesionales los que deben identificar y adaptar la relación con el paciente según lo que ellos interpreten que se les exige, de manera individual.

Respecto al consentimiento informado existe la particularidad de que en los centros de atención primaria no se utiliza, habitualmente, de forma escrita, salvo en la implementación de algunas técnicas de forma protocolizada. Generalmente, los profesionales prefieren usar el formato de consentimiento verbal, a través del cual procuran dar la máxima información posible. Este hecho concuerda con la necesidad de información que demandan los propios pacientes (Schattner, Bronstein y Jellin, 2006).

A su vez, la gestión gerencial de la propia organización sanitaria es percibida por los profesionales, en algunos casos, como barrera para el fomento de una relación focalizada en el paciente (Jiménez de Gracia, 2012). La falta de tiempo, la presión asistencial y la falta de



comunicación eficaz con otros niveles asistenciales pueden llegar a perjudicar la relación sanitaria (Leal Hernández, Abellán Alemán, Gómez Jara & Martín-Sacristán Martín, 2007).

A modo de conclusión, se identifican cambios en la valoración que el médico hace de la evolución de su relación con el paciente. Se constata dicha relación se encuentra en un estado en el que los actores convergen hacia posiciones de poder más simétricas, lo que podría suponer ventajas en la relación facultativo-usuario. Sin embargo, este cambio sigue generando cierto recelo en los profesionales, ya que es entendido como una merma de credibilidad frente a los usuarios de las organizaciones sanitarias (Ahluwalia, Murray, Stevenson, Kerr y Burns, 2010). Esta situación es percibida por los pacientes, los cuales la manejan con el propósito de no perjudicar su relación con los facultativos (Bowes, Stevenson, Ahluwalia y Murray, 2012).

Se puede afirmar que los cambios en la relación médico-paciente requieren no únicamente la participación de estos actores de la organización sanitaria, sino la implicación del conjunto de la misma. La perspectiva metodológica cualitativa utilizada en esta investigación complementa y matiza los estudios, no suficientemente abundantes, sobre las dinámicas organizacionales en el ámbito de la asistencia sanitaria y los cambios actitudinales y de rol de facultativos y usuarios de los servicios asistenciales de salud. Una línea de trabajo dónde todavía queda mucho por aportar en España desde la sociología médica y de las organizaciones.

## Referencias bibliográficas

Ahmad, F., Hudak, P.L., Bercovitz, K., Hollenberg, E., y Levinson, W. (2006). *Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information?* *Journal of Medical Internet Research*, 8(3): e22.

Ahluwalia, S., Murray, E., Stevenson, F., Kerr, C., y Burns, J. (2010). *'A heartbeat moment': qualitative study of GP views of patients bringing health information from the internet to a consultation.* *The British Journal of General Practice*, 60(571), 88-94. doi: 10.3399/bjgp10X483120

Aujoulat, I., d'Hoore, W., y Deccache, A. (2007) *Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony?* *Patient education and counseling*, 66(1):13-20.

Aleman, M., (2011) *"El paternalismo médico"*, en M. Gascón Abellán., MC González Carrasco, J., Cantero Martínez. (coords), *Derecho sanitario y bioética, Cuestiones actuales*, 745-788. Valencia: Tirant Lo Blanch.

Bowes, P., Stevenson, F., Ahluwalia, S., y Murray, E. (2012). *'I need her to be a doctor': patients' experiences of presenting health information from the internet in GP consultations.* *The British Journal of General Practice*, 62(604), e732-738. doi: 10.3399/bjgp12X658250

Broom, A. (2005) *Virtually He@lthy: The Impact of Internet Use on Disease Experience and the Doctor-Patient Relationship.* *Qualitative Health Research [internet]* 15: 325. doi: 0.1177/1049732304272916

Castells, M. (1997) *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. (3vols.). Madrid: Alianza.*

Castleton, K., Fong, T., Wang-Gillam, A., Waqar, M. A., Jeffe, D. B., Kehlenbrink, L., Govindan, R. (2011). *A survey of Internet utilization among patients with cancer.* *Support Care Cancer*, 19(8), 1183-1190. doi: 10.1007/s00520-010-0935-5

De la Cuesta Benjumea, C. (2005). *La contribución de la evidencia cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria.* *Index de Enfermería [internet]*, 50: 47-52. doi: 10.4321/S1132-12962005000200010

Farin, E., Gramm, L., y Schmidt, E. (2013). *Predictors of communication preferences in patients with chronic low back pain.* *Patient Preference and Adherence*, 7, 1117-1127. doi: 10.2147/ppa.s50695

Ferguson, T. (Ed.). (2007). *e-Pacientes: cómo nos pueden ayudar a mejorar la salud (E. Gabarrón & L. Fernández*

*Luque, Trad.). [Newburyport, MA, USA]: Autor. Recuperado de <http://e-patients.net/u/2011/11/Libro-blanco-de-los-e-Pacientes.pdf>*

Jovell, A.J. (2006) *El paciente del siglo XXI.* *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 29 (3): 85-90. doi: 10.4321/S1137-66272006000600009

Hernando Martín, I., Polo Sanz, P., Vázquez Martínez R., García Otero, A. (2012). *Los ciudadanos ante la e- Sanidad. Observatorio nacional de las telecomunicaciones y de la SI. Disponible en: <http://www.ontsi.red.es/>*

Iglesias Lepine, M. L., Pedro-Botet Montoya, J., Pallás Villaronga, O., Hernández Leal, E., Echarte, J. L., y Solsona Durán, J. F. (2007). *Consentimiento informado: opiniones del personal sanitario de un hospital universitario.* *Revista Clínica Española*, 207(10), 483-488. doi: 10.1157/1311154

Jiménez-De Gracia, L., Ruiz-Moral, R., Gavilán-Moral, E., Hueso-Montoro, C., Cano-Caballero Gálvez, D., y Alba-Dios, M. A. (2012). *Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales.* *Atención Primaria*, 44(7), 379-384. doi: 10.1016/j.aprim.2011.07.007

Lázaro, J., Gracia, D. (2006). *La relación médico-enfermo a través de la historia.* *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 29 (3): 7-28. doi: 10.4321/S1137-66272006000600002

Leal Hernández, M, Abellán Alemán, J, Gómez Jara, P, y Martín-Sacristán Martín, B. (2007). *¿Por qué se cambian de médico nuestros pacientes? ¿Qué opinamos los médicos de familia?.* *Atención Primaria*, 39(10), 575-576. doi: 10.1157/131110741

Lorient Arín, N., Serrano del Rosal, R. (2009). *Hable con los pacientes, no para ellos análisis de los fundamentos de confianza del acto médico.* *Revista Internacional de Sociología*, 67 (2), 309-28. doi: 10.3989/RIS.2007.10.10

Martínez Salgado, C. (2012). *El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):613-619

Méndez Baiges, V., y Silveira Gorski, HC (2007). *Bioética y derecho*. Barcelona: editorial UOC.

Mira Solves, JJ., Llinás Santacreu, G., Lorenzo Martínez, S., y Aibar Remón, C. (2009). *Uso de internet por médicos de primaria y hospitales y percepción de cómo influye en su relación con los pacientes*. *Atención primaria*, 41(6):308-314. doi: 10.1016/j.aprim.2008.10.007

Moya Garrido, MN (2009). *Internet, salud y ciudadanía*. [Internet]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Informe 8/2008. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/AETSA>

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro*. Ginebra:

Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2003/es/index.html>

Pérez-Jover, V., Mira, JJ., Tomás, O., Nebot, C., y Rodríguez-Marín, J.(2010) .«Buenas prácticas» y satisfacción del paciente. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(6). doi: 10.1016/j.cali.2010.05.006

Ruiz Moral, R., Rodríguez, J. J., y Epstein, R. (2003). *¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente*. *Atención Primaria*, 32(10), 594-602. doi: 10.1016/j.aprim.2011.07.007

Ruiz Moral, R., Peralta Munguía, L., Pérula de Torres, L. Á., Olloqui Mundet, J., Carrión de la Fuente, T., Sobrino López, A,... Martínez Lechuga, M. (2012). *Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia*. *Atención Primaria*, 44(01), 5-10. doi: 10.1016/j.aprim.2010.12.011

Ruiz Olabuénaga, JI. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

San Norberto EM., Taylor J., Salvador R., Revilla A., Merino B., y Vaquero C.(2011). *Calidad de la información disponible en internet sobre el aneurisma de aorta y su tratamiento endovascular*. *Revista Española de Cardiología*, 64(10):869-75. doi: 10.1016/j.recesp.2011.04.012

Schattner, A., Bronstein, A., y Jellin, N. (2006). *Information and shared decision-making are top patients' priorities*. *BMC Health Services Research*, 6:21. doi:10.1186/1472-6963-6-21

Schwartz, K.L., Roe, T., Northrup, J., Meza, J., Seifeldin, R., y Neale, AV. (2006) *Family medicine patients' use of the Internet for health information: A MetroNet study*. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 19: 39-45. Recuperado de: <http://www.jabfm.org/>

Taylor, SJ., y Bogdan, R. (3ª ed.). (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: ediciones Paidós.

Valles, MS. (1999). *Técnicas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Van Uden-Kraan, C. F., Drossaert, C. H., Taal, E., Smit, W. M., Seydel, E. R., y Van de Laar, M. A. (2010). *Experiences and attitudes of Dutch rheumatologists and oncologists with regard to their patients' health-related Internet use*. *Clinical Rheumatology*, 29(11), 1229-1236. doi: 10.1007/s10067-010-1435-

Vázquez Navarrete, ML (coord.). (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Servei de publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.