

# Relación del médico con el personal de salud

Alberto Lifshitz

La medicina clínica es, fundamentalmente, una actividad social (o si se quiere, la aplicación de los conocimientos biológicos al contexto social), de interrelaciones personales. A más de la que tiene con el paciente, el médico tiene que cultivar relaciones con los demás integrantes del equipo de salud, con colegas, alumnos, personal administrativo y otros. De hecho, el llamado personal de salud incluye a otros médicos, especialistas diversos, enfermeras y enfermeros, técnicos, administrativos, representantes de las compañías de seguros, empleados de intendencia, ingenieros biomédicos, directivos, estudiantes y residentes.

Habría que reconocer que conforme se extiende la especialización las dificultades de comunicación se ahondan. Por ejemplo, la interacción entre básicos y clínicos constituye uno de los retos en las escuelas de medicina, pues ya hasta hablan idiomas distintos.

## Relaciones médico-médico

La buena relación entre los médicos que participan en la atención de un enfermo es esencial para su cuidado. Sin embargo, una serie de intereses secundarios pueden interferir con la coordinación entre profesionales: aspectos organizacionales, académicos, económicos o de poder pueden competir con el interés primario (el bienestar del paciente) e influir indebidamente en su correcta atención. La interacción puede darse en un ambiente de colaboración o, por el contrario, de disputa, de competencia. Cualquier controversia o conflicto tendría que resolverse en favor del paciente. El médico tendría que despojarse de soberbia, conocer sus límites y pedir ayuda cuando las condiciones del paciente lo requieran.<sup>1</sup> Un elemento fundamental de ética clínica es la autocrítica, la autoevaluación, reconocer la necesidad de referir al paciente o pedir asesoría. El otorgamiento de esta última también se hace con base en el respeto, el comedimiento y el auténtico deseo de ayudar, sin menospreciar a quien solicitó la interconsulta. A menos que la autoridad haya sido formalmente transferida, la responsabilidad y la autoridad sobre un paciente recaen en el médico interconsultante. Es verdad que la referencia o la contrarreferencia pueden obedecer a la intención de deshacerse de un paciente

con el que no se ha establecido una buena relación, pero la visión tiene que ser la misma, la de buscar la mejor alternativa para el enfermo.

Salvo cuando está explícita en la organización de los servicios, no se puede hablar de jerarquías entre los médicos. El médico general no es subordinado del especialista ni éste del sub (o súper) especialista, ni hay una relación de dependencia entre uno y otro especialista. Cada quien aporta una visión complementaria y todas merecen consideración. La situación es diferente con los residentes y los alumnos, puesto que la responsabilidad legal de la atención de los enfermos no la tienen éstos sino el médico tratante. Esta relación se sustenta en la ética de las interacciones docente-alumno y, por supuesto, supone jerarquías, pero no excluye el respeto.

Hay una responsabilidad ética de compartir el conocimiento y ayudar a los colegas a desarrollar sus funciones.<sup>2</sup> Los remedios secretos, la exclusividad de los tratamientos y la apropiación del conocimiento no tienen cabida en una profesión de servicio.

Existe entre los médicos una idea de solidaridad profesional que a veces ha sido interpretada por la sociedad como complicidad. La naturaleza del trabajo médico no siempre puede ser entendida en su plenitud por el público, y por ello son los pares los que están en posibilidad de juzgar las acciones de los médicos. Esto no significa, por supuesto, encubrir o justificar los errores, las irresponsabilidades o la negligencia; nuevamente, la prioridad se centra en el paciente, pero tampoco es válido desprestigiar o desmentir a un colega para apropiarse del paciente o para aparecer como salvador. Los médicos deberían denunciar a los charlatanes y a quienes comercian con el sufrimiento, pero el asunto es espinoso en tanto que no existen las instancias apropiadas y se puede prestar a un canibalismo inconveniente.

Las disputas por territorialidad no cuentan con árbitros, y no hay límites precisos entre una especialidad y otra.

## Relación de los médicos con los investigadores

Al menos en el esquema flexneriano, los currículos universitarios dividen la carrera de medicina en dos segmentos sucesivos: las ciencias básicas y las disciplinas

Unidad de Investigación, Educación y Políticas de Salud IMSS.  
Correspondencia: Dr. Alberto Lifshitz G.  
Av. Cuauhtémoc Núm. 330 Colonia Doctores 06726  
México D.F. Tel 56276900 ext. 21234  
E-mail: alberto.lifshitz@imss.gob.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

clínicas. Lo cierto es que, en la práctica, parecen dos carreras diferentes, una como requisito para cursar la otra pero frecuentemente sin una relación suficiente. La comunicación entre clínicos y básicos ha sido limitada y, a mayor abundamiento, se ha ahondado recientemente a partir de que en muchas escuelas los profesores de ciencias básicas ya no son médicos sino biólogos o químicos, porque suelen ser éstos los que logran ahondar en el conocimiento de las ciencias duras, aunque comúnmente sin una visión clínica.

Esta dificultad de comunicación se extiende a las relaciones entre investigadores (productores de conocimiento) y clínicos (aplicadores del conocimiento) y ha sido, por decir lo menos, una lástima que el conocimiento generado por la ciencia tarde demasiado tiempo en beneficiar a los pacientes. Una parte de esta incomunicación tiene que ver con el lenguaje, con el abuso de abreviaturas, siglas y acrónimos que han vuelto ininteligible la lectura de ciertos trabajos publicados si no van acompañados de un glosario. Pero también enfrenta diferencias en niveles de abstracción, extensión y profundidad, valores y sentencias. La propuesta de una medicina translacional (traduccional, trasladada) se ha complementado con la de crear personajes intermedios que actúen como traductores entre investigadores y clínicos.

### **El médico y el personal de servicios de diagnóstico**

Tradicionalmente se ha aceptado que el personal que realiza procedimientos diagnósticos como los de laboratorio o imágenes, no informa directamente al paciente de los resultados sino que los notifica al médico para que sea éste quien, con el conocimiento amplio que tiene de su paciente, administre esta información. Sin embargo, recientemente han surgido algunos cuestionamientos a esta conducta. En primer lugar, el paciente ejerce su derecho a conocer los resultados, ya sea interrogando al personal de laboratorio o imagen, o abriendo el sobre en el que se envía el informe o la interpretación. El asunto tiene sus riesgos, desde luego, porque la inferencia que puede hacer puede llevar a situaciones equívocas, como el paciente que interpretó glucemia como leucemia, la palabra necrosis en una biopsia como indicio de muerte próxima del individuo, el exceso de importancia a anomalías intrascendentes, etcétera. No puede negarse a los pacientes este derecho, sin embargo.

Por otro lado, algunos médicos dedicados a la imagenología, defienden ahora la conveniencia de informar a los pacientes de los malos resultados, para acortar los tiempos de atención y presionar a los médicos. En todo caso, lo que parece indispensable es insistir en la necesidad de una comunicación pronta y eficaz entre quien genera la prueba y quien administrará los resultados.

### **Relaciones maestro-alumno**

La más emblemática es la que ocurre entre los médicos adscritos y los residentes aunque ésta adquiere también otras dimensiones como la de *jefe-subordinado*, *médico-ayudante*, *responsable-encargado* y otras. Las relaciones profesor-alumno han sido históricamente vulneradas y asimétricas, pero hay indicios de que la relación médico paciente de los egresados sufre las influencias de la relación maestro-discípulo.

### **Relaciones médico-enfermera(o)**

Esta es una interacción esencial en la atención de los enfermos. Con toda la autonomía y el respeto profesional que se han ganado las enfermeras, tienen un papel fundamental en la ejecución de las indicaciones de los médicos. No se les puede negar la capacidad crítica y la de identificar errores que, acaso, tendrían que ser comentados con los médicos. En situaciones de emergencia, la enfermera(o) tiene la obligación de seguir las órdenes médicas sin cuestionarlas.

El médico es el líder del equipo de salud. Sin embargo, se pueden crear equipos liderados por enfermeras(os) que han resultado eficientes en razón de la disciplina y el orden que caracteriza a este gremio.

En algunos países se han asignado a las enfermeras funciones que en el nuestro corresponden a los médicos (por ejemplo, prescripciones o asesorías telefónicas o el desarrollo de procedimientos en forma autónoma) y, en la medida en que éstas se enteran de que esto ha ocurrido pueden intentar asumirlas, con lo cual se pueden generar conflictos.

Esta relación se puede ver afectada por asunto de jerarquías. Además, hoy en día existe una tendencia a la victimización de la mujer, sin negar el rezago histórico que muestra la condición de enfermera.

### **Relaciones con administradores y gerentes**

La administración es un mal necesario pues los recursos son finitos. El papel del médico es el de defender a los pacientes del cateo de recursos sin visión de salud; pero en esta idea se incluye no sólo al enfermo del día sino a los futuros, de tal manera que el propio médico no está autorizado a dispendiar. En el enfrentamiento entre valores monetarios y sanitarios, aboga por éstos pero con plena conciencia de los costos y las consecuencias.

### **Referencias**

1. Pearson SD. Principles of generalist-specialist relationships. *J Gen Intern Med* 1999; 14: S13-S20.
2. ACP Ethics Manual. 4ª Edición. *Ann Intern Med* 1998; 128: 576-94.