

# Empathy, effective communication and assertiveness in current medical practice

## La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual

Guadalupe Maza-de la Torre,<sup>1</sup>

 Gaspar-Alberto Motta-Ramírez,<sup>2\*</sup>

 Gabriela Motta-Ramírez,<sup>3</sup>

 Pamela Monserrat Jarquin-Hernández.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Secretaría de la Defensa Nacional, Dirección

<sup>2</sup>General de Sanidad, Ciudad de México, México.

Secretaría de la Defensa Nacional, Hospital Militar Regional de Puebla, Puebla, México.

<sup>3</sup>Práctica privada, Puebla, México.

<sup>4</sup>Secretaría de la Defensa Nacional, Escuela Militar de Graduados de Sanidad, Ciudad de México, México.

**Autor de Correspondencia:** \*Gaspar-Alberto Motta-Ramírez. Dirección: Av. 5 de Mayo 49, Héroes de Puebla, CP. 72080, Puebla, México.

**Citación:** Maza-de la Torre G., Motta-Ramírez G. A., Motta-Ramírez G., Jarquin-Hernández P. M. *La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. Rev. Sanid. Milit.* 2023;77(1):pp.1-13

### Abstract:

Empathy, effective communication and assertiveness in current medical practice represent skills and tools necessary and current, in a world of great advances and technological realities that do not surpass, in our perspective, the indispensable use of such tools to maintain and strengthen the relationship of the health professional with the patient and specifically of the doctor-patient relationship. It is convenient to identify and recognize the fact that these interpersonal relationships must be modified by recognizing their bidirectionality and that they should focus on an educational, feedback and mutual attention, with a continuous improvement of the “15 C” rule: communication, closeness, understanding, compassion, confidence, capacity, consistency, certification, creativity, cooperation/coordination and bidirectional commitment and connection, with the resulting quality and warmth.

**Keywords:** Patient satisfaction, patient-centered care, patient preference, physician-patient relations, patient engagement, health communication



## Resumen

La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual representan habilidades y herramientas necesarias y vigentes en un mundo de grandes avances y realidades tecnológicas que no superan, en nuestra perspectiva, lo indispensable para mantener y fortalecer la relación del profesional de la salud con el paciente, específicamente la relación médico-paciente. Es conveniente identificar y reconocer el hecho de que estas relaciones interpersonales deben ser modificadas mediante el reconocimiento de su bidireccionalidad y deben centrarse en un carácter educativo, de retroalimentación y atención mutua, con una mejora continua de la regla de las “15 C”: comunicación, cercanía, comprensión, compasión, confianza, capacidad, consistencia, certificación, creatividad, cooperación/coordiación, compromiso bidireccional y conexión, con las resultantes calidad y calidez.

**Palabras clave:** Satisfacción del paciente, atención centrada en el paciente, preferencias del paciente, relación médico-paciente, compromiso con y del paciente, comunicación en salud

## INTRODUCCIÓN

Luego de la lectura de la editorial titulada “Reflexión: La empatía en la relación «médico-paciente». Una ruta esencial obligada”,<sup>(1)</sup> autoría del Dr. Rafael Santana-Mondragón, se dio un intercambio de ideas e impresiones por parte de los autores del presente manuscrito, mismas que avivaron nuestra inquietud por servir mejor y dimensionar el impacto de la empatía en la relación médico paciente (RMP), con la intención, sin ningún incentivo externo, más que compartir nuestras experiencias, aun en crecimiento, y en un afán de enriquecer y de sumar al tópico y su contemporaneidad con la atención centrada en el paciente, donde prevalezca la paciencia inherente a la palabra y la responsabilidad del profesional de la salud.

La RMP debe basarse en la integridad, la ecuanimidad y el respeto a la persona,<sup>(2,3)</sup> y es uno de los aspectos principales, sino es que el determinante, para lograr una atención de calidad y, por consiguiente, la satisfacción del binomio médico-paciente.

La empatía, considerada una de las competencias básicas en el aprendizaje de la medicina en el siglo XXI,<sup>(4)</sup> es esencial en la comunicación entre el doctor y el usuario. Se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, del paciente o de sus familiares, combinada con la capacidad de comunicar este entendimiento al enfermo. Se ha asociado en forma teórica o empírica con una serie de atributos, como el respeto, el comportamiento prosocial, el razonamiento moral, las actitudes positivas hacia la gente de edad avanzada, una buena práctica caracterizada por la destreza para recabar la historia clínica y la ejecución del examen físico, la satisfacción del binomio médico-paciente, la mejor relación terapéutica y los buenos resultados clínicos.<sup>(5)</sup>

Por ello, la empatía es una forma de conocimiento y aproximación hacia alguien más, un intento de “ponerse en el lugar de la otra persona”,<sup>(2)</sup> un amoldaje del profesional hacia el paciente. Como dice Unamuno, se trata de “estar con el enfermo sin ser el enfermo”: si conociéramos las historias de cada quien (“el mes pasado perdió a su hijo, estoy pasando por un divorcio, me han/le he diagnosticado cáncer, esta noche no he tenido la oportunidad de descansar por el ritmo intenso de la guardia, no sé cómo pagar este tratamiento”) se lograría una RMP inmejorable, de contacto persona a persona y con la sensibilidad que ello supone; lo cierto es que desconocemos esta información, pero ello no es excusa para no intentar comprender y adentrarnos en el mundo del otro.<sup>(6)</sup>

La empatía, entonces, ayuda al médico a reconocer y comprender lo que el paciente siente, es la mejor forma de acercarnos a lo que nos es común a los seres humanos.<sup>(2)</sup> La RMP es, además, un valor, una actitud y una habilidad que ha sido llamada la quintaesencia del arte de la medicina<sup>(1)</sup> y patrimonio cultural inmaterial de la humanidad;<sup>(7,8)</sup> constituye una cualidad deseable en todo profesional de la salud, lo cual incluye obviamente al médico, y se desarrolla con el tiempo y la práctica clínica. Actualmente, se cuestiona si es posible enseñarla con las estrategias actuales de la docencia en medicina,<sup>(9-11)</sup> si debe incluir el aprendizaje organizacional, la gerencia del conocimiento, así como la inteligencia emocional—autogestión emocional del profesional de la salud—<sup>(12)</sup> y social, y si con ello tendríamos un importante trecho ganado en la RMP.

Una RMP digna y respetuosa se basa en aceptar al paciente más allá de lo que hace, es decir, debe ser valorado por lo que es, no por sus actividades ni por lo que tiene. El médico debe ser justo, sin erigirse como juez y ha de prevenir y curar, no predicar una actitud moral.<sup>(2,3)</sup> En el entorno de la RMP, es fundamental la empatía para entender y comprender al paciente, respetando sus ritmos, cuidando no invadir el terreno de lo privado. El paciente marca la pauta, el tono e, incluso, el sentido del humor con el que quiere expresarse.<sup>(13)</sup>

Una relación empática requiere PRESENCIA. Esa actitud se traduce en un saber estar que se transmite de la siguiente forma: “en estos momentos eres tú lo único que me importa” (a pesar del cansancio, de que la sala de espera esté llena y la demora subsiguiente). Esto requiere autogestión emocional del profesional de la salud. Es decir, un saberme recuperar de los momentos complicados para entrar de “nuevo” en la siguiente visita; un “resetear”, un reiniciar continuo; vivir el momento presente, haciendo un esfuerzo para dejar de lado aquellos sentimientos y pensamientos que provocan apartarse de lo que está ocurriendo en ese instante (“mi autodiálogo”). Sin presencia es imposible escuchar activa

y efectivamente y, por lo tanto, no es factible intuir aquella información que está detrás de las palabras del paciente: lo que dice, cómo lo dice, lo que no dice, sus necesidades ocultas, su sentir, la emoción que esta experimentando, etc.<sup>(6)</sup>

La actitud empática hace posible el respeto y la dignidad de la RMP. Es importante que el profesional de la salud se sitúe en el lugar del enfermo, en su piel y vea a través de sus ojos.<sup>(3,7)</sup> En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca; de este modo, la empatía se convierte en el vehículo de la relación interpersonal entre ambos.<sup>(5)</sup>

Es indispensable que, para alcanzar una actitud empática, el profesional de la salud realice las siguientes acciones:<sup>(2,6,14)</sup> ante todo, saludar, inclinar la cabeza en señal de cortesía, manteniendo un contacto visual constante y repetido, o bien, poner la mano en el hombro del paciente, presentarse en todo el sentido de la palabra y preguntarle sobre el motivo de su asistencia. Es apropiado llamarlo por su jerarquía —en el caso de tratarse de un militar en activo o en situación de retiro, según sea el caso—,<sup>(15)</sup> usando nombre y apellido. Conviene mostrar un sentido de la responsabilidad, ser atento, practicar una escucha activa, cordial y sonreír con sinceridad.<sup>(14)</sup> De acuerdo con el Dr. Kraus, en la práctica médica mirar exige menos compromiso que escuchar. Esta última convierte al interlocutor en testigo del otro y de sí mismo. Curar es una ciencia, acompañar es un arte.<sup>(16)</sup> Resulta indispensable hacer contacto visual y sostenerlo en forma fluida, mantenerse atentos a las inquietudes de los pacientes y entender su personalidad, hablar lo necesario y explicarse de un modo inteligible, huyendo de los tecnicismos, asegurándonos de que el otro comprende y nos da la información que necesitamos sobre su enfermedad.<sup>(6)</sup> Hay que valorar con el diálogo lo que quiere y lo que no quiere saber el enfermo sobre su padecimiento, sin olvidar que a veces despreciamos los pequeños gestos. Un antiguo proverbio chino afirma que “*el leve aleteo de las alas de una mariposa se puede sentir al otro lado del mundo*”. No subestimemos los detalles porque sostenidos en el tiempo tienen un efecto multiplicador en la vida del paciente. Enfoquémonos mejor en lo que sí depende de nosotros y puede generar grandes cambios en su vida; reforcemos el atender y entender la RMP.

Es importante aplicar la regla de las “15 C”: comunicación, cercanía, comprensión, compasión, confianza, capacidad, consistencia, certificación, creatividad, cooperación/coordiación, compromiso bidireccional y conexión, con las resultantes calidad y calidez. A mayor énfasis en la aplicación de dicha regla<sup>(2)</sup> más satisfacción en la RMP, mejores resultados y satisfacción profesional, menor estrés y síndrome de desgaste.<sup>(4)</sup> En la ecuación del valor del profesional de la salud, los conocimientos, la experiencia, y las habilidades SUMAN, pero no olvidemos que la ACTITUD MULTIPLICA.<sup>(6)</sup>

El proceso de la COMUNICACIÓN es un elemento esencial de la *ars médica*, que actualmente se traslada al buen comunicador contemporáneo: mirar y escuchar en primer lugar, después pensar y reflexionar para, al final, expresar de modo comprensible. La comunicación sostiene el arte de la medicina por medio del médico.<sup>(17)</sup> Además, constituye un factor que los pacientes privilegian: tan solo en Estados Unidos el 85% de los enfermos eligen al médico que los atiende por sus habilidades de comunicación y compasión, sin embargo, esta es una característica que la mayoría no posee<sup>(18)</sup> y representa una carencia que va en aumento entre los profesionales de la salud. Muchas de las quejas contra médicos e instituciones de salud en México son consecuencia de fallas de comunicación, o bien, de una deficiente RMP, tal como ha venido señalando de manera constante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que reporta que 3 de cada 4 inconformidades se realizan porque el

paciente considera que no tuvo una buena comunicación con su institución de salud.<sup>(8)</sup> Como muestra, en 2016 se generaron 2044 quejas atribuidas directamente a conflictos en la RMP.<sup>(9)</sup>

La empatía no se refiere solo a lo emocional, sino que tiene 3 componentes básicos: cognitivo, comprensión y comunicación.<sup>(4)</sup> Hay múltiples estudios que relacionan una mayor empatía, comunicación y RMP con una mejor competencia clínica. En concreto, altos niveles de empatía se vinculan con una mayor facilidad de los pacientes para expresar sus síntomas y preocupaciones, con lo que no solo se logra una mejor anamnesis y precisión diagnóstica, sino también una mayor participación del enfermo y educación en salud, y en general, una mejor calidad de la atención y la reducción del estrés<sup>(4)</sup> del médico. Recientemente, se ha conectado también con la competencia ética y cada vez se tiene más en cuenta la importancia de los aspectos emocionales y relacionales en la deliberación y resolución de este tipo de conflictos, así como con el valor de la medicina narrativa.<sup>(3,19,20)</sup>

La empatía facilita el cumplimiento terapéutico y resulta imprescindible ante cualquier enfermedad crónico-degenerativa o cáncer, ya que tanto el paciente como sus familiares se sienten más confiados en el vínculo con su médico, ocupado al igual que ellos por su salud, y se sienten más motivados para hacer frente al tratamiento y a los efectos que este puede llegar a provocar. El profesional de la salud es el responsable de garantizar el cumplimiento del derecho a la información al paciente y debe comunicarle todo lo que sea relevante sobre el diagnóstico, opciones de tratamiento y sus beneficios, efectos secundarios ciertos o posibles, así como su gravedad, amén de aclarar cualquier duda o prejuicio sobre todo lo concerniente a la RMP. La información debe incluir la orientación sobre cómo gestionar una segunda opinión médica si esa es la petición del enfermo y, en ocasiones, sin que él lo solicite.<sup>(21)</sup>

A la fecha en México, en algunas universidades, centros educativos, escuelas y facultades de salud se imparten clases sobre la comunicación médico-paciente. Las competencias en medicina se han definido como rendimiento o producción “*output*”, conocimientos, habilidades y actitudes caracterizados como modos de actuación aplicados a la solución de problemas de salud. En forma general, se trata del conjunto de capacidades de un profesional aplicadas en su práctica para realizar las funciones y tareas integradas que se requieren para resolver con eficacia y calidad humana los problemas de salud individual y colectiva que le son demandados por la sociedad.<sup>(22)</sup> Abarcan los saberes, habilidades y sistema de valores esenciales adquiridos en correspondencia con los objetivos educacionales propuestos, de donde se deducen ocho competencias susceptibles de ser evaluadas, mismas que deben ser practicadas por los médicos, a saber: comunicación, capacidad de análisis, facultad para resolver problemas esenciales, poder de decisión conforme a valoraciones, capacidad de interactuar socialmente, contar con perspectivas globales o integrales, ejercer una ciudadanía efectiva y tener una respuesta ética y estética.

La competencia cultural consiste en la capacidad de trabajar eficazmente y con sensibilidad en varios contextos culturales.<sup>(23-25)</sup> Las destrezas clínicas se enriquecen y refuerzan al responsabilizarse en la atención médica de diversos grupos culturales, lo que incluye al personal militar y sus derechohabientes, reduciendo la posibilidad de cualquier disparidad en salud.

Hoy en día es vital generar interés e iniciativa en las nuevas generaciones de los profesionales de dicha área por aprender estas competencias con el único fin de servir y ofrecer calidez y humanismo. Escribe Rabindranath Tagore: “Yo dormía y soñé que la vida era alegría. Me desperté y vi que la vida era servicio. Serví y comprendí que el servicio era alegría”. Además, resulta vital la integración de la resiliencia en el quehacer cotidiano, entendida esta como la capacidad de aceptar la realidad de la

situación o de la tarea inicialmente señalada, debiendo tomar la responsabilidad para hacer el trabajo, ser lo suficientemente innovador para improvisar la solución y así continuar la práctica profesional. La resiliencia ayuda a que los médicos se mantengan bien orientados y en constante superación, enfocados en su vocación de servicio.

Es posible que con el paso del tiempo el nivel de empatía cambie, se desgaste y deteriore. Intervenir en este proceso consistirá entonces, más que en enseñar cosas nuevas, en mostrar cómo ser empático y evitar la pérdida de esta capacidad, en tener una visión introspectiva y la intención de generar cambios personales para potenciar esta habilidad más allá de la fatiga, la rutina y la cotidianidad. Las estrategias educativas estarán dirigidas a prevenir la erosión de la empatía más que a incrementarla. Por ello, hay que destacar al mentor por ser ejemplo para muchos, por su forma de conducirse y su actitud hacia los pacientes, lo que genera un paradigma para los médicos en formación.<sup>(26,27)</sup>

Durante el aprendizaje de la medicina se produce una pérdida de la capacidad empática de los estudiantes que se manifiesta en mayor medida a partir del tercer año, cuando el alumno toma contacto con las asignaturas clínicas en las que la RMP es indispensable para entender los problemas de salud y para decidir cómo abordarlos.<sup>(28)</sup> La generación de egresados 1981-1987 de la Escuela Médico Militar, a la que pertenece uno de los autores del presente artículo, tuvo la oportunidad de, justamente en tercer año, cursar la cátedra de Propedéutica Médica impartida por el Dr. Píndaro Martínez Elizondo,<sup>(29)</sup> mentor de esa y generaciones anteriores, quien de manera imborrable y ejemplar compartió con sus estudiantes su forma de conducirse con los pacientes.

Para que la verdadera empatía surja de un modo fluido y natural, es importante ver al paciente como un todo. La enfermedad que padezca la hemos de entender como una parte de él que produce una implicación personal. Se debe evitar una visión paternalista y lograr una relación de COOPERACIÓN bidireccional.<sup>(2)</sup>

En una consulta del día a día hay muchas circunstancias que no dependen del profesional de la salud (falta de tiempo, recursos, guardias, turnos, suplencias), pero otras sí, tales como: atender con amabilidad, mirar a los ojos del otro, querer entender sus necesidades, escuchar activamente para llegar más allá de sus palabras... CONECTAR con el enfermo porque hay un interés sincero en saber cómo se encuentra hoy, cómo continúa el tratamiento... Todo esto depende únicamente de la ACTITUD.<sup>(6)</sup>

De esta forma, se establece una interrelación íntima, única, entre el personal sanitario y los pacientes que escapa de lo estrictamente médico, porque allí se encuentran dos seres humanos y se construye, o no, una CONEXIÓN/VÍNCULO que es determinante para ambos (desde el punto de vista profesional: mayor eficiencia y menos desgaste; desde el personal, transforma sus vidas en sentido bidireccional).<sup>(6)</sup>

Cuando las expectativas del paciente y su comunidad no se cumplen, sus integrantes comienzan a desconfiar, las instituciones sociales no se legitiman y los profesionales de la salud entran en crisis.<sup>(30)</sup> En el caso particular de la Sanidad Militar, con todo la pléyade de excelentes y bien preparados médicos, el colectivo de militares y derechohabientes, así como el pueblo de México esperan un compromiso integral para con los enfermos que represente el cumplimiento de los fines propios de su actividad. Muchos no olvidan tampoco que la medicina, además de ciencia, es un arte. Y aquí está lo que marca la diferencia, aquello que cambia todo y lo transforma para mejorar: el médico que “conecta” con el paciente lo comprende y, por tanto, lo “sana”, porque está más cerca de él que de su enfermedad.<sup>(6,15,31)</sup>

La medicina, como arte, se basa en diferentes ciencias, su ejercicio implica la interacción entre

dos seres humanos —el doctor y el paciente—, la clave de este vínculo está en la comunicación. Sin embargo, se debe considerar que mas allá de estas dos personas se encuentra todo un entorno social, porque el paciente no solo es un enfermo, es un padre, una madre, un hermano, un abuelo, alguien que forma parte de otro círculo más complejo. En los programas de formación del pregrado esta declaración no tiene una gran representación ni se le presta mucha atención, pese a que es básica en la formación de un médico. Tal déficit instaurado en los programas educativos debe ser resuelto. Las habilidades en la comunicación son fundamentales para asegurar la mayor calidad en la RMP, de esta relación depende, en gran medida, la satisfacción del enfermo. La empatía es una de las claves en el vínculo médico-paciente, pero no debe confundirse con simpatía. La primera implica comprender, sintonizar, aprender a ponerse en el lugar del otro y entender sus sentimientos, frustraciones, y miedos. Adquirir habilidades en este terreno conlleva aprender a identificar las preocupaciones y temores del enfermo y adquirir los recursos en técnicas de comunicación para mitigarlos y suavizarlos en la medida de lo posible y lo real.<sup>(15,21)</sup>

El personal de salud debe ser asertivo (comportamiento comunicacional congruente, directo, equilibrado, respetuoso) para que los pacientes se sientan satisfechos. El compromiso tiene que ir más allá de recetar y curar, los médicos también deben contar con vocación, capacidad de ayuda, autocrítica, infundir confianza y seguridad, talento y arte, comprensión y tolerancia;<sup>(2)</sup> realizar su labor de manera asertiva, mantenerse actualizados, respetar los derechos de los pacientes, cuidar que se observen sus propios derechos y mantener una comunicación abierta y sincera.<sup>(18)</sup>

El médico asertivo<sup>(17,18,32)</sup> es aquel que tiene confianza en sí mismo y en sus conocimientos, opiniones e intenciones sin temor en su comportamiento; es expresivo, altruista, compasivo y empático, espontáneo y seguro; ejerce un verdadero liderazgo en la RMP mediante una actitud directa, adecuada y franca con un modelo de comunicación deliberativo; tiene facilidad para comunicarse con toda clase de personas, lo que en el caso particular de la Sanidad Militar incluye, por razones obvias, a otros profesionales de la salud, algunos en formación, pacientes y derechohabientes, con quienes tiene un doble compromiso.<sup>(33)</sup>

Para mantener una conducta asertiva es necesario respetar los derechos de los enfermos así como conocer y exigir los del profesional de la salud. En México, ambos se encuentran contemplados en la Constitución, leyes, normas y reglamentos.<sup>(18,34)</sup>

En la relación paciente-familia y entorno, la asertividad facilita la manera más adecuada de decir las cosas, sin callar ni acumular dudas que se resuelven hablando. Un médico con conducta asertiva<sup>(17,18,32)</sup> rompe la incomodidad de no poder decir las cosas como y cuando se quiere, sin miedo a hacer sufrir a los demás ni generar solo compasión o lástima en los familiares o el entorno cercano del enfermo, fomentando el hablar con normalidad para desahogarse, como una forma de ser positivos y mantener la esperanza.<sup>(13,17)</sup>

Otros aspectos que apoyan la actitud asertiva en la práctica profesional son: saber dar las malas noticias con respeto, tacto, sinceridad y compasión (“siento decírselo, pero sí, el diagnóstico es cáncer”); dar la impresión de que disponemos de todo el tiempo necesario para que comprendan la gravedad de la situación y participen en cualquier toma de decisiones;<sup>(35,36)</sup> tener la capacidad de escuchar (parecería obvio que lo hacemos, pero no siempre es así, hay informes en los que se ha demostrado que el médico interrumpe al paciente cada 18 segundos); resistir cualquier tendencia natural a dominar la conversación, debemos conducir, pero no acaparar la conversación, ello ayudará a obtener mayor información e

incrementará la confianza. Es nuestra responsabilidad que todo el equipo de salud esté informado con el mismo detalle de lo que se ha dicho al paciente y sus familiares, que los datos proporcionados y los informes escritos sean similares; la falta de congruencia genera incertidumbre, desconfianza e inconformidad. Varios estudios respaldan que con el simple hecho de incrementar en 3.5 minutos el tiempo de consulta —de 15 a 18.5 minutos—, y utilizar herramientas de comunicación, como la sonrisa, el humor,<sup>(14)</sup> la orientación, la invitación al paciente a hablar, el diálogo sobre las expectativas y el aclarar dudas disminuye la probabilidad de inconformidad hasta en un 57%.<sup>(17)</sup>

El médico no es un superhumano, es solo un ser humano y definitivamente no es “perfecto”. Así de simple,<sup>(37-39)</sup> y queda claro que su posición como prestador de un servicio debe ser empática y activa. Pero de lo que prácticamente no se habla, o no se entiende, es de la relación INVERSA, es decir, de la empatía del paciente hacia el médico.<sup>(2)</sup>

El profesional de la salud cumple con su trabajo porque es su deber y el que está enfermo sufre y es un hecho que tiene necesidades, demandas y mal humor, al fin y al cabo el médico es un trabajador —él decidió ser lo que es y lo que hace—, pero es un ser humano como los demás.<sup>(2)</sup>

Se le reclama empatía, pareciera que es su responsabilidad y ello no se contradice. No obstante, las relaciones que funcionan son empáticas por ambas partes, bidireccionales.<sup>(6)</sup> La amabilidad abre puertas, venga de donde venga. La exigencia tuerce o complica las cosas. Los pacientes desean encontrarse con un médico empático, que les escuche y comprenda, que sea respetuoso con ellos y su enfermedad. Y esta premisa es válida también para el doctor, porque todos queremos que la RMP y la asistencia médica fluya de la mejor manera posible. También es deseable que, llegado el momento, el paciente —el usuario— y sus familiares puedan comprender que el profesional de la salud quizá tuvo un día complicado y por eso la espera; que tal vez no ha dormido o se ha quedado sin comer y aún así está cumpliendo su deber.<sup>(6)</sup>

Acudir al médico no significa sentarse al otro lado del escritorio y esperar que el profesional de la salud haga lo suyo. Al contrario, del paciente depende en gran medida el curso y la efectividad de la consulta. Esta no es solo responsabilidad del doctor, debe ser compartida entre él y el enfermo. Por ello, es recomendable motivar una cultura en el usuario de aspectos que debe tomar en cuenta para convertirse en un agente proactivo que sabe perfectamente qué es lo que debe preguntar, lo que, obviamente, facilitará nuestra empresa. Es favorable crear un ambiente donde el enfermo y el médico formen una alianza y no una confrontación. La RMP se eficientiza de manera enorme cuando nos encontramos ante un usuario educado, colaborador, “paciente”, responsable y solidario. Lo llamamos un BUEN PACIENTE<sup>(2)</sup> porque muestra una o varias de las siguientes características:<sup>(40,41)</sup>

1. Es empático.
2. Consulta un médico certificado. Todos los doctores tienen un consejo de certificación, por lo que el paciente deberá comprobar que el suyo cuenta con una.
3. Se integró al sistema de salud al que pertenece. En el caso particular de la Sanidad Militar y de su sistema de salud, se enroló en el Sistema Digital de Sanidad (SDS). Ello implica algún tiempo antes de su consulta, pero la repercusión de esa integración es vital ya que le permitirá que su atención presente y futura sea mas fluida.
4. Hace notas previas. Prepara sus consultas presenciales. El paciente enumera y escribe todo lo que quiere que sepa el médico respecto a su malestar, para que no lo olvide al momento de la consulta,

aun cuando el personal de salud ya sepa qué debe preguntar. Lleva consigo estudios previos, recetas que sean de utilidad, etc.

5. Pregunta siempre. Cualquier interrogante es válida, y es mejor ser insistente que quedarse con dudas, las cuales deben ser resueltas de inmediato. Por ello, recomendamos preguntar, preguntar y preguntar.
6. Solicita una revisión de pies a cabeza. Es importante pedir que el médico haga un examen completo. En ocasiones nos enfrentamos a que el paciente solo desea cubrir sus expectativas. El profesional de la salud debe apegarse a sus procedimientos, protocolos y guías prácticas clínicas.<sup>(42,43)</sup>
7. Toma datos. En cada consulta el paciente debe esperar ser pesado, medido y que se verifique su temperatura, presión, pulso, respiración y circunferencia abdominal.
8. Pregunta si se requieren análisis complementarios. Después del diagnóstico emitido por el médico, el enfermo tiene la responsabilidad de inquirir si hay estudios complementarios al tratamiento.
9. Aclara detalles de la receta. Con la receta entregada, el médico explicará los horarios y duración del tratamiento.
10. Modifica su dieta según sea el caso. Es importante preguntar si los medicamentos que se han recetado se toman con algún alimento en especial, o bien, si es preferible suspender dicho alimento y quizás complementar la dieta. Esta es una parte muy importante de la consulta.
11. Atiende las indicaciones sobre el ejercicio. En ocasiones, el medicamento puede generar ciertos cambios en el organismo, por lo que es importante que el paciente pregunte, en caso de realizar actividad física, si debe suspenderla o continuar con ella y, quizás, iniciarla si no se hacía anteriormente.
12. Se apega a lo concerniente a próximas visitas. Siempre se debe preguntar si esa será la única cita o se requerirán más para el seguimiento del estado de salud. Es necesario que la RMP establezca cada cuando serán las visitas y el porqué de las fechas, pues es frecuente encontrarse con que el paciente desea cubrir sus expectativas de citas prontas, inmediatas y mediatas recurrentes sin necesidad de ellas.
13. Se autorresponsabiliza de su salud y accesa del mejor modo posible a los servicios sanitarios, respetando el tiempo de su médico.<sup>(40,41)</sup> Los niveles de exigencia de algunos pacientes pueden ser elevados y llegar a situaciones incómodas (en ocasiones, con demandas y exigencias, denotando poca o nula paciencia en la sala de espera), lo cual condiciona escenarios delicados para ambas partes.
14. Es consciente de lo que debe esperar en cuanto a la inmediatez de resultados de la atención médica,<sup>(44)</sup> por lo que es más difícil que existan expectativas no cubiertas y no superadas. He aquí un área de oportunidad de la RMP en la que se debe explicar detalladamente el porqué y cada cuándo de cada caso en particular.
15. Se apega y tiene interés en cumplir con las indicaciones médicas. Es verdad que todos los pacientes tienen derecho a una segunda opinión, sin embargo, la mayoría de nuestros profesionales están constantemente interesados en actualizarse y brindar una mejor e innovadora atención. Tener la confianza en que el doctor tiene como único objetivo brindar un buen servicio a favor del paciente implica ayudarlo a resolver el problema de salud y la preocupación que le genera.

En nuestro ejercicio profesional, la conciencia de la misión,<sup>(31)</sup> la vocación, el autoconocimiento, la reflexión vital del trabajo, el liderazgo y la comunicación son señalados cuando se busca la excelencia. Estos aspectos tienen mucho que ver con la calidad del médico y muy poco con sistemas y procesos. La intención de mejorar nuestra actividad es materializar que el doctor, competente y humanista, protagonice el proceso real de la humanización de la medicina.<sup>(45,46)</sup>

Sabemos lo potente que es la conexión y la confianza que genera la RMP; cómo nos involucra en el tratamiento e influye en la recuperación y en nuestra implicación para corresponsabilizarnos de la enfermedad. Sin duda alguna, lo que más valoran los pacientes es “sentirse cuidados”, ni más ni menos, con todo lo que esto conlleva: premian especialmente que se les escuche y que se establezca con ellos una relación comunicativa, afectiva y asertiva, en un lenguaje comprensible. Pero, desafortunadamente, entender lo que tenemos que hacer muchas veces no es suficiente.<sup>(6,47,48)</sup>

Se han señalado ocho acciones esenciales y sus objetivos generales para la seguridad del paciente que, en definitiva, fortalecen la RMP y generan una atención centrada en el usuario, aplicables tanto en entornos hospitalario como ambulatorios:<sup>(49,50)</sup>

1. Identificación del paciente. Mejorar la precisión para identificar pacientes, unificar este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizar al menos dos datos que permitan prevenir errores que involucren al usuario equivocado. Identificar al paciente por su nombre sería un primer buen paso de lo que hemos definido como empatía.
2. Comunicación efectiva. Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y, así, reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales o telefónicas.
3. Seguridad en el proceso de medicación. Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, así como su cotejo, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes.
4. Seguridad en los procedimientos. Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los sucesos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.
5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS). Coadyuvar a reducir las IAAS mediante la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.<sup>(50)</sup>
6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas. Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción de riesgos.
7. Registro y análisis de eventos centinela, adversos y cuasi fallas. Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinelas mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que se prevenga su ocurrencia a nivel local.
8. Cultura de seguridad del paciente. Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.<sup>(49,50)</sup>

Manuscrito dedicado al Dr. Pindaro Martínez Elizondo,<sup>(29)</sup> a los jóvenes médicos en formación y, sin duda, a todos los profesionales del área de ciencias de la salud, siempre dispuestos a aprender y a mejorar nuestro quehacer profesional, invitándolos a ser la diferencia en nuestro país.

## REFERENCIAS

1. **Santana-Mondragón R.** Reflexión: La empatía en la relación «médico-paciente». Una ruta esencial obligada. *Revista de Sanidad Militar*. 2020;71(6): 503–506.
2. **Ruiz V.** *La empatía en la relación médico-paciente y viceversa*. Un Rayo de Esperanza. Blog de una radioncóloga. <https://www.radioncologa.com/2013/03/la-empatia-en-la-relacion-medico-paciente-y-viceversa/> [Accessed 14th February 2023].
3. **Donoso-Sabando CA.** La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y bioética*. 2014;18(2): 184–193.
4. **Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J.** La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria*. 2016;48(1): 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.012>.
5. **Alcorta-Garza A, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M.** Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud mental*. 2005;28(5): 57–63.
6. **Zambrano A.** *La empatía médica ¿cuál es el impacto en los pacientes?*. Educar es Emocionar. 2017. <https://www.educaresemocionar.com/la-empatia-medica-impacto-los-pacientes/> [Accessed 14th February 2023].
7. **Baquero-Úbeda JL, Callizo-Silvestre A, Carballo-Álvarez F, Cerame del Campo Á, Expósito-Duque V, García-Pérez MÁ, et al.** *La relación médico-paciente como patrimonio cultural inmaterial de la humanidad*. Madrid: Foro de la Profesión Médica de España; 2017. <http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/07/La-Relacion-medico-paciente.pdf>
8. **Consejo Mexicano de Arbitraje Médico.** *Plataforma de registro de quejas médicas y dictámenes. Presentación de resultados 2016*. Comisión Nacional de Arbitraje Médico/Secretaría de Salud; 2017. [http://www.conamed.gob.mx/cmam/pdf/Comisiones\\_Estatales\\_cierre\\_2016.pdf](http://www.conamed.gob.mx/cmam/pdf/Comisiones_Estatales_cierre_2016.pdf)
9. **Duarte-Mote J.** Acerca de la necesidad de que los médicos aprendan medicina. *Medicina interna de México*. 2018;34(2): 304–310. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1655>.
10. **Ramiro H. M.** ¿Debemos hacer algo por la clínica? *Medicina interna de México*. 2018;34(5): 665–666.
11. **Stoller JK, Taylor CA, Farver CF.** Emotional intelligence competencias provide a developmental curriculum for medical training. *Medical Teacher*. 2013;35(3): 243–247. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.737964>.
12. **Carrasco P.** *La empatía y la asertividad: claves en la relación médico-paciente*. Quirónsalud. La salud persona a persona. <https://www.quironsalud.es/es/comunicacion/notas-prensa/empatia-asertividad-claves-relacion-medico-paciente> [Accessed 14th February 2023].
13. **García-Hernández RM, Motta-Ramírez AG, Díaz-Aguilar D, Valdés-Becerril I, Santos-Matías M, Motta-Ramírez G.** El impacto de la sonrisa en la relación del servicio de sanidad militar con sus pacientes. *Revista de Sanidad Militar*. 2017;70(1): 4–16.
14. **Jaramillo-Martínez CY, Motta-Ramírez GA.** Mi experiencia en el Hospital Central Militar durante el internado rotatorio de pregrado. *Revista de Sanidad Militar*. 2015;69(3): 249–257.
15. **Kraus A.** Empatía: Notas sin sosiego. *Nexos*. 2017; <https://www.nexos.com.mx/?p=30800> [Accessed 14th February 2023].

16. **Tena-Tamayo C, Sánchez-González JM.** Medicina asertiva. Una alternativa para mejorar la calidad. In: *La comunicación humana en la relación médico paciente*. México: Prado; 2007.
17. **Sánchez-González J.** El médico debe privilegiar la medicina asertiva. *Medios UAG*. Guadalajara; 2020. <https://mediosuag.mx/noticias-uag/el-medico-debe-privilegiar-la-medicina-asertiva-dr-sanchez-gonzalez>
18. **Hafferty FW, Franks R.** The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 1994;69(11): 861–871. <https://doi.org/10.1097/00001888-199411000-00001>.
19. **Nadelson CC.** Ethics, empathy, and gender in health care. *The American Journal of Psychiatry*. 1993;150(9): 1309–1314. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.9.1309>.
20. **Sociedad Española de Oncología Médica, Federación de Mujeres de Cáncer de Mama, Novartis Oncology.** *Empatía, esencial en la comunicación médico-paciente*. Sociedad Española de Oncología Médica; 2008. [https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/salaprensa/notasprensa/2008/np\\_guia\\_empatia.pdf](https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/salaprensa/notasprensa/2008/np_guia_empatia.pdf)
21. **Tapia-Villanueva RM, Núñez-Tapia RM, Syr-Salas-Perea R, Rodríguez-Orozco AR.** El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. *Educación Médica Superior*. 2007;21(4): 0–0.
22. **Kleinman A, Benson P.** Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLOS Medicine*. 2006;3(10): e294. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>.
23. **Dogra N, Giordano J, France N.** Cultural diversity teaching and issues of uncertainty: the findings of a qualitative study. *BMC Medical Education*. 2007;7: 8. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-8>.
24. **Kripalani S, Bussey-Jones J, Katz MG, Genao I.** A prescription for cultural competence in medical education. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(10): 1116–1120. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00557.x>.
25. **García-Solís E.** La empatía en la medicina. *Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*. 2015;62(4): 204–205.
26. **Bosque AR.** Educar en libertad para conseguir una práctica médica más humana. *Acta Médica Grupo Angeles*. 2004;2(2): 131–132.
27. **Albert-Colomer C, Martínez de la Iglesia J, Ruiz-Rejano S, Lobo-Marín M.** *La empatía y su importancia en la docencia médica*. 2016. <https://www.doctutor.es/2016/02/04/5556/> [Accessed 14th February 2023].
28. **Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al.** The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2009;84(9): 1182–1191. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>.
29. **Islas-Cortés RA.** Píndaro Martínez Elizondo. Pionero de la Reumatología en México. *Médicos de México*. 2008;VII(92): 6–10.
30. **de Maya MC, Gómez-Calcerrada D, González MJ, Mendoza C, Martínez-Ros MJ.** El conocimiento de la actividad asistencial: ¿otro factor profesional relacionado con la utilización? *Atención Primaria*. 2000;25(7): 497–501. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78551-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78551-9).
31. **Tena-Tamayo C, Sánchez-González JM.** Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2005;73(10): 553–559.
32. **Motta-Ramírez GA.** La Escuela Médico Militar, un compromiso histórico renovado. *Revista de Sanidad Militar*. 2016;(70): 169–171.
33. **Santos-Reyes M, Hernández-Saavedra M, Motta-Ramírez G, Santos-Matías M.** Los derechos y deberes del usuario y del profesional de la salud en la Unidad Médica de Consulta Externa, Secretaría de la Defensa Nacional. *Revista de Sanidad Militar*. 2017;71(4): 398–401.

34. **Landa-Ramírez E, López-Gómez A, Jiménez-Escobar I, Sánchez-Sosa JJ.** Comunicación de malas noticias en urgencias médicas: recomendaciones y retos futuros. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2017;55(6): 736–747.
35. **García-Díaz F.** Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*. 2006;30(9): 452–459.
36. **Anonymous.** *Doctors are not superhuman. They are simply human. And that's OK.* KevinMD.com. <https://www.kevinmd.com/2016/11/doctors-not-superhuman-simply-human-thats-ok.html> [Accessed 14th February 2023].
37. **Michelle AU.** *We want our doctors to be perfect, but they're human too.* KevinMD.com. <https://www.kevinmd.com/2011/06/doctors-perfect-human.html> [Accessed 14th February 2023].
38. **Perlmutter A.** *The 'Invincible, Superhuman' Doctor: Why Wellness and Resiliency Programs Get It Wrong.* Op-Med. Voices from the Doximity Network. <https://opmed.doximity.com/articles/the-invincible-superhuman-doctor-why-wellness-and-resiliency-programs-get-it-wrong> [Accessed 14th February 2023].
39. **Redacción.** *10 consejos para ser un paciente proactivo.* Su Médico. <https://www.sumedico.com/especialidades/10-consejos-para-ser-un-paciente-proactivo/291483> [Accessed 14th February 2023].
40. **Casado S.** *Nuevo compromiso médico-paciente.* La consulta del doctor Casado. Blog de salud, consciencia y comunicación. <https://doctorcasado.blogspot.com/p/nuevo-compromiso-medico-paciente.html> [Accessed 14th February 2023].
41. **Gobierno de México.** *Catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica.* Catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica. [https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page\\_id=5223](https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=5223) [Accessed 14th February 2023].
42. **Secretaría de Salud.** *Plan estratégico sectorial para la implementación de Guías de Práctica Clínica mediante algoritmos de atención clínica.* México: Gobierno de México; 2018.
43. **Espinosa A.** La cultura de la inmediatez y la atención del paciente. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*. 2014;24(1): 2–3.
44. **Márquez-Hernández A del C.** *Empatía y satisfacción de la "Relación médico-paciente" en la UMF No. 66 de Xalapa, Veracruz.* [Tesis para obtener el grado de Especialista en Medicina Familiar] [Xalapa]: Universidad Veracruzana; 2015. <https://cdigital.uv.mx/handle/123456789/46408>
45. **Levites M, González-Blasco P.** Competencia y humanismo: la Medicina Familiar en busca de la excelencia. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 6(2): 2–9.
46. **Dzau VJ, Kirch DG, Nasca TJ.** To Care Is Human - Collectively Confronting the Clinician-Burnout Crisis. *The New England Journal of Medicine*. 2018;378(4): 312–314. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1715127>.
47. **Motta Ramírez GA, González Burgos OM.** *Historia clínica vs tecnología.* Slideshare; 2009. <https://es.slideshare.net/betomotta/historia-clinica-vs-tecnologia>
48. **Secretaría de Salud.** *Conoce las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Seguridad del paciente: prioridad del sector salud.* Secretaría de Salud. 2018. <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente>
49. **Cote-Estrada L, Olvera-Pérez D.** Práctica médica segura. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2007;5(3): 162–165.
50. **Secretaría de Salud.** *Manual para la Implementación de los Paquetes de Acciones para Prevenir y Vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).* México: Gobierno de México; 2019. [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/manual\\_IAAS.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/manual_IAAS.pdf)