

---

ALGUNAS NOTAS SOBRE  
LAS RELACIONES SUPRA Y  
SUBORDINACIÓN ENTRE MÉDICO-  
PACIENTE Y LAS VIOLACIONES A  
LOS DERECHOS HUMANOS DEL  
PACIENTE GERIÁTRICO

—

Raúl Sánchez Calderón  
doc\_rulas@hotmail.com

ASOCIACIÓN MEXICANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA A.C. (AMGG)  
AUSTRALIAN ASSOCIATION OF GERONTOLOGY (AAG)



Para citar este artículo:

Calderón, Raúl Sánchez (2018). Algunas notas sobre las relaciones supra y subordinación entre médico - paciente y las violaciones a los Derechos Humanos del paciente geriátrico. *Espacio I+D Innovación más Desarrollo*, 7(18) 165-179. Recuperado de: [http://www.espacioimasd.unach.mx/docs/Doc\\_Geriatrico.php](http://www.espacioimasd.unach.mx/docs/Doc_Geriatrico.php)

La relación Médico-Paciente es tan antigua como la humanidad misma. Si nos ubicamos en el contexto de las primeras tribus humanizadas que habitaron el planeta, podremos observar que los encargados del cuidado de los enfermos recaía sobre el familiar más cercano, generalmente los padres o cuidadores.

Cuando existe la necesidad de salud o cuidado de la vida, el enfermo entra en un estado de dependencia y sumisión del encargado de restituir la salud perdida, por lo que debe existir una relación de Supra-ordinación Psicológica (al Médico) y de Subordinación Psicológica (del Paciente) basada en el respeto y empatía hacia el primero para que el segundo someta su voluntad a los conocimientos de este y la terapia resultante puedan ser acatados al pie de la letra.

La figura del cuidador del enfermo, generalmente la madre o el padre, es clave del éxito en el proceso curativo.

En las antiguas civilizaciones se encuentra establecida la Relación Médico Paciente RPM, se habla de esta relación, desde los tiempos de Hipócrates (Ayala: 1996) hace cerca de 2500 años. Este modelo ha permanecido hasta nuestros días. Desde la tradición médica del siglo XVIII, los clínicos aceptan que la enfermedad se presenta al observador de acuerdo con síntomas y signos que se distinguen por su valor semántico y su morfología. Un síntoma es la forma bajo la cual se presenta la enfermedad, lo que la expresa verbalmente el paciente durante la entrevista. Es la primera transcripción (traducción) de la naturaleza inaccesible de la enfermedad. Por su parte, el clínico identifica los signos bajo la observación ya orientada, en virtud de las imágenes conceptuales preliminares que evocó al escuchar los síntomas expresados por el paciente (García: 1999).

El médico sabe que el signo anuncia lo que va a ocurrir, anamnesis lo que ha ocurrido, diagnostica lo que se desarrolla actualmente; sin embargo entre el signo y la enfermedad hay una brecha difícil de salvar (García: 1999).

De alguna manera la institucionalización de la medicina ha modificado la figura del médico en favor de éstas; transformándolo en un técnico, de trato frío y lejano.

El médico que antes se encargaba del paciente hasta que curaba o moría... ha casi desaparecido. La mente del médico ha priorizado la adquisición del caudal científico y ha descuidado el fortalecer carácter y virtudes para establecer los tradicionales nexos cordiales que unían al paciente con él. (Ayala: 1996)

Con la creciente deshumanización a ética médica se ha corrompido y la conducta médica muestra un alejamiento del paciente, hoy día: Se desatienden llamadas nocturnas. Hay ausentismo del médico los fines de semana. Se abandonan enfermos crónicos o terminales. (Ayala: 1996)

La deshumanización de la relación médico paciente tiene múltiples causas, enumeramos algunas:

- 1.- El Médico General, tenía práctica médica por varios años, antes de acceder a una especialidad.
- 2.- La socialización de la Medicina.
- 3.- Desinterés en la enseñanza de los valores humanísticos en las escuelas de Medicina, con énfasis en el tema de la relación médico paciente, así como la disminución de maestros que encarnen en su vida dichos valores.
- 4.- El incremento de conocimientos médicos que han hecho imperativo el desarrollo de especialidades.
- 5.- El desarrollo tecnológico con nuevos equipo y técnicas de diagnóstico.
- 6.- Médicos con falta de vocación y sin de formación humana.

Esta deshumanización en la práctica médica, ha contribuido a la actual crisis de credibilidad y desconfianza en el médico, y que éste tome al paciente no como persona, sino como un objeto manipulable y fuente de riqueza.

#### PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Las normas ética fundamental de la Medicina son:

- El principio de Beneficencia, del latín *bene*=bien, *facere*=hacer, que es la quinta esencia de los actos médicos se refieren al diagnóstico y al tratamiento.
- Principio de la benevolencia (de *bene*= bien, y *volere*=querer). La benevolencia predispone al médico a hacer no solo un diagnóstico

objetivamente válido, sino un objetivo personalizado, pues cada paciente recibe su enfermedad de manera tan peculiar, que eso tiene implicaciones también pronósticas. (Ayala: 1996)

La benevolencia predispone al paciente a colaborar con el médico, confiando en lo que él propone hacer para llegar a diagnóstico. Es tan importante esa colaboración y esa confianza, que sin ellos algunas veces no se puede seguir adelante en esta fase.

Principio de afabilidad, que etimológicamente viene del latín *ad fare* que significa hablar a, término que equivocadamente lo tomamos como sinónimo de amable. Existen encuestas se quejaban de una gran frustración porque los médicos no los dejaban hablar, no les permitían contar sus dolencias, eran constantemente interrumpidos y no obtenían respuestas a sus preguntas. (Goik 1995)

«En geriatría la afabilidad adquiere relevancia pues la comunicación e información es también uno de los instrumentos básicos de la terapéutica en cuidados paliativos. Comunicar es transmitir a otro algo que se tiene: información. El objetivo de la comunicación es informar, orientar y apoyar al enfermo y la familia para que tengan elementos para participar en la toma de decisiones. Éste debe ser un proceso dinámico que se adecúe a los puntos de inflexión de la enfermedad, revisando la información y la percepción de salud o enfermedad con el paciente y su familia, avanzando de este modo en la comunicación para la preparación al deterioro, dependencia e incluso la propia muerte». (Amblás: 2006)

Sin olvidar al principio de la Veracidad, virtud que se debe aprender a dosificar. Y el principio de la prudencia, que enseña como aplicar la veracidad. (Goik 1995). Los principios de Veracidad y Prudencia, son cualidades que debe poseer el Médico, ya que «La capacidad de comunicar malas noticias de manera eficaz es una cualidad esencial para los médicos. Un enfoque sistemático puede reforzar la colaboración entre médico, paciente y familia, ofreciendo la posibilidad de establecer objetivos realistas, planificar con miras al futuro y apoyarse mutuamente.» Ayala: 1996)

Algunos Principios Contenidos en la Ley de los Adultos Mayores son:

- I. Autonomía y autorrealización. Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario;
- II. Participación. La inserción de las personas adultas mayores en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés

serán consultados y tomados en cuenta; asimismo se promoverá su presencia e intervención;

- III. Equidad. Es el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia;
- IV. Corresponsabilidad. La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, para la consecución del objeto de esta Ley, y
- V. Atención preferente. Es aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.

Principios contenidos en los Derechos Humanos de los Adultos Mayores que se acrisolan y amalgaman en el proceso denominado médico-paciente:

- Autonomía
- Participación
- Integridad
- Individualidad
- Inclusión social
- Independencia
- Continuidad atención. (Durán:2012)

La relación médico-paciente es la puerta de entrada para la realización de la historia clínica y la oportunidad más importante que tiene el clínico para verdaderamente conocer el padecer de su paciente, pues de inicio éste es el único que sabe lo que siente (síntomas), aunque no sea capaz de expresarlo en un lenguaje técnico que lleve directamente al signo que el médico ulteriormente identificará y correlacionará con algún trastorno del funcionamiento mental/corporal y cierta alteración en la estructura molecular o macroscópica de los órganos internos. (Goic: 1995)

Es indispensable que en el establecimiento de la relación médico-paciente haya una vinculación/conexión real entre los dos personajes interactuantes, donde ambos se influyan mutuamente, sin olvidar que están a merced de infinidad de factores como lo menciona el Dr. Alejandro Goic G. al señalar:

«La RMP está modulada por factores sociales y culturales y se da en un plano intelectual y técnico pero, también, afectivo y ético. Factores sociales y

culturales influyen en la consulta a un médico determinado en el escenario de la RMP y en las decisiones terapéuticas. Afectan negativamente a la RMP la impersonalidad en el trato, la actitud de juez y la petulancia del médico. Este debe esforzarse para que en la RMP se generen sentimientos positivos, lo que favorece el diagnóstico y tratamiento». (Goic: 1995)

Todo enfermo es un ser angustiado; corresponde y es deber del profesional de la salud aliviar su angustia y evitar a toda costa acrecentarla. El médico está obligado a reconocer y manejar sus propias emociones. Además de acatar la primera obligación ética, como lo es, tener conocimientos actualizados.

El Médico y primordialmente el especialista en geriatría, debe considerar que todas sus decisiones clínicas deben adoptarse, no sólo por razones técnicas sino que también éticas. Una mala Relación Médico Paciente deja secuelas que influyen en todos los actores de la RMP y en el curso de la enfermedad, particularmente cuando la relación Adulto mayor y cuidador no es adecuada.

La formación antropológica y ética del médico y el dominio de habilidades semiológicas, no reemplazables para la tecnología, son decisivas para el ejercicio de una medicina humana, técnica, ética y socialmente eficaz. (Goic: 1995)

La medicina clínica incluye todo aquello que pone al médico en contacto con la realidad individual del enfermo y que le permite diagnosticarlo y tratarlo. Este procedimiento lo hace a través de la información que recoge con su inteligencia y sus sentidos y la que le proporciona los métodos auxiliares de diagnóstico. La Relación Médico-Paciente (RMP) es un elemento decisivo en la práctica de la medicina clínica.

En último término, la actividad diagnóstica del médico y el éxito de su acción terapéutica se consumen en el encuentro con su paciente. Es cierto que la relación no es exclusiva con él; lo es, también, con la familia (López: 2010) del enfermo, con sus parientes o amigos. En la Relación Médico Paciente el cuidador o la familia adquiere, en ocasiones, una especial relevancia, como en el caso de la medicina infantil, en el paciente geriátrico (López: 2010) y en el paciente comprometido de conciencia. Sin embargo, en estas situaciones la relación con los otros se genera en función con la relación interpersonal con el paciente; la relación no existiría si no fuera porque esa persona requirió de la ayuda del médico. (Goic: 1995)

Una vez reconocido el paciente como centro de atención, el efecto de las variables contextuales, la perspectiva teórica de las instituciones de salud, la orientación de los médicos prestadores de servicio, la cultura y tradiciones

de los pacientes, formalmente se consideran cuatro abordajes para establecer el modelo de comunicación humana en la relación médico-paciente:

- La entrevista médica
- La entrevista psicológica
- La entrevista psiquiátrica
- La entrevista antropológica

La **entrevista médica** el enfoque que predomina es el biomédico clínico. Su abordaje es operativo, acorde al problema de salud del paciente, con énfasis en los síntomas y signos iatrotropicos característicos de daño orgánico y funcional, sistematizando los hallazgos por órganos, aparatos y sistemas (Goic: 1995). Por lo que se sugieren algunas Recomendaciones:

- A.- Usos de la empatía iniciando una mirada de afecto y algún contacto físico como estrechar la mano al saludar y algunas palabras amigables de bienvenida;
- B.- Contexto adecuado para la entrevista, Ambiente cómodo en su temperatura, aislamiento, ruidos, iluminación.
- C.- Ubicación del entrevistador (médico, terapeuta) y el entrevistado (paciente): no conviene que existan barreras (escritorio) entre ellos y tampoco una insistencia molesta con la voz y la mirada durante el interrogatorio, aunque es benéfico que desde el principio se establezca algún tipo de alianza para enfrentar juntos el mundo exterior hostil o amenazante.
- D.- La confidencialidad, dado que es un principio fundamental de los derechos del paciente. Tiene derecho a que se respete su intimidad y a platicar en privado con el médico (Goic: 1995).

Una vez ganada la confianza del paciente, el médico debe prestar atención a su voz, herramienta más valiosa con la que cuenta en su arsenal terapéutico. Un lenguaje llano y sencillo, ayuda a clarificar el mensaje (síntomas y a profundizar en la esfera psicológica.

Algunas recomendaciones específicas para capitalizar la entrevista son: atención a las conductas (contacto visual, postura corporal, continuidad verbal), empleo de preguntas (abiertas, exploratorias y cerradas), utilización de estímulos mínimos que muestren interés por el paciente (breves expresiones admirativas o interrogativas), cierre de determinados puntos con paráfrasis, sobre todo para dirimir situaciones de dilema y explicar algunos aspectos poco claros. Finalmente, realizar resumen del tema en discusión y promover la reflexión sobre los sentimientos.

En tratándose de pacientes difíciles, «Algunos expertos del tema han propuesto cinco estrategias útiles para abordar en estos pacientes, las cuales se describen brevemente: La Reflexión, La legitimación, el soporte, el acompañamiento y el respeto.» (López: 2010) Dentro de los que se describen los principios rectores de los derechos humanos.

Es en este punto donde debemos demostrar la existencia de la supra y subordinación en la relación médico paciente y que esta relación no violenta los principios, ni los derechos tutelados por la comisión interamericana de los derechos humanos, ni por la organización internacional de los Derechos Humanos, criterios que describiremos y evaluaremos más adelante.

Con respecto a la **entrevista psicológica** no se debe olvidar el sustrato anatómo-fisiopatológico de la enfermedad, con este enfoque el médico pretende percibir y comprender a su paciente en su totalidad física y mental (Goic: 1995).

El interrogatorio y la exploración física conservan su valor diagnóstico, pero adquieren las virtudes terapéuticas de un lazo afectivo al explorar las necesidades y expectativas del paciente

«El conocimiento de la historia personal del paciente particularmente el orientado a los estilos de vida, dinámica familiar, relaciones sociales, satisfacción laboral, tensiones y conflictos inter/intra personales es de gran importancia para identificar síntomas de tensión psíquica, descubrir la existencia de trastornos emocionales, situaciones estresantes, rasgos caracterológicos y su forma personal de reaccionar, somatizando, elaborando o sublimando los síntomas del conflicto emocional». (García: 1999)

Para la adecuada compilación de signos y síntomas, el clínico debe aguzar sus sentidos, desarrollar su capacidad de escucha y observación y ser intuitivo al oír y observar la comunicación Verbal, no verbal y el lenguaje emocional del paciente, para identificar simultáneamente los síntomas físicos y los síntomas subjetivos de gran carga emocional, que traducen trastornos a menudo reprimidos, resultado de las relaciones intra e interpersonales.

«Los síntomas de tensión psíquica frecuentemente son aparentes en el habitus exterior: mirada fría o brillante, semblante decaído, diaforesis fría, temblor digital/palmar, inquietud, movimientos anormales, tics y mioclonias. En otras ocasiones predominan los síntomas subjetivos: angustia, depresión, miedo, pánico, apatía, astenia, minusvalía». (García: 1999)



Este tipo de abordaje, se considera poco en la preparación universitaria del médico y como consecuencia de la escases de este conocimiento, el profesional usa una máscara de autoritarismo imponiendo su voluntad sobre la del paciente obstruyendo en la relación y el apego al tratamiento prescrito, en mi concepto al definir esta actitud como **Supraordinación**, surge el rechazo a esta postura y surge la estigmatización de los filósofos de la medicina.

La **entrevista psiquiátrica**, se caracteriza por la reunión de dos personas, una de ellas reconocida como experta en materia de relaciones interpersonales (psicoterapeuta, psiquiatra, psicoanalista) y la otra conocida como cliente (entrevistado, paciente), quien espera extraer algún provecho de una discusión seria con el experto sobre sus necesidades en el caso que nos ocupa, en materia de salud.

Este enfoque es primordial de un modelo de comunicación humana que vincula al individuo en su proceso de autoconcientización/reflexión, enlazándolo mediante sus pensamientos y a través del lenguaje, con la intersubjetividad de sus congéneres, en un contexto sociocultural determinado (Goic: 1995).

La **entrevista antropológica** contiene a las anteriores pero va más allá de la simple relación médico-paciente cuando se identifiquen con detalle las manifestaciones psicofísicas de los fenómenos emanados de la interacción intra e interpersonal, y su efecto en el estado de salud de los individuos interactuantes.

Es más clara la participación del binomio médico-paciente en la alternancia de sus roles durante la comunicación y su efecto en la salud emocional y orgánica; de igual forma, es más nítido el papel que desempeñan las variables intervinientes en un contexto ampliado, esto es, toda la carga de los fenómenos históricos, políticos, económicos, religiosos y culturales. En lenguaje técnico, las variables intervinientes del contexto son conocidas en el proceso salud-enfermedad como factores de riesgo y factores potenciales de salud.

Las manifestaciones de los sistemas tienen como vehículo al lenguaje oral. Ya no se consideran solamente en un sentido literal o semiótico, pues bajo ellas hay toda una carga de afectividad y de significaciones.

Este modelo de entrevista donde analizamos al individuo de manera global al incluir de manera efectiva el contexto social, podremos decir que sólo así estaremos abordando al paciente en las esferas biopsicosocial. Obteniendo como resultado:

- Mejor comprensión del proceso salud enfermedad a través de la mirada en la relación médico-paciente.
- Enfoque netamente humano al enfatizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales del entrevistado, sin obviar su sustrato biológico.
- Privilegio del lenguaje como vehículo del significante (síntoma-signo) en la manifestación, identificación, comprensión e interpretación de la enfermedad (significado).
- Uso deliberado y propositivo de la palabra como la herramienta más poderosa de comunicación intra e interpersonal.
- Aprovechamiento máximo del efecto terapéutico de la palabra *per se*

La entrevista antropológica, por ser una técnica global, debe ser de aplicación estricta en el paciente geriátrico, pues la evaluación de este, no solo pone a prueba los conocimientos y habilidades, sino que además evalúa la capacidad de concentración, tolerancia y paciencia del médico y del equipo de salud, debido a que se trata de pacientes multipatologías, polifarmacias y de un creciente número de necesidades insatisfechas (Morales: 2000).

La relación Médico Paciente en geriatría se «distingue de otras evaluaciones médicas por dos aspectos básicos: la importancia del trabajo coordinado de un equipo multidisciplinario y el tiempo que debe invertirse para realizarla.» (Morales: 2000)

Habiendo caminado por los aspectos más relevantes de la relación médico paciente podemos adentrarnos a la explicación de por qué, para asegurar la buena relación médico paciente, es necesaria que exista la relación de Supraordinación y Subordinación.

Antes de adentrarnos al terreno del tema debemos esclarecer los conceptos de Supraordinación, Subordinación e Isordinación.

**Subordinación:** Se refiere a la relación de dependencia que existe entre un elemento con otro y se encuentra determinado por el sufijo sub que significa bajo. Es correcto suponer que en la relación médico paciente, es el enfermo o buscador de la salud quien presenta este estado de necesidad, por lo que al acudir al médico se establece un contrato consensual y escrito cuando media de por medio una carta de consentimiento informado.

Este singular contrato de servicios profesionales puede darse en dos ámbitos, como son el ámbito privado y el Institucional. Por esta dualidad, la Relación Médico Paciente teóricamente debe analizarse de 2 maneras en

razón al ámbito de atención y del que veremos sus aspectos legales, pero no debemos olvidar que por encima de las áreas de desempeño laboral se encuentra el aspecto humano y psicológico.

Mientras tanto seguiremos analizando el problema, para ello nos toca señalar que es la supraordinación, que es un término de uso legal en materia administrativa, donde el ente de gobierno, trabaja al amparo del imperio del poder ejecutivo y atiende al ciudadano común. Que es la Supraordinación:

**Supraordinación:** Es la persona o entidad colocada en un plano de superioridad con relación a otra colocada en un plano de dependencia o inferioridad jerárquica.

Cuando se señala que en México la relación médico paciente se da en dos ámbitos el privado y el público, puedo asegurar que cuando esta relación surge en el ámbito público se da una mal entendida relación de supraordinación porque el médico trabaja al amparo de la Institución Pública y lo enviste de un Pseudoimperio.

#### LA RELACIÓN DE SUPRA A SUBORDINACIÓN

Esta relación descansa sobre la dualidad cuantitativa subjetiva, o sea que surge entre dos entidades colocadas en distinto plano de posición; es decir, entre el Estado como persona jurídica, política, y sus órganos de autoridad, por un lado, y el gobernado por el otro. En el ámbito médico, es la institución como parte del Estado y el paciente por el otro.

Es precisamente este tipo de relaciones el que origina la necesidad de la salvaguarda de las garantías individuales (artículo 4º. Constitucional en materia de salud) y los derechos humanos en general y para los Adultos Mayores.

Las relaciones de supra a subordinación, son las que existen o se crean entre los órganos estatales, por un lado, como depositarios o ejercitantes del poder de imperio y los sujetos frente a los cuales el poder se desempeña a través de variados actos de autoridad de diversa índole, por el otro.

En dichas relaciones, la persona moral estatal y sus autoridades desempeñan, frente al gobernado, la actividad soberana o de gobierno, que se traduce en la realización de actos autoritarios propiamente dichos que tienen como atributos característicos la unilateralidad, la imperatividad y la coercitividad. Estos últimos términos no deben sernos desconocidos porque los hemos visto en nuestra práctica clínica diaria.

Mientras que en el ámbito privado, existe una duplicidad de necesidades en esta relación, consistente en la necesidad de salud del paciente y la necesidad de una retribución económica y publicidad de parte del médico. Situación que los juristas han denominado como relación de Isoordinación y que veremos a continuación.

**Isoordinación:** Es una operación intelectual del pensamiento conceptual; es una relación particular de dos conceptos clasales: El Isoordinado y el Isoordinante, siendo el primero aquella característica de define al segundo; el ultimo es el que se busca definir.

Sin embargo, como la misma definición señala, se trata de una operación intelectual, porque en el plano real el Isoordinado (Paciente) y el Isoordinante (Médico), sigue existiendo una relación de necesidad y dependencia.

Por lo que se concluye que en la relación médico paciente existe una relación material de supraordinación y subordinación de acuerdo al ámbito dónde se desempeñe este acto médico.

Pero para fines reales y actuales, debemos de entender que en la relación del paciente y médico por depender de un estado de necesidad siempre existirá una dependencia psicológica de parte del enfermo y la obligación del médico de mantener esta distinción en un plano de respeto y empatía por momento que vive el paciente.

#### CONSIDERACIONES FINALES:

En el texto se observa que la piedra angular en la atención médica y en particular la atención del paciente geriátrico, es la relación médico paciente.

Para lograr su excelencia, esta no debe estar asentada en los conocimientos técnico-médicos, el uso de la tecnología y la capacitación constante. Sino debe apuntalarse en algo simple y económico como lo es la Relación Médico paciente que se centra principalmente en la entrevista, y concretamente en la entrevista antropológica por ser esta la que engloba al enfermo en sus esferas Bio-Psico-Social-Cultural y sexual de todo paciente.

Se señala lo anterior, porque el adulto mayor pertenece a un grupo de crecimiento exponencial gracias a los adelantos médicos que influyen en los cambios descritos en los fenómenos de transición demográfica y epidemiológica.

En la Relación Médico Paciente siempre existirá un estado de necesidad, en la que el paciente necesita satisfacer su necesidad de salud y por esta razón tiene que someter su voluntad en una relación de respeto con su médico tratante. Porque la supraordinación únicamente debe existir dentro del plano psicológico, no en la relación material del trato del paciente, donde debe existir el trato de humano a humano, hombre a hombre y de igual a igual.

Es precisamente en esta relación de respeto, confianza y un elemento extra denominado empatía, donde nace la subordinación para poder aceptar el diagnóstico y la terapia propuesta por el médico quien es colocado por el mismo paciente en un plano de supraordinación, pero que debe fundamentarse en la empatía, donde éste pueda, mediante técnicas de inteligencia emocional logre la sintonía psicológica y emocional (*Raport*) con el paciente, transmitiendo el interés en la satisfacción de su necesidad.

La Supraordinación, ha sido mal entendida por algunos de los profesionales de la salud, quienes han usado este elemento como una máscara para justificar una práctica médica inadecuada.

La relación de Supraordinación y subordinación de la relación médico paciente, por estar fundada en los principios de empatía, solidaridad, honestidad, afabilidad veracidad, Beneficencia no violenta los derechos humanos del paciente.

La relación Médico Paciente debe efectuarse en sintonía psicológica y emocional, donde la empatía juega un papel de importancia y para el caso del paciente adulto mayor debe estar aderezada con mucha paciencia.

## LISTA DE REFERENCIAS

- Ambiás,** Novellas Jordi, *et al.* Asistencia al Final de la Vida; Tratado de Geriátria para Residentes. Capítulo 55, 1ra. Edición 2006, *Sociedad Española de Geriátria y Gerontología*, Madrid, España, págs. 816.
- Ayala,** Fuentes Miguel, Relación Médico – Paciente. Instituto Mexicano del Seguro Social. Colegio Jalisciense de Medicina Familiar A.C. Centro de Estudios e Investigaciones de Bioética. II Diplomado en Medicina Familiar 1996.
- Durán,** Arenas Luis, *et al.* Envejecimiento y Salud. Capítulo, *Un sistema de salud mejor adaptado a las necesidades de los ancianos*, México D.F. 2012, 1ª. Edición, págs. 354.
- García,** Vigil José Luis, Relación Médico Paciente en un modelo de comunicación humana, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Núm. 37, Vol. 3, Mayo de 1999, Págs.213-220
- Goic,** G. Alejandro. Ética de la relación Médico Paciente, *Cuadernos del programa regional de Bioética, Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud*, septiembre de 1995. Pág. 80-92.
- López,** Ramírez Jorge H. *Semiología Geriátrica*, capítulo: La Historia Clínica, Editorial Médica Celsus, 1ª. Edición, Bogota, Colombia, 2010, Págs. 384, Pag. 34
- Morales,** Virgen Juan J. *et al.* *Geriátria*. Capítulo: Evaluación geriátrica McGraw-Hill Interamericana, México D.F. 1ª. Edición, 2000, págs. 352.