

RELACIONES CLÍNICAS COMPLEJAS Y USO DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CONDICIONANTES SOCIOESTRUCTURALES EN LA CONSULTA

ERIKA VALERO ALZAGA

Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), Leioa.

erika.valero@ehu.eus

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8397-4489>

YOLANDA GONZÁLEZ-RÁBAGO

Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), Leioa.

yolanda.gonzalezr@ehu.eus

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3387-5631>

PAOLA BULLY

Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitaria (BIOEF), Barakaldo.

paola.bully01@gmail.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9304-1068>

PEDRO LATORRE

Área de Atención primaria en salud, prevención y enfermedades crónicas, Biocruces Bizkaia, Barakaldo.

klatorregar@gmail.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0004-8665-8969>

BEGOÑA FERNÁNDEZ-RUANOVA

Área de Atención primaria en salud, prevención y enfermedades crónicas, Biocruces Bizkaia, Barakaldo, Osakidetza, Osatek, Bilbao.

bfernandez@osatek.eus

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1788-3183>

Cómo citar este artículo / Citation: Valero Alzaga, Erika, Yolanda González-Rábago, Paola Bully, Pedro Latorre y Begoña Fernández-Ruanova. 2024. Relaciones clínicas complejas y uso de tecnologías sanitarias: estrategias de afrontamiento y condicionantes socioestructurales en la consulta, *Revista Internacional de Sociología* 82 (1): e246. <https://doi.org/10.3989/ris.2024.82.1.22-055>

RESUMEN

La utilización de tecnologías sanitarias sin indicación clínica supone un gasto sanitario innecesario. En este artículo, se analizan las percepciones del personal médico acerca de la influencia que la actitud de los y las pacientes y de otros factores contextuales tiene en la demanda de Resonancias Magnéticas (RM). Para ello, se realizó un estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas con profesionales de diferentes especialidades médicas (n=36). Tras un análisis de contenido, los resultados se triangularon dentro del equipo de investigación. Los resultados indican que el personal médico identifica que la creciente actitud demandante de los y las pacientes, en un contexto de atención sanitaria con déficit de tiempo en las consultas y alta rotación de profesionales, condiciona la solicitud de RM. Se concluye que es fundamental reforzar la confianza y la comunicación médico/a-paciente, así como dotar de tiempo y estabilidad en las consultas para utilizar racionalmente los recursos sanitarios.

PALABRAS CLAVE

Relación médico/a-paciente, sistema sanitario, utilización de recursos sanitarios; resonancia magnética.

COMPLEX CLINICAL RELATIONSHIPS AND USE OF HEALTH TECHNOLOGIES: COPING STRATEGIES AND SOCIO-STRUCTURAL DETERMINANTS IN THE CONSULTATION

Copyright: © 2024 CSIC. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de uso y distribución Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Recibido: 14.06.2022. **Aceptado:** 04.09.2023

Publicado: 27.03.2024

INTRODUCCIÓN

La utilización de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud ha crecido de manera sostenida en la última década en la gran mayoría de los países de la OCDE (OECD 2021). Esto se traduce en una mayor capacidad para el diagnóstico de enfermedades y la puesta en marcha de tratamientos específicos que repercuten en el bienestar y la recuperación de los y las pacientes y, por tanto, en la mejora de la calidad asistencial. La resonancia magnética (RM) es uno de estos recursos cada vez más habituales para el diagnóstico de diferentes problemas de salud (OECD s. f.). Su mayor accesibilidad y su indicación ante diversos signos y síntomas han contribuido a este incremento. En el País Vasco, entre 2010 y 2019 se ha pasado de 24.8 RM por 1000 habitantes en 2010 a 42.5 por 1000 habitantes en 2019 (Ministerio de Sanidad s. f.), siendo neurología y traumatología las especialidades que suponen más del 50 % de las prescripciones (Ministerio de Sanidad s. f.).

No obstante, la utilización de este tipo de pruebas no siempre responde a la necesidad o indicación clínica y existe una gran variabilidad en la práctica clínica (*Medical Practice Variation*) (Mercuri y Gafni 2011). Esta variabilidad plantea cuestiones importantes sobre la calidad, la equidad y la eficiencia del uso de los recursos sanitarios, y tiene grandes implicaciones para la atención a la salud y las políticas de salud (Corallo *et al.* 2014), entre ellas, el aumento del coste sanitario, debido a diversos factores, como las inversiones en tecnología médica y farmacéutica, que no necesariamente redundan en una mejora de la salud poblacional o de la equidad en salud (Varela-Lema, Atienza Merino y López-García 2017). A pesar de la cada vez más asentada *medicina basada en*

ABSTRACT

The use of health technologies without a clinical indication leads to unnecessary healthcare costs. In this article, we analysed the perceptions of medical staff about the influence of patients' attitudes and other contextual factors on the demand for Magnetic Resonance Imaging (MRI). For this purpose, we carried out a qualitative study based on semi-structured interviews with professionals from different medical specialties (n=36). After a content analysis, we triangulated the results within the research team. The results indicate that medical staff identify that the increasing demanding attitude of patients, in a health care context with a deficit of time in consultations and high turnover of professionals, conditions the request for MRI. We concluded that it is essential to reinforce trust and doctor-patient communication, and to provide time and stability in consultations in order to use health resources rationally.

KEYWORDS

Doctor-patient relationship, health system, use of health resources; Magnetic Resonance Imaging.

la evidencia y del progresivo desarrollo de guías de práctica clínica (GPC) (National Research Council 2011), que ayudan a unificar la toma de decisiones clínicas en múltiples escenarios, la variabilidad en la prescripción de pruebas como la RM sigue produciéndose (OECD 2021).

Diversos estudios han identificado una serie de factores que pueden favorecer la prescripción de RM y de otros recursos sanitarios, que no obedecen a las pautas o recomendaciones recogidas en las GPC (Hall *et al.* 2019) ni tampoco al juicio clínico del personal médico. Un estudio cualitativo a finales de la década de los 90 del siglo XX en Estados Unidos ya señalaba que el personal médico identificaba la dificultad para manejar las expectativas de sus pacientes como un condicionante de la prescripción de pruebas de imagen como la RM (Shye *et al.* 1998). Asimismo, otros estudios también han mostrado como factor a considerar para comprender la variabilidad y la falta de seguimiento de las GPC la presión ejercida por pacientes y familiares para la realización de pruebas complementarias, así como algunos condicionantes organizacionales del entorno sanitario donde se desarrolla la práctica asistencial (Hall *et al.* 2019; Morgan, Jenkins y Ridsdale 2007).

CAMBIOS EN LA RELACIÓN MÉDICO/A-PACIENTE Y FACTORES CONDICIONANTES EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Para comprender la manera en que se produce la presión de los y las pacientes para la realización de pruebas diagnósticas y cómo ello condiciona las decisiones prescriptoras del personal médico,

es importante considerar los cambios que se han producido en la relación clínica entre médico/a y paciente. Son diversos los estudios que han explorado, desde el punto de vista del personal médico, cómo la relación se está transformando progresivamente, pasando de ser de tipo más “paternalista” y vertical a una de tipo más “democrática” (Lázaro y Gracia 2006) o “deliberativa” (Mendoza 2017), en que las y los profesionales médicos ya no ejercen un poder de decisión absoluto, sino que son los y las pacientes, quienes asumen un rol más activo en la toma de decisiones que afectan a su salud (Mendoza 2017; Lázaro y Gracia 2006), sobre todo en el caso de personas más jóvenes (Ruiz Moral, Rodríguez y Epstein 2003).

Este proceso tiene, sin duda, un impacto positivo en la autonomía y la autorresponsabilidad que practica el paciente (Thompson 2007), así como en la horizontalización en el equilibrio de poderes de la relación clínica, aspectos inexistentes en el modelo paternalista anterior; pero también pueden convertirse en una fuente de conflictos en las consultas cuando el criterio médico es contradicho o cuestionado (Elder, Ricer y Tobías 2006). En este sentido, la literatura ha descrito la conflictividad en la relación asistencial entre las partes implicadas —pacientes y familiares, por un lado, y profesionales de la salud, por otro—, especialmente a través de la caracterización de los llamados ‘pacientes demandantes’ o “difíciles” (Merino, del Castillo y Saldaña 2016; Smith 1995), pero también mediante la descripción de los y las profesionales que experimentan más encuentros conflictivos (Hardavella *et al.* 2017; Lorenzetti *et al.* 2013), así como mostrando cuáles son las condiciones o factores estructurales que favorecen esas relaciones clínicas complejas (Hall *et al.* 2019; Stacey *et al.* 2009; Potter y McKinlay 2005).

En relación con estos condicionantes socioestructurales favorecedores de relaciones clínicas más horizontales entre médico/a y paciente, y que derivan en ocasiones en relaciones conflictivas, los estudios realizados aluden a dos factores principales identificados por el personal médico. Por un lado, se apunta al auge de una sociedad basada en el consumo y la consecuente comprensión de la salud y los recursos sanitarios como un bien de consumo (Stacey *et al.* 2009; Potter y McKinlay 2005) y, por otro lado, el creciente acceso a fuentes de información sobre la salud facilitado por Internet (Luo *et al.* 2022; Stacey *et al.* 2009). En este último caso, una gestión inadecuada de la información puede contribuir a que los y las pacientes desarrollen falsas creencias o expectativas sobre sus potenciales problemas de salud y los procedimientos que necesitarían para aliviarlos o solucionarlos (O’Mathúna 2018). Expectativas que se trasladan a la consulta sanitaria en forma de

peticiones o solicitudes que no siempre encajan con el criterio clínico del personal médico (Lim *et al.* 2019). Así, en un intento por evitar la confrontación con sus pacientes y tratar de respetar su punto de vista, los y las profesionales se podrían ver empujados a satisfacer estas demandas, incluso si las considerasen inoportunas desde una perspectiva estrictamente clínica (Sharma *et al.* 2020; Hall *et al.* 2019). Se han reportado, por ejemplo, casos de solicitudes de pruebas de imagen no indicadas que responden a la insistencia o la presión ejercida por pacientes (Morgan, Jenkins y Ridsdale 2007).

Por otra parte, algunos problemas de salud, como la lumbalgia o la cefalea, por su gran prevalencia poblacional (Safiri *et al.* 2022; GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators 2020), pueden suscitar una mayor presión en las consultas que desemboque en la indicación de pruebas de imagen como la RM. Las principales especialidades que tratan estas afecciones son neurología, traumatología y atención primaria (AP), cada una de ellas con características que favorecen encuentros intensos entre pacientes y profesionales: la neurología por la potencial gravedad de los problemas que trata esta especialidad, la traumatología por la cronicidad del dolor que a menudo acompaña a las afecciones traumatológicas y la AP por la cercanía entre profesionales y pacientes.

El estudio parte de la siguiente pregunta de investigación: ¿qué condicionantes no clínicos conducen a la prescripción de RM por parte del personal médico y contribuyen a explicar la variabilidad en la prescripción de este tipo de pruebas? Teniendo en cuenta la importancia de considerar las consecuencias que las relaciones clínicas complejas pueden tener en la utilización y gestión de los recursos sanitarios, el objetivo de este artículo es analizar las percepciones y experiencias de los y las profesionales de neurología, traumatología y AP en el País Vasco acerca de la influencia que la actitud de los y las pacientes tiene en su práctica asistencial y en la indicación de RM, así como de los factores que intervienen durante el encuentro clínico.

METODOLOGÍA

El estudio es de tipo cualitativo descriptivo-exploratorio, basado en entrevistas individuales en profundidad a médicas y médicos especializados en neurología, traumatología y AP del Servicio Vasco de Salud – Osakidetza en el País Vasco. La muestra total estuvo compuesta por 36 médicos y médicas informantes (13 de neurología, 11 de traumatología y 12 de AP). La elección de las y los profesionales de las citadas especialidades médicas se debió al uso intensivo que realizan de la RM para el diagnóstico y seguimiento de las patologías que tratan frecuentemente. El estudio cualitativo formaba parte

de un proyecto de investigación con metodología mixta que busca cuantificar y comprender la variabilidad de la indicación de RM en el País Vasco.

El muestreo fue de tipo intencional, atendiendo a una serie de características tanto personales como estructurales. Los y las profesionales se seleccionaron con criterios de heterogeneidad en relación con la naturaleza de su centro de trabajo (hospitalario, ambulatorio) y sus años de experiencia laboral (<5 años, entre 5 y 10 años y <10 años). En relación con el centro de trabajo, se buscaba personal cuya actividad profesional se desarrollará en el ámbito ambulatorio u hospitalario (en el caso de los y las profesionales de neurología y traumatología), puesto que las prácticas y las dinámicas de trabajo podían verse afectadas por este factor. La consideración de los años de experiencia laboral, por su parte, estuvo motivada por la potencial importancia de esta característica más individual a la hora de condicionar la práctica asistencial. Asimismo, se trató de que la muestra estuviera conformada tanto por hombres como por mujeres procedentes de los tres territorios históricos del País Vasco, y que algunos y algunas ocuparan algún cargo de responsabilidad dentro de su centro. El número final de entrevistas estuvo determinado por la saturación del discurso en cada especialidad médica, en lo referente a las ideas o aspectos fundamentales que se pretendían recoger. La tabla 1 recoge las principales características de la muestra, así como el código de identificación utilizado para los *verbatim* presentados en los resultados.

Una parte de las entrevistas tuvo lugar en los propios centros sanitarios de las y los profesionales y otra parte se llevó a cabo por videollamada, ante la imposibilidad de acudir a los lugares de trabajo dada la situación de crisis sanitaria por la pandemia de la Covid-19. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente.

A partir de los discursos de las personas participantes, se realizó un análisis de contenido temático (Braun y Clarke 2006). Ya durante la realización de las entrevistas, se fueron identificando temas o ideas iniciales que parecían compartirse

como factores a considerar en el proceso de toma de decisión prescriptora. Tras la transcripción, se inició el análisis de los textos, en un proceso de codificación del conjunto de los textos y que resultó en un listado de códigos iniciales, los cuales posteriormente se agruparon por categorías y subcategorías temáticas. El proceso se realizó por parte de dos investigadoras de forma independiente y paralela. Posteriormente, se revisó de forma contrastada entre las dos investigadoras la codificación y su agrupación en categorías temáticas, analizando la homogeneidad interna y la heterogeneidad externa de las categorías temáticas identificadas. Se consensuaron los bloques temáticos más sobresalientes, su definición, nombre, interpretación y la relación entre ellos. El análisis se realizó con el apoyo del software Atlas.ti 7.0.

Para asegurar la calidad de la interpretación y otorgar validez al estudio, se triangularon los resultados también con otras personas investigadoras del proyecto general mencionado anteriormente. Para mejorar la validez y calidad del estudio, se siguió la guía *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (Tong, Sainsbury y Craig 2007).

Todas las personas participantes fueron informadas de los objetivos generales de la investigación a través de un documento que firmaron para autorizar su participación, así como la grabación y el tratamiento de los datos recogidos. Las dudas que tenían al respecto pudieron ser planteadas y respondidas por la persona investigadora a cargo de las sesiones. Asimismo, se les informó de su derecho a no responder las preguntas que pudieran resultarles incómodas y a renunciar a su participación en cualquier fase del proceso de investigación. El estudio fue aprobado por el Comité Ética de Investigación Clínica de Euskadi (n.º PI2016119).

RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados principales en relación con las categorías analíticas identificadas a través de los discursos de los y las médicas especialistas.

Tabla 1.
Características principales de la muestra

	n total (n hombres; n mujeres)	Experiencia laboral	Territorio histórico	Código
Neurología	13 (7 hombres; 6 mujeres)	- Más de 10 años (n=10) - Entre 5 y 10 años (n=2) - Menos de 5 años (n=1)	- Araba (n=2) - Bizkaia (n=8) - Gipuzkoa (n=3)	N
Traumatología	11 (10 hombres; 1 mujeres)	- Más de 10 años (n=11) - Entre 5 y 10 años (n=0) - Menos de 5 años (n=0)	- Araba (n=4) - Bizkaia (n=4) - Gipuzkoa (n=3)	T
Atención Primaria	12 (7 hombres; 5 mujeres)	- Más de 10 años (n=11) - Entre 5 y 10 años (n=1) - Menos de 5 años (n=0)	- Araba (n=1) - Bizkaia (n=6) - Gipuzkoa (n=5)	AP

La relación médico/a-paciente: desde un modelo más paternalista hacia uno más deliberativo

Los y las profesionales indican que la práctica asistencial y, en concreto, la indicación de pruebas diagnósticas como la RM, se ve afectada por el cambio en la relación médico/a-paciente que se está produciendo de forma progresiva. Ese cambio en la relación se encuentra influido por diferentes factores relativos tanto al perfil o características de la población que atienden en consulta como a nuevas dinámicas sociales que condicionan la comprensión de qué es la salud y el abordaje de la enfermedad.

En general, y de acuerdo a lo planteado por el conjunto de profesionales, el tipo de paciente que acude a la consulta ha cambiado, pasando de una o un paciente más conformista y confiado a otro u otra más demandante y que cuestiona en mayor medida el criterio médico. En la actualidad, el personal médico se encuentra habitualmente con pacientes con más información y que demandan el uso de tecnologías sanitarias de forma más habitual. Sin embargo, según las personas entrevistadas, las fuentes de información que moldean el conocimiento y las percepciones de la comunidad de pacientes no son siempre las más adecuadas, dando como resultado concepciones o ideas erróneas sobre algunos procesos de salud y enfermedad.

N4: Sí, la gente tiene más información que antes y mira mucho en Internet. Eso sí es verdad. Me ha pasado bastantes veces que la gente demande directamente la resonancia porque sabe que para algunas cosas es mejor (...). O que quiera seguir haciendo controles en casos en los que tú no lo ves ya necesario.

N11: Sí, yo creo que los pacientes cada vez se informan más, miran más en Internet. Pero a veces miran en los sitios que no son los más adecuados. Y también por lo que ven en las series de televisión, donde parece que siempre tienes que hacer muchas pruebas y se le da mucha importancia a eso.

En esta misma línea, se advierte que la exposición a determinados materiales difundidos por distintos medios de comunicación y autoridades políticas, o incluso por los propios grupos humanos, puede generar falsas alarmas o exagerar ciertos problemas vinculados con el sistema sanitario o con distintos problemas de salud.

N1: Los políticos le han dicho a la población que tiene derecho a todo, pero eso no es así. Eso no es así. Resonancias indiscriminadas y escáneres indiscriminados. Hay gente que quiere que le hagas un escáner cada mes. Viene a la Urgencia y un escáner. T7: Es que es terrible. En el mundo del fútbol, cuando cualquier jugador tiene un pequeño desgarro ligamentoso muscular le hacen una resonancia. Que es una cosa fantástica. Y lo mismo en otros deportes. Te

hablan de desgarro de grado 1, 2, 3 o 4. Y todo eso influye mucho. Lo de los deportistas influye un montón [...]. Pues yo creo que es por desconocimiento, porque en los medios se está todo el día diciendo que la resonancia es lo mejor. Y si empieza a salir en los medios que esto es así, todo el mundo pide lo mejor.

Esta “democratización” de la información y las creencias que en ocasiones ello genera, sin un criterio clínico acertado, predispone a la idea del derecho a estar sano por parte de los y las pacientes. Es reiterada, por parte de una gran parte de las personas entrevistadas, la mención a la escasa tolerancia al dolor, la no aceptación de los procesos vitales de envejecimiento y las altas expectativas respecto a las soluciones que el sistema sanitario puede dar a los malestares o problemas de salud. De alguna manera, existe la sensación entre el personal médico de que la sociedad de consumo se ha instalado también en la consulta y que los recursos sanitarios son un bien que está a su disposición para ser consumido. Así, el personal médico interpreta las demandas de pruebas como un ejercicio de consumo que los y las pacientes creen que les permitirá recuperar la salud, en contraposición con estrategias de abordaje clínico basadas en una búsqueda de las condiciones de vida y de hábitos saludables que repercutan en el mantenimiento o el restablecimiento a estados de salud óptimos.

AP1: Pues que creo que la salud... o más que la salud, el estar sano se considera un derecho. Y ante cualquier mínima cosa se demanda una solución y un diagnóstico. El que sea.

AP4: La sociedad consume salud y consume recursos de salud. O sea, que es mucho más fácil que te hagan una placa para ver si tienes un cáncer de pulmón que dejar de fumar. Porque eso es lo que realmente te preocupa. O pides que te miren el colesterol, pero no te cuidas. Yo te lo miro, pero si no te cuidas, ¿para qué te lo voy a mirar si sabes que va a estar mal?

AP10: Pero ese tipo de persona que se plantea la atención sanitaria como un bien de consumo y piensa que usted me va a resolver mi problema de salud suele entrar en esa espiral de pruebas y más pruebas. Y sienten mejorar la salud cuantas más pruebas les hagan. Pero no van a conseguir mejorar por eso. T6: Otro factor es el aumento de la demanda de calidad de vida. Es decir, antes la gente toleraba mucho más el dolor y las limitaciones. Y ahora estamos en una sociedad muy orientada a la calidad de vida en la que la gente, en cuanto tiene un poco de dolor o algún problema leve, se pone en busca de una solución médica. Probablemente, gente que antes no habría acudido o se habría tranquilizado con menos y no habría demandado tanto una prueba.

La actitud de las personas que acuden a la consulta médica también se relaciona, por buena parte de las personas entrevistadas, con la “cultura de la inmediatez”. Así, según estas, los y las usuarias,

especialmente si son jóvenes, no solo demandan más respuestas ante determinados problemas de salud, sino que esperan que estas lleguen a la mayor brevedad.

T3: Pero es que la en la sociedad en general estamos acostumbrados a lo inmediato. Ninguno queremos, y yo tampoco, invertir tiempo. Quieres algo y lo quieres ya. Y el paciente también quiere algo y lo quiere ya. Y quiere una resonancia en la primera consulta.

N11: Por otro lado, las generaciones más jóvenes necesitan rapidez. Muchas veces nosotros tenemos patologías que son degenerativas y que llevan un tiempo. Tú le dices al paciente que necesitas ver un poco la evolución. Y hoy en día los pacientes, y las personas en general, no tenemos esa paciencia. Yo quiero saberlo ya, no quiero esperar a ver cómo evoluciona esto. Igual antes podías negociar más [esperar para ver la evolución, en lugar de realizar la prueba].

Aunque de manera más residual, algunas de las personas entrevistadas han aludido a que la búsqueda de inmediatez en el diagnóstico de problemas de salud puede estar relacionada en ocasiones con la necesidad de seguir siendo una persona productiva laboralmente o incluso con situaciones de conflicto laboral, especialmente en pacientes de un perfil socioeconómico más bajo.

T2: Y también es más demandante el paciente que tiene estudios bajos, el que no llega a la media. Y ligado también a un entorno laboral poco cualificado [...]. El laboral porque a veces están en un conflicto con la empresa y esta no les hace determinadas pruebas o no lo consideran accidente laboral y el paciente sí. Y entonces estamos ahí entre medias.

AP9: Quiero decir que el paciente de 40 o 50 años... sale del trabajo y está con dolor y demás, yo creo que no debe tener tampoco un acceso relativamente fácil o rápido a los fisioterapeutas, que yo creo que aquí en la lumbar tienen más peso... al quedarse un poco en el limbo, sin un tratamiento claro y encontrándose mal, esto también hace que quiera que le hagan algo y que le miren. Cuando el paciente se siente solo y un poco perdido también exige más.

En el caso de la patología traumatológica, esta cultura de la inmediatez en la solución de problemas de salud se relaciona fuertemente con la práctica de deporte entre personas, tanto jóvenes como adultas, que buscan en la consulta soluciones a problemas traumatológicos que les impiden seguir con el alto nivel de deporte que realizaban.

T11: Cada vez vienen pacientes más jóvenes que te demandan hacer algún tipo de cirugía. Que antes lo que hacías era esperar y los mantenías con dolor y con un poco de rehabilitación y ahora las expectativas del paciente son bastante altas. Son pacientes que han hecho mucho deporte y que no se conforman con esa situación, que no la toleran [...]. Ahora no, ahora, cuando le dices al paciente que tiene que

dejar de hacer deporte o actividades de tipo recreativo, te dicen que no. Se meten en Internet y ven que si el plasma, que si los factores de crecimiento o que si la prótesis de no sé qué. Todas esas cosas.

Las personas entrevistadas asocian el perfil de paciente con más información, que tolera menos el dolor y exige soluciones médicas inmediatas con personas jóvenes, de entorno urbano y con un estatus socioeconómico más elevado. En sus palabras, la juventud y el estatus socioeconómico alto tienden a asociarse con un mayor acceso a la información y la consiguiente demanda. Asimismo, las personas de entornos urbanos, probablemente por los ritmos de vida que impone la urbe, aceptarían peor la discapacidad y la consiguiente necesidad de cuidados que genera. Así, mientras que en los medios rurales las personas afrontan mejor el cuidado de familiares con afectaciones físicas derivadas del envejecimiento o diferentes tipos de accidentes o problemas de salud, este tipo de situaciones son menos asumibles para quienes tienen estilos de vida más propios de la ciudad.

AP9: Cuando yo estaba antes en [centro de salud urbano], por ejemplo, que era otro perfil de gente más joven, de un nivel económico más alto y con acceso al sistema privado, entonces igual sí era más [demandante]. Igual el que menos necesidad tenía realmente era el que más exigía que se le hiciese una resonancia (...). El paciente ya te venía pidiendo directamente esa prueba de imagen.

N5: Pero yo creo que hay ciertos territorios en los que la gente es mucho más demandante, por el tipo de gente que es a nivel demográfico. **Entrevistadora: ¿Por tratarse de un perfil urbano?** N5: Probablemente. Porque es un perfil urbano y porque asumen menos... es que, en nuestro caso, las enfermedades que tratamos conllevan mucha discapacidad. Y asumen mucho menos ese tipo de patologías. Probablemente, en el [comarca rural] las familias que te vienen con una demencia no son muy exigentes a la hora de pedirte un escáner o una resonancia. Asumen que es un paciente al que ellos tienen que cuidar. Llegada una edad, hay ciertas patologías que son prevalentes. Es lo que te ha tocado y asumen mucho más eso que lo que se asume en [entorno urbano]. Eso es así.

Los efectos del cambio en la relación médico/a-paciente: empoderamiento del paciente y crisis de legitimidad del profesional

Los cambios en la relación médico/a-paciente producen, a su vez, consecuencias tanto positivas como negativas que condicionan la práctica clínica y la indicación de RM.

En primer lugar, un perfil de paciente con mayor acceso a la información junto con la tendencia hacia una mayor horizontalidad en la consulta, basada en la

toma de decisiones clínicas consensuadas con los y las pacientes, produce una mayor autonomía y capacidad para tomar decisiones que afectan a su salud, así como un mayor autocuidado y autorresponsabilidad. De alguna manera, los y las profesionales expresan el creciente empoderamiento de los y las pacientes que, frente a la tradicional relación vertical, está suponiendo adaptaciones en la manera de entender el proceso de diagnóstico y de prescripción de tratamientos. Ello tiene consecuencias en términos de confianza y legitimidad de la o del profesional, que se encuentra, en ocasiones, cuestionado o cuestionada por la exigencia de pruebas diagnósticas complementarias. En relación con las RM, las personas entrevistadas relatan sus experiencias con pacientes que exigen que se les realice esta prueba de imagen, a pesar de que la exploración física y la entrevista son suficientes para determinar el diagnóstico. Ello quizá es más acusado en el caso de los y las profesionales de AP, por entender la población que su conocimiento sobre el problema de salud que debe tratarse es más limitado o no tan especializado.

N12: Sí, en los años que llevo yo aquí vaya que si ha cambiado. Ha cambiado toda la medicina y toda la neurología. Ha dado un giro espectacular. En cuanto al tipo de paciente, posiblemente el paciente de antes era más dócil en el sentido de que se creía más lo que le decía el médico. Ahora es raro el paciente que no te pide una prueba, aunque luego él no sepa interpretarla ni sepa el valor que puede tener esa prueba.

AP1: Antes se confiaba más en la exploración y en los conocimientos del médico. Y ahora, si no hay una prueba del tipo que sea, una prueba diagnóstica, radiológica, analítica o como sea, no hay una confianza en el diagnóstico del médico. No hay esa confianza si no hay una prueba de por medio.

Es recurrente la mención a la exigencia de realizar RM por parte de pacientes que creen que el personal médico debe satisfacer todas sus demandas, aunque no estén clínicamente justificadas, y que lleva a que se deba gestionar la relación en términos de convivencia, de cesión en ocasiones, y remite a un trabajo de convencer sobre la necesidad o no de la prueba. Por ello, según las personas informantes, si el nivel de insistencia es muy grande y el tiempo para razonar o convencer al paciente muy escaso, es posible que finalmente el o la médica solicite una "RM de complacencia".

T7: Entonces, por supuesto que nos equivocaremos y que habrá demandas injustificadas y momentos de complacencia porque no tengas el día para discutir con un paciente y porque tienes a otro montón en la puerta, y acabes solicitándole la prueba por quitarle de encima.

N8: Bueno, a veces hay presión. No es mucho, pero a veces te pasa que tienes cierta presión por parte del paciente o de los familiares. O incluso por parte

de otros profesionales externos o privados. Te presionan de una manera que, al final, por la paz un ave María, se pide y ya está.

Con todo, la gran mayoría de las personas entrevistadas consideran que son pocas las solicitudes que se explican por este condicionamiento. Además, si bien no se trata de RM clínicamente justificadas, pueden llegar a tener algunas consecuencias positivas. Así, según sus palabras, una RM que descarta una lesión o patología permite cerrar el caso y, por tanto, la fase de consultas. Por otro lado, posee cierto componente curativo en la medida en que alivia los miedos y las inseguridades de los y las pacientes que creen sufrir una enfermedad grave.

N13: Pero también creo que algunas veces se piden resonancias por insistencia del paciente. También lo creo. En concreto, yo a veces lo hago porque si no el paciente no sale del círculo vicioso (...). Al final, te das cuenta de que algunas veces ese paciente necesita saber que todo está bien y de que no le vale solo con tu valoración. Son pocos casos, pero hay algunas resonancias que se piden para tranquilidad del paciente. Y, en cierto modo, eso evita el abuso de consultas médicas y cierra el ciclo del paciente. Y es curativo. No es lo habitual, pero a veces se pide porque ves que no hay otra manera de cerrar ese ciclo. AP2: Entonces, a veces yo pienso que la resonancia, la ecografía y las pruebas diagnósticas en general a veces son el mejor tratamiento. Porque así ya saben lo que tienen. Y como ya lo saben, ya está y se quedan más tranquilos. Aunque estás igual de fastidiado, ¿eh? Pero ya sabes lo que tienes. Yo creo que a veces utilizamos la resonancia con un efecto placebo, porque sirve para rebajar la angustia de la gente.

Factores estructurales que dificultan un encuentro asistencial: la falta de tiempo y la rotación del personal sanitario

La falta de tiempo en las consultas es uno de los factores a los que las y los profesionales médicos parecen dar una mayor centralidad en relación con el aumento en la utilización de pruebas diagnósticas en general y de RM en particular. Explican que, en muchas ocasiones, no disponen de tiempo suficiente para realizar una exploración completa y una buena entrevista, ni tampoco para revisar detenidamente la historia clínica de la persona que atienden. De acuerdo con la mayoría de las personas entrevistadas, el progresivo aumento de la presión o carga asistencial impide realizar estas tareas satisfactoriamente, siendo, en ocasiones, sustituidas por la petición de una prueba de imagen como la RM, que, además, complace al paciente y facilita la convivencia en la consulta.

N11: Y, por otro, también está la cuestión del tiempo que tengas. Es más rápido pedir una resonancia

que hacer una exploración neurológica bien hecha, que te lleva media hora. Y explicarle al paciente que no necesita una resonancia porque todo lo que tiene está bien, porque le has explorado. Le tienes que dar una seguridad. Y explicarle eso al paciente también lleva un tiempo. Explicarle que hacer una resonancia no aportaría nada más. Eso también lleva un tiempo. Y a veces terminas antes haciendo el volante y diciéndole que venga por el resultado.

T4: Por una parte, está la presión de los pacientes y, por otra, también la presión asistencial que tenemos. Porque igual tenemos 32 pacientes en consultas e igual tenemos cinco o diez minutos para verles. Tienes que tomar decisiones muy rápido. Y a veces la forma más fácil de tomar decisiones es pedir una prueba complementaria.

Unido a la falta de tiempo, también se mencionan la inestabilidad laboral de los y las profesionales en AP y la organización del trabajo de los servicios de atención especializada respecto a las consultas, como factores que favorecen una potencial solicitud inadecuada de pruebas. Así, la excesiva rotación de médicos y médicas en las consultas por la eventualidad laboral o por la propia organización del servicio impide tanto establecer una relación de confianza entre el personal médico y las y los pacientes, fundamentalmente en AP, como que los y las profesionales puedan conocer el caso y hacer un seguimiento adecuado del mismo. En estas circunstancias, la capacidad para manejar las demandas del o de la paciente, así como de detectar e identificar durante la consulta determinados problemas, se ve más limitada, favoreciendo el recurso a las pruebas de imagen. Además, en los casos en los que las personas acuden varias veces a la consulta por el mismo motivo, ser atendidas por diferentes profesionales en cada ocasión puede contribuir a que se produzca una duplicidad en la solicitud de determinadas pruebas.

AP10: Y, efectivamente, es que si tú no tienes longitudinalidad, estabilidad en tu puesto de trabajo, si la población no te conoce, si eres una persona que está haciendo sustituciones y te etiquetan como “la chica nueva que está por”, si tus conocimientos de mi situación física... o no los haces siquiera, y no le justificas verdaderamente por qué sí o por qué no y no te dedicas nuevamente a explicarle con tiempo lo impertinente de tener que pedir una resonancia, pues a veces te ves abocado [a solicitar una prueba].
N6: No, yo creo que también influye mucho el hecho de que haya mucha rotación de gente. Si por una consulta acaban pasando personas que no están acostumbradas a la dinámica de la consulta y la gente se va moviendo de una consulta a otra y no está estable en el mismo sitio, eso influye para que, lógicamente, de manera defensiva se pidan más pruebas complementarias (...). Porque no conoce al paciente, no conoce su evolución y tampoco va a ver lo que va a pasar. Desde luego, todo eso también influye. Está claro que, si un profesional está ubicado

siempre en una misma consulta, el funcionamiento es mucho mejor a todos los niveles. Para el paciente y para el profesional. Y se piden las pruebas de manera mucho más racional.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indican que los y las profesionales perciben y experimentan que la tendencia hacia la horizontalidad de la relación médico/a-paciente, unida a las crecientes expectativas de la población hacia el sistema sanitario, han supuesto un mayor cuestionamiento del criterio o juicio clínico y una mayor demanda de recursos o herramientas sanitarias que contribuyan a dar respuesta a sus problemas de salud. Así, se percibe que puede existir una adecuación y, en ocasiones, complacencia, con las demandas de la población a la hora de solicitar algunas pruebas como la RM, más allá de consideraciones de necesidad clínica y en aras de facilitar la convivencia en las consultas. Esta situación, reconocen, puede verse agudizada por la falta de tiempo para atender a sus pacientes y la alta rotación del personal sanitario.

El cambio de la relación clínica y las cada vez mayores expectativas que la población deposita en el sistema sanitario han sido factores identificados y discutidos en la literatura (Hardavella *et al.* 2017; Lateef 2011). A diferencia de los estudios anteriores, las personas entrevistadas en esta investigación atribuyen la mayor predisposición o capacidad de ciertos pacientes para discutir el criterio médico al creciente acceso a la información. Un acceso que, por un lado, puede proporcionar a los y las pacientes más recursos para la toma de decisiones con base en sus preferencias, favoreciendo el equilibrio de poderes en la relación clínica, pero que puede, a su vez, dar lugar a una falsa sensación de conocimiento y control, especialmente cuando la información encontrada es engañosa o incorrecta (Suarez-Almazor, Kendall y Dorgan 2001). En este sentido, muchos estudios que han analizado páginas web o artículos disponibles en Internet con tratamientos o recomendaciones sanitarias para diversos problemas de salud alertan sobre la escasa adecuación a las guías o indicaciones de instituciones médicas reconocidas (Soot *et al.* 1999; McClung *et al.* 1998).

En relación con las características que definen generalmente a las personas más demandantes, los resultados de este estudio indican que se trata de personas más jóvenes y con un nivel socioeconómico medio alto, aspectos que se asocian a ese mayor acceso a la información mencionado anteriormente. La mayoría de la literatura, sin embargo, más que en analizar la figura del paciente demandante, como sucede en nuestro estudio por su enfoque centrado en la prescripción de RM, se orienta al estudio de lo que denominan “pacientes difíciles” (Merino, del Castillo

y Saldaña 2016; Smith, 1995), aludiendo no tanto a sus características sociodemográficas (sexo, edad o nivel socioeconómico), sino fundamentalmente a sus condiciones médicas, como el dolor crónico, las adicciones, la ausencia de un diagnóstico, la falta de adhesión a las prescripciones médicas y problemas o trastornos de salud mental, entre otros (Hardavella *et al.* 2017; Merino, del Castillo y Saldaña 2016; Lorenzetti *et al.* 2013). Con todo, es importante señalar que gran parte de los estudios que abordan esta problemática lo hacen en términos de “encuentro o relación clínica difícil”, subrayando la necesidad de valorar tanto a las partes implicadas —profesionales y pacientes y sus familiares— como los factores contextuales, de manera que la responsabilidad sobre el carácter conflictivo de la relación clínica no se atribuya exclusivamente a los y las pacientes (Hardavella *et al.* 2017; Lorenzetti *et al.* 2013; Stacey *et al.* 2009; Elder, Ricer y Tobias 2006). Nuestros resultados, más centrados en la prescripción de RM, nos llevan a la identificación de perfiles de pacientes que demandan pruebas en un contexto de cambio de la relación médico/a-paciente que se ve afectada por diversos elementos de contexto sociocultural, así como del entorno de la asistencia sanitaria.

Respecto a las consecuencias de la relación clínica difícil, algunos estudios han analizado su potencial impacto para el personal sanitario en términos de *burnout* o insatisfacción laboral (An *et al.* 2009), así como para los pacientes, por la desconfianza o descontento que genera con el sistema sanitario (Lorenzetti *et al.* 2013). No obstante, hasta donde sabemos, son escasos los estudios que analizan las consecuencias de una relación clínica difícil en términos de utilización inadecuada de recursos sanitarios. En este sentido, otros estudios en torno a la petición de prescripciones farmacológicas muestran que, aunque puede asimismo verse influenciada por una cultura de consumo, no se explica por los mismos factores que la demanda de pruebas de imagen. Mientras que la primera guarda relación con “la visión mágica de los productos farmacéuticos en el proceso curativo”(Jolín Garijo *et al.* 1998), la segunda está más ligada a la necesidad de certezas en relación con un diagnóstico, a veces mediada por sentimientos de ansiedad y miedo a una potencial enfermedad grave (Schers *et al.* 2001).

Por otro lado, el cambio de la relación clínica y las crecientes expectativas también se relacionan con el progresivo desarrollo tecnológico de la medicina. Una tecnología médica que, sin duda, ha permitido grandes avances, tanto en el diagnóstico como el tratamiento de multitud de problemas de salud, pero que, según algunas personas expertas, puede estar sobrevalorada (Moreno 2006). Desde esta perspectiva, tal y como sostienen también algunas de las personas entrevistadas en este estudio, la tecnología no debería sustituir la práctica clínica, es

decir, la escucha y la observación del paciente, sino que debería ser un instrumento de apoyo para el establecimiento del diagnóstico médico. No obstante, la creciente confianza en la tecnología, por encima incluso de las capacidades clínicas de los y las profesionales (Moreno 2006), entre otros aspectos, pueden contribuir a una mayor demanda de pruebas diagnósticas. Además, esta situación puede verse favorecida por un contexto social basado en el consumo, en el que los recursos sanitarios pasan a ser concebidos como mercancías al alcance de las y los pacientes-consumidores (Stacey *et al.* 2009; Potter y McKinlay 2005; Jolín Garijo *et al.* 1998).

Tal y como muestran los resultados de nuestro estudio, el personal médico puede satisfacer estas demandas, a pesar de no considerarlas oportunas desde el punto de vista clínico, fenómeno que también sucede en otros contextos (Schers *et al.* 2001; Shye *et al.* 1998). Investigaciones previas han explicado esta “cesión” por parte de los y las profesionales con base en la necesidad de mantener la relación de confianza con sus pacientes o de aliviar sus potenciales ansiedades (Schers *et al.* 2001), justificación que emerge también de los discursos de las personas entrevistadas de este trabajo. Así, en el proceso de toma de decisiones, el personal médico a menudo puede debatirse entre asumir una posición de resistencia para no dejar que los y las pacientes impongan su voluntad (Espeland y Baerheim 2003), en un intento por hacer un uso más “racional” de los recursos, y la necesidad de hacer partícipes a sus pacientes, cumpliendo sus expectativas y aliviando sus incertidumbres, a través de la indicación de pruebas “tangibles” (Sharma *et al.* 2020; Lim *et al.* 2019).

En cualquier caso, que las herramientas tecnológicas proporcionen un mayor nivel de seguridad a la población que las propias habilidades clínicas de los y las profesionales surge también de la incapacidad de establecer relaciones de confianza médico/a-paciente. En este sentido, uno de los factores estructurales más identificados, tanto en este como en otros estudios, es la falta de tiempo en las consultas (Hardavella *et al.* 2017; Shye *et al.* 1998). La falta de tiempo no solo impide realizar una entrevista y exploración adecuadas, sino que tampoco permite al paciente plantear preguntas, expresar sus inquietudes ni, incluso, mencionar datos de interés para ayudar al profesional a establecer el diagnóstico. Asimismo, dificulta la posibilidad de que los y las profesionales expliquen adecuadamente a sus pacientes la necesidad o no de una prueba complementaria (Underwood, Kilner y Ridsdale 2017; Slade *et al.*, 2016). La sustitución de una atención adecuada por una indicación de prueba como estrategia para ahorrar tiempo no es exclusiva de nuestro contexto (Shye *et al.* 1998).

Por último, la excesiva rotación del personal médico, al igual que la falta de tiempo, puede favorecer la petición de pruebas diagnósticas que no se justifican clínicamente. Hay que tener en cuenta que algunos servicios, como la AP, se benefician del conocimiento que los y las especialistas tienen de la situación sociosanitaria de sus pacientes, tanto para identificar más fácilmente sus potenciales problemas de salud como para conocerles y favorecer una relación de confianza. Aunque no se ha detectado la mención a esta problemática en estudios similares, sí que aparece la idea de la frustración que provoca el hecho de pedir una y otra vez a las personas que acuden a consulta que repitan la misma información (Hardavella *et al.* 2017), situación muy habitual cuando son diferentes profesionales quienes atienden rotativamente a un paciente por un mismo problema de salud.

Como limitaciones del estudio, cabe mencionar la ausencia de voces de otras especialidades médicas no consideradas dentro de la muestra, pero que también solicitan pruebas de RM. Sin embargo, se han realizado entrevistas a las tres especialidades con mayor uso de esta prueba, y dada su relación en el abordaje clínico de la cefalea y la lumbalgia como dos afecciones de gran prevalencia poblacional y en las que se da un uso frecuente de la RM. Además, antes del inicio de las entrevistas se realizó una fase exploratoria mediante un grupo focal con especialistas en radiodiagnóstico para conocer sus percepciones sobre el fenómeno, lo cual ofreció una panorámica general de la indicación de RM y sirvió para el diseño y realización del trabajo de campo. Tampoco se ha considerado la perspectiva de la población usuaria, lo cual hubiera ofrecido gran riqueza para comprender los cambios en la relación médico/a-paciente, las demandas de pruebas y los factores que las condicionan en el encuentro clínico, siendo ello analizado en nuestro estudio desde el punto de vista de solo una de las partes, el personal médico.

Este estudio cualitativo forma parte de una investigación más amplia que utiliza métodos mixtos para el análisis de la variabilidad en la indicación de RM, por lo que los resultados acerca de las percepciones y experiencias de los y las profesionales han permitido identificar y comprender factores condicionantes de este fenómeno, más allá de su cuantificación, que resultan claves para el diseño de estrategias y políticas de gestión sanitaria adecuadas.

Los resultados del estudio muestran que los cambios en la relación médico/a-paciente y sus condicionantes, en el actual contexto social, pueden tener un impacto en la utilización inadecuada de recursos sanitarios, como la RM. Un uso ineficiente de los recursos tiene consecuencias no solo de tipo económicas, sino también relacionadas con el incremento de las listas de espera, que incide en el posible retraso diagnóstico de patologías graves, en la

insatisfacción de la población con el sistema sanitario y en el aumento de las desigualdades sociales en el acceso y uso de los recursos sanitarios, entre otras. Las estrategias para evitar los problemas que genera una relación clínica difícil pueden ser diversas, y van desde el reforzamiento de las habilidades comunicativas de las y los profesionales y su disponibilidad para escuchar al paciente (Hardavella *et al.* 2017; Lorient-Arín y Serrano-Del-Rosal 2009) hasta la mejora de las condiciones estructurales en las que el personal sanitario desempeña su labor. Dotar de tiempo suficiente para una adecuada atención, así como una mayor estabilidad en las consultas que favorezca el conocimiento y confianza mutua entre paciente y profesional, resultan claves para paliar los efectos que tiene el traslado a la consulta médica de unas dinámicas sociales cada vez más presentes, como la desinformación o el consumismo.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Los/as autores/as de este artículo declaran no tener conflictos de intereses financieros, profesionales o personales que pudieran haber influido de manera inapropiada en este trabajo.

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Erika Valero Alzaga: Conceptualización, Análisis formal, Investigación, Metodología, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición.

Yolanda González-Rábago: Conceptualización, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración de proyecto, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición.

Paola Bully: Conceptualización, Análisis formal, Investigación, Metodología, Redacción – revisión y edición.

Pedro Latorre: Conceptualización, Metodología, Administración de proyecto, Redacción – revisión y edición.

Begoña Fernández-Ruanova: Conceptualización, Metodología, Administración de proyecto, Redacción – revisión y edición.

BIBLIOGRAFÍA

- An, Perry G., Joseph S. Rabatin, Linda B. Manwell, Mark Linzer, Roger L. Brown y Mark D. Schwartz. 2009. "Burden of Difficult Encounters in Primary Care: Data From the Minimizing Error, Maximizing Outcomes Study." *Archives of Internal Medicine* 169(4):410-4. <https://doi.org/10.1001/ARCHINTERNMED.2008.549>.
- Braun, Virginia. y Victoria Clarke. 2006. "Using thematic analysis in psychology." *Qualitative Research in Psychology* 3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>.
- Ministerio de Salud. S. f. *Consulta Interactiva del SNS*. Consultado el 12 de abril de 2022 (<https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscls.es/publicoSNS/S>).

- Corallo, Ashley N., Ruth Croxford, David C. Goodman, Elisabeth L. Bryan, Divya Srivastava y Therese A. Stukel. 2014. "A systematic review of medical practice variation in OECD countries." *Health Policy* 114(1): 5-14. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.08.002>.
- Elder, Nancy, Rick Ricery y Barbara Tobias. 2006. "How respected family physicians manage difficult patient encounters." *Journal of the American Board of Family Medicine* 19(6): 533-41. <https://doi.org/10.3122/JABFM.19.6.533>
- Espeland, Ansgar y Anders Baerheim. 2003. "Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers--a qualitative study." *BMC Health Services Research* 3(1):8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12659640/>.
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. 2020. "Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019." *The Lancet* 396:1135-59. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9).
- Hall, Amanda M., Samantha R. Scurrey, Andrea E. Pike, Charlotte Albury, Helen L. Richmond, James Matthews, Elaine Toomey, Jill A. Hayden y Holly Etchegary. 2019. "Physician-reported barriers to using evidence-based recommendations for low back pain in clinical practice: a systematic review and synthesis of qualitative studies using the Theoretical Domains Framework." *Implementation Science* 14(49). <https://doi.org/10.1186/S13012-019-0884-4>.
- Hardavella, Georgia, Ane Aamli-Gaagnat, Armin Frille, Neil Saad, Alexandra Niculescu y Pippa Powell. 2017. "Top tips to deal with challenging situations: doctor-patient interactions." *Breathe* 13(2):129-35. <https://doi.org/10.1183/20734735.006616>.
- Jolín Garijo, L., M. Martín Bun, S. Prados Torres, C. Vicens Caldentey, JC. Abánades Herranz, V. Cabedo García, R. Cunillera Graño y JJ. García Díez. 1998. "Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria." *Atención Primaria* 22(6):391-398. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-que-influyen-prescripcion-farmacologica-14925>.
- Lateef, Fatimah. 2011. "Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine." *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock* 4(2):163-7. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.82199>.
- Lázaro, J. y D. Gracia. 2006. "La relación médico-enfermo a través de la historia." *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 29(3):7-17. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002.
- Lim, Yuan Z., Louisa Chou, Rebecca T.M. Au, KL Maheeka D. Senevickrama, Flavia M. Cicuttini, Andrew M. Briggs, Kaye Sullivan, Donna M. Urquhart y Anita E. Wluka. 2019. "People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review." *Journal of Physiotherapy* 65(3):124-35. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.05.010>.
- Lorenzetti, Rosemarie C., C. H. Mitch Jacques, Carolyn Donovan, Scott Cottrell y Joy Buck. 2013. "Managing difficult encounters: Understanding physician, patient, and situational factors." *American Family Physician* 87(6):419-25. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2013/0315/p419.html>.
- Loriente-Arín, Nuria y Rafael Serrano-del-Rosal. 2009. "Hable con los pacientes, no para ellos. Análisis de las fuentes de confianza del acto médico." *Revista Internacional de Sociología* 67(2):309–28. <https://doi.org/10.3989/RIS.2007.10.10>.
- Luo, Aijing, Lu Qin, Yifeng Yuan, Zhengzijin Yang, Fei Liu, Panhao Huang y Wenzhao Xie. 2022. "The Effect of Online Health Information Seeking on Physician-Patient Relationships: Systematic Review." *Journal of Medical Internet Research* 24(2):e23354. <https://doi.org/10.2196/23354>.
- McClung, H. Juhling, Robert D. Murray y Leo A. Heitlinger. 1998. "The Internet as a source for current patient information." *Pediatrics* 101(6):e2. <https://doi.org/10.1542/PEDS.101.6.E2>.
- Mendoza F., Alfonso. 2017. "La relación médico paciente: consideraciones bioéticas." *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 63(4):555-64. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007.
- Mercuri, Mathew y Amiram Gafni. 2011. "Medical practice variations: what the literature tells us (or does not) about what are warranted and unwarranted variations." *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17:671-7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01689.x>.
- Merino, Irati, Aranzazu del Castillo Figueruelo y Carmina Saldaña García. 2016. "El manejo de pacientes difíciles: ¿Qué ocurre cuando paciente y terapeuta no se entienden?" *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 118:15-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5565196>.
- Moreno Rodríguez, Miguel A. 2006. "Ética, tecnología y clínica." *Revista Cubana de Salud Pública* 32(4). Consultado el 12 de abril de 2022 (http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400012).
- Morgan, Myfanwy, Linda Jenkins y Leone Ridsdale. 2007. "Patient pressure for referral for headache: a qualitative study of GPs' referral behaviour." *British Journal of General Practice* 57(534):29-35. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17244421/>.
- National Research Council. 2011. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, DC: The National Academies Press.
- O'Mathúna, Dónal P. 2018. "How should clinicians engage with online health information?" *American Medical Association Journal of Ethics* (20)11:E1059-66. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2018.1059>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). S. f. *Health care use - Magnetic resonance imaging (MRI) exams - OECD Data*. Consultado el 12 de abril de 2022 (<https://data.oecd.org/healthcare/magnetic-resonance-imaging-mri-exams.htm>).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2021. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Consultado el 12 de abril de 2022 (<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>).
- Potter, Sharyn J. y John B. McKinlay. 2005. "From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor-patient relationship." *Social Science & Medicine* 61(2):465-79. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2004.11.067>.
- Ruiz Moral, R., J. J. Rodríguez y R. Epstein. 2003. "What style of consultation with my patients should I adopt? Practical reflections on the doctor-patient relationship." *Atención Primaria* 32(10):594-602. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79339-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79339-1).
- Safiri, Saeid, Hojjat Pourfathi, Arielle Eagan, Mohammad A. Mansournia, Mohammad T. Khodayari, Mark J.M. Sullman, Jay Kaufman, Gary Collins, Haijiang Dai, Nicola L. Bragazzi, y Ali-Asghar Kolahi. 2022.

- "Global, regional, and national burden of migraine in 204 countries and territories, 1990 to 2019." *Pain* 163(2):e293–e309. <https://doi.org/10.1097/J.PAIN.0000000000002275>.
- Schers, Henk, Michel Wensing, Zsuzsan Huijismans, Maurits van Tulder y Richard Grol. 2001. "Implementation Barriers for General Practice Guidelines on Low Back Pain: A Qualitative Study." *Spine* 26(15):E348-E353. <https://doi.org/10.1097/00007632-200108010-00013>.
- Sharma, Sweekriti, Adrian C. Traeger, Ben Reed, Melanie Hamilton, Denise A. O'Connor, Tammy C. Hoffmann, Carissa Bonner, Rachelle Buchbinder y Chris G. Maher. 2020. "Clinician and patient beliefs about diagnostic imaging for low back pain: a systematic qualitative evidence synthesis." *BMJ Open* 10:e037820. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037820>.
- Shye, Diana, Donald K. Freeborn, Jeffrey Romeo y Steve Eraker. 1998. "Understanding physicians' imaging test use in low back pain care: the role of focus groups." *International Journal for Quality in Health Care* 10(2):83-91. <https://doi.org/10.1093/INTQHC/10.2.83>.
- Slade, Susan, Peter Kent, S., Patel, T. Bucknall y R. Buchbinder. 2016. "Barriers to Primary Care Clinician Adherence to Clinical Guidelines for the Management of Low Back Pain: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Studies". *Clin J Pain [Internet]* 32(9). <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000324>.
- Smith, Sam. 1995. "Dealing with the difficult patient." *Postgraduate Medical Journal* 71(841):653-7. <https://doi.org/10.1136/PGMJ.71.841.653>.
- Soot, Laurel C., Gregory L. Moneta y James M. Edwards. 1999. "Vascular surgery and the Internet: a poor source of patient-oriented information." *Journal of Vascular Surgery* 30(1):84-91. [https://doi.org/10.1016/S0741-5214\(99\)70179-5](https://doi.org/10.1016/S0741-5214(99)70179-5).
- Stacey, Claire L., Stuart Henderson, Kelly R. MacArthur y Daniel Dohan. 2009. "Demanding patient or demanding encounter?: A case study of a cancer clinic." *Social Science & Medicine* 69(5):729-37. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2009.06.032>.
- Suarez-Almazor, M.E., C.J. Kendall y M. Dorgan. 2001. "Surfing the Net-information on the World Wide Web for persons with arthritis: patient empowerment or patient deceit?" *The Journal of Rheumatology* 28(1):185-91. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11196523/>.
- Thompson, Andrew G.H. 2007. "The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy." *Social Science & Medicine* 64(6):1297-310. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.002>.
- Tong, Allison, Peter Sainsbury y Jonathan Craig. 2007. "Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups." *International Journal for Quality in Health Care* 19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- Underwood, Raphael, Rachael Kilner y Leone Ridsdale. 2017. "Primary care management of headaches and how direct-access MRI fits: A qualitative study of UK general practitioners' views." *BMJ Open* 7:e018169. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018169>.
- Varela-Lema, Leonor, Gerardo Atienza-Merino y Marisa López-García. 2017. "Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación." *Gaceta Sanitaria* 31(4):349-57. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.015>.