

Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente*

Dr. Italo Marsiglia G.**

RESUMEN

En las últimas décadas, el extraordinario progreso logrado por la ciencia y la tecnología médicas, como es evidente en las ciencias básicas, los procedimientos diagnósticos y los recursos terapéuticos, ha permitido aliviar el sufrimiento resultante de la enfermedad, mejorando e incrementando también la calidad y las expectativas de vida del hombre moderno.

Buena parte de estos logros son consecuencia directa de la expansión y globalización de la información, que hoy hacen posibles sofisticadas computadoras y su extraordinaria red de interconexión rápida, Internet, que al salvar tiempo y distancias, permiten disponer de información inmediata y actualizada.

Sin embargo, este progreso también ha devenido como bumerán, al provocar cambios en la atención del paciente, que hoy servida por múltiples especialistas e instituciones dedicadas al cuidado de la salud, su carácter personal e íntimo, resulta por el contrario, impersonal y fragmentado. Estos cambios también han traído como consecuencia la pérdida del liderazgo del médico de cabecera o médico clínico y el deterioro significativo de la que ha sido piedra angular del acto médico, la relación médico-paciente;

Nuestras reflexiones acerca de las modificaciones sufridas en la actividad profesional, nos llevan a considerar la menor importancia otorgada por las nuevas generaciones médicas, a la historia clínica y a la relación médico-paciente, en buena parte hoy subestimadas y substituidas para darle hegemonía a las innovaciones tecnológicas.

* Mesa Redonda: "Cómo ha influenciado la tecnología médica actual en la relación médico-paciente y en la historia clínica", XI Reunión Anual American College of Physicians, Capítulo Venezuela, Hotel Margarita Hilton, Porlamar-Venezuela, 24 de mayo de 2005.

** Profesor Titular UCV, Ex Jefe de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Médica C, Escuela de Medicina Luis Razetti y del Servicio de Medicina III del Hospital Universitario de Caracas, MTSVMI, FACP-ASIM

Nuestras conclusiones nos llevan a considerar que:
1. La medicina sigue siendo más arte que ciencia; 2. En la relación médico-paciente deben prevalecer los valores humanísticos y el profesionalismo característicos del noble arte médico; 3. El desiderátum de la atención médica es alcanzar el nivel de empatía que permita una relación médico-paciente satisfactoria; 4. La implementación de la tecnología médica debe ceñirse a estrictos patrones éticos; 5. La tecnología debe ser la herramienta del buen clínico pero nunca su sustituto; y 6. Resulta fundamental para el paciente observar en el médico una actitud de verdadero interés en su persona y su problemática, en estricto apego a las normas humanísticas y éticas de la profesión, como incondicional confidente de sus infortunios.

SUMMARY

In the last decades, the extraordinary progress achieved by medical science and technology, as it is evident in the basic sciences, diagnoses procedures and therapeutic resources, has permitted to relieve the disease's suffering, improving and increasing also the quality and the expectative of life of the modern man.

A lot of this achievement is a direct consequence of information expansion and globalization that is possible today with sophisticated computers and the extraordinary fast connection net, Internet, which save time and distances, and permits immediate and updated information.

However, this progress resulted also as a boomerang, producing changes in patient attention, whose personal and intimate character, has become impersonal and fragmentary, attended by multiple physicians and health care institutions. As a consequence of these changes, the family doctor and the generalist physician have lost their leadership and the medical-patient relationship, angular stone of medical act, has been significantly deteriorated.

Our reflections about the changes supported by medical activities should consider the minor importance given

by new medicals generations to the medical history and physician-patient relationship, underestimated and substituted by the technological innovations.

Our conclusions allow us to consider that: 1. Medicine is more an art than a science; 2. In the physician-patient relationship should prevail the humanistic values and the characteristic professionalism of the noble medical art; 3. The medical attention desideratum is to obtain a good level of empathy that makes possible a satisfactory physician-patient relationship; 4. Medical technology implementation is possible only under strict ethical patterns; 5. Technology should be the physician's tool but not his or her substitute; and 6. For the patient It is fundamental to observe in the physician an attitude of real interest in his or her person and his or her problematic with strict fulfill of humanistics and ethics values of the medical profession, as unconditional confident of his or her misfortunes.

Medicina: ¿ciencia o arte?

El delicado equilibrio al implementar “ciencia” y “arte” es requisito para la práctica exitosa de la medicina. No admite discusión el papel de la ciencia en constante expansión, a resultas de los nuevos conocimientos y recursos tecnológicos, pero es evidente que el solo uso de la ciencia no garantiza el rol de buen médico. Es el “arte” en la comprensión y administración de los aspectos humanitarios, más que la ciencia, lo que permite el acercamiento al paciente, que en la situación ideal se hace posible por los atributos humanísticos del médico de integridad, respeto y compasión (1).

Los esfuerzos en la medicina contemporánea persiguen renovar e incrementar el conocimiento médico y los recursos tecnológicos relacionados, para alcanzar el desiderátum de una medicina científica. Prueba de ello es, que buena parte de las actividades y las publicaciones médicas persiguen ese propósito. Y en el ejercicio clínico diario, también se hace mayor énfasis en los aspectos somáticos del paciente, olvidando que la excelencia profesional no podrá lograrse ignorando o no valorando justamente los contenidos psicológicos y los aspectos humanitarios, requeridos para la comprensión del sufrimiento humano y de la que es piedra angular del acto médico, la relación médico-paciente (1).

Pero esta relación resulta un vínculo desigual, en el cual, el desequilibrio del poder, la relación de dependencia y el establecimiento de la transferencia, son asumidos en su connotación negativa por el

paciente, al que de esa manera se le hace más vulnerable.

En la opinión de pacientes, familiares y aun de nosotros mismos, los médicos actuales muestran un menor interés por los conocimientos o habilidades relacionados con la comunicación, la empatía y los aspectos psicosociales requeridos en la atención de los pacientes y, por ello, existe justificado interés y preocupación en algún sector de la comunidad médica por reeditar nuestro ancestral profesionalismo (2).

A pesar de su elevado costo y del uso de tecnología avanzada, muchos parámetros que miden la calidad de la atención médica actual son inadecuados y frecuentemente, ésta resulta una experiencia fragmentada y despersonalizada, donde el paciente cual nómada, acude a generalistas o subespecialistas, ninguno de los cuales le brinda información conceptual, brillando por su ausencia el o los responsables de darle atención global e integral (3). Y también, la comunicación entre los distintos proveedores de la atención de salud comúnmente es inadecuada. En la atención primaria, el médico primario o generalista debe comandar al equipo de atención médica, mejorando la relación médico-paciente y la comunicación inter-proveedores (3).

El incremento progresivo de la tecnología en la medicina contemporánea de múltiples especialidades, ha degradado progresivamente la fuerte relación o “vínculo sagrado” anteriormente existente entre el paciente y el médico de familia. Hoy varios subespecialistas están involucrados en las diferentes fases de la evaluación y tratamiento de los pacientes y debido a la naturaleza transitoria de esa relación médico-paciente, usualmente no se establece una unión sólida. Además, varios miembros del equipo de atención médica pueden confrontar las discusiones relacionadas con las decisiones críticas sobre el paciente, que anteriormente fueron responsabilidad exclusiva del médico primario; hoy, esa situación es observada con relativa frecuencia en las unidades de cuidados intensivos (4).

Una consideración importante de la atención médica guarda relación con el establecimiento de los patrones de “calidad de vida” deseables para el paciente, que por ser una apreciación subjetiva, deben tomar muy en cuenta cuáles serían en la valoración del enfermo sus logros vitales más preciados (5).

También debe recordarse que el indudable beneficio de la ciencia médica puede devenir en bumerán, si ciencia y tecnología no son aplicadas

tomando en consideración la condición humana del paciente, al que debe tratarse respetando su dignidad y escala de valores y reconociéndole su libertad para elegir y actuar. El médico por experiencia propia conoce algunas de las necesidades del paciente, por lo que en mayor o menor grado se identifica con él y en la situación ideal, alcanza el nivel de empatía que le permite, al ponerse en su lugar, comprender el significado de sus deseos, sentimientos y pensamientos (6).

El médico clínico en su permanente autoentrenamiento, irá perfeccionando los conocimientos y destrezas para la comprensión de los aspectos relacionados con la comunicación con el paciente. Ella permite entender el significado de la enfermedad para el paciente, al evaluar su respuesta psicológica. Y si bien, puede parecer poco técnica o menos científica, no por eso su dominio es fácil de adquirir, al contrario puede resultar camino escabroso y tedioso, si se carece de sensibilidad y humanitarismo o de la empatía que permite ubicarse en la posición ajena. La posibilidad de enfermar confronta al ser humano con dos experiencias únicas, la soledad y la muerte. Y quizás por ser inevitables, les teme y trata de olvidarlas. No serán compartidas porque nadie podrá experimentarlas por él y, en la intimidad de su inerte soledad, deberá sufrir la enfermedad y sentir miedo por lo desconocido (7).

Aceptaremos que la enfermedad y la muerte son los compromisos ineluctables del hombre y la razón para la trascendencia del noble arte médico, cuyo éxito en buena parte dependerá de nuestra habilidad para el manejo de la comunicación médico-paciente, entendida ésta como experiencia humana (8).

La herramienta básica: la relación médico-paciente

La relación médico-paciente es un vínculo interpersonal muy complejo, en el cual participan elementos psicológicos conscientes e inconscientes que, bien administrados por médico y paciente, hacen posible una relación sólida, indispensable para el éxito de la atención médica. Este vínculo está caracterizado por las percepciones que cada participante, médico y paciente, tiene de la contraparte, en lo que concierne a intereses, motivaciones, capacidad para la comprensión y para relacionarse. El desempeño de cada participante en su respectivo rol dependerá de sus diferentes expectativas, de manera que pueden formar la base, bien, para una relación satisfactoria y productiva, o bien, para una

llena de sospecha y frustración (9).

En general, los pacientes están conscientes y son tolerantes de las limitaciones terapéuticas de la medicina, a pesar de lo cual asumen hacia el médico una actitud positiva de respeto, aunada a sus deseos genuinos de ser oídos y atendidos por él. Por su parte, el médico estará consciente que trabaja con personas enfermas, no con síndromes o enfermedades y que los enfermos aportan a este vínculo médico-paciente, una compleja interacción de factores biológicos, fuerzas psicológicas y condicionamiento social. El médico que desconozca lo inevitable de esta interacción puede distorsionar, o aun, perder completamente información crítica relevante para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico (9).

La conducta del enfermo pone en evidencia las reacciones ante la enfermedad y, este rol de enfermo, resulta más específicamente “el papel que le otorga la sociedad a la persona enferma, por el hecho de estar enferma”, como por ejemplo, el que pueda eximirse de ciertas responsabilidades, o de cuáles serán sus expectativas de curación (9).

La conducta o papel del enfermo resultan influidos por sus experiencias previas con la enfermedad y por sus creencias culturales acerca del significado de la enfermedad, determinadas por costumbres familiares, sociales, étnicas o religiosas (6-9).

Las aptitudes personales y culturales acerca de la dependencia y el desamparo, pueden influir grandemente en si se pide o no ayuda y en cómo se la solicita y, de qué manera, pueden influir factores psicológicos como, tipo de personalidad y significado personal atribuido a la experiencia con la enfermedad. La manera de pensar, sentir o actuar, determina la reacción ante la enfermedad característica de cada persona. Algunas viven esa experiencia como una pérdida abrumadora, otras en cambio, pueden ver en la misma enfermedad un desafío a vencer y, en fin, otras perciben la enfermedad como un castigo por sentimientos de culpa del pasado. El tipo de relación médico-paciente depende de las personalidades, expectativas y necesidades de médico y paciente, muchas de las cuales no son verbalizadas en la relación o son el resultado de motivaciones inconscientes (1,6,7).

La insuficiencia del médico para establecer una buena relación o “rapport” con el paciente, explica buena parte de los fracasos en la atención médica. Las diferencias de estatus social, intelectual o cul-

tural pueden interferir seriamente con este vínculo (1,6,7).

Las reacciones emocionales, sanas o no, son el resultado de la interacción de fuerzas constantes biológicas, psicológicas y sociales y el establecimiento de una relación genuina, también depende del conocimiento básico de factores interpersonales complejos, como son, la transferencia y la contratransferencia. Efectivamente, algunos médicos por sus dotes especiales de sensibilidad e intuición, adquieren gran destreza en el manejo de la relación médico-paciente, que pueden optimizar si conocen estas dos respuestas psicológicas surgidas de la interacción con el paciente (1,6,9).

La transferencia es el fenómeno inconsciente en el cual, sentimientos, actitudes y fantasías, ligados originalmente a figuras importantes de la vida infantil, usualmente los padres, se proyectan sobre personas que las representan en la vida actual. En la relación terapéutica, el paciente desarrolla la transferencia ante el médico, que sustituye a una o más de esas figuras. A su vez, el médico desarrolla la contratransferencia como respuesta emocional hacia el paciente, consciente o inconsciente, determinada por las necesidades internas del médico que le hacen ver en el enfermo a alguien de su pasado (9).

El médico por experiencia propia conoce algunas de las necesidades del paciente, por lo que en mayor o menor grado se identifica con él y en la situación ideal, alcanza el nivel de empatía que le permite, al ponerse en su lugar, comprender el significado de sus deseos, sentimientos y pensamientos (1,6).

Larson y col., (10) opinan que el desarrollo de las habilidades relacionadas con la empatía, resulta de un esfuerzo consciente que nos permite identificarnos mental y afectivamente con el estado de ánimo del paciente; ellos llegan a considerar a la “empatía clínica”, como producto de una labor emocional necesaria para el establecimiento de la relación médico-paciente.

La actitud del paciente hacia el médico tiende a repetir sus experiencias pasadas con figuras autoritarias. La relación puede concebirse como una unión básica y realista, en la que se le atribuye al médico un genuino interés por el paciente, o puede idealizarse o también, hacerse objeto de fantasías eróticas, o inclusive, puede llevar a la desconfianza y la sospecha acerca de su carencia de idoneidad. El paciente puede asumir la actitud de

receptor pasivo que, en la relación, ve al médico como otorgante activo de ayuda, o puede mostrar la actitud de partícipe activo en su curación. Por su parte, el médico puede desear o no la participación activa del paciente y las diferentes actitudes de médico y paciente pueden llevar al éxito o fracaso de la relación (1,6,9).

El conocimiento de los factores psicológicos vinculados con la relación médico-paciente adquiere gran importancia en psiquiatría y en el empleo de las técnicas psicoterapéuticas. Así por ejemplo, en una psicoterapia orientada a la interpretación de los fenómenos inconscientes como psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica, el estudio y la interpretación de los sentimientos y reacciones transferenciales del paciente alcanzan una importancia trascendental. En ocasiones el psiquiatra adopta una postura neutra que le permite pasar desapercibido o “desconocido” para el paciente, estimulando el afloramiento de sus fantasías y temores transferenciales; el paciente en última instancia las movilizará y proyectará sobre el terapeuta. Por su parte, el psiquiatra estimulará la introspección del paciente, para hacerle percibir, el cómo esas fantasías y temores han afectado todas sus interrelaciones importantes (9).

No está demás recordar que el establecimiento de relaciones satisfactorias puede ser particularmente difícil en pacientes con psicosis, personalidades psicopáticas o neurosis.

Por algunas razones, la relación médico-paciente alcanzada por los médicos no psiquiatras difiere de la lograda por los psiquiatras. Pero, aunque los médicos no psiquiatras no utilizan o conocen y, aún más, no necesitan conocer las aptitudes transferenciales de una manera tan intensa, el sólido conocimiento del poder y manifestaciones de la transferencia será necesario para lograr resultados óptimos en cualquier relación médico-paciente (9).

Tecnocracia versus humanismo

Al inicio del nuevo milenio, ciencia y tecnología cobran cada vez mayor trascendencia y ubicuidad en nuestra cultura. Entre otros logros, ellas hacen posible la mejor utilización de los recursos naturales, proveen los servicios para la cómoda y más segura existencia del hombre moderno, optimizan las comunicaciones en la tierra y en el espacio y fundamentalmente, facilitan la expansión ilimitada

del conocimiento humano al poner a nuestra disposición extensas y acreditadas bibliotecas y bases de datos digitales que proveen información actualizada. Pero también, ciencia y tecnología podrían utilizarse en detrimento del hombre, para llevar a cabo actos terroristas, o en conflagraciones de efectos incalculables para la vida misma, o para el control de la humanidad, si personas inescrupulosas o gobernantes alienados hacen uso de ellas con fines no éticos o con intenciones totalitarias.

La tecnología debe utilizarse para beneficio de la humanidad, no para su control ni para su exterminio y, por eso, la implementación de la ciencia debe ceñirse a estrictos patrones éticos.

Y en el campo médico, ella hace posible el progreso, al proveernos de nuevos conocimientos y recursos para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos. Sin embargo, la ciencia debe emplearse adecuadamente, ni menos ni más de lo estrictamente necesario, recordando también que su abuso incrementará innecesariamente los costos de la atención médica y, para el paciente, podría ser causa de sufrimiento adicional e injustificado, especialmente al emplear tecnologías invasivas. Vale decir que, la actitud del médico hacia el paciente debe basarse en la concepción integradora de los valores humanísticos.

Y en este sentido, algunas conductas, actitudes y circunstancias en la sociedad contemporánea tienden a hacer impersonal la atención médica y, entre ellas:

1. La mayor confianza y seguridad en los avances tecnológicos computarizados para el diagnóstico y tratamiento médico.
2. Los esfuerzos vigorosos por reducir los costos de la atención médica, mediante la creación de programas que restringen la capacidad de elección del paciente, como es la relacionada con la escogencia del médico tratante.
3. La necesidad de numerosos médicos para la atención de pacientes en condiciones críticas.
4. La tendencia creciente a los juicios por mala praxis médica, que en parte devienen de la frustración de los pacientes ante el sistema de salud imperante (5).

Por tanto, el empleo de la tecnología en medicina debe garantizar la prevalencia de las razones éticas y científicas para su uso, tratando de respetar la integridad del paciente, evitando su uso indiscriminado. Por ejemplo, al contar con estudios genómicos rutinarios, ¿sería ético segregar a los seres humanos menos aptos o a aquellos portadores de defectos genéticos, o no respetar el secreto profesional relacionado con estos hallazgos, a

sabiendas de que tal información acarrearía efectos nefastos en el campo laboral y en la adecuada integración de los interesados en la estructura social y política?

Impacto de la tecnología médica en la historia médica

Es mi opinión que, los médicos de las más recientes promociones sustentan sus esfuerzos diagnósticos y terapéuticos en el uso de los recursos y hallazgos tecnológicos. Y esta actitud o conducta que parecen lógicas, dada la confianza que inspiran los procedimientos computarizados, le ha restado al médico: 1. Interés y credibilidad sobre la importancia y significación de la historia médica y en lo que pudieran ser los logros de una comunicación e interrogatorio adecuados y 2. Habilidad y destreza para la realización del interrogatorio y examen físico del paciente.

Quizás se llega a pensar que, el esfuerzo y tiempo invertidos en la obtención de la historia clínica tradicional no es compensado suficientemente con resultados objetivos, olvidando que el método seguido en la misma no es un alarde de elegancia académica, sino un ejercicio sistemático de juicio diagnóstico, en el cual se complementan, el conocimiento teórico de la patología y otras ciencias del saber médico con la experiencia y habilidad clínica, brindándole de esta manera objetividad al examen físico y el soporte del buen juicio clínico a las conclusiones diagnósticas y terapéuticas.

Si por ejemplo, en un caso de cefalea, muchos se ven tentados a pedir como medida inicial la tomografía axial computarizada o, mejor aún, la resonancia nuclear magnética de las estructuras del sistema nervioso central, olvidando que en la mayor parte de los casos de cefalea estos exámenes resultan normales. La conclusión no podrá ser, como se ha llegado a creer, que “el paciente no tiene nada”. Muchos procesos funcionales no arrojan resultados positivos aun con estos sofisticados procedimientos y a ellos no debemos recurrir sin antes haber intentado el análisis clínico sistemático. Y en el mismo ejemplo de la cefalea, los resultados de los exámenes radiológicos serán negativos en la jaqueca o en la cefalea como expresión de somatización, por citar únicamente dos situaciones clínicas frecuentes. Sólo el conocimiento de estas enfermedades y el interrogatorio dirigido a excluirlas o confirmarlas tendrán utilidad.

La riqueza de exámenes complementarios, que a algunos tranquiliza al considerarla sinónimo de buena calidad médica, muchas veces resulta de la pobreza en el interrogatorio y examen del paciente, tratando de obtener por otras vías, lo que ellos nos hubieran podido brindar de haber cumplido con las normas propedéuticas y clínicas. O como ocurre en otras latitudes, en las que juicios por mala praxis médica amargan la existencia, incluso de médicos honestos y competentes, en cuyo caso, el exceso de exámenes sólo parece un intento por “cubrirse las espaldas” ante posibles demandas judiciales.

Sin embargo, en estas dos situaciones anteriores, el abuso en los procedimientos diagnósticos, invasivos o no, incrementan los costos de la atención médica y el sufrimiento y natural zozobra del paciente y sólo por excepción y azar producirán los resultados deseados, de llegar a diagnósticos correctos sin haber cumplido con los requisitos del buen juicio clínico. Vale decir, el empleo de la tecnología en el área del diagnóstico médico debe ser el soporte para confirmar la impresión clínica inicial, lograda después de haber cumplido con los requisitos del examen médico integral, pero en ningún caso ella sustituirá a este último. En otras palabras, la tecnología debe ser la herramienta del buen clínico, pero nunca su sustituto.

Situación contraria es observada en condiciones de escasez de recursos (11), o cuando las instituciones públicas o privadas dedicadas a la atención médica, pretenden reducir los costos de esa atención, más allá de lo que pudiera considerarse razonable (5).

En estos casos, el médico involucrado enfrenta un conflicto de intereses, entre no indicar un examen para complacer al “patrono” o, solicitarlo para cubrir su responsabilidad profesional y ética con el paciente, que no podrá amordazar con un “bozal de arepas”.

Impacto de la tecnología médica en la relación médico-paciente

El vínculo interpersonal e íntimo de la relación médico-paciente adecuada no podrá substituirse por medios tecnológicos, pero resulta evidente que la expansión progresiva del conocimiento en la ciencia y la tecnología médicas ha influido y provocado cambios en esta relación (12-16).

La consulta médica clásica pone cara a cara a

médico y paciente en un mismo ambiente, real y no virtual; por tanto, el contacto humano, la interacción y la comunicación, condicionan el curso evolutivo y el tratamiento de la enfermedad. Con el advenimiento de Internet y las videoconferencias, este ambiente clásico ha cambiado radicalmente. La video-comunicación reduce el contacto personal con el médico, ya que la interacción entre médico y paciente no es directa. Ella ocurre a través de un medio tecnológico que condiciona una forma no usual de interacción visual y auditiva, que dependiendo de la tecnología empleada puede ser más o menos realista (12). Pero además de la eliminación del contacto interpersonal que obviamente despersonaliza la relación, el medio tecnológico acarrea limitaciones sensoriales no verbales (13).

Un cambio fundamental en la medicina moderna tiene que ver con la toma de decisiones relacionadas con el paciente, al participar en su atención más de un médico o grupos médicos, a más de las instituciones prestatarias de la atención de salud (14).

En las pasadas décadas, los pacientes no tomaban decisiones acerca de las opciones a seguir en la enfermedad; y eran los médicos, actuando de manera paternalista, los que asumían tal decisión. No obstante, en la actualidad los roles de médico y paciente y sus correspondientes expectativas de información han cambiado radicalmente, de manera que hoy se espera del paciente un papel activo en la toma de decisiones. Esta nueva dinámica incrementa las demandas de atención sobre proveedores y sistema de prestación de salud (14).

Cada vez más, los pacientes necesitan mejor información para la toma de buenas decisiones, a pesar de lo cual, médicos e instituciones sanitarias no les suministran conocimiento adecuado (15).

En EE.UU se estima que 70 millones de personas solicitan información médica en Internet; muchos factores dirigen la fuerza de esta demanda de información médica (16). Woolf y col. (14), consideran como gran ironía el escaso suministro de conocimientos del sistema de salud moderno, en un momento sin precedentes en cuanto al caudal de información al alcance de la población. Esta gran necesidad de información acerca de la salud resulta un fenómeno contemporáneo.

Por otra parte, la tecnología de la información está comenzando a cambiar el enfoque exclusivo de la medicina curativa, hacia la medicina preventiva y la promoción de la salud. Como expusimos, una

característica crítica de este cambio guarda relación con el desarrollo de la información y servicios que asisten a los consumidores para asumir más responsablemente su propia salud y para participar activamente en las decisiones con ellas relacionadas. Pero al mismo tiempo, los médicos permanecemos escépticos ante las posibles ventajas del uso de Internet en la educación de los pacientes (16).

En este ambiente cambiante, con repercusiones directas sobre médico y paciente y, por ende, sobre la relación médico-paciente, las siguientes preguntas deberían estimular nuestra reflexión (16):

¿Cuáles son los factores más importantes del uso de Internet como fuente de información médica y de servicios médicos?; ¿Cómo han repercutido estos cambios de la vida moderna sobre el rol del médico de cabecera y la relación médico-paciente?; ¿Cuáles serán sus implicaciones para el futuro de ese vínculo sagrado?; ¿Podrá el e-mail y, en general la telemedicina, reemplazar la comunicación personal médico-paciente y, en qué medida, esta sufrirá un marcado deterioro?; ¿Será totalmente ético los anuncios de médicos en la red, obviando las regulaciones que establece el ejercicio honorable de nuestra profesión?

Estas son sólo algunas de las preguntas que deben tener respuesta adecuada. So pena de resultar pesimistas y de no implementarse correctivos satisfactorios, ellas presagian un futuro de mayor vulnerabilidad y deterioro de la que ha sido piedra angular del arte médico, la relación médico-paciente.

Creemos que en la situación ideal, los enfermos son cada vez más favorecidos por la ciencia y la tecnología médicas, que al mejorar sus logros diagnósticos y terapéuticos, abrevian considerablemente su sufrimiento, pero seguramente, nada les dará mayor confianza, apoyo y esperanza, que observar en el médico una actitud de verdadero interés por su persona y su problemática, en la búsqueda afanosa de comprensión para pensamientos, emociones o conductas patológicas o no, en estricto apego a las normas de consideración, respeto, discreción y ética, como incondicional confidente de sus infortunios.

REFERENCIAS

1. Marsiglia I. Physician-patient relationship: Cornerstone in Clinical Medicine. Venezuela Chapter Governor's News Letter, American College of Physicians. Spring. 2004;3:12-18.
2. Jotkowitz AB, Clarfield M. The physician as comforter. *Eur J Intern Med.* 2005;16:95-96.
3. Weiner SJ, BarneT B, Cheng TL, Daaleman TP. Processes for effective communication in primary care. *Ann Intern Med.* 2005;142:709-714.
4. Chaitin E, Stiller R, Jacobs S, Hershi J, Grogen T, Weinberg J. Physician-patient relationship in the intensive care unit: Erosion of the sacred trust? *Crit Care Med.* 2003;31(Suppl):367-372.
5. The editors. The practice of medicine. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 15ª edición. Filadelfia: McGraw-Hill; 2001.p.1-5.
6. Marsiglia I. La relación médico-paciente en la medicina contemporánea. *Med Intern (Caracas).* 2000;16:91-94.
7. Marsiglia I. Actitud del médico ante la respuesta emocional del paciente. *Med Inter (Caracas)* 1987;3:12-18.
8. Marsiglia I. La comunicación entre el paciente y el clínico. *Med Inter (Caracas).* 1985;1:120-127.
9. The doctor-patient relationship. En: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry.* 6 edición. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991.p.1-13.
10. Larson EB, Yan X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA.* 2005;293:1100-1106.
11. Hurst SA, Hull SC, DuVal G, Danis M. Physicians' responses to resource constrains. *Arch Intern Med.* 2005;28:639-644.
12. Onor ML, Misan S. The clinical interview and the doctor-patient relationship in telemedicine. *Telemed J E Health.* 2005;11:102-105.
13. Miller EA. The technical and interpersonal aspects of telemedicine: Effects on doctor-patient communication. *J Telemed Telecare.* 2003;9:1-7.
14. Woolf SH, Chan ECY, Harris R, Sheridan SL, Braddock CH, Kaplan RM, et al. Promoting Informed Choice: Transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Ann Intern Med.* 2005;143:293-300.
15. Snyder L, Leffler C. Thies and Human Rights Committee, American College of Physicians. En: *Ethics manual.* 5ª edición. *Ann Intern Med.* 2005;142:560-582.
16. Anderson JG, Rainey MR, Eysenbach G. The impact of Cyberhealthcare on the physician-patient relationship. *J Med Syst.* 2003;27:67-84.