



**UNIVERSIDAD DEL ISTMO**  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
MAESTRIA EN BIOÉTICA

*LA EVOLUCION DE LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE  
Y SU TENDENCIA ACTUAL EN GUATEMALA*

DRA. ALBA VARINIA PINTO OROZCO DE SAGASTUME

Guatemala, julio de 2013



**UNIVERSIDAD DEL ISTMO**  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
MAESTRIA EN BIOÉTICA

*LA EVOLUCION DE LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE  
Y SU TENDENCIA ACTUAL EN GUATEMALA*

TRABAJO DE GRADUACIÓN  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
POR

DRA. ALBA VARINIA PINTO OROZCO DE SAGASTUME

**AL CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE  
MÁSTER EN BIOETICA**

Guatemala, julio de 2013



UNIVERSIDAD  
DEL ISTMO

FACULTAD DE  
EDUCACIÓN

Guatemala, 19 de septiembre de 2013.

**EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA  
UNIVERSIDAD DEL ISTMO**

Tomando en cuenta la opinión vertida por los asesores de Trabajo Final, y considerando que el mismo satisface los requisitos establecidos, **AUTORIZA** a la Doctora, **ALBA VARINIA PINTO OROZCO DE SAGASTUME**, la reproducción digital de su Trabajo Final titulado:

**“LA EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y SU TENDENCIA  
ACTUAL EN GUATEMALA”**

Previo a optar el título de

**MÁSTER EN BIOÉTICA**

Licda. Mirna Rubí Cardona de González  
Decana

CC: Archivo  
Bio-23/13  
BA/MdG

Guatemala, 10 de septiembre de 2013

Doctor  
Roberto David  
Director de Bioética  
Facultad de Educación

Estimado Dr. David:

Por este medio informo que he concluido la revisión de estilo del Trabajo Final que presenta la doctora **ALBA VARINIA PINTO OROZCO DE SAGASTUME**, de la carrera de Maestría en Bioética, el cual se titula "**LA EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE Y SU TENDENCIA ACTUAL EN GUATEMALA**"

Luego de la revisión, hago constar que la doctora **ALBA VARINIA PINTO OROZCO DE SAGASTUME**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para imprimir.

Atentamente,



Licenciada  
Andrea de Contreras  
Revisora de Estilo



UNIVERSIDAD  
DEL ISTMO

FACULTAD DE  
EDUCACIÓN

Guatemala, 27 de agosto de 2,013.

Señores  
Consejo de Facultad  
Facultad de Educación  
Presente.

Estimados Señores:

Por este medio informo que he asesorado y revisado a fondo el trabajo de graduación que presenta la Doctora Alba Varinia Pinto Orozco de Sagastume, carné 2011-1451, de la carrera de Maestría en Bioética, el cual se titula **"LA EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE Y SU TENDENCIA ACTUAL EN GUATEMALA"**.

Luego de la revisión, hago constar que Doctora Alba Varinia Pinto Orozco de Sagastume, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de estilo.

Atentamente,

Dr. Roberto David  
Revisor de Fondo

CC: expediente  
Bio-22/13  
RD/BA

**Dedico esta Tesis a:**

**MI ESPOSO Y MIS HIJOS**

Por su paciencia y apoyo en los buenos y malos momentos.

Por quienes me esfuerzo cada día para ser mejor persona.

**MIS PADRES**

Por su amor y entrega incondicional acompañándome a lo largo del camino de mi vida, por haberme enseñado el valor de la superación personal y del servicio.

**Mi sincero agradecimiento a:**

**DIOS**

Por darme el privilegio de trabajar y servir a los demás bendiciéndome con la oportunidad de contar con habilidades, capacidades y conocimientos en el campo de la Medicina.

**La Universidad del Istmo**

Por brindarme la oportunidad de ampliar mis conocimientos en el campo de la Bioética, favoreciendo mi superación a través de las ciencias filosóficas, antropológicas, sociales y de la educación.

## **RESÚMEN**

Desde el punto de vista de la Bioética, la relación Médico Paciente es de gran importancia para la atención del proceso salud enfermedad, ya que el resultado para el bienestar del paciente depende en gran parte de esta relación.

A través de tiempo esta relación ha evolucionado desde el Modelo Paternalista, pasando por el Modelo Informativo; hasta el Modelo Participativo. Esta transición ha provocado que se respete cada vez más la dignidad y la autonomía del paciente, dándole participación activa en la toma de decisiones en cuanto a su salud.

En el presente estudio “*LA EVOLUCION DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y SU TENDENCIA ACTUAL EN GUATEMALA*”, se trató de determinar si esa evolución se ha dado en Guatemala y si la tendencia actual de los médicos se inclina cada vez más hacia un Modelo Participativo.

Para llevar a cabo la investigación se realizó una encuesta cerrada a 200 médicos privados de diversas especialidades, con el fin de identificar qué Modelo predomina en su relación Médico Paciente. Dentro de las variables que se tomaron en cuenta están: Tiempo de graduados, edad y sexo.

La encuesta consta de 15 preguntas dentro de las cuales las primeras cinco orientan a un Modelo Paternalista, las segundas cinco a un Modelo Informativo y las últimas cinco a un Modelo Participativo; por lo que según la respuesta afirmativa o negativa a las mismas se determina la tendencia que predomina en los profesionales de la medicina.

## INDICE

<b>I. INTRODUCCION.....</b>	<b>i</b>
<b>II. MARCO CONCEPTUAL</b>	
2.1 Problemática.....	1
2.2 Pregunta de Investigación.....	1
2.3 Objetivo General.....	1
2.4 Objetivos Específicos.....	2
2.5 Justificación.....	2
<b>III. MARCO TEORICO</b>	
3.1 Fundamentos históricos y éticos.....	3
3.2 Conceptos básicos	
3.2.1 Deontología.....	9
3.2.2 Relación Médico-Paciente.....	10
3.2.3 Características de la relación Médico-Paciente.....	11
3.2.4 Responsabilidad moral en medicina.....	11
3.3 Modelos de relación Médico-Paciente.....	12
3.3.1 Según el grado de actividad y participación del médico y paciente.....	12
3.3.2 Según el grado de relación interpersonal.....	13
3.3.3 Según objetivo de la relación.....	14
3.4 Evolución del modelo de relación Médico-Paciente.....	14
3.5 Dilemas éticos en las relaciones Médico-Paciente.....	18
<b>IV. MARCO METODOLOGICO</b>	
4.1 Hipótesis.....	23
4.2 Bosquejo.....	23
4.3 Encuesta.....	24
4.4 Método de tratamiento de datos.....	24
<b>V. RESULTADOS</b>	
5.1 Tabulación, análisis e interpretación de resultados.....	26
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>63</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO – ENCUESTA.....</b>	<b>71</b>

## **I. INTRODUCCION**

La medicina difiere en forma significativa de otras carreras o especialidades. El médico trabaja directamente con la salud y bienestar de las personas, pues deben obtener diagnósticos y soluciones terapéuticas para resguardar la salud e incluso la vida del paciente; ya que las personas experimentan múltiples riesgos médicos y quirúrgicos, sufren dolor, quedan con cicatrices o secuelas.

Por otro lado existen condiciones ajenas a la persona enferma: sus cuerpos quedan bajo el control del equipo médico, los eventos que ocurren en los hospitales, centros diagnósticos o la sala de operaciones están fuera de la vista del paciente y su familia. Además los mismos dependen de la habilidad, competencia técnica, juicio y experiencia de los profesionales de la salud; así como de las alteraciones que el proceso patológico ha hecho en el cuerpo del paciente.

Todas estas variaciones y características clínicas de la medicina y del que hacer de los profesionales de la salud tiene importantes implicaciones éticas, pues la persona debe ser prioridad en la toma de decisiones. Por tanto deben tomarse en cuenta principios como el secreto profesional, la autonomía y los derechos del paciente para tomar decisiones informadas.

El Modelo de relaciones entre el médico y el paciente ha evolucionado durante el tiempo. La individualidad de cada caso y de cada situación hace compleja esta relación y la comunicación. Así mismo, la confidencialidad y la privacidad de cada paciente, su derecho a conocer sus problemas de salud y a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento generan dilemas éticos que requieren criterios basados en principios y valores morales que busquen el bienestar integral de la persona enferma por medio de un Modelo cada vez más participativo.

Con este trabajo se identificó si el Modelo de relación médico – paciente ha evolucionado y cuál es la tendencia actual en Guatemala; esta información tiene como fin fortalecer el cumplimiento de normas y códigos éticos actuales en las relaciones y la comunicación entre el médico y su paciente; especialmente en cuanto su participación activa en la decisión o consentimiento informado de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que son necesarios para su atención respetando su dignidad y autonomía bajo el principio de la Beneficencia.

## **II. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1 PROBLEMÁTICA**

Existen múltiples dilemas éticos en la práctica de la medicina, las cuales se derivan de los cambios científicos, técnicos, sociales y económicos actuales que generan diversos conocimientos técnicos, criterios profesionales diferentes, así como una mayor información a la que actualmente tiene acceso el paciente. Estas situaciones afectan especialmente la comunicación y las complejas relaciones médico paciente. Sin embargo el tipo de relación que exista influye en la toma de decisiones para el diagnóstico y tratamiento; por lo que es importante conocer si en Guatemala ha evolucionado este tipo de relación.

Es importante que se apliquen los códigos o normas de conducta ética en la comunicación y relaciones interpersonales del médico con sus pacientes, estos deben adaptarse a la situación actual y basarse en la bioética.

### **2.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Cuál es el tipo de relación médico paciente predominante en nuestro medio?
- ¿Ha evolucionado la relación médico paciente según los conceptos y normas de bioética actuales?

### **2.3 OBJETIVOS**

**2.3.1 General:** Identificar, conocer y analizar los principales tipos de relación médico paciente en el comportamiento, la comunicación y las relaciones de la práctica de la medicina actual en Guatemala.

### **2.3.2 Específicos**

- Verificar si en Guatemala ha evolucionado la relación médico paciente según las normas de ética actuales
- Identificar si la tendencia actual en la relación Médico – Paciente varía según tiempo de graduado, edad o sexo.

## **2.4 JUSTIFICACION**

Los médicos se enfrentan, cada vez más, a nuevos y complejos problemas éticos relacionados con los avances científicos y con la tecnología como: la ingeniería genética, los soportes para la prolongación artificial de la vida, la investigación en personas humanas, la eutanasia, los trasplantes de órganos y tejidos.

La asociación profesional y la actividad gremial, la contratación de servicios que proporcionan beneficios económicos, etc. plantean dilemas éticos en la compleja atención de la salud, ya que implican nuevas situaciones y escenarios; unos de orden puramente biológico/tecnológico y otros de orden moral, humanitario y profesional, pero sobre todo en el tipo de relación del médico con su paciente. Además, en la sociedad actual, el médico debe afrontar problemas éticos; pues en algunas decisiones debe participar directamente el paciente.

Gran parte de la complejidad de la atención de la salud reside en la comprensión y la adaptación de los principios éticos básicos y primarios que deben regir en todo momento y en toda condición el comportamiento del médico y del paciente, en diversas situaciones y escenarios. Existe la obligación del médico con los pacientes de fortalecer la confianza, la relación y la credibilidad; rescatando los principios éticos básicos; lo cual requiere el cumplimiento de normas, manuales, códigos de conducta y guías de ética actualizados que orienten el comportamiento y el actuar del médico en las complejas relaciones y en la variedad de situaciones que debe enfrentar diariamente, adaptándose a las nuevas tendencias de la medicina.

### III. MARCO TEORICO

#### 3.1 FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y ÉTICOS

En la medicina surgen constantemente dilemas y situaciones éticas derivadas de la relación Médico-Paciente. Algunos se deben a nuevos tratamientos, investigaciones, consentimiento informado y rechazo al tratamiento indicado entre otros.

Desde tiempos antiguos se han establecido juramentos, normas, lineamientos, principios y códigos de conducta para guiar y orientar al médico ante estas situaciones y que pueda enfrentarlas de forma objetiva, responsable y legalmente.

En el siglo V antes de Cristo, Hipócrates redactó el **Juramento Hipocrático** cuando empezó a instruir (16). Durante casi dos mil años la medicina estuvo dominada por una tradición que adoptó su forma definitiva con Galeno, griego que ejerció la medicina en la Roma imperial del siglo II después de Cristo. Los escritos de Galeno han sido el fundamento de la instrucción médica y de la práctica del oficio.

A partir del Renacimiento, el Juramento Hipocrático empezó a usarse en algunas escuelas médicas. El juramento profesional, para la decencia médica era impuesto por el Padre de la Medicina; y por su magnificencia, elevada idea de la dignidad médica y alto concepto moral ha llegado hasta nuestros días como una reliquia.

El Juramento Hipocrático ha sido el catecismo en el ejercicio de la profesión médica desde la antigüedad y es de tal grandeza, que ha dictado al mundo las normas de ética profesional a través de la historia de la humanidad.

El código de ética de Hipócrates, conocido como Juramento Hipocrático dice:

“Juro por Apolo Médico, Esculapio, Higea, Panace y demás dioses y diosas, puestos por testigos, cumplir en todo cuanto yo pueda y sepa, este es mi juramento verbal y escrito.

Consideraré ante todo a mi maestro en el Arte como a mis propios padres; haré vida común con él; le daré lo que me pidiere; tendré a sus hijos varones como hermanos y les enseñaré el Arte, si desearan aprenderlo, instruyéndoles sin remuneración alguna inmediata ni ulterior; transmitiré, además, las enseñanzas escritas y orales y todas las restantes, no solo a mis hijos a los de mis maestros, sino también a los alumnos matriculados y juramentados según regla médica; pero a nadie más.

Para el tratamiento me inspiraré en el bien de los enfermos, en lo que yo pueda y sepa; jamás en daño suyo ni con mala intención. A nadie que me pidiere mortífero veneno se lo daré; ni aconsejaré su uso; tampoco administraré abortivo a mujer alguna.

Pura y santamente viviré y ejerceré mi arte. No cortaré, ni tan siquiera a los calculosos, dejando este negocio a menstruales de oficio. En cualquiera casa que yo entre lo haré para utilidad de los enfermos, absteniéndome de toda falta voluntaria y de toda acción injuriosa o corrupta, y, sobretodo, de la seducción de las mujeres y de los jóvenes, ya sean libres ya esclavos.

Cualquiera cosa que yo vea, oiga ó entienda en la sociedad, sea en el ejercicio de mi profesión o fuera de él, y que sea conveniente que no se divulgue, la guardaré en secreto con el mayor cuidado, considerando el ser discreto como un deber en semejantes casos.

Si observo con fidelidad mi juramento, séame concedido gozar felizmente de mi vida y de mi profesión, honrado siempre entre los hombres; y si lo quebranto y soy perjuro, que caiga sobre mí la suerte contraria”

Tomando como base el Juramento Hipocrático se postula la **Declaración de Ginebra**. Esta declaración ha sido adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM, Ginebra, Suiza, septiembre 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM, Estocolmo, Suecia, septiembre 1994.

El texto tiene como finalidad principal la de crear un documento que cumpla la función que tuvo el texto hipocrático en el momento de su creación, la de crear una base moral para todos los médicos. Es recitada en el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica y dice:

### **PROMESA DE LOS DEBERES DE LOS MEDICOS**

“Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad, otorgar a mis maestros el respeto y gratitud que merecen, ejercer mi profesión a conciencia y dignamente, velar ante todo por la salud de mi paciente, guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente, mantener incólume, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica, considerar como hermanos y hermanas a mis colegas, no permitiré que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente, velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, incluso bajo amenaza, y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas, hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.”

Según el Código Internacional de Ética Médica; adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM Londres, Inglaterra, Octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, Agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983y la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006; los deberes de los médicos, en general, hacia el paciente y hacia los colegas son:

- **Deberes de los médicos en general:**

**El médico siempre debe:**

- Aplicar su opinión profesional independiente y mantener el más alto nivel de conducta profesional.
- Respetar el derecho del paciente competente a aceptar o rechazar un tratamiento.
- Dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia profesional y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.
- Tratar con honestidad a pacientes y colegas, e informar a las autoridades apropiadas sobre los médicos que practiquen en forma antiética e incompetente o a los que incurran en fraude o engaño.
- Respetar los derechos y preferencias del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud.
- Reconocer su importante función en la educación de la opinión pública, pero debe obrar con la debida cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas, o tratamientos a través de canales no profesionales.
- El respeto a la vida humana desde su concepción hasta la muerte natural.

**El médico No debe:**

- Permitir que su opinión sea influenciada por beneficio personal o discriminación injusta.
- Recibir ningún beneficio financiero ni otros incentivos sólo por derivar pacientes o prescribir productos específicos.
- Acceder a procedimientos que pongan en riesgo la dignidad y la vida del ser humano.

- **Deberes de los médicos hacia los pacientes:**

**El médico debe:**

- Recordar siempre la obligación de respetar la vida humana.
- Considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica.
- A sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia.
- Respetar el derecho del paciente a la confidencialidad. Es ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto.
- Prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.
- En situaciones cuando represente a terceros, asegurarse que el paciente conozca cabalmente dicha situación.

**El médico No debe:**

- Tener relaciones sexuales con sus pacientes actuales, ni ninguna otra relación abusiva o de

- **Deberes de los médicos hacia los colegas:**

**El médico debe:**

- Comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.
- Cuando sea médicamente necesario, comunicarse con los colegas que atienden al mismo paciente. Esta comunicación debe respetar la confidencialidad del paciente y limitarse a la información necesaria.

**El médico No debe:**

- Dañar la relación médico-paciente de los colegas a fin de atraer pacientes.

Como indica el Dr. LERMA, presidente de la Sociedad Colombiana de Cirugía en su discurso Inaugural del XXVI Congreso Nacional de Cirugía; los preceptos éticos surgen de una tradición milenaria e incluyen beneficencia, como la obligación de ayudar al paciente; no maleficencia, como la obligación de no causar daño por negligencia o intención y la confidencialidad. Por tanto, estos conceptos han servido de guía en las relaciones de los médicos con los pacientes a través de 2,500 años y en los códigos de ética derivados del juramento hipocrático en el que se expresa el papel paternalista de la medicina y en el cual, el médico se responsabiliza del acto médico por encima de los derechos del paciente.

Desde los años 60, Beauchamp y Childress en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, describen los principios de autonomía y justicia dando importantes aportes para la relación Médico-Paciente. Según estos autores, el médico utilizando el principio de respeto por la autonomía del paciente aplica las reglas de veracidad y consentimiento informado, para proteger y promover las decisiones libres, voluntarias e informadas; reconociendo el derecho del paciente a tomar sus propias decisiones con respecto a su salud. Así mismo, utilizando el principio de justicia, el médico trata de distribuir equitativamente las oportunidades de mejorar la vida, dar salud y bienestar.

Las tecnologías nuevas, las presiones económicas y el énfasis en los derechos del paciente han estimulado el interés por la bioética, reafirmando los principios de beneficencia y no maleficencia que velan por los intereses de los pacientes. Así mismo, los principios de autonomía y justicia reflejan las teorías modernas de las obligaciones morales en el campo de la profesión médica.

## **3.2 CONCEPTOS BÁSICOS**

**3.2.1 Deontología:** Es un conjunto de normas morales que deben respetarse en el ejercicio de una profesión. El código deontológico obligan a todos los médicos a cumplir estas normas. Los deberes primordiales del médico son respetar la vida humana, la dignidad de la persona, el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad. Los comportamientos que violan estas reglas son sancionados por la disciplina profesional. El Código Deontológico de Guatemala resalta que la principal lealtad del médico es la que se debe a sus pacientes y su salud ha de anteponerse a cualquier otra conveniencia; nunca perjudicará intencionalmente ni atenderá de manera negligente.

**3.2.2 Relación Médico-Paciente:** La forma en la que el médico se relaciona con los pacientes y sus problemas está influenciada por sus modelos y conocimientos. Es la interacción que se establece entre el médico y el paciente buscando devolverle la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento; debe establecer una buena comunicación y un diálogo con el paciente, ya que de esto depende el éxito del diagnóstico y tratamiento; por tanto el fallo del médico en establecer esta relación conlleva una gran pérdida de efectividad en el cuidado de los pacientes.

La relación médico-paciente ha sufrido deterioro debido a la utilización indiscriminada de la tecnología y estudios diagnósticos complementarios, así como por la masificación de la atención. El desarrollo científico con mejores medios diagnósticos y terapéuticos mejoró la capacidad de decisión del médico pero distanció la relación médico-paciente, al centrarse en estos más que en el mismo paciente. La medicina hospitalaria, los seguros médicos y los procesos de colectivización han modificado el modelo de la profesión médica; apareciendo conflictos de interés.

La información médica es esencial para que el paciente pueda dar un consentimiento ante la actuación clínica, pero esta ha evolucionado debido a los cambios sociales y tecnológicos. Actualmente el respeto a los derechos humanos y el desarrollo de las responsabilidades sociales tanto del médico como de los pacientes y sus familias han influido en estas relaciones creando controversia sobre la autonomía y confianza del paciente.

La atención del paciente no depende únicamente del médico, ya que en esta tarea participan otros profesionales de la salud así como sus familiares; por tanto la adecuada comunicación y el trato cordial y respetuoso facilitarán que se cumplan los principios de una atención humanística. Por tanto, la relación médico paciente sigue siendo de gran importancia para la práctica médica e indispensable en la formación integral del médico.

**3.2.3 Características de la relación Médico-Paciente:** La atención médica es una forma específica de asistencia, de ayuda técnica interhumana. Según Kollar: "se espera que el médico se ocupe no solo del organismo enfermo, sino del estado del hombre en su totalidad, porque se encuentra frente a una persona no ante un órgano". La relación interhumana implica, actitudes de solidaridad con un prójimo. Por tanto el instrumento más adecuado para la relación es la comunicación verbal y no verbal y el vínculo más apropiado la empatía o capacidad de ponerse en el lugar del otro.

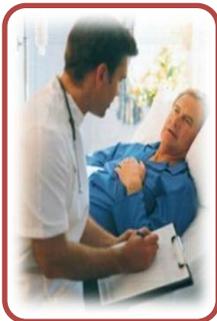
La relación interpersonal de ayuda tiene características motivacionales y actitudinales, de dependencia y necesidad, de altruismo y ayuda desinteresada, de confianza, comprensión y apoyo. Al paciente le interesa la confidencialidad, la discrecionalidad y la prudencia en el informe a sus familiares. Las consecuencias de la acción u omisión del médico son tan importantes como los aspectos físicos.

**3.2.4 Responsabilidad moral en medicina:** La Moral es un valor y abarca la actividad humana integralmente. Es un conjunto de creencias, costumbres, valores y normas que guían cómo obrar, orienta acerca de que acciones son correctas (buenas) o incorrectas (malas). La ciencia médica no escapa de los límites de la Moral, porque su objetivo es el hombre, quien es superior a cualquier valor de la ciencia o la técnica. El médico y toda su actividad científica se debe mover en el campo de la Moral, considerando que no se refiere a limitar las posibilidades y conocimientos teóricos y prácticos sino a definir los deberes y derechos; a la forma en que se alcanzan y se utilizan los conocimientos científicos y técnicos.

El médico debe aprender que los dilemas morales y éticos en medicina son tan reales como los fenómenos físicos y su importancia es mucho mayor. La autoridad moral del médico es la clave de su éxito profesional para atender las necesidades del paciente, que ni la técnica ni la ciencia pueden satisfacer. La salud no se refiere únicamente al mundo biológico sino también al mundo moral e integral del ser humano. Lamentablemente hay médicos que viven atrapados en lo material transformándose en comerciantes de la salud.

### 3.3 MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

En base a los factores que intervienen en la relación, se han definido algunos modelos para determinar el tipo de relación entre los médicos y los pacientes; encontrándose entre ellos principalmente los siguientes: Según el **grado de actividad y participación del médico y paciente**, Szasz y Hollender<sup>1</sup> describen 3 modalidades de relación:



#### **Modelo paternalista** (Médico activo-Paciente pasivo)

- El médico es quien indica al paciente lo que se debe hacer; pudiendo coaccionar o incluso amenazar al paciente con retirar sus servicios si no acepta el tratamiento que se le está indicando.
- En este modelo, se hace lo que el médico indica. El médico asume el protagonismo y la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento.
- A veces se da en situaciones en que el paciente no puede valerse por sí mismo, urgencias, pérdida o alteración de conciencia, etc.



#### **Modelo informativo** (Médico orienta-Paciente colabora)

- El médico se limita a informar y explicarle al paciente las alternativas de tratamiento disponibles y le presenta opciones para que se él quien elija la que prefiere.
- En este modelo, se hace lo que el paciente decide. El médico dirige y orienta y el paciente realiza una decisión informada colaborando voluntaria y activamente con su diagnóstico y tratamiento.
- Tiende a darse en enfermedades agudas, en las que el paciente puede cooperar en su tratamiento haciendo lo que se le indique.



#### **Modelo Participativo** (Participación mutua y recíproca Médico asesora y orienta-paciente participa activamente)

- El médico valora las necesidades, asesora, orienta, ayuda y supervisa al paciente a conocer e identificar las opciones más beneficiosas para su salud y conjuntamente analizan las alternativas para elegir la que sea más conveniente en su caso particular.
- El paciente puede asumir una participación activa e incluso tener iniciativa conjuntamente con el médico para su diagnóstico y tratamiento.
- Generalmente se da en enfermedades crónicas

CARRERA, Juan Manuel. Evolución de la Relación Médico-Paciente. Estudiante de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/medico-paciente/medico-paciente.shtml>

El Modelo de relación paternalista se fundamenta en la ciencia médica, por lo que también se le ha llamado modelo biomédico que se caracteriza por un abordaje analítico, que basa el encuentro con el paciente a sus componentes objetivos. Aunque la enfermedad generalmente tiene un componente orgánico, siempre supone una experiencia personal del enfermo; teniendo además componentes psico somáticos, emocionales y sociales; lo que ha conducido a integrar lo físico con lo psicológico y lo contextual que lo hacen evolucionar del modelo paternalista al modelo informativo y al modelo participativo.

La complejidad del proceso salud – enfermedad implica que los modelos no sean totalmente puros, si no que se presentan en un mismo paciente o según el caso lo requiere mezclas entre los modelos; donde un mismo médico puede interrelacionarse con su paciente según las circunstancias, según la enfermedad, según cada paciente o según su criterio profesional para cada caso. Sin embargo cada vez más se toma en cuenta el derecho del paciente como persona a decidir sobre su propia salud y en especial el respeto a su autonomía.

3.3.1 Según el **grado de relación interpersonal**, Von Gebattel<sup>2</sup> describe las fases de la relación médico paciente:

#### **Anónima (Experto y Enfermo)**

- El paciente acude al médico solicitando remedio para sus dolencias y éste satisface las necesidades del mismo.

#### **Objetiva (Científico y Proceso patológico)**

- El interés del médico es científico, relacionándose con el paciente como objeto de estudio.

#### **Personal (Médico y Paciente)**

- El médico se relaciona con una persona enferma específica, su paciente, y no lo ve solamente como un caso.

---

Ibid pag.13<sup>3</sup>

3.3.2 Según **objetivo de la relación**, Tatossian<sup>3</sup> propone dos tipos de relación:

#### Interpersonal

- La enfermedad se considera parte del paciente y produce una implicación personal en la relación entre dos personas
- El médico no solo ve el órgano enfermo sino la totalidad del paciente

#### Técnico

- La atención se centra en el órgano enfermo, el paciente es el que solicita la reparación del mismo.
- Relación operativa y funcional para obtener información del órgano enfermo y buscar cómo restaurarlo.

### 3.4 EVOLUCIÓN DEL MODELO DE RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

En toda la historia de la humanidad el hombre ha enfermado y siempre han existido hombres que tratan de curar las enfermedades. En culturas primitivas donde los brujos, por medio de rituales, expulsaban los malos espíritus por medio de una relación de sometimiento; este tipo de relación aún existe y se basa en el principio paternalista, pues al brujo o curandero se le otorga una posición superior y todo el poder de decidir.

Según los griegos, la naturaleza debía tener armonía y equilibrio. Para ellos la enfermedad era un desequilibrio físico o psíquico y el médico debía reponer este equilibrio, por lo que el enfermo obedecía. Hipócrates decía en su Hábeas Hippocraticum: **“Haz todo esto con calma y orden, ocultando al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura, y distrae su atención; repréndele a veces estricta y severamente, pero otras, ánimale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que va a pasar ni de su estado actual; pues muchos acuden a otros médicos por causa de esa declaración, antes mencionada, del pronóstico sobre su presente y futuro”**.

---

Ibid pag. 13

Cuando el hombre se dio cuenta que podía influir y cambiar la naturaleza, aproximadamente a partir del siglo XV, empezó a cambiar su actitud viendo a la persona como tal; pero no fue hasta los siglos XVII y XVIII que surgieron las bases del consentimiento informado con los derechos básicos y naturales del hombre. Posteriormente Kant introduce el concepto de autonomía ética, considerando a los seres humanos libres para elegir y por tanto se deben respetar sus decisiones. Estos conceptos se empezaron a aplicar al campo de la medicina hasta mediados del siglo XX. Thomas Percival, Padre de la Ética Médica inició algunos cambios a partir del siglo XIX; pero sus ideas eran aún paternalistas.

El primer caso de que se tiene noticia en el que se consideró que el enfermo tenía autonomía para tomar sus decisiones ocurrió en Inglaterra en 1767. En este, se condenó a dos médicos por realizar procedimientos sin obtener el consentimiento del paciente. Pero el caso Schloendorf contra el Hospital de Nueva York, en 1914, fue el primero a favor del principio de autonomía del paciente: **“...todo ser humano adulto y con plenas facultades mentales tiene derecho a determinar lo que se va a hacer con su propio cuerpo, y un cirujano que realice una operación sin el consentimiento de su paciente comete una agresión a la persona, siendo responsable de los daños que origine.”**

Posteriormente aparecieron otros principios básicos como el derecho a la privacidad o intimidad y a la confidencialidad; así como la obligación de informar al enfermo de todo lo relacionado con su enfermedad, su diagnóstico y su tratamiento; lo cual se evidenció en el caso Salgo en California 1957, apareciendo por primera vez el término consentimiento informado con la siguiente sentencia: **“...un médico viola su obligación hacia sus pacientes, y es por tanto responsable, si retiene cualquier hecho que se considere necesario para que el paciente realice un consentimiento adecuado al tratamiento que se propone”**.

Hasta los años 60 el médico decía al enfermo lo que razonablemente, según su criterio, consideraba necesario y las decisiones aún eran tomadas por el médico. En los años 70 el médico debía informar sobre lo que una persona razonable querría conocer y la decisión de intervenir o no dependía de lo que entendiera para tomar la decisión sobre su tratamiento. La decisión ya era más del enfermo que del médico. En ésta época la relación Médico – Paciente era de ayuda; orientada un poco más a un Modelo Informativo.

El Modelo paternalista fue el predominante desde los años 60 hasta los años 70; siendo un estilo tradicional, directivo y prescriptivo; centrado en el conocimiento del médico y en la enfermedad más que en el enfermo. Entre los años 80 y 90 se empiezan a definir diferentes tipos de relación Médico – Paciente, y se evoluciona de un modelo paternalista hacia uno informativo y paulatinamente al participativo.

En los últimos 20 años, ha habido diferentes formas de actuación en la relación Médico – Paciente que han incorporado progresivamente al paciente; abandonando poco a poco los modelos autoritarios, prescriptivos y paternalistas centrados en el médico, la enfermedad o el síntoma; evolucionando poco a poco a modelos como el informativo y el participativo más centrado en los intereses, deseos y necesidades del paciente. El objetivo principal es establecer una comunicación eficaz con el paciente, que permita conseguir la salud y bienestar del mismo.

El Modelo participativo permite atender a las necesidades del paciente como persona, involucrándola activamente en el proceso de diagnóstico y tratamiento; y consiguiendo mejores resultados con la toma de decisiones. La evolución que se ha dado hacia este modelo también se debe al cambio en los sistemas de salud, donde el paciente se considera un usuario del servicio que se le brinda, con derechos como el de la autonomía. Además existen factores que han modificado las expectativas del paciente como la mejor educación, el acceso a información y la demanda de una atención más personalizada y de calidad.

El secreto médico profesional es un principio fundamental de la relación médico-paciente que permite la confianza, colaboración y seguridad del paciente con su médico; es todo aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El secreto profesional da al médico la virtud de ser confidente de su paciente, virtud relacionada con el principio de beneficencia. La confianza del paciente es consecuencia de su fe en la competencia del médico y en su discreción.

En el Juramento Hipocrático dice: “Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto”. La Convención de Ginebra dice: “Guardar y respetar los secretos a mí confiados”. Por tanto el médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido; salvo en los casos contemplados en la ley.

La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente, es un documento privado que debe ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en casos previstos por la ley. El médico tiene el deber de guardar reserva sobre el acto médico o cualquier otra información que se le hubiera confiado por el paciente o su familia con motivo de su atención.

Tomando en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- Al paciente, en lo que le concierne y convenga, el paciente tiene derecho a ser informado
- A los familiares del paciente, si es útil al tratamiento
- A los responsables del paciente, cuando son menores de edad o personas mentalmente incapaces.
- A las autoridades judiciales o de salud, en los casos previstos por la ley.
- A los interesados, cuando por efectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto contagiosas o hereditarias se ponga en peligro la vida de otras personas.

### 3.5 DILEMAS ÉTICOS EN LAS RELACIONES MÉDICO-PACIENTE

El trabajo, el esfuerzo y el desafío de solucionar dilemas constantemente requiere que el médico cuente con virtudes ante cada uno de los aspectos en el ejercicio profesional. Muchos de los dilemas éticos en la profesión médica se derivan de la controversia entre la beneficencia del médico y la autonomía del paciente. Como en el caso de pacientes críticamente enfermos con un cáncer invasivo y terminal que insisten en que se le realicen tratamientos o procedimientos riesgosos que no les proporcionan beneficio y que incluso pueden acelerar el deterioro de su salud y su calidad de vida. O por el contrario, un paciente con una isquemia severa y gangrena de una pierna, que rehúsa la amputación en donde el cirujano se encuentra ante la necesidad de respetar la autonomía del paciente, quien puede rechazar el procedimiento; aunque sepa que este le salvará la vida.

En estos casos y muchos otros similares; el médico desea velar por lo mejor para el paciente para conservar su vida y su bienestar; pero el conflicto de principios no le permite encontrar el camino para resolver el dilema; el conflicto es entre dos obligaciones éticas: entre la obligación de curar al paciente y la obligación de respetar su derecho decidir libre y voluntariamente sobre su tratamiento. En áreas como la cirugía, la naturaleza invasora de la terapia determina que la relación entre el cirujano y su paciente requiere un alto grado de confianza del paciente y la acción ética por el cirujano; en la que ambos discuten las opciones terapéuticas y entre los dos escogen la mejor.

En las últimas décadas la relación entre los médicos y los pacientes ha evolucionado del modelo paternalista (los médicos toman las decisiones por sus pacientes según sus propios valores, experiencia y criterios profesionales) hacia un modelo participativo (el médico provee información, asesora y apoya al paciente para que tome su propia determinación voluntaria, responsable y libremente); pasando previamente por un modelo informativo (el médico tiene mejor comunicación y da información al paciente).

De esta evolución se deriva el consentimiento informado, el cual tiene cuatro componentes importantes: transparencia y competencia técnica profesional por parte del médico; comprensión y voluntad por parte del paciente.

Entre los muchos dilemas éticos que se presentan en el campo de la medicina está el de garantizar la confidencialidad, la privacidad y el seguimiento de los resultados a cada caso en particular; especialmente cuando estos sirven o son utilizados como información estadística, en investigación científica o en presentaciones de caso para discusiones médicas que son en beneficio de otros pacientes o con fines docentes.

La regulación e influencia que ejercen las aseguradoras en los procesos de atención, controlando tanto las decisiones como los gastos médicos; afectan la relación médico-paciente porque deterioran la empatía, confianza y seguridad; y generan dilemas éticos en la toma de decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Dentro del complejo sistema de atención de la salud existen múltiples relaciones que deben estar enmarcadas en decisiones éticas, especialmente en la relación directa entre el médico y el paciente. Por tanto existen tres aspectos éticos centrales que deben ser tomados en cuenta en la práctica de la medicina: la competencia clínica, el respeto por las decisiones de los pacientes en cuanto se refiere al cuidado de su salud y la salvaguarda de las prioridades de las necesidades de los pacientes frente a los cambios sociales, económicos y políticos. Combinando la habilidad técnica profesional y la sensibilidad ética y humana tanto hacia el paciente como a los diferentes profesionales de la salud que intervengan en el caso.

La ética de los profesionales de la salud define las guías de conducta basadas en principios morales orientados al que hacer del personal sanitario (médicos, enfermeras, farmacéuticos, químicos biólogos, trabajadores sociales, etc.)(6). Busca que los actos humanos se adapten al bien universal; plantea el valor de bondad de las conductas, lo que es correcto e incorrecto de manera libre, voluntaria y consciente. Dentro de los principios fundamentales de la Ética del personal de Salud está el Principio de Autonomía.

La autonomía es un concepto que expresa la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. La Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente (DMD) considera que el principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma y que el consentimiento informado es la máxima expresión de este principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber del médico, ya que para ellos las preferencias y valores del enfermo son primordiales desde el punto de vista ético<sup>4</sup>.

La importancia que tienen los derechos del paciente como eje básico de la relación Médico–Paciente se manifiesta al practicar los principios básicos de la Autonomía del Paciente; siendo estos:

- La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad.
- Todo procedimiento diagnóstico o terapéutico requiere el consentimiento informado de los pacientes o familiares, según el caso.
- El paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información necesaria, según su caso lo amerita.
- El paciente tiene derecho a negarse al procedimiento o tratamiento sin que ello signifique ninguna represalia de parte del médico o personal de salud.
- Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar la información y documentación clínica que sea requerida por el paciente.
- El médico o personal de salud que tenga acceso a la información del paciente está obligada a guardar el secreto profesional.

---

FUNDACIÓN PRO DERECHO A MORIR DIGNAMENTE DMD, definición de autonomía. Disponible en: <http://www.dmd.org.co/autonomia.html>. Consultado 5/9/13

La Autonomía del paciente presenta dilemas éticos en la práctica diaria, principalmente según el Modelo de relación Médico – Paciente que se aplique; por lo que actualmente el Modelo Paternalista tiende a evolucionar a un Modelo Participativo; el Modelo Informativo tiene un papel intermedio, ya que se da la información pero no se da el apoyo y acompañamiento mutuo que este requiere para tomar la mejor decisión para su salud y bienestar.

Además existen dilemas éticos, en cuanto hasta dónde respetar la Autonomía del paciente, cuando las decisiones de éste van en contra de su propia salud y bienestar; considerando que el médico y el personal de salud buscan como principal objetivo lo mejor para el paciente basándose en los principios de Beneficencia y No Maleficencia (15). Estos dilemas se presentan diariamente en el que hacer del Médico, quien debe individualizar cada caso y buscar las mejores alternativas respetando la voluntad y los deseos del paciente sin que ello represente un riesgo para su vida.

Por tanto el personal de salud debe: Respetar la vida humana y la dignidad de la persona manteniendo el más alto nivel de conducta profesional; anteponiendo, protegiendo y velando por los intereses del paciente en todo momento desde la concepción hasta la muerte natural. Así mismo debe informar al enfermo dando las explicaciones para su adecuada comprensión, guardar el secreto profesional y respetar su decisión en cuanto a los procedimientos y tratamientos que requiera. Además informará convenientemente al paciente sobre las posibles consecuencias de su decisión.

La comunicación e información con el paciente debe ser veraz, plena y clara; las explicaciones deben ser apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, y al pronóstico y riesgo que conlleve para que pueda tomar decisiones voluntarias e informadas. Además el paciente tiene derecho a no ser informado y puede decidir quién debe ser informado en su lugar.

El personal de salud debe actuar siempre según su conciencia, conocimientos y mejor interés del paciente; aplicando reglas relacionadas para proteger y promover las decisiones libres, voluntarias e informadas. Solamente cuando se dan situaciones en que la persona está inconsciente o no puede expresar su voluntad (personas en estado vegetativo o con daño cerebral, etc.) o si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado se debe obtener el consentimiento de un familiar o representante legal.

Los médicos que están en contra del protagonismo y autonomía del paciente consideran que se corre el riesgo de tomar decisiones equivocadas, porque creen que los pacientes no son capaces de comprender la información médica, técnica y científica sobre el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Además opinan que los médicos no están asumiendo su rol y su responsabilidad al dejar que el paciente tome este tipo de decisiones.

Por lo tanto, en cuanto la Autonomía del paciente existen dos corrientes; la que promueve el respeto a la decisión informada del paciente y la que opina que el paciente no tiene los suficientes conocimientos y capacidad técnica para decidir sobre aspectos especializados relacionados con la atención de sus problemas de salud. Sin embargo predomina el criterio de que el personal de salud, personas u organismos que proporcionan atención tienen la responsabilidad profesional de reconocer y respetar los derechos del paciente y el deber ético de velar por sus intereses en todo momento, individualizando cada caso en particular y tomando en cuenta a la familia cercana que desea estar informada, aunque siempre es el paciente quien tiene la última palabra en cuanto a su atención médica.

Es importante respetar tanto la autonomía del paciente como la del médico ya que el médico está en su derecho de apegarse a la conciencia ética y moral y negándose a realizar procedimientos o actos médicos que van contra los principios éticos y morales propios y de la medicina como el respeto a la vida desde la concepción hasta la muerte natural entre ellos el aborto y la eutanasia.

## **IV. MARCO METODOLÓGICO**

### **4.1 HIPÓTESIS**

El Modelo de Relación Médico – Paciente en Guatemala ha evolucionado paulatinamente del Modelo Paternalista al Modelo Participativo, tendencia que predomina en la actualidad, independientemente del tiempo de graduado, edad o sexo del Médico.

### **4.2 BOSQUEJO**

El presente es un Estudio Descriptivo que trata de Identificar, conocer y analizar los principales Modelos de relación médico paciente en el comportamiento, la comunicación y las relaciones Médico - Paciente de la práctica de la medicina privada actual en Guatemala; ya que estos generan dilemas éticos más.

El análisis e interpretación de la información obtenida servirá para contribuir a la salud y bienestar del paciente fortaleciendo la ética profesional en las relaciones interpersonales de los profesionales de la medicina con sus pacientes; promoviendo el buen trato, el respeto a los derechos del paciente, su autonomía y su participación activa en el proceso de su salud y a los principios de la ética médica.

Como muestra se tomaron en cuenta a 200 profesionales médicos al azar, de distintas especialidades, a quienes se les encuestó para tratar de identificar el tipo de relación médico paciente predominante en nuestro medio a nivel privado; así como para verificar si éste ha evolucionado a través del tiempo; y si ha variado según el tiempo de graduado, la edad o el sexo de los médicos encuestados.

### **4.3 ENCUESTA**

La encuesta consta de 15 preguntas con respuestas cerradas SI o NO, las cuales están planteadas según el Modelo de Relación Médico – Paciente, divididas en tres grupos:

- Modelo Paternalista de la pregunta número 1 a la 5
- Modelo Informativo de la pregunta número 6 a la 10
- Modelo Participativo de la pregunta número 11 a la 15

### **4.4 METODO PARA TRATAMIENTO DE DATOS**

Los resultados de las encuestas se tabularon y compararon según el grado de actividad y participación del médico y paciente, con base a las modalidades de relación médico paciente descritas por Szasz y Hollender<sup>5</sup>; las cuales serán la referencia de la conducta ética de los profesionales verificando que tanto se apegan a los principios, virtudes y valores que deben caracterizarlos. Se analizarán porcentualmente en cuanto a las variables: Modelo de relación, tiempo de haberse graduado, edad y sexo; de la siguiente manera:

#### **Modelo de relación:**

- Paternalista
- Informativo
- Participativo

#### **Sexo**

- Masculino
- Femenino

---

Ibid pag. 13

**Tiempo de haberse graduado:**

- < 10 años
- 10 – 20 años
- 21 – 30 años
- 31 – 40 años
- > 40 años

**Edad:**

- < 30 años
- 30 – 39 años
- 40 – 49 años
- 50 – 60 años
- > 60 años

## V. RESULTADOS

### 5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El Modelo de relación Médico paciente, descrito por Szasz y Hollender, se analizó según el tiempo de graduados, edad y sexo de los entrevistados.

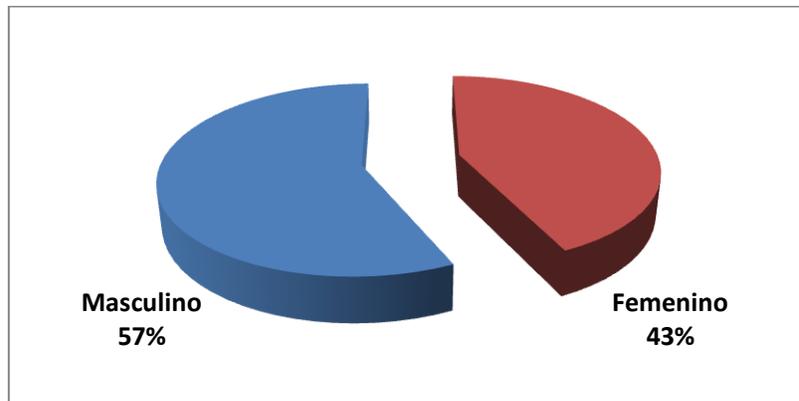
**TABLA No. 1**

**Sexo**

	Cantidad	Porcentaje
<b>Femenino</b>	86	43
<b>Masculino</b>	114	57
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

**GRÁFICA No. 1**

**Sexo**



En cuanto a la variable de sexo, se obtuvo más de la mitad (57%) de los médicos entrevistados de sexo masculino y 43% de sexo femenino, por lo que posteriormente haremos el análisis de los resultados de la encuesta en cuanto a la diferencia del Modelo de Relación Médico Paciente para cada uno de los mismos.

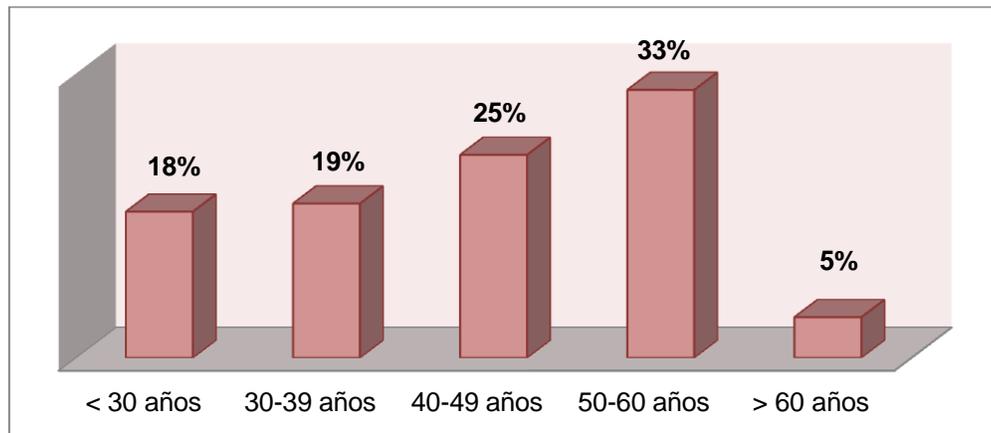
**TABLA No. 2**

**Edad**

<b>Edad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>&lt; 30 años</b>	36	18%
<b>30-39 años</b>	38	19%
<b>40-49 años</b>	50	25%
<b>50-60 años</b>	66	33%
<b>&gt; 60 años</b>	10	5%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA No. 2**

**Edad**

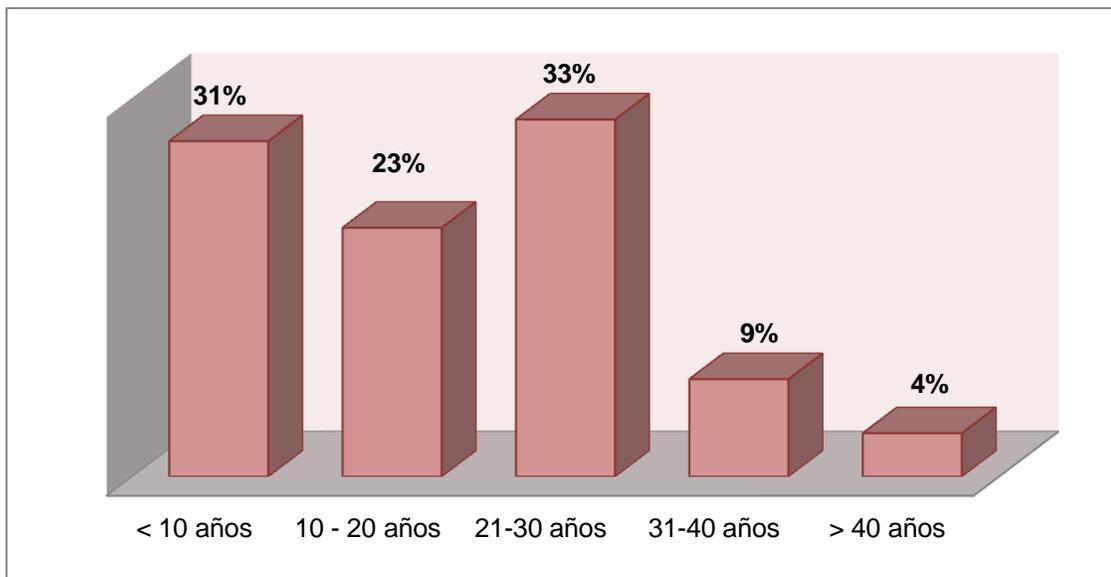


El mayor porcentaje de los entrevistados corresponden al grupo etáreo entre los 50 a 60 años, seguido del grupo entre los 40-49 años haciendo un total del 58% del total de médicos. Lo cual significa que, en su mayoría estudiaron la carrera de medicina durante la década de los años 80.

**TABLA No. 3**  
**Tiempo de Graduados**

<b>Tiempo de Graduados</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>&lt; 10 años</b>	62	31%
<b>10 - 20 años</b>	46	23%
<b>21-30 años</b>	66	33%
<b>31-40 años</b>	18	9%
<b>&gt; 40 años</b>	8	4%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA No. 3**  
**Tiempo de Graduados**



El mayor porcentaje de los entrevistados se encuentran entre los 21 y 30 años de graduados, por lo que egresaron de la Facultad de Medicina entre los años 1982 y 1992.

Según Peabody, la relación Médico – Paciente empeoró con el desarrollo científico de la medicina en el siglo XX<sup>6</sup>; ya que los pacientes tuvieron menos autonomía por el desarrollo de las especialidades y los cambios en la organización de los servicios de salud debido a conflictos de interés creados por la medicina hospitalaria, los seguros de salud y la seguridad social que se desarrolló durante este tiempo.

---

Ibid pag. 13

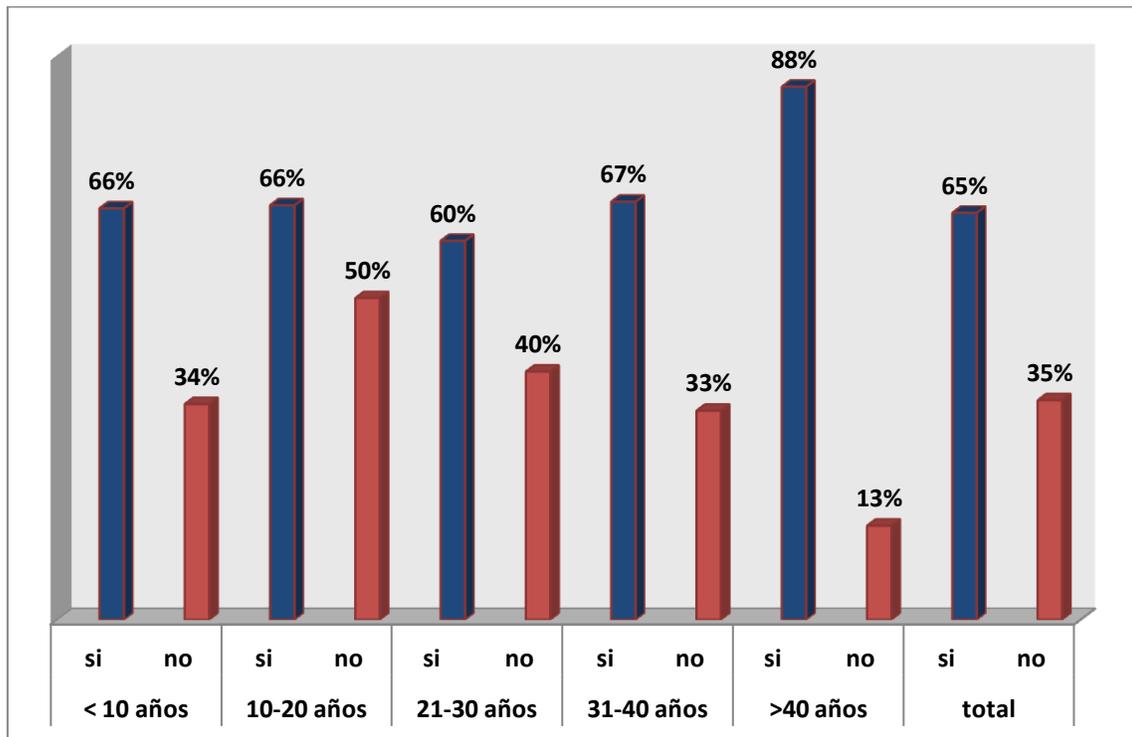
TABLA No. 4

**Serie de preguntas que orientan a Modelo Paternalista según Tiempo de Graduados**

No.	Preguntas/Respuestas	Tiempo de graduados		< 10 años		10-20 años		21-30 años		31-40 años		>40 años		Total		Porcentaje	
		si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
1	¿Indica usted al paciente lo que debe hacer?	62	0	46	0	64	2	18	0	8	0	198	2	99	1		
2	¿Coacciona o amenaza al paciente con retirar sus servicios si no acepta el tratamiento que se le está indicando?	3	59	2	44	9	57	3	15	5	3	22	178	11	89		
3	¿Asume usted como médico el protagonismo y la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento de su paciente?	61	1	44	2	63	3	15	3	8	0	191	9	95	5		
4	¿Considera usted que su paciente no está en la capacidad ni conocimiento para tomar decisiones en cuanto a su diagnóstico o tratamiento?	18	44	17	29	10	56	308	10	6	2	59	141	30	70		
5	¿Cree usted que el médico tratante es el responsable de las decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes?	60	2	44	2	53	13	16	2	8	0	181	19	90	10		
<b>SUBTOTALES</b>		204	106	153	77	199	131	60	30	34	6	649	351				
<b>TOTAL</b>		310		230		330		90		40		1000					
<b>PORCENTAJE</b>		<b>66</b>	<b>34</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>60</b>	<b>40</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>88</b>	<b>12</b>	<b>65</b>	<b>35</b>				

#### GRÁFICA No. 4

#### Serie de Preguntas que orientan a Modelo Paternalista según Tiempo de Graduados



Al analizar la primera serie de preguntas que orientan a un Modelo Paternalista; se puede observar que el total de respuestas positivas predominan, como es de esperar, en los que tienen más de 40 años de graduados (88%); esto se debe probablemente a que son profesionales de la Medicina graduados antes de 1973, prácticamente en los años 60 e inicios de los 70s, quienes aún se prepararon profesionalmente en un ámbito donde predominaba la medicina orientada por lo objetivo y más centrada en el médico y en la enfermedad que en el paciente. El resto de grupos etáreos tiene 65% o menos en respuestas positivas para este Modelo de Relación Médico – Paciente.

Según las preguntas que orientan al Modelo Paternalista se pueden hacer las siguientes observaciones:

- El 99% de los médicos entrevistados respondieron que indican al paciente lo que debe hacer, lo cual es de esperar; ya que como parte de su plan educacional, el médico dice al paciente qué hacer en cuanto a su diagnóstico y tratamiento; esta respuesta orienta al modelo paternalista, pues el médico debe orientar, educar y aclarar dudas y no solamente indicar.
- El 11% de los médicos entrevistados coacciona o amenaza al paciente con retirar sus servicios si no acepta el tratamiento que le indica, esto refleja alguna influencia paternalista, ya que no es se espera este tipo de conducta en la actualidad, la mayoría ha dejado esta actitud amenazante, permitiendo al paciente tomar sus decisiones libremente.
- El 95% de los médicos entrevistados asume el protagonismo y la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento de su paciente, evidenciando el predominio del Modelo Paternalista; en la que no se da al paciente participación activa ni se comparte con él la responsabilidad sobre su propia salud.
- El 70% de los médicos entrevistados considera que el paciente SI tiene la capacidad y conocimiento para tomar decisiones en cuanto a su diagnóstico o tratamiento, esto muestra la tendencia a dar un rol más activo al paciente.
- El 90% de los médicos entrevistados cree que el médico tratante es el responsable de las decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes; esta respuesta expresa la tendencia del Modelo Paternalista, al no considerar que el paciente debe ser corresponsable de dichas decisiones.



### Modelo Paternalista

El médico es quien indica al paciente lo que se debe hacer; pudiendo coaccionar o incluso amenazar al paciente con retirar sus servicios si no acepta el tratamiento que se le está indicando.

En este modelo, se hace lo que el médico indica. El médico asume el protagonismo y la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento.

A veces se da en situaciones en que el paciente no puede valerse por sí mismo, urgencias, pérdida o alteración de conciencia, etc.

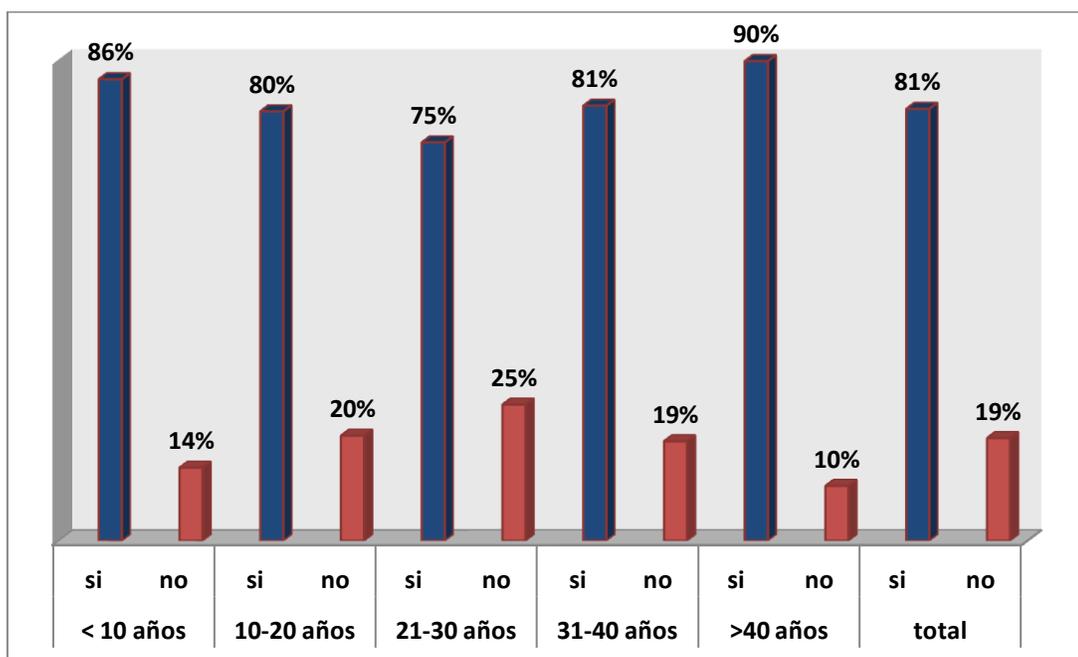
TABLA No. 5

Respuestas que orientan a Modelo Informativo según Tiempo de Graduado

No.	Preguntas/Respuestas	Tiempo de graduados										Total		Porcentaje	
		< 10 años		10-20 años		21-30 años		31-40 años		>40 años		si	no	si	no
6	¿Usted como médico: Se limita a informar y explicarle al paciente las alternativas de tratamiento disponibles y le presenta opciones para que sea él quien elija la que prefiere?	48	14	26	20	28	38	14	4	6	2	122	78	61	39
7	¿Luego de haber informado a su paciente: Hace usted lo que el paciente decide en cuanto a su diagnóstico y tratamiento?	38	24	24	22	40	25	7	12	8	0	117	83	59	41
8	¿Dirige a su paciente para que tome una decisión informada y colabore con su diagnóstico y tratamiento?	62	0	46	0	64	2	18	0	8	0	198	2	99	1
9	¿Considera que con la información que usted proporciona, el paciente puede cooperar en su tratamiento haciendo lo que se le indique?	62	0	46	0	63	3	18	0	7	1	196	4	98	2
10	¿Tiene para usted prioridad la información que proporciona al paciente en relación a lo que él solicita para su diagnóstico o tratamiento?	58	4	43	3	50	16	17	1	7	1	175	25	88	12
<b>SUBTOTALES</b>		268	42	185	45	243	83	74	17	35	4	808	192		
<b>TOTAL</b>		310		230		326		91		39		1000			
<b>PORCENTAJE</b>		<b>86</b>	<b>14</b>	<b>80</b>	<b>20</b>	<b>74</b>	<b>26</b>	<b>81</b>	<b>19</b>	<b>90</b>	<b>10</b>	<b>81</b>	<b>19</b>		

## GRÁFICA No. 5

### Respuestas que orientan a modelo informativo según tiempo de graduados



Al analizar la segunda serie de preguntas que orientan a un Modelo Informativo; se puede observar que el total de respuestas positivas predominan en todos los grupos (81%); sin embargo el menor porcentaje positivo se encuentra en el grupo que tiene entre 21 y 30 años de graduados (75%); evidenciando que en los extremos de menos de 10 años y más de 40 años existe predominancia del Modelo Informativo con respuestas positivas del 86 y 90% respectivamente. Esto se debe probablemente a que los profesionales con menor tiempo de graduados tienen influencia importante de este modelo y los profesionales con mayor tiempo de graduados han evolucionado poco a poco a un modelo menos paternalista.

Según las preguntas que orientan al Modelo Informativo se pueden hacer las siguientes observaciones:

- El 61% de los médicos entrevistados se limita a informar y explicarle al paciente las alternativas de tratamiento disponibles, presentándole opciones para que sea él quien elija la que prefiere. Esta respuesta tiene un enfoque informativo, dejando al paciente tomar su decisión con cierta orientación o asesoría. También se observa que el grupo que tiene menos de 10 años de graduado practica más esta conducta en relación a los demás grupos. El 39% restante, no se limita únicamente a informar y explicar.
- El 59% de los médicos entrevistados hacen lo que el paciente decide en cuanto a su diagnóstico y tratamiento; predominantemente en el grupo que tiene más de 40 años de graduados. Esto evidencia la tendencia al Modelo Informativo. El resto de los médicos, probablemente se orienten al Modelo Paternalista, ya que el Modelo Participativo toma en cuenta la voluntad y autonomía del paciente. Considerando que el 99% de los médicos entrevistados dirige a su paciente para que tome una decisión informada y colabore con su diagnóstico y tratamiento, vemos que la mayoría hace lo que el paciente decide, pero han influido en esa decisión con la información proporcionada.
- El 98% de los médicos entrevistados opina que el paciente puede cooperar en su tratamiento haciendo lo que se le indique con la información que se le proporciona, dando al paciente mayor participación en su tratamiento.
- Para el 88% de los médicos entrevistados, tiene prioridad la información que proporcionan al paciente para su diagnóstico y tratamiento en relación a lo que éste solicita; esto muestra predominio del Modelo Informativo, donde el médico conoce y domina ampliamente el conocimiento, dejando en segundo plano la información que el paciente requiere. Casi el 25% del grupo con 21 a 30 años de graduados consideran que SI tiene prioridad la información que el paciente solicita, probablemente estos médicos se inclinan hacia el Modelo Participativo.



### Modelo Informativo

El médico se limita a informar y explicar al paciente las alternativas de tratamiento disponibles y le presenta opciones para que sea él quien elija la que prefiere.

Se hace lo que el paciente decide. El médico dirige y orienta y el paciente realiza una decisión informada colaborando voluntaria y activamente con su diagnóstico y tratamiento.

Tiende a darse en enfermedades agudas, en las que el paciente puede cooperar en su tratamiento haciendo lo que se le indique.

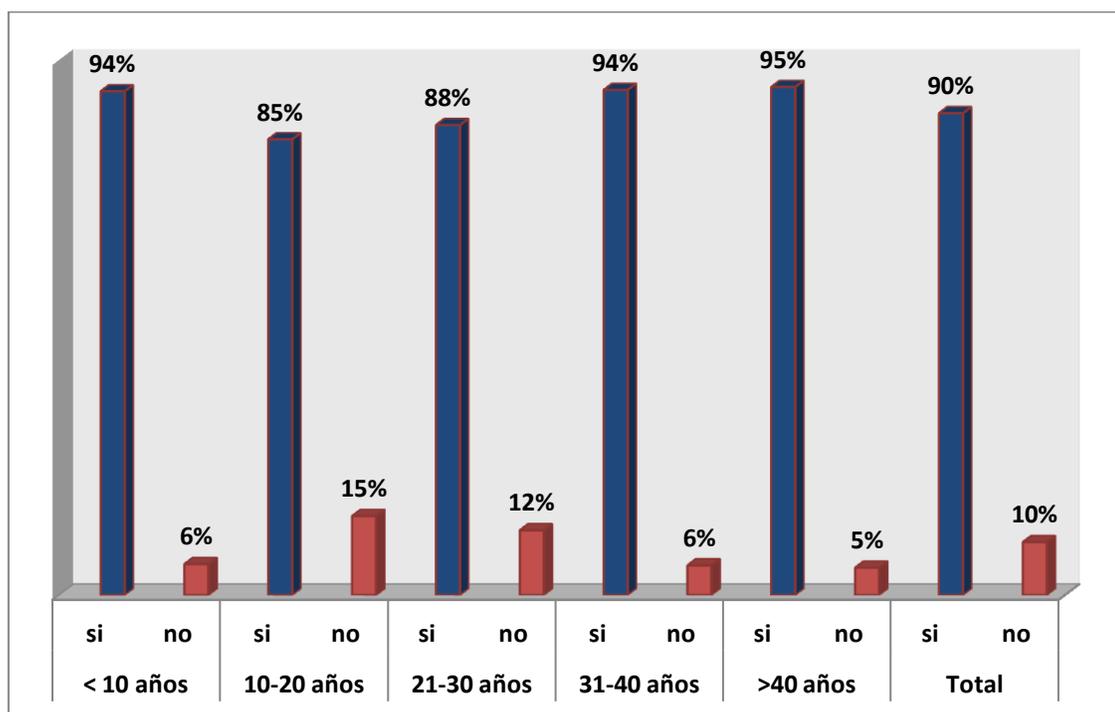
TABLA No. 6

**Respuestas que orientan a modelo participativo según tiempo de graduados**

No.	Tiempo de graduados Respuestas	< 10 años		10-20 años		21-30 años		31-40 años		>40 años		Total		Porcentaje	
		si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
11	¿Valora usted las necesidades de su paciente?	62	0	46	0	66	0	18	0	8	0	200	0	100	0
12	¿Asesora, orienta, ayuda y supervisa al paciente para que pueda conocer e identificar las opciones más beneficiosas para su salud?	62	0	45	1	64	2	18	0	8	0	197	3	99	1
13	¿Analiza conjuntamente con su paciente las alternativas para elegir la que sea más conveniente en su caso particular?	58	4	38	8	53	13	18	0	8	0	175	25	88	12
14	¿Facilita y permite a su paciente tomar iniciativa para su diagnóstico y tratamiento?	53	9	25	21	46	20	14	4	6	2	144	56	72	28
15	¿Promueve usted una relación mutua y recíproca con su paciente para favorecer su participación activa en la toma de decisiones para su diagnóstico y tratamiento?	57	5	42	4	61	5	17	1	8	0	185	15	93	7
<b>SUBTOTALES</b>		292	18	196	34	290	40	85	5	38	2	901	99		
<b>TOTAL</b>		310		230		330		90		39		1000			
<b>PORCENTAJE</b>		<b>94</b>	<b>6</b>	<b>85</b>	<b>15</b>	<b>88</b>	<b>12</b>	<b>94</b>	<b>6</b>	<b>95</b>	<b>5</b>	<b>90</b>	<b>10</b>		

## GRÁFICA No. 6

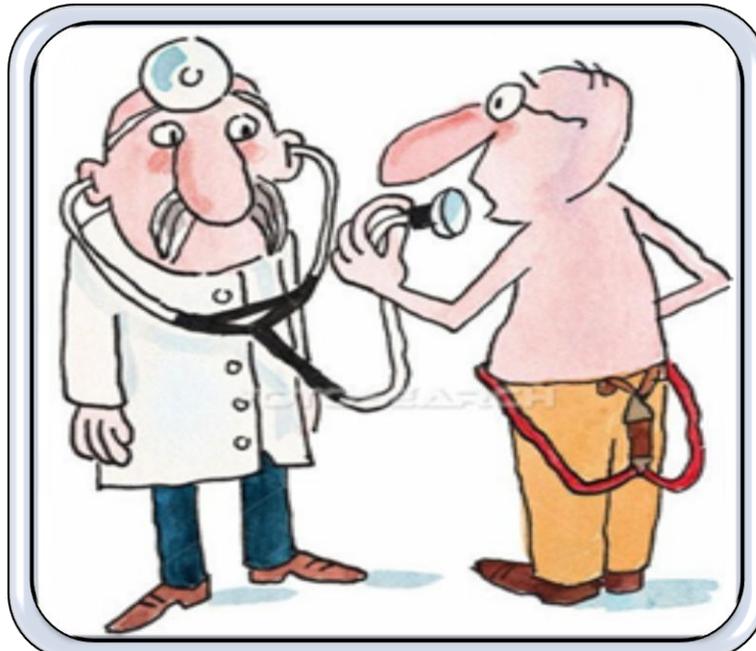
### Respuestas que orientan a modelo participativo según tiempo de graduados



Al analizar la tercera serie de preguntas que orientan a un Modelo Participativo; se puede observar que el total de respuestas positivas predominan en todos los grupos (90%), lo cual evidencia marcadamente una tendencia predominantemente orientada a la autonomía y decisión informada del paciente, demostrando que, independientemente del tiempo de graduados; la mayoría de los profesionales encuestados han evolucionado en su actitud hacia el paciente. Llama mucho la atención que los médicos que tienen más de 40 años de graduados se encuentran con el más alto porcentaje (95%), aunque fueron pocos médicos los encuestados en este grupo.

Según las preguntas que orientan al Modelo Participativo, se pueden hacer las siguientes observaciones:

- Como es de esperar, el 100% de los médicos entrevistados valora las necesidades de su paciente, demostrando que éticamente los profesionales tienen vocación de servicio orientada a sus pacientes, por lo que toman en cuenta sus necesidades, especialmente en el Modelo Participativo.
- El 99% de los médicos encuestados asesora, orienta, ayuda y supervisa al paciente para que pueda conocer e identificar las opciones más beneficiosas para su salud; facilitando la toma de decisiones informadas y su participación activa su diagnóstico y tratamiento. Llama la atención que tres médicos NO asesoran, orientan, ayudan ni supervisan a su paciente; probablemente tienen una actitud paternalista y autoritaria, en la que prevalece su criterio
- El 88% de los médicos entrevistados analizan conjuntamente con su paciente las alternativas para elegir la que sea más conveniente en su caso particular. Esto demuestra la tendencia de los profesionales en apoyar a su paciente para que haga una mejor elección y tome una buena decisión para su problema en particular. Esta actitud es característica del Modelo Participativo.
- En cuanto a que el propio paciente tome la iniciativa para su diagnóstico y tratamiento, el porcentaje es más bajo en relación al resto de preguntas del Modelo Participativo (72%).. Este es uno de los aspectos más difíciles de evolucionar en la relación médico paciente, ya que por naturaleza el médico tiende a tomar la iniciativa.
- El 93% de los médicos entrevistados promueve una relación mutua y recíproca con su paciente favoreciendo su participación activa en la toma de decisiones para su diagnóstico y tratamiento. Esta respuesta demuestra la tendencia hacia el Modelo Participativo independientemente del tiempo de graduados.



### Modelo Participativo

El médico valora las necesidades, asesora, orienta, ayuda y supervisa al paciente a conocer e identificar las opciones más beneficiosas para su salud y conjuntamente analizan las alternativas para elegir la que sea más conveniente en su caso particular.

El paciente puede asumir una participación activa e incluso tener iniciativa conjuntamente con el médico para su diagnóstico y tratamiento.

Se da con mayor frecuencia en pacientes con enfermedades crónicas.

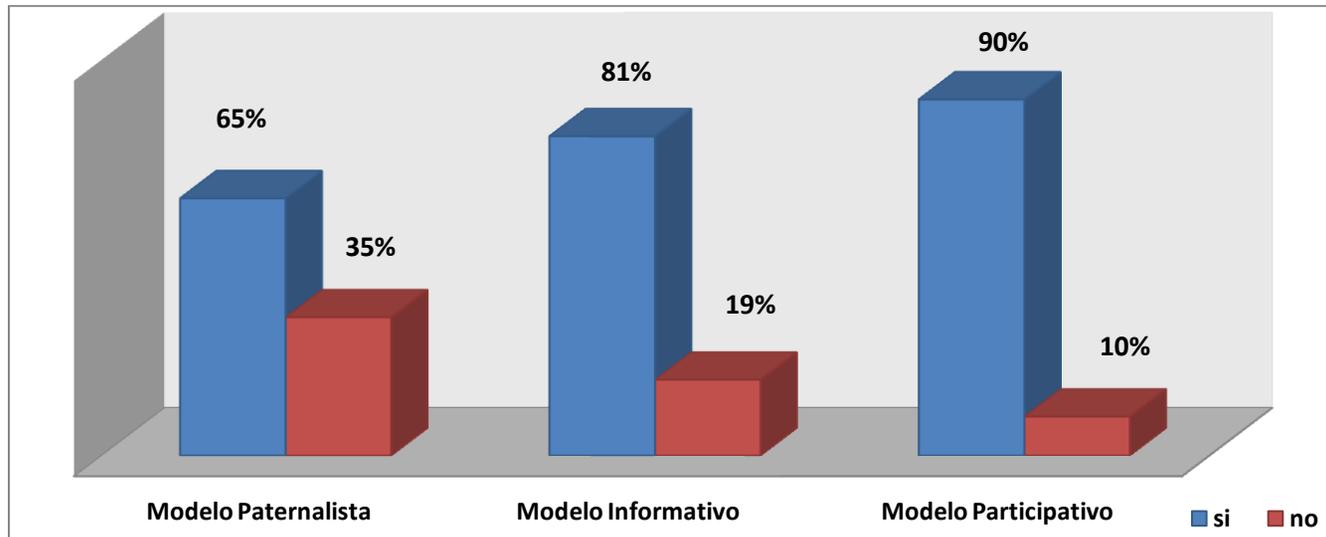
**TABLA No. 7**

**Análisis comparativo de porcentajes alcanzados en los modelos de relación médico paciente según tiempo de graduados**

Tiempo de Graduados	< 10 años		10-20 años		21-30 años		31-40 años		>40 años		Total	
	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
<b>Modelo Paternalista</b>	66	34	67	50	60	40	67	33	88	13	<b>65</b>	<b>35</b>
<b>Modelo Informativo</b>	86	14	80	20	74	26	81	19	90	10	<b>81</b>	<b>19</b>
<b>Modelo Participativo</b>	94	6	85	15	88	12	94	6	95	5	<b>90</b>	<b>10</b>

**GRAFICA No. 7**

**Análisis comparativo de porcentajes alcanzados en los modelos de relación médico paciente según tiempo de graduados**



Evidentemente la mayoría de los médicos entrevistados (90%) están claramente orientados hacia el Modelo Participativo, seguido por el Modelo Informativo y por último el Modelo Paternalista; esto demuestra que, aunque existen aún actitudes de los tres modelos, éstos han evolucionado con mayor tendencia hacia el Participativo dando cada vez más protagonismo al paciente en la toma de decisiones respecto de su salud independientemente del tiempo de graduados. Seguramente con el tiempo este último irá aumentando cada vez más. El grupo con tiempo de graduados entre 21 a 30 años es el que menos respuestas positivas presentó.

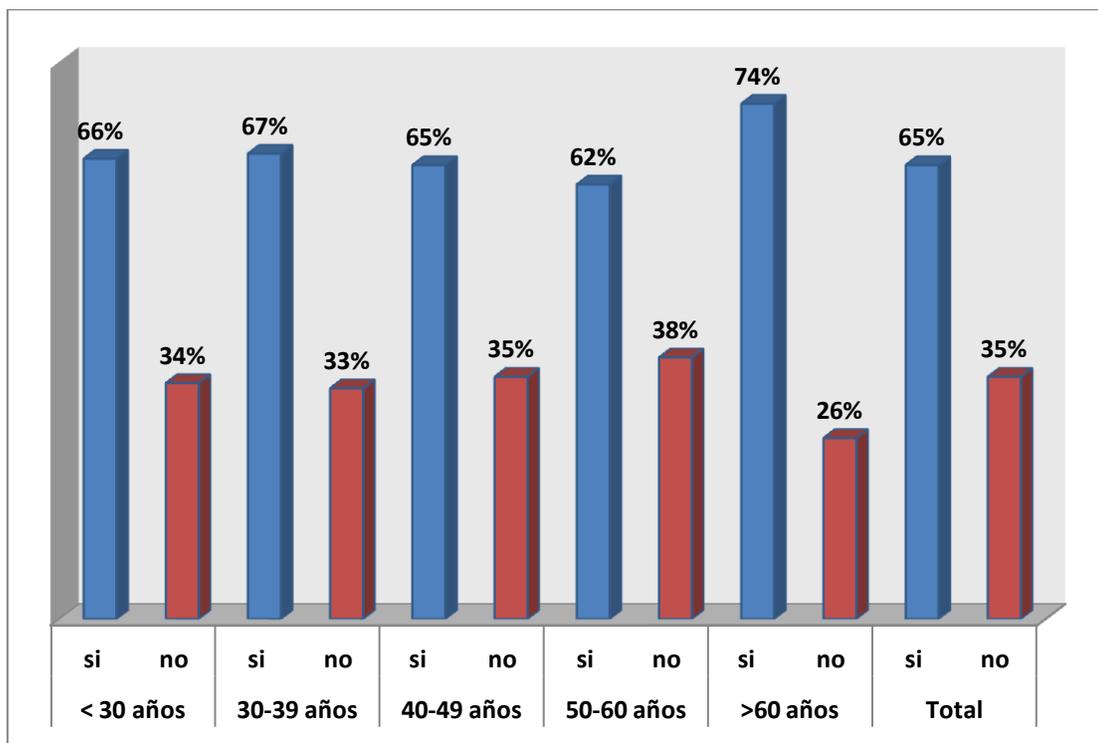
TABLA No. 8

**Serie de preguntas que orientan a modelo paternalista según edad**

No.	Grupo Etéreo	< 30 años		30-39 años		40-49 años		50-60 años		>60 años		Total		Porcentaje	
		si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
1	¿Indica usted al paciente lo que debe hacer?	36		38		49	1	66	0	10		199	1	99	1
2	¿Coacciona o amenaza al paciente con retirar sus servicios si no acepta el tratamiento que se le está indicando?	1	35	2	36	6	44	8	58	4	6	21	179	10	90
3	¿Asume usted como médico el protagonismo y la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento de su paciente?	35	1	37	1	47	3	63	3	10		192	8	96	4
4	¿Considera usted que su paciente no está en la capacidad ni conocimiento para tomar decisiones en cuanto a su diagnóstico o tratamiento?	14	22	12	26	15	35	15	51	5	5	61	139	30	70
5	¿Cree usted que el médico tratante es el responsable de las decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes?	33	3	38		46	4	54	12	8	2	179	21	90	10
<b>SUBTOTALES</b>		119	61	127	63	163	87	206	124	37	13	652	348		
<b>TOTAL</b>		<b>180</b>		<b>190</b>		<b>250</b>		<b>330</b>		<b>50</b>		<b>1000</b>			
<b>PORCENTAJE</b>		<b>66</b>	<b>34</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>65</b>	<b>35</b>	<b>62</b>	<b>38</b>	<b>74</b>	<b>26</b>	<b>65</b>	<b>35</b>		

## GRÁFICA No. 8

### Serie de preguntas que orientan a Modelo Paternalista según edad



Al analizar los resultados de la encuesta según edad, podemos observar que el grupo de mayores de 60 años es el que tiene mayor tendencia al Modelo Paternalista con el 75%, el resto de grupos etáreos está por debajo del 70% y el promedio general es del 65%; lo cual demuestra que hay cierta tendencia a ir dejando este modelo de relación Médico Paciente, ya que no es el más conveniente para la salud y bienestar del paciente.

El porcentaje general obtenido es el mismo al de Modelo paternalista según tiempo de graduados, lo cual evidentemente se encuentra correlacionado: A más tiempo de graduados, mayor edad; con lo que se confirma esta tendencia.

Llama la atención que en los grupos etáreos jóvenes, menores de 30 años aún persista un 66% con tendencia al Modelo Paternalista, ya que uno esperaría que fuera mucho menor debido a la evolución que se ha dado a través del Tiempo hacia el Modelo Participativo, que es el más recomendado en la actualidad. En cuanto a los porcentajes y comentarios en cada una de las preguntas de este Modelo, éstos son similares a las respuestas según grupo etáreo.

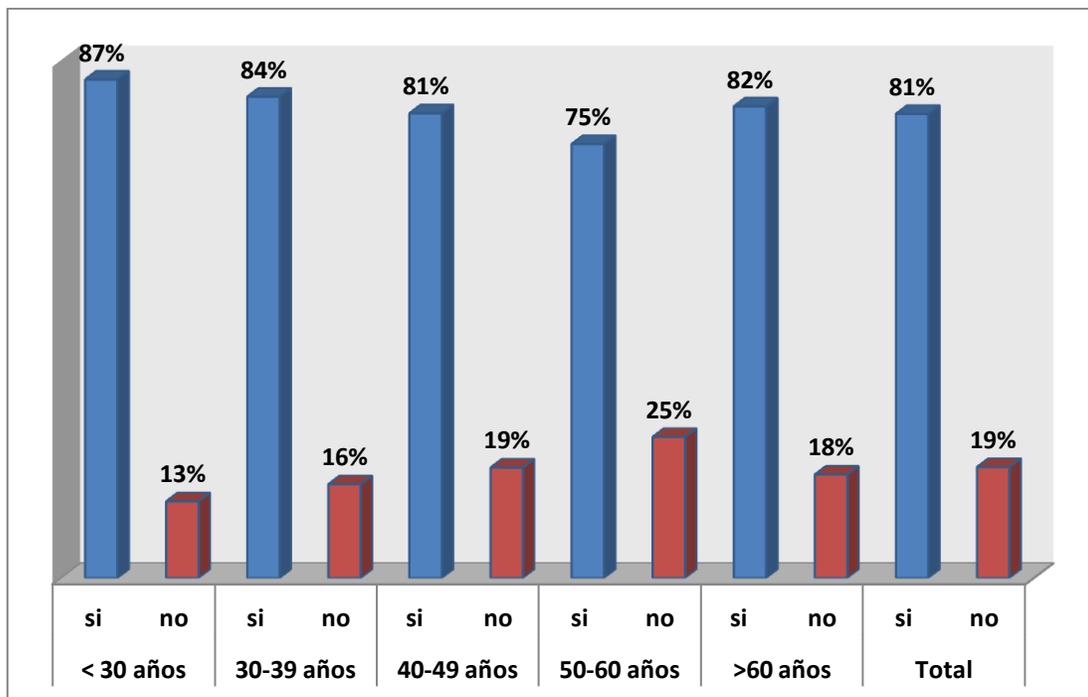
**TABLA No. 9**

**Serie de preguntas que orientan a Modelo Informativo según edad**

No.	Preguntas/Respuestas	Grupo Etéreo		< 30 años		30-39 años		40-49 años		50-60 años		>60 años		Total		Porcentaje	
		si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no		
<b>6</b>	¿Usted como médico: Se limita a informar y explicarle al paciente las alternativas de tratamiento disponibles y le presenta opciones para que sea él quien elija la que prefiere?	28	8	27	11	31	19	33	33	6	4	125	75	<b>63</b>	<b>37</b>		
<b>7</b>	¿Luego de haber informado a su paciente: Hace usted lo que el paciente decide en cuanto a su diagnóstico y tratamiento?	24	12	18	20	28	22	37	29	8	2	115	85	<b>58</b>	<b>43</b>		
<b>8</b>	¿Dirige a su paciente para que tome una decisión informada y colabore con su diagnóstico y tratamiento?	36	0	38	0	50	0	65	1	10	0	199	1	<b>99</b>	<b>1</b>		
<b>9</b>	¿Considera que con la información que usted proporciona, el paciente puede cooperar en su tratamiento haciendo lo que se le indique?	36	0	38	0	49	1	63	3	9	1	195	5	<b>98</b>	<b>2</b>		
<b>10</b>	¿Tiene para usted prioridad la información que proporciona al paciente en relación a lo que él solicita para su diagnóstico o tratamiento?	32	4	38	0	44	6	51	15	8	2	173	27	<b>87</b>	<b>13</b>		
<b>SUBTOTALES</b>		156	24	159	31	202	48	249	81	41	9	807	193				
<b>TOTAL</b>		<b>180</b>		<b>190</b>		<b>250</b>		<b>330</b>		<b>50</b>		<b>1000</b>					
<b>PORCENTAJE</b>		<b>87</b>	<b>13</b>	<b>84</b>	<b>16</b>	<b>81</b>	<b>19</b>	<b>75</b>	<b>25</b>	<b>82</b>	<b>18</b>	<b>81</b>	<b>19</b>				

## GRÁFICA No. 9

### Serie de preguntas que orientan a Modelo Informativo según edad



Al analizar los resultados de la encuesta según Edad, podemos observar que el grupo de menores de 30 años es el que tiene mayor tendencia al Modelo Informativo con el 87%. Llama la atención que en el grupo etéreo de 50 a 60 años hay menor porcentaje (75%) comparado con el resto, que se encuentran por arriba del 80%.

En general hay una tendencia al Modelo Informativo de Relación Médico Paciente del 81%, lo cual evidencia una menor tendencia al Modelo Paternalista. Estos datos nos orientan a que en los médicos guatemaltecos encuestados existe una evolución progresiva del Modelo de Atención según las tendencias mundiales.

El modelo Informativo es muy utilizado en el gremio médico guatemalteco, ya que la información es parte del plan educacional que se da a los pacientes respecto a su enfermedad, diagnóstico y tratamiento. En cuanto a los porcentajes y comentarios en cada una de las preguntas de este Modelo son similares a los de Grupo Etéreo.

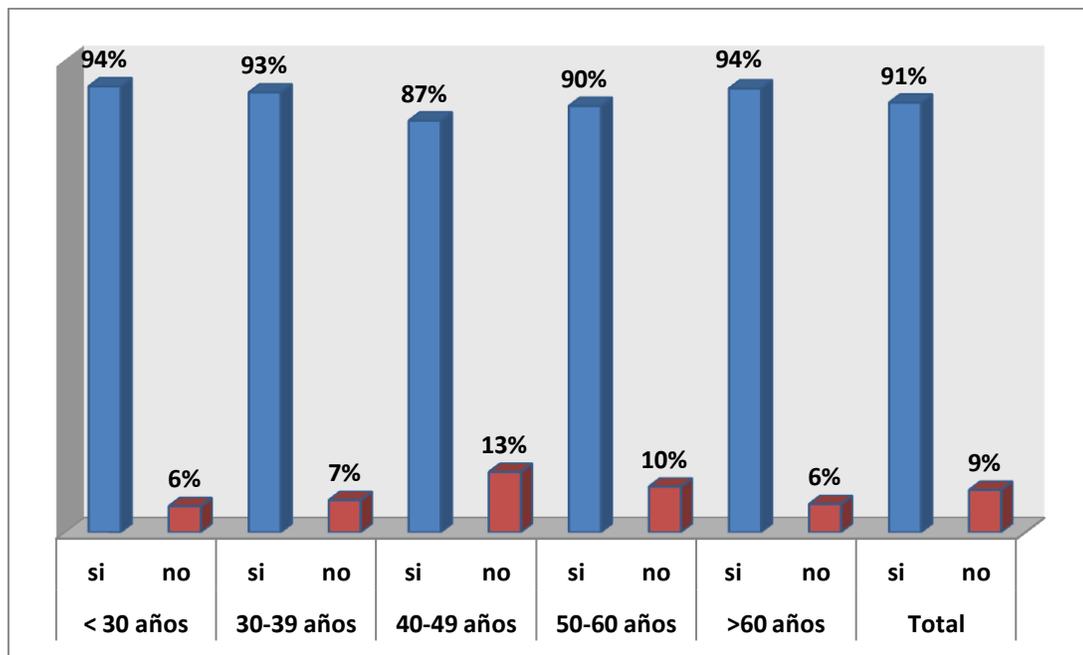
**TABLA No. 10**

**Serie de preguntas que orientan a Modelo Participativo según edad**

No.	Grupo Etéreo Respuestas	< 30 años		30-39 años		40-49 años		50-60 años		>60 años		Total		Porcentaje	
		si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
11	¿Valora usted las necesidades de su paciente?	36	0	38	0	50	0	66	0	10	0	200	0	100	0
12	¿Asesora, orienta, ayuda y supervisa al paciente para que pueda conocer e identificar las opciones más beneficiosas para su salud?	36	0	38	0	49	1	65	1	10	0	198	2	99	1
13	¿Analiza conjuntamente con su paciente las alternativas para elegir la que sea más conveniente en su caso particular?	32	4	37	1	40	10	58	8	9	1	176	24	88	12
14	¿Facilita y permite a su paciente tomar iniciativa para su diagnóstico y tratamiento?	31	5	32	6	34	16	44	22	8	2	149	51	75	25
15	¿Promueve usted una relación mutua y recíproca con su paciente para favorecer su participación activa en la toma de decisiones para su diagnóstico y tratamiento?	35	1	32	6	45	5	65	1	10	0	187	13	94	6
<b>SUBTOTALES</b>		170	10	177	13	218	32	298	32	47	3	910	90		
<b>TOTAL</b>		<b>180</b>		<b>190</b>		<b>250</b>		<b>330</b>		<b>50</b>		<b>1000</b>			
<b>PORCENTAJE</b>		<b>94</b>	<b>6</b>	<b>93</b>	<b>7</b>	<b>87</b>	<b>13</b>	<b>90</b>	<b>10</b>	<b>94</b>	<b>6</b>	<b>91</b>	<b>9</b>		

## GRÁFICA No. 10

### Serie de preguntas que orientan a Modelo Participativo según edad



Al analizar los resultados de la encuesta según edad, podemos observar que la mayoría presenta un porcentaje por arriba del 90% orientado hacia el Modelo Participativo. Solamente el grupo etéreo de 50 a 60 años tiene un 87% de respuestas positivas.

Es evidente que en todos los grupos etéreos ha existido una evolución importante hacia el Modelo Participativo, que consideramos es el más apropiado para la salud y bienestar del paciente, ya que toma decisiones informadas apoyado por el acompañamiento, asesoría y orientación del médico; buscando juntos las mejores alternativas para su diagnóstico y tratamiento.

Es importante resaltar que, incluso, los médicos encuestados mayores de 60 años tienen una alta tendencia (94%) hacia el Modelo Participativo de relación Médico Paciente, tan alta como los más jóvenes menores de 30 años (94%). Esto demuestra que los médicos, independiente de su edad, están constantemente actualizándose y aplicando las nuevas tendencias en la atención de sus pacientes. En cuanto a los porcentajes y comentarios en cada una de las preguntas de este Modelo, éstos son similares a las respuestas según tiempo de graduados.

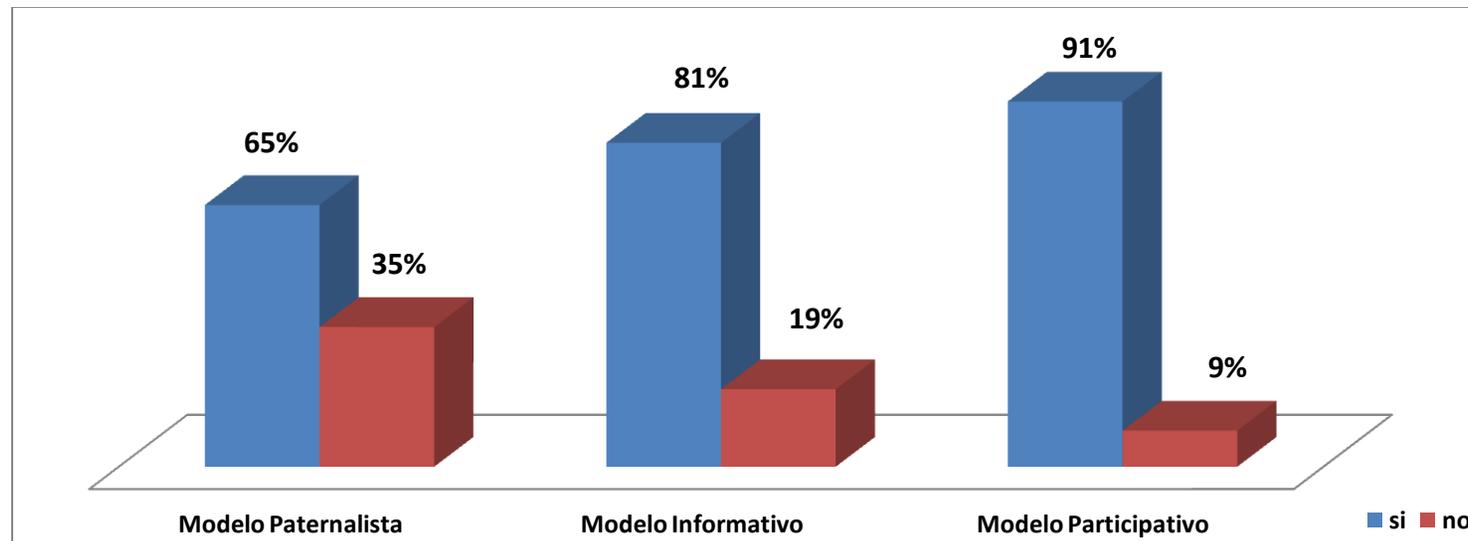
**TABLA No. 11**

**Análisis comparativo de porcentajes alcanzados en los modelos de relación médico paciente según edad**

Análisis Comparativo	< 30 años		30-39 años		40-49 años		50-60 años		>60 años		Total	
	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
Modelo Paternalista	66	34	67	33	65	35	62	38	74	26	65	35
Modelo Informativo	87	13	84	16	81	19	75	25	82	18	81	19
Modelo Participativo	94	6	93	7	87	13	90	10	94	6	91	9

**GRÁFICA No. 11**

**Análisis comparativo de porcentajes alcanzados en los modelos de relación médico paciente según edad**



Evidentemente la mayoría de los médicos entrevistados (91%) están claramente orientados hacia el Modelo Participativo, seguido por el Modelo Informativo y por último el Modelo Paternalista; esto demuestra que, aunque existen aún actitudes de los tres modelos, éstos han evolucionado con mayor tendencia hacia el Participativo dando cada vez más protagonismo al paciente en la toma de decisiones respecto a su salud, independientemente de la Edad. Seguramente con el tiempo este último irá aumentando cada vez más. El grupo etáreo entre 40 y 49 años es el que menos respuestas positivas presentó.

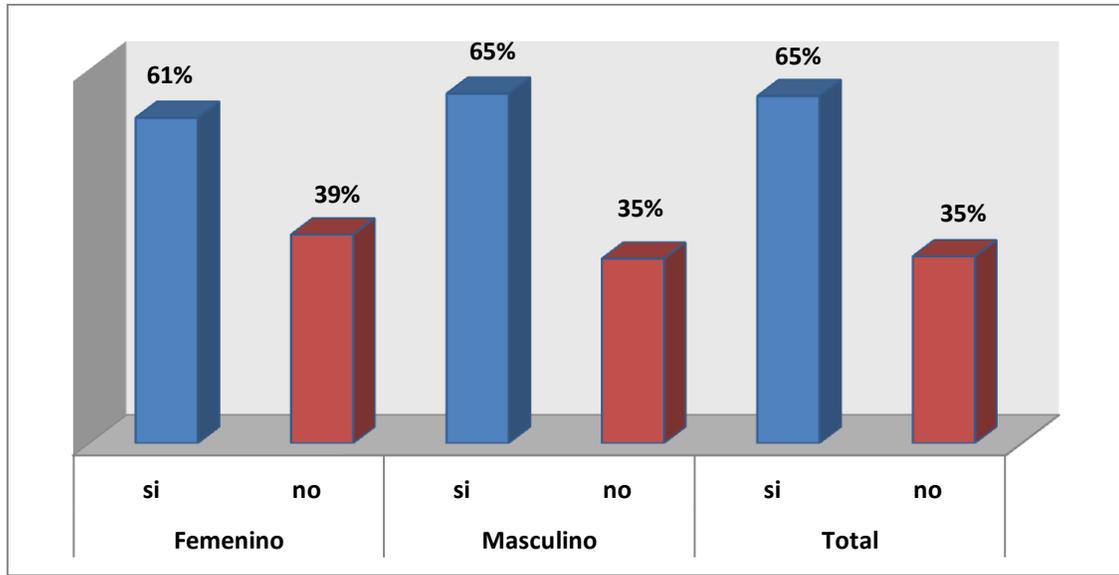
TABLA No. 12

**Serie de preguntas que orientan a Modelo Paternalista según sexo**

Sexo	Femenino		Masculino		Total		Porcentaje Respuestas Positivas por Pregunta		
	Preguntas/Respuesta	si	no	si	no	si	no	Femenino	Masculino
1	¿Indica usted al paciente lo que debe hacer?	86	0	112	2	198	2	98	2
2	¿Coacciona o amenaza al paciente con retirar sus servicios si no acepta el tratamiento que se le está indicando?	0	86	9	105	9	191	0	8
3	¿Asume usted como médico el protagonismo y la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento de su paciente?	72	14	105	9	177	23	84	92
4	¿Considera usted que su paciente no está en la capacidad ni conocimiento para tomar decisiones en cuanto a su diagnóstico o tratamiento?	23	63	41	73	64	136	27	36
5	¿Cree usted que el médico tratante es el responsable de las decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes?	81	5	109	5	190	10	94	96
<b>SUBTOTALES</b>		262	168	373	197	635	365		
<b>TOTAL</b>		<b>430</b>		<b>570</b>		<b>1000</b>			
<b>PORCENTAJE</b>		<b>61</b>	<b>39</b>	<b>65</b>	<b>35</b>	<b>65</b>	<b>35</b>		

## GRAFICA No. 12

### Serie de preguntas que orientan a Modelo Paternalista según sexo



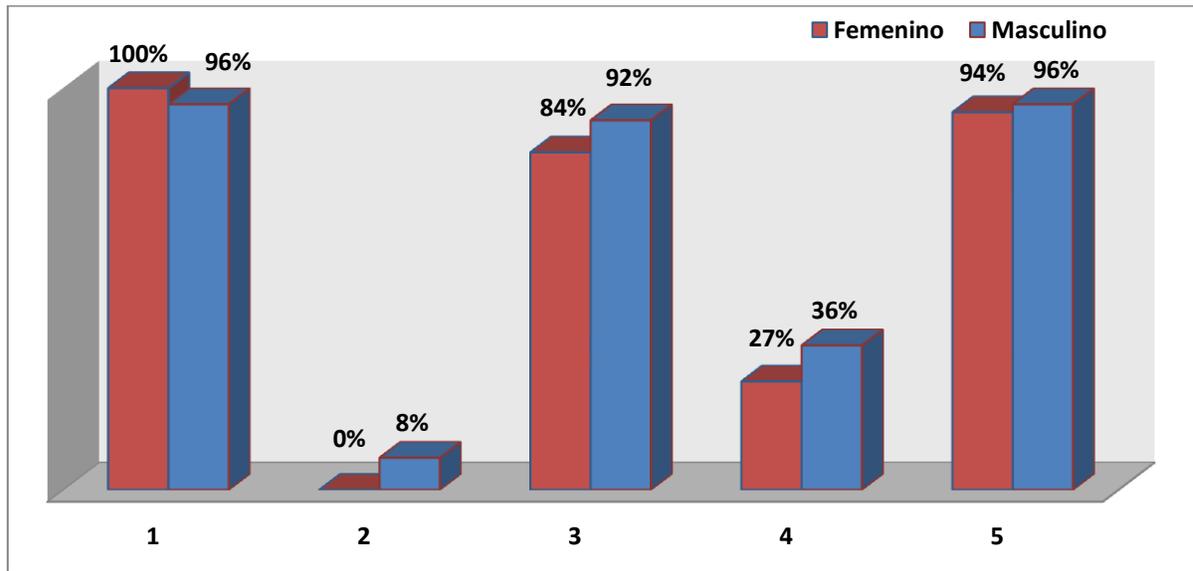
Al analizar los resultados de la encuesta para la serie de preguntas que orienta al Modelo Paternalista, según Sexo, podemos observar que el sexo masculino presenta un porcentaje de respuestas positivas levemente superior (65%), en relación a las respuestas positivas del sexo femenino (61%). Por tanto no hay una diferencia significativa, lo cual evidencia que tanto hombres como mujeres tienen casi la misma tendencia hacia el Modelo Paternalista.

Al igual que en las preguntas de este Modelo por tiempo de graduados y por grupo étnico, en la variable Sexo tampoco hay diferencia significativa teniendo desde todos los puntos de vista un 65% de respuestas positivas; indicando que el Modelo Paternalista aún persiste pero que tiene cierta tendencia a ir disminuyendo progresivamente dentro del gremio médico, evolucionando poco a poco hacia otros modelos como el informativo y el participativo.

### GRÁFICA No. 13

#### Serie de preguntas que orientan a Modelo Paternalista según sexo

#### Porcentaje de respuestas positivas por pregunta y sexo



En la Gráfica No. 13 se presenta la comparación de las respuestas positivas entre hombres y mujeres por cada una de las preguntas que orientan al Modelo Paternalista.

- El 100% de las mujeres y el 96% de los hombres indican al paciente lo que debe hacer, por lo que no hay una diferencia significativa.
- El 8% de los hombres entrevistados coacciona o amenaza al paciente con retirar sus servicios si no acepta el tratamiento que le está indicando, reflejando alguna influencia paternalista con relación a las mujeres entrevistadas; quienes, el 100%, respetan la decisión del paciente en cuanto a su propia salud.

- El 92% de los médicos varones entrevistados asume el protagonismo y la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento de su paciente, evidenciando claramente el predominio del Modelo Paternalista; mientras que el 84% de mujeres respondió afirmativamente, indicando que las mujeres tienen mayor tendencia a darle protagonismo y responsabilidad al paciente.
- El 36% de los médicos varones y el 27 % de las mujeres entrevistadas consideran que el paciente NO tiene la capacidad y conocimiento para tomar decisiones en cuanto a su diagnóstico o tratamiento. Esto indica que un mayor porcentaje de mujeres consideran la capacidad del paciente par tomar sus propias decisiones.
- El 94% de las mujeres y 96% de los hombres entrevistados creen que el médico tratante es el responsable de las decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes; lo cual expresa la tendencia al Modelo Paternalista.

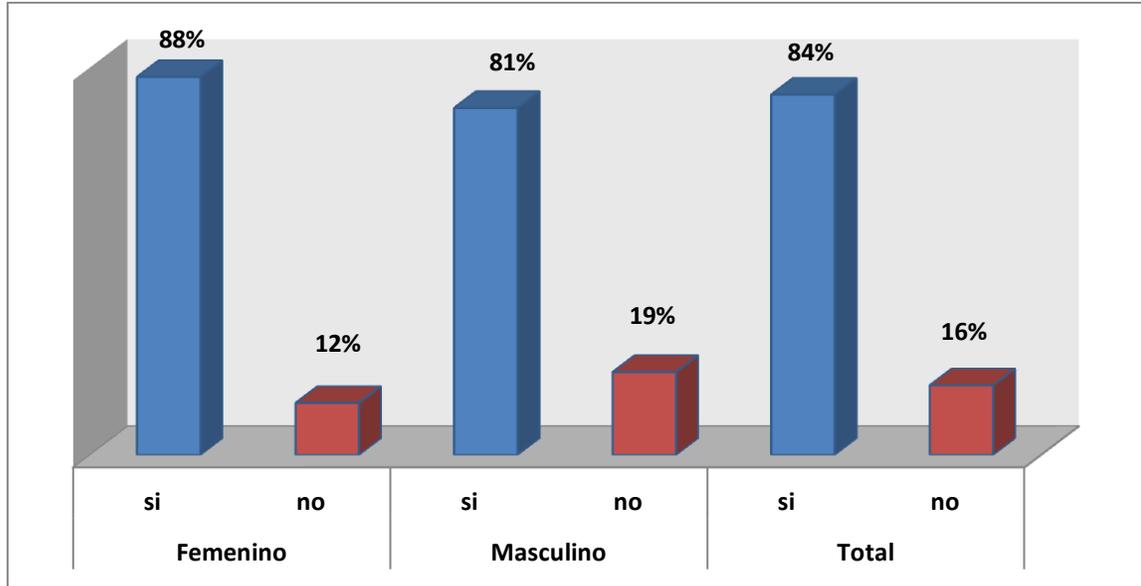
**TABLA No. 13**

**Serie de preguntas que orientan a Modelo Informativo según sexo**

Sexo	Femenino		Masculino		Total		Porcentaje	
	si	no	si	no	si	no	si	no
6	¿Usted como médico: Se limita a informar y explicarle al paciente las alternativas de tratamiento disponibles y le presenta opciones para que sea él quien elija la que prefiere?							
	72	14	68	46	140	60	84	57
7	¿Luego de haber informado a su paciente: Hace usted lo que el paciente decide en cuanto a su diagnóstico y tratamiento?							
	63	23	55	59	118	82	73	48
8	¿Dirige a su paciente para que tome una decisión informada y colabore con su diagnóstico y tratamiento?							
	84	2	114	0	195	2	94	100
9	¿Considera que con la información que usted proporciona, el paciente puede cooperar en su tratamiento haciendo lo que se le indique?							
	82	4	114	0	195	4	94	100
10	¿Tiene para usted prioridad la información que proporciona al paciente en relación a lo que él solicita para su diagnóstico o tratamiento?							
	81	5	109	5	190	10	94	96
<b>SUBTOTALES</b>		378	52	460	110	838	162	
<b>TOTAL</b>		<b>430</b>		<b>570</b>		<b>1000</b>		
<b>PORCENTAJE</b>		<b>88</b>	<b>12</b>	<b>81</b>	<b>19</b>	<b>84</b>	<b>16</b>	

## GRAFICA No. 14

### Serie de preguntas que orientan a Modelo Informativo según sexo



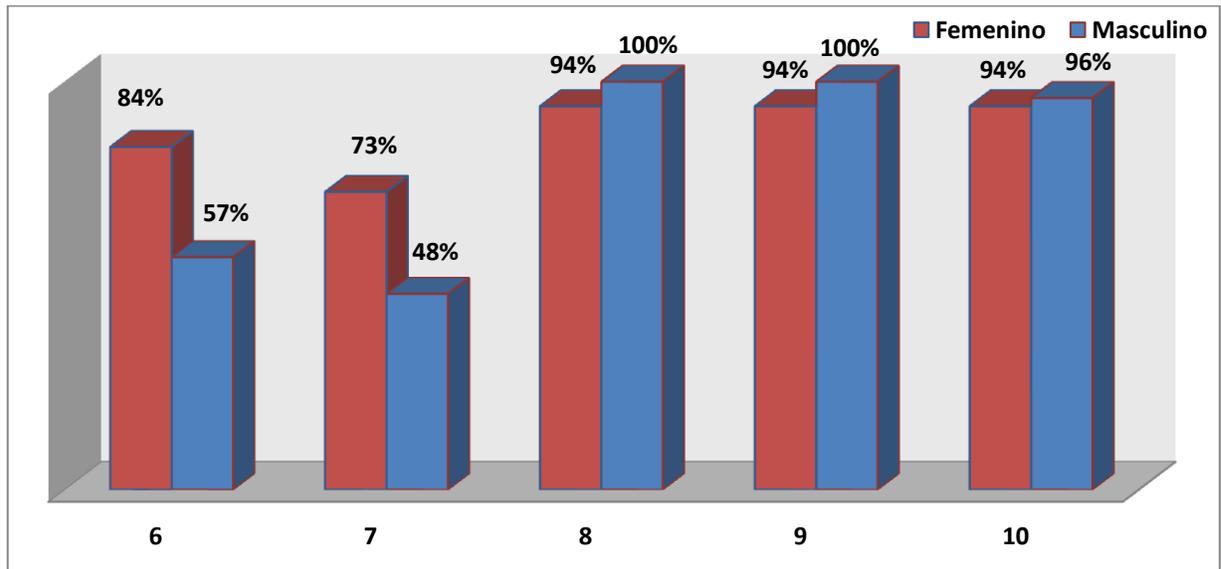
Al analizar los resultados de la encuesta en la Serie de preguntas que orienta a un Modelo Informativo, según Sexo, podemos observar que el sexo femenino presenta un porcentaje de respuestas positivas superior (88%) en relación a las respuestas positivas del sexo masculino (81%). Por lo que podemos observar una diferencia importante, que evidencia que las mujeres tienen mayor tendencia hacia el Modelo Informativo que los hombres.

Al igual que en las preguntas de este Modelo por Tiempo de Graduados y por Grupo Étéreo, en la variable Sexo tampoco hay diferencia significativa teniendo desde todos puntos de vista alrededor del 84% de respuestas positivas; indicando que el Modelo Informativo persiste en mayor porcentaje que el Paternalista pero que tiene cierta tendencia a ir evolucionando hacia el Modelo participativo.

## GRAFICA No. 15

### Serie de preguntas que orientan a Modelo Informativo según sexo

#### Porcentaje de respuestas positivas por pregunta y sexo



En la Gráfica No. 15 se presenta la comparación de las respuestas positivas entre hombres y mujeres por cada una de las preguntas que orientan al Modelo Informativo.

- El 84% de las mujeres y el 57% de los hombres encuestados se limita a informar y explicarle al paciente las alternativas de tratamiento disponibles, presentándole opciones para que sea él quien elija la que prefiere. Esta respuesta tiene muestra la mayor tendencia del sexo femenino al Modelo Informativo.
- El 73% de las mujeres y el 48% de los hombres entrevistados respondieron que hacen lo que el paciente decide luego de haberlo informado, lo que nuevamente evidencia el predominio de un Modelo Informativo en el sexo femenino. Probablemente los hombres se orienten más al Modelo Paternalista, ya que el Participativo toma en cuenta la voluntad y autonomía del paciente.

- El 94% de las mujeres y el 100% de los hombres dirigen a su paciente para que tome una decisión informada y colabore con su diagnóstico y tratamiento. Lo cual evidencia que el Modelo Informativo aún persiste en ambos sexos, influyendo de manera importante en la toma de decisiones del paciente en cuanto a su salud.
- El 94% de las mujeres y el 100% de los hombres opinan que el paciente puede cooperar en su tratamiento haciendo lo que se le indique únicamente con la información que le proporciona; dando al paciente un rol más importante en su tratamiento, lo cual demuestra una tendencia evolutiva hacia el Modelo Participativo.
- Para el 94% de las mujeres y 96% de los hombres, tiene prioridad la información que proporcionan al paciente en relación a lo que éste solicita para su diagnóstico y tratamiento; lo que demuestra la tendencia al Modelo informativo, dejando en segundo plano lo que el paciente requiere.

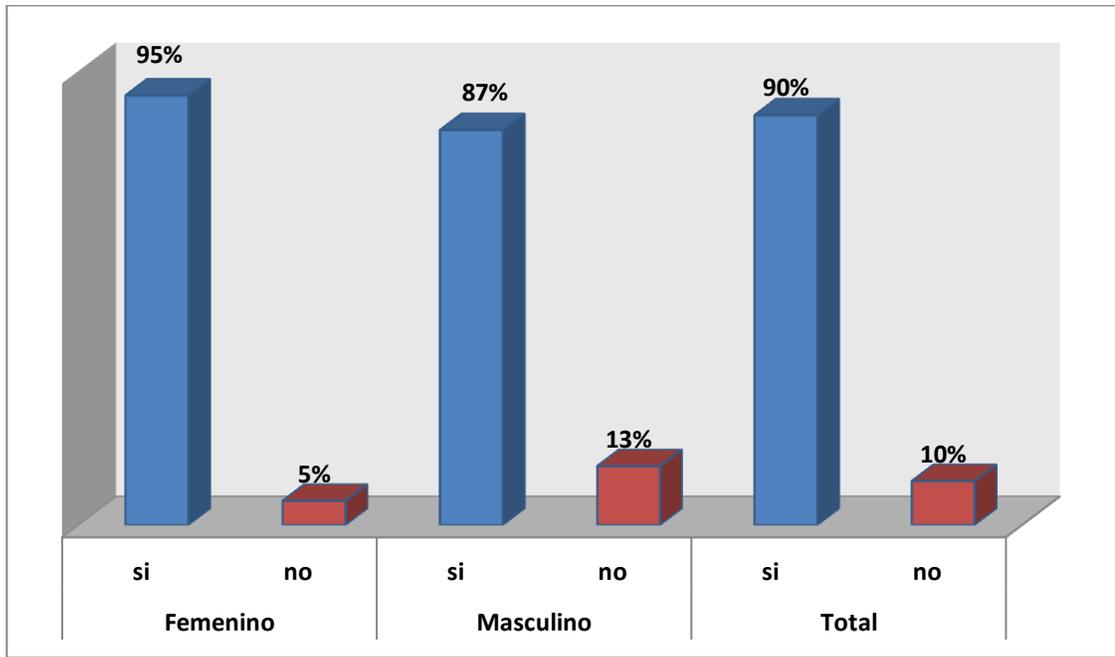
**TABLA No. 14**

**Serie de preguntas que orientan a Modelo Participativo según sexo**

Sexo		Femenino		Masculino		Total		Porcentaje respuestas positivas	
		si	no	si	no	si	no	Femenino	Masculino
11	¿Valora usted las necesidades de su paciente?	86	0	114	0	200	0	100	100
12	¿Asesora, orienta, ayuda y supervisa al paciente para que pueda conocer e identificar las opciones más beneficiosas para su salud?	86	0	111	3	197	3	100	96
13	¿Analiza conjuntamente con su paciente las alternativas para elegir la que sea más conveniente en su caso particular?	81	5	100	14	181	19	94	88
14	¿Facilita y permite a su paciente tomar iniciativa para su diagnóstico y tratamiento?	77	9	73	41	150	50	89	52
15	¿Promueve usted una relación mutua y recíproca con su paciente para favorecer su participación activa en la toma de decisiones para su diagnóstico y tratamiento?	77	9	100	14	177	23	89	88
<b>SUBTOTALES</b>		407	23	496	74	903	97		
<b>TOTAL</b>		<b>430</b>		<b>570</b>		<b>1000</b>			
<b>PORCENTAJE</b>		<b>95</b>	<b>5</b>	<b>87</b>	<b>13</b>	<b>90</b>	<b>10</b>		

## GRAFICA No. 16

### Serie de preguntas que orientan a Modelo Participativo según Sexo



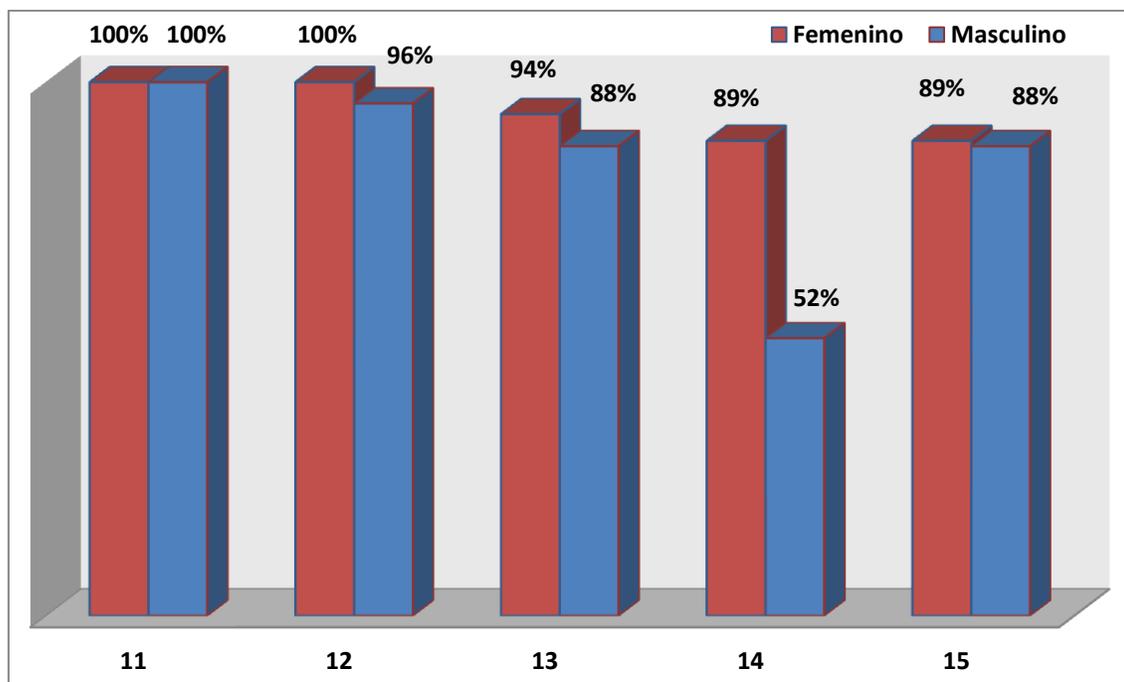
Al analizar los resultados de la encuesta en la Serie de preguntas que orienta a un Modelo Participativo, según Sexo, podemos observar que el sexo femenino presenta un porcentaje de respuestas positivas superior (95%) en relación a las respuestas positivas del sexo masculino (87%). Por lo que podemos observar que, en general, las mujeres tienen mayor tendencia hacia el Modelo Participativo que los hombres.

Al igual que en las preguntas de este Modelo por Tiempo de Graduados y por Grupo Étáreo, en la variable Sexo NO hay diferencia significativa teniendo desde todos puntos de vista el 90% de respuestas positivas; indicando que el Modelo Participativo es el que predomina con mayor porcentaje, lo que demuestra que la conducta de los médicos ha evolucionado progresivamente con una tendencia cada vez más orientada hacia el Modelo Participativo, que evidentemente favorece la toma de decisiones del paciente con el apoyo, asesoría y consejo del médico pero de una manera conjunta.

## GRÁFICA No. 17

### Serie de preguntas que orientan a Modelo Participativo según sexo

#### Porcentaje de respuestas positivas por pregunta y sexo



En la Gráfica No. 17 se presenta la comparación de las respuestas positivas entre hombres y mujeres por cada una de las preguntas que orientan al Modelo Participativo.

- El 100% de los médicos entrevistados, hombres y mujeres, valoran las necesidades de su paciente, esto demuestra que los profesionales tienen vocación de servicio orientada a sus pacientes, por lo que sus toman en cuenta sus necesidades, en el Modelo Participativo esto es mucho más evidente.
- El 100% de las mujeres y el 96% de los hombres encuestados asesora, orienta, ayuda y supervisa al paciente para que pueda conocer e identificar las opciones más beneficiosas para su salud; esto facilita tomar decisiones informadas conjuntamente con el médico para que este pueda colaborar activamente en su diagnóstico y tratamiento. Llama la atención que tres varones NO tienen esta actitud, probablemente ellos tienen definida una actitud paternalista y autoritaria, en la que prevalece su criterio y no se toman el tiempo para asesorar y orientar al paciente, tomando ellos como profesionales las decisiones en lugar de sus pacientes.

- El 94% de las mujeres y el 88% de los hombres entrevistados analizan conjuntamente con su paciente las alternativas para elegir la que sea más conveniente en su caso particular. Esto demuestra que las mujeres tienen mayor tendencia en apoyar a su paciente para que tome una buena decisión en su caso particular. Esta actitud es característica del Modelo Participativo.
- El 89% de las mujeres y el 56% de los hombres entrevistados facilita y permite a su paciente tomar iniciativa para su diagnóstico y tratamiento. Este es uno de los aspectos más difíciles de evolucionar en la relación médico paciente, ya que generalmente los médicos por naturaleza toman la iniciativa.
- El 89% de la mujeres y el 88% de los hombres entrevistados promueven una relación mutua y recíproca con su paciente para favorecer su participación activa en la toma de decisiones respecto a su salud. Esta respuesta demuestra la tendencia creciente hacia el Modelo Participativo en ambos sexos.

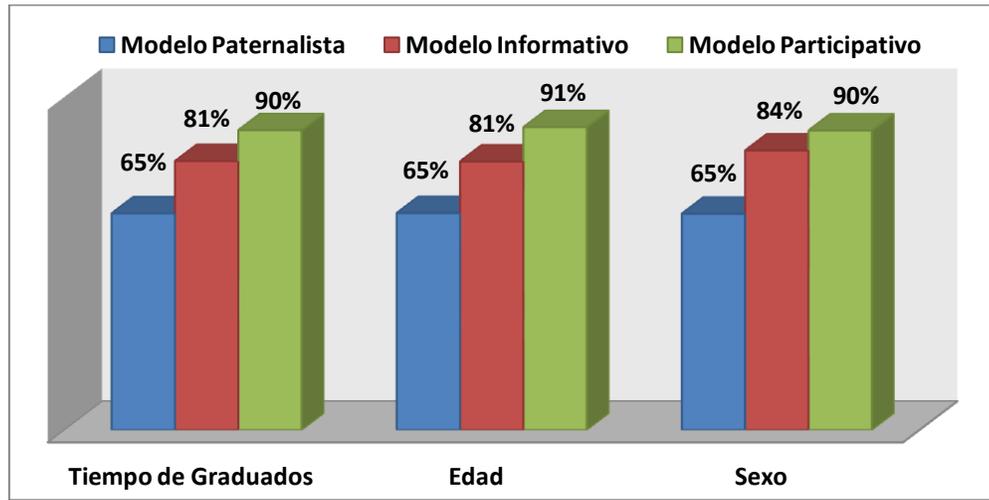
**TABLA No. 15**

**Análisis comparativo según modelo de relación médico paciente, tiempo de graduados, edad y sexo**

Variables	Tiempo de Graduados		Edad		Sexo	
	si	no	si	no	si	no
<b>Modelo de Relación/Respuestas</b>						
<b>Modelo Paternalista</b>	65	35	65	35	65	35
<b>Modelo Informativo</b>	81	19	81	19	84	16
<b>Modelo Participativo</b>	90	10	91	9	90	10

## GRAFICA No. 18

### Análisis comparativo según modelo de relación médico paciente, tiempo de graduados, edad y sexo



En la Gráfica claramente se puede observar la tendencia evolutiva hacia una Relación Médico Paciente, más orientada a un Modelo Participativo.

Del 90 al 91% de los médicos entrevistados respondieron afirmativamente a la serie de preguntas que orientan al Modelo Participativo, seguido del Modelo Informativo con 81 a 84% y finalmente el Modelo Paternalista con el 65%; independientemente de las tres variables de Tiempo de Graduados, Edad y Sexo.

Estos resultados evidencian que, en los médicos guatemaltecos entrevistados, existe una tendencia evolutiva hacia Modelos de Relación que dan cada vez mayor participación activa y protagonismo al paciente en la toma de decisiones en cuanto a su diagnóstico y tratamiento; aunque aún existen algunas actitudes y pensamientos orientados a los otros Modelos de Relación pero en menor proporción.

## **CONCLUSIONES**

1. Lo que define a la Medicina como profesión es su carácter de interrelación humana específica, patentizada en la Relación Médico – Paciente; por lo que el Modelo de Relación predominante muestra la actitud ética del médico ante la dignidad de la persona.
2. El modelo deseable de relación médico-paciente ha sido motivo de controversia y debate en los últimos años sin que se haya alcanzado un grado adecuado de consenso; gran parte de este debate se ha centrado en el conflicto generado por el cambio social en los valores respecto de la autonomía del paciente.
3. Los médicos con más de 40 años de graduados tienen mayor tendencia al Modelo Paternalista (88%), probablemente porque son profesionales formados en la época donde aún predominaba la medicina centrada en el médico más que en el paciente.
4. Según la edad; el grupo de mayores de 60 años es el que tiene mayor tendencia al Modelo Paternalista (75%), el resto de grupos etáreos está en promedio alrededor del 65%; lo cual demuestra cierta tendencia a ir dejando este modelo de relación Médico Paciente. La tendencia a este modelo es la misma según tiempo de graduados, lo cual está directamente relacionado: A mayor edad, más tiempo de graduados y vice versa.
5. El sexo femenino presenta una mayor tendencia al Modelo Participativo (95%) que el sexo masculino (87%); probablemente porque las mujeres son, por naturaleza, más comunicativas, expresivas y tienen mayor empatía debido a sus múltiples roles.

6. La mayoría de los médicos entrevistados (90-91%) están orientados hacia el Modelo Participativo independientemente del tiempo de graduados, de la edad y del sexo; seguido por el Modelo Informativo (81-84%) y finalmente por el Modelo Paternalista (65%); evidenciando que, aunque existen actitudes de los tres modelos, los médicos guatemaltecos han evolucionado de una relación paternalista autoritaria hacia relaciones orientadas en el paciente, que le facilitan la decisión informada y la participación activa; dando cada vez más protagonismo al paciente en su proceso de salud enfermedad.
  
7. El Modelo de Relación Médico – Paciente en Guatemala ha evolucionado paulatinamente del Modelo Paternalista hacia el Modelo Participativo, este último es el de mayor tendencia en la actualidad; independientemente del tiempo de graduado, edad o sexo del Médico.

## **RECOMENDACIONES**

1. Divulgar entre los médicos los diferentes modelos de relación médico-paciente, su tendencia evolutiva y el Modelo de Relación Participativo, más orientado al paciente; para que consciente y voluntariamente se le de cada vez mayor protagonismo, responsabilidad, autonomía y participación en la toma de decisiones en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y estado de salud.
2. Promover los principios y valores éticos y morales que rigen la profesión médica para que en todo el que hacer de los profesionales de la medicina se respete la vida y la dignidad del ser humano desde la concepción hasta la muerte natural.
3. Continuar, apoyar y fortalecer el proceso evolutivo hacia un modelo de relación médico paciente cada vez más humano, participativo, orientado al paciente y con tendencia a la toma de decisiones conjunta.
4. Respetar tanto la autonomía del paciente como la del médico sin violar las normas éticas y morales que rigen la noble profesión médica.

## **BIBLIOGRAFIA**

### **Libros y folletos**

1. ABRIL Pedro Simón, *La ética de Aristóteles* traducida del griego y analizada por Pedro Simón Abril, Real academia de ciencias Morales y Políticas, Madrid 1918. 501p
2. ARNOLD, Robert; Shaw, Byers y Purtillo, Ruth. *Surgical ethics: Acute high-risk patients: the case of transplantation*. New York: Laurence B. McCullough, etc. Oxford University Press, 1998. 416 pp.
3. BEAUCHAMP, Tom L y Childress, James F.; *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona. Masson. 1999.
4. BEAUCHAMP, Tom y Childress, James. *Principles of Biomedical Ethics*. 3ª ed. New York: Oxford University Press, 1986. 454 pp.
5. BOSK, Charles. *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. 2ª ed. Chicago: The University of Chicago Press, 2003. 276 pp.
6. CASTAÑO, Ramón. *Medicina, ética y reformas a la salud*. Ecoe Ediciones, Fundación Creer ed. Precolombi - David Reyes. 1999. 186 pp.
7. JONES, James W., McCullough Laurence B.; Bruce, Richman Bruce W. *The Ethics of Surgical Practice: Cases, Dilemmas and Resolutions*. Oxford University Press. 2008:339
8. MCCULLOUGH LB, Jones JW, Brody BA, eds. *Informed consent: autonomous decision making of the surgical patient*. In: *Surgical ethics*. New York: Oxford University Press, 1998:15–37.
9. RIVERO SERRANO Octavio –Paredes Sierra Raymundo. *Ética en el Ejercicio de la Medicina*, 1ª Edición 2006, Editorial Médica Panamericana. 287p
10. SUGARMAN J, Harland R. *Acute yet non-emergent patients*. In: McCullough LB, Jones JW, Brody BA, eds. *Surgical ethics*. New York: Oxford University Press, 1998.

### **Monografías**

11. CARRERA, Juan Manuel. *Evolución de la Relación Médico-Paciente*, Monografías, Universidad Buenos Aires.

12. CASTILLO GARCIA, Marta. *Bioética y la Relación Médico Paciente, Monografías*, Escuela de Post Grado Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Maestría en Salud, Cusco Perú, 2012

### Publicaciones

13. DI SALVO Héctor Dr., Actualización: *Relación médico-paciente. Su importancia actual*. Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario Publicación de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires Año 2. Nº 9. Junio de 2008
14. LERMA Carlos H. MD, *Dilemas Éticos del Cirujano, Discurso Inaugural del Presidente de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* .Juan Carlos I, Rey de España
15. MORALES GONZÁLEZ, José Antonio; Nava Chapa, Graciela; Esquivel Soto Jaime; Díaz Pérez, Luis Enrique. *Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Medicina, Área Académica de Farmacia, Prila Sociedad Colombiana de Cirugía en "Avances de Cirugía", XXVI Congreso Nacional de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad Antioquía, Colombia.
16. PATTERSON RH Jr. *A code of ethics*. The 1986 AANS presidential address. J Neurosurg. 1986 Sep;65(3):271-7.
17. PÉREZ-TAMAYO Ruy. *Ética médica, salud y protección social* (artículo especial) Trabajo presentado en el marco de la Conferencia Magistral Miguel E. Bustamante, durante el XI Congreso de Investigación en Salud Pública, celebrado en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud Pública, en Cuernavaca, Morelos, del 2 al 4 de marzo de 2005. Salud pública Méx v.47 n.3 Cuernavaca mayo/jun. 2005

### Revistas

16. ABASCAL, Horacio. *"El Juramento Hipocrático"*, Crónica Médico-Quirúrgica de La Habana, 58(10):385-387. 1938.
17. BLUME, Elaine. *"Hippocratic Oath vesus managed care: Physicians caught in Ethical Squeeze"*, JNCI J Natl Cancer Inst. 89 (8): 543-545. 1997.

18. EMANUEL, EJ y Emanuel LL. *Four Models of the Physician - Patient Relationship*. Jama. 267 (16):2221-6. 1992.
19. GATES, EA. *New surgical procedures: ¿can our patients benefit while we learn?*. Am J Obstet Gynecol. 176 (6):1293-8; DISCUSSION 1298-9. 1997. (San Francisco, University of California)
20. HANLON CR. *Ethics in surgery*. J Am Coll Surg. 1998 Jan;186(1):41-9. American College of Surgeons, Chicago, IL 60611, USA.
21. MECHANIC D, Schlesinger M. *The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians*. Institute for Health, Health Care Policy, and Aging Research, Rutgers University, New Brunswick, NJ 08903, USA. JAMA. 1996 Jun 5;275(21):1693-7.
22. PELLEGRINO ED: *The metamorphosis of Medical Ethics: a 30 years retrospective*. Jama 1993 Mar 3; 269(9):1158-62.

## Legislación

23. ESPAÑA, Ley 41/2002, de 14 de noviembre, *básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Juan Carlos I, Rey de España

## Normas

24. ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, *Declaración Universal de los Derechos Humanos*; adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General No. 217 del 10 de diciembre de 1948.
25. ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA. *Código de Ética para el Equipo de Salud*. 2ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sociedad de Ética en Medicina. 1891 – 2011. 144 pp. / 2001 Siglo XXI Año 1
26. ASOCIACION MEDICA MUNDIAL, *Código internacional de ética médica*. 3ª. Asamblea General de la AMM 1949, enmendado en la 22ª. Asamblea médica Mundial 1968 y la 35 Asamblea Médica Mundial 1983.
27. ASOCIACION MEDICA MUNDIAL. *Declaración de Ginebra*, adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM, Ginebra, Suiza, septiembre 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial,

Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM, Estocolmo, Suecia, septiembre 1994. Traducción Castellana del 26 de abril 2002

28. ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. *Declaración sobre la defensa y secreto del paciente*. Budapest, Hungría, Octubre 1993
29. COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS DE GUATEMALA. *Código deontológico*. 2008-2010.
30. COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. *Código de ética y deontología*. Lima. 2007
31. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, USAC. *Código deontológico médico*.

### Documentos audiovisuales

30. ZAMBRANO HERRERA Dr. Percy, *Ética en las relaciones laborales, la historia clínica y el secreto profesional*. Docente de Etica Médica, FMH UNPRG mayo 2008.

### Documentos Electrónicos

31. LÓPEZ Ana Sobrino Coordinadora de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. *Evolución de la relación médico-paciente en los últimos 100 años* Gerencia de Atención Primaria Santander – Laredo. Servicio Cántabro de Salud. Disponible en: [http://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap\\_a2004m7n4/rceap\\_a2004m7n4a1.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2004m7n4/rceap_a2004m7n4a1.pdf)
32. FUNDACIÓN PRO DERECHO A MORIR DIGNAMENTE DMD, definición de autonomía Disponible en: <http://www.dmd.org.co/autonomia.html>
33. LERMA Carlos H. MD, Dilemas Éticos del Cirujano, Discurso Inaugural del Presidente de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica Juan Carlos I, Rey de España. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/cirugia15400me-dilemas.htm>
34. CARRERA, Juan Manuel. *Evolución de la Relación Médico-Paciente*. Estudiante de Medicina de la Universidad Buenos Aires. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/medico-paciente/medico-paciente.shtml>
35. BAREA, Juan Carlos. *Dilemas éticos en el entorno de la medicina actual*. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos60/ética-medicina-actual.shtml>

36. PAOLETTA, Agustina. *Consentimiento informado. Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito V.* Disponible en:  
[http://www.colmed5.org.ar/temasetica/consentimiento\\_informado.htm](http://www.colmed5.org.ar/temasetica/consentimiento_informado.htm)
37. GONZÁLEZ MORO, Luis Dr.; *La relación médico-paciente a través de la historia.* Disponible en: <http://www.murciapediatrica.com/relacion%20medico%20paciente.htm>
38. CASTILLO GARCIA, Marta. *Bioética y la Relación Médico Paciente, Monografías,* Escuela de Post Grado Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Maestría en Salud, Cusco Perú, 2012. Disponible en:  
<http://www.monografias.com/trabajos93/bioetica-y-relacion-medico-paciente/bioetica-y-relacion-medico-paciente.shtml>

## ANEXO

### ENCUESTA

**Año de graduación como Médico** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_

La presente encuesta tiene como fin determinar el modelo de relación médico – paciente que predomina en nuestro medio para la atención que se proporciona a los pacientes en su práctica privada. Agradeceremos su valiosa colaboración respondiendo a las siguientes preguntas marcando con una X la respuesta que considere más apegada a su criterio al momento de atender sus pacientes:

1. ¿Indica usted al paciente lo que se debe hacer?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

2. ¿Coacciona o amenaza al paciente con retirar sus servicios si no acepta el tratamiento que se le está indicando?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

3. ¿Asume usted como médico el protagonismo y la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento de su paciente?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

4. ¿Considera usted que su paciente no está en la capacidad ni conocimiento para tomar decisiones en cuanto a su diagnóstico o tratamiento?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

5. ¿Cree usted que el médico tratante es el responsable de las decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

6. Usted como médico: ¿Se limita a informar y explicarle al paciente las alternativas de tratamiento disponibles y le presenta opciones para que sea él quien elija la que prefiere?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

7. Luego de haber informado a su paciente: ¿Hace usted lo que el paciente decide en cuanto a su diagnóstico y tratamiento?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

8. ¿Dirige a su paciente para que tome una decisión informada y colabore con su diagnóstico y tratamiento?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

9. ¿Considera que con la información que usted proporciona, el paciente puede cooperar en su tratamiento haciendo lo que se le indique?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

10. Tiene para usted prioridad la información que proporciona al paciente en relación a lo que él solicita para su diagnóstico o tratamiento?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

11. ¿Valora usted las necesidades de su paciente?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

12. ¿Asesora, orienta, ayuda y supervisa al paciente para que pueda conocer e identificar las opciones más beneficiosas para su salud?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

13. ¿Analiza conjuntamente con su paciente las alternativas para elegir la que sea más conveniente en su caso particular?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

14. ¿Facilita y permite a su paciente que tomar iniciativa para su diagnóstico y tratamiento?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

15. ¿Promueve usted una relación mutua y recíproca con su paciente para favorecer su participación activa en la toma de decisiones para su diagnóstico y tratamiento?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_