

La Relación médico-paciente y su panorama actual

Dra. María Elena de la Uz Herrera*

Resumen

Se realizó un análisis teórico sobre la relación médico-paciente, considerándola como la piedra angular de la práctica médica. Se examinaron los distintos modelos de relación, así como algunas tendencias que la amenazan en la actualidad, relacionadas con la primacía de la “tecnología”, el tiempo disponible para la atención, la carga asistencial, entre otras. Se enfatizó en los aspectos formativos. Se concluyó que, para establecer una adecuada relación médico-paciente es necesaria una adecuada formación profesional y un profundo humanismo en la relación con el enfermo.

Palabras clave: *Relación médico-paciente; ética médica; humanización de la salud.*

Introducción

La medicina, en tanto ciencia no exacta, es una praxis dura y larga de aprender; en ella el médico, con datos imprecisos, tiene que tomar decisiones que necesitan de gran precisión y coherencia siempre. Para la obtención de un resultado verdaderamente loable y digno el médico tiene que ser profundamente humano.

La habilidad de relacionarse con las personas teniendo en cuenta el respeto a la dignidad y los derechos del hombre, el valor de su personalidad y la preocupación por el bien de los demás, es una condición indispensable en su formación profesional.

La cabecera de la cama hospitalaria, el consultorio, la visita al domicilio, agrestes montañas o inhóspitos lugares del mundo, son los escenarios en los cuales el médico tiene que poner en función del hombre todo el arsenal de sus capacidades. Su habilidad de comunicación juega un importante rol en ese desempeño. Entre él y su paciente se establece un manera especial de relación interpersonal conocida como “*relación médico-paciente*” (RMP) en la cual este último solicita atención por una razón dada, y el médico brinda su formación profesional. Esta tiene un carácter histórico-social, determinado por el régimen socio-económico imperante.

La RMP se materializa a través de la entrevista médica y en ella participan tres elementos fundamentales: el facultativo, el paciente y la enfermedad, es decir, hay dos elementos personales y otro del que se habla, que está por definir. De la calidad lograda durante este proceso, dependerá el resultado final. Al intercambio verbal entre el médico y el enfermo se le denominará interrogatorio, al cual se añaden otros aspectos tales

como el examen físico y la conducta a seguir diagnóstica y terapéutica, en cada caso en cuestión.

En el presente trabajo se intenta describir los principales elementos de la RMP, haciendo mayor énfasis en las tendencias de este proceso en el panorama actual de la medicina.

Desarrollo

La medicina moderna ha tenido un extraordinario avance en sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas. El rol del antiguo médico de familia, con el cual se establecía una relación personal profunda, que alcanzaba varias generaciones, ha tendido a desaparecer. En la actualidad, este profesional conoce “sólo parcialmente” al enfermo, en medio de un entorno que demanda y a la vez sobreestima, cada día más, su auto preparación y protagonismo frente a los nuevos retos y tendencias en este campo, entre los cuales se encuentra el trinomio asistencia., docencia e investigación, procesos que han de ser llevados a la par, si se trata de ser consecuente con el calificativo de “excelencia” profesional, que a fin de cuentas, es la que lo define ante la sociedad en que vive, otorgándole un lugar más o menos prestigioso en este mundo de “escalas”.

Fundamentos de la RMP.

El fundamento de la relación médico-paciente es la vinculación que inicialmente se establece entre el facultativo y el enfermo, por el hecho de haberse encontrado como tales, entre sí; vinculación cuya índole propia depende, ante todo, de los móviles que, en cada uno de ellos, han determinado su mutuo encuentro. Como todo encuentro interhumano, el que reúne al médico y al enfermo, se realiza y expresa de acuerdo con las modalidades cardinales de la actividad humana, una de las cuales -la cognoscitiva-, en este caso particular, asume la forma específica de diagnóstico, es decir, como método para conocer lo que aqueja al enfermo (1)

No se trata meramente de una relación dual entre dos seres para obtener algo, como serían los beneficios de un negocio, sino de una relación más estrecha, interpersonal. El enfermo y el médico se reúnen para el logro de algo que importa medularmente a la persona del paciente y que está inscrito en su propia naturaleza: la salud.

Esta relación interpersonal, que conduce a conocer o diagnosticar la dolencia del enfermo, se ordena enseguida a la ejecución de los actos propios del tratamiento,

que se inician desde el momento mismo en que se establece la relación interpersonal. Ernest von Leyden solía decir, a comienzos del siglo XX, que el primer acto del tratamiento es el de dar la mano al enfermo; y, como señala M. Balint, “*el médico es el primero de los medicamentos que él prescribe*” (2).

De ahí la importancia de la adecuada RMP para el buen éxito del tratamiento y la necesidad de abordar a los enfermos teniendo en cuenta todos los registros de su respectiva personalidad, desde el nivel intelectual hasta las peculiaridades de su vida afectiva.

El tratamiento médico es, en rigor, por su esencia misma, un acto social, sometido en los pueblos cultos a ordenamientos legales que lo reglamentan y ejecutado dentro de los grupos sociales a los que el enfermo pertenezca, familia, profesión y amigos. Ese carácter social viene determinado por la ordenación de la sociedad en clases económico-políticas y por la inexorable pertenencia del paciente a una de ellas. De ahí que la asistencia sanitaria haya sido diferente y variable, en el seno de las sociedades del tipo de la ciudad griega o de los establecimientos medioevales y que tuviera especiales características en la medicina privada de hace varias décadas y en la socializada que se ha tornado inevitable en los tiempos presentes. (3)

Cualidades del médico importantes en la RMP

Existen varias premisas importantes a tener en cuenta en este tipo de relación, las cuales son expuestas brevemente.

- ♦ Disposición a ayudar: Usar sus conocimientos y habilidades para el bien del paciente, fundamentalmente solucionar o prevenir su problema de salud.

- ♦ Actitud de respeto y de acogimiento frente a quien lo consulta. Conciencia de su vulnerabilidad

- ♦ Capacidad para escuchar, preguntar y comprender lo que el enfermo expresa y siente.

- ♦ Por otra parte hay varias cuestiones que el paciente espera del médico como son:

- ♦ Competencia. Un médico que no sabe, que no estudia, que no es acucioso en su método clínico, defraudará al paciente por muy acogedor que sea. Se requieren sólidos conocimientos teórico.

- ♦ Cualidades o virtudes humanitarias y éticas que le permitan evaluar al paciente como persona en todas sus dimensiones. Esto cobra singular interés en situaciones tales como las enfermedades crónicas o en la relación con los padres de un niño enfermo.

La dinámica de este contexto se proyecta de alguna manera en la moralidad del acto médico, es decir, en aquellas actitudes que se consideran buenas o correctas y aquellas que no lo son. (4) En la era hipocrática, por ejemplo, guardar estrictamente el secreto profesional, era norma entre los médicos de aquella secta, al igual que la prohibición de toda intervención quirúrgica y de métodos que evitaran la natalidad; y en el medioevo era un sacrilegio hacer disecciones en cadáveres humanos



(5). Hoy en cambio, el respeto al secreto profesional sin excepciones ha visto disminuir su vigencia, puesto que el equipo de salud ha reconocido que no sólo tiene obligaciones morales con el paciente que acude a él sino, además, con la sociedad en su conjunto (6).

Actualmente, esta relación clínica ínter subjetiva, conocida tradicionalmente como relación médico-paciente, es una denominación poco precisa. Ante todo, porque el médico no es el único que brinda atención a la salud de los individuos: también está la enfermera, el psicólogo clínico y otros más, cuya relación con el individuo es tan humana como la de aquél (7). Una relación digna y respetuosa se basa además en la aceptación del enfermo, más allá de aquello que este “hace”. Muchas dolencias cargan al paciente de ciertos antivalores a los ojos de la sociedad, de la cual el profesional es un miembro irrenunciable.

El paciente vale y debe ser valorado por lo que es: una persona -un sujeto- y no por lo que hace. El médico debe ser justo, sin ser juez. La actitud moralizante de algunos profesionales no tiene ningún fundamento en las ciencias de la salud, cuyo objetivo es prevenir y curar las enfermedades y no juzgar actitudes morales (8)

La interrelación equipo de salud-usuario-grupo heterogéneo y el contexto donde ella ocurre, puede ser conceptualizada estableciendo ciertos paradigmas que ayudan al análisis de tal interrelación.

Modelos de RMP

Modelo paternalista: Durante siglos, el paradigma hegemónico de esta relación ha sido de carácter paternalista, es decir, una relación vertical y asimétrica, donde el médico ha ejercido un papel activo y autoritario y el paciente uno pasivo y de obediencia. En suma, un vínculo como el que establecen los padres con sus hijos menores y en donde se supone que aquellos siempre quieren lo mejor para éstos, pero sin tener en cuenta su voluntad. En este paradigma paternalista, propio del pensamiento occidental anterior al siglo XIX y que aún prevalece en ciertos lugares, el mandato del médico se ha basado fundamentalmente en dos principios morales, hoy conocidos en la terminología bioética, como benefi-

encia y no maleficencia. La tradición médica nunca los distinguió claramente, como es de notar en la norma hipocrática que señala al médico favorecer o, al menos, no perjudicar. En ese sentido, la relación es paternalista cuando el equipo de salud se guía por esos principios y busca algún tipo de beneficio para el usuario aun en contra de su voluntad. (9).

Modelo personalista. Se trata de un modelo en que el eje es el bien del paciente en una relación de confianza. Tanto el médico como el paciente aúnan voluntades en la búsqueda de este bien. La relación se da en el ámbito de la confianza mutua y del debido respeto, que incluye la información y participación del paciente en las decisiones. Este modelo coloca en el centro al paciente y al médico como personas humanas. Este modelo ha probado que mejora la adhesión a los tratamientos que se indican. (10).

Modelo de primacía de la autonomía. En el otro extremo se coloca el modelo que tiende a absolutizar la autonomía del paciente. Surge, en parte, como reacción a los modelos paternalistas tradicionales y a excesos cometidos por cierta arrogancia de los médicos. En su concepción más extrema, llega a afirmar que el médico debe hacer lo que el paciente cree que es bueno para su salud. El bien del paciente pasa a ser algo subjetivo. No se reconoce un bien objetivo en cuanto a la salud y vida del paciente. El bien de éste, su salud y su vida, en vez de considerarse un bien objetivo, que tanto él como el médico buscan, se transforma en una preferencia subjetiva del enfermo, que el médico debería aceptar y seguir. De esta forma se podría llegar a exigir al facultativo que realizara actos contrarios a la esencia de la medicina. Es obvio que el médico no puede recetar el antibiótico que el paciente prefiera, ni realizar una operación que no esté indicada. Esta posición se hace crítica en acciones que son ajenas a los fines de la medicina, pues no son tratamientos que persiguen el cuidado de la vida y la salud como son: la esterilización voluntaria, el aborto y la eutanasia. Si bien este modelo respeta la autonomía, desconoce la naturaleza misma de la RMP, cuando este principio se convierte en un fin en sí mismo. La libertad y la capacidad de decisión tienen una finalidad, que podemos llamar “el bien”. No se puede separar la libertad de la verdad.

Sin embargo, otros autores como Veatch, Emanuel y Charles, hablan más recientemente acerca de cuatro modelos los cuales se enunciarán de forma breve a continuación:

Modelo paternalista: En este caso, como se ha descrito anteriormente el médico ejerce un rol de guardián del paciente, brindándole sólo la información mínima y no dándole participación en la toma de decisiones. El médico delibera y decide por sí mismo.

Modelo deliberativo compartido. En este modelo ambos (médico y paciente) participan en la toma de decisiones, se le brinda al enfermo la información necesaria y se respeta su autonomía.

Modelo interpretativo contractual. En este modelo el paciente toma una posición hegemónica, es quien

delibera y decide. El médico sólo actúa como consejero o consultor.

Modelo informativo técnico. Similar al anterior en cuanto a la primacía del paciente, pero en este caso el médico sólo actúa en calidad de asesor técnico para realizar la voluntad del paciente.

Tendencias actuales en la RMP.

En la actualidad, gracias a los avances tecnológicos e investigativos disponemos de los recursos necesarios para brindar una adecuada atención. Varias encuestas a gran escala demuestran que la mayoría de los pacientes está satisfecha con la calidad de atención de su salud. (11). Sin embargo, dentro de este amplio panorama de satisfacción y de calidad de la asistencia, subsisten algunas importantes áreas de riesgos potenciales asociados con la nueva cara de la medicina moderna. Algunas de las tendencias actuales que amenazan la RMP son las siguientes:

- ♦ Primacía de la tecnología, con respecto el lado humano de la atención.
- ♦ No disponibilidad de tiempo suficiente para la atención por gran presión asistencial.
- ♦ Cambio frecuente de profesionales en las instituciones de salud por la tendencia a la “especialización”. disminuyendo las relaciones de largo plazo con los pacientes.
- ♦ Aumento de las expectativas de los pacientes en cuanto a información y/o participación.

Las primeras tres particularidades descritas pueden resultar en una atención percibida como impersonal, aún deshumanizada. El cuarto factor, especialmente cuando se combina con los otros tres, puede resultar en una significativa insatisfacción del paciente con sus riesgos asociados: quejas, cambio de médicos, incumplimiento de las prescripciones y hasta juicios por mala praxis

Entonces ¿cómo compatibilizar la necesaria confianza del paciente en el facultativo con la praxis de la medicina actual, que tiende a transformar al segundo en un experto y al primero en un objeto exterior? Nunca como hoy, las múltiples especializaciones han promovido que la frecuente lejanía entre el operador y el paciente pueda ser casi absoluta, hasta el extremo de no existir, en muchos casos, ningún vínculo, ni siquiera visual.

En estas situaciones, que empalidecen la actuación del antiguo médico de cabecera, otra pregunta ineludible sería ¿en quién deposita el enfermo su confianza? Es posible considerar, como hipótesis, que gran parte de la credibilidad, antes encarnada en el médico, se ha desplazado hacia la certidumbre inapelable de la verdad estrictamente científica, que hoy parece sustentar a toda la práctica de la medicina.

En este punto, que parece de no retorno, es importante que la sociedad conozca el carácter transitorio del conocimiento científico y la ausencia de inmutabilidad, de previsibilidad y de infalibilidad de ese conocimiento.

Este cambio cultural, que es alentado por intereses

absolutamente ajenos al paciente, tiende a reemplazar la presencia y la figura del médico por los dictados de un dogma científico que traslada sus postulados a la medicina, ahora instrumentada a través de un conjunto de eslabones técnicos constituidos por el llamado sistema de salud.

Este “paternalismo científico” es ajeno al médico como persona y lo separa o retira del vínculo humano que constituyó el eje de la medicina por milenios. Le reduce a uno de los numerosos operadores en ese complejo sistema que tendría como misión segura la cura del enfermo. Si desaparece del todo la confianza de éste, nacida del vínculo personal y si los trabajadores de la salud resignan su vocación de curar al otro a través de su acción, podemos hablar de un paternalismo científico: la sociedad cree en la “ciencia médica” y los actores del sistema de salud se sienten instrumentos de ese menester.

Hay señales objetivas de este proceso, desde que el acceso a la información médica a través de todos los medios universalizó los progresos y resultados, aunque ni la sociedad ni el paciente puedan discriminar lo cierto de lo incierto, lo permanente de lo fugaz y la investigación en curso de la certeza. En el otro extremo, los médicos y sus colegas de la atención sanitaria ven reducir progresivamente su campo de acción dentro de un sendero cada vez más estrecho y complejo que los impulsa con mayor frecuencia a interpretar un examen, comprender un mecanismo o descubrir un procedimiento.

Y aunque el sistema no olvide el objetivo final de las acciones médicas, en el quehacer diario todos son diagramas para el diagnóstico, pasos de tratamientos, disposición de nuevas prácticas, gráficos y sofisticados trazados, elaboración de complejas estadísticas, respeto dogmático de algoritmos, sumatoria de riesgos e índices de probabilidad. ¿Cómo compatibilizar una medicina basada en la presunta evidencia con otra basada en la certera afectividad?

Resulta dudoso que la medicina del siglo XXI, pueda prescindir totalmente de un vínculo afectivo, porque el paciente lo necesitará en algún momento de la evolución de su enfermedad y porque el galeno, que atiende personas, sentirá seguramente el deseo de canalizar su vocación de ayudar.

Para la sociedad queda muy claro que los servicios médicos son diferentes de los de otro tipo. A diferencia de las telecomunicaciones o el entretenimiento, la salud es un servicio de necesidad para los pacientes. La atención de una persona que llega con una combinación de enfermedad, dolor, ansiedad y miedo, le crea al médico un apremio diferente. Estos usuarios están en estado de estrés; por lo tanto, los servicios médicos son altamente complejos y técnicos. Su naturaleza, transforma a los pacientes en “detectives” en busca de “indicios” para reasegurarse la competencia de los prestadores de salud.

Aunque la capacidad técnica de un médico es vital, también es importante el desarrollo de habilidades y la formación ética. La preocupación por mejorar las relaciones interpersonales en la prestación de servicios

médicos ha alcanzado también a las escuelas de medicina, con proyección a las sociedades médicas y los docentes. Los estudiantes, los residentes y los graduados, deben tratar de saber cómo son percibidos por los pacientes y buscar en la literatura cuáles son los deseos de estos respecto de sus médicos, para luego perfeccionar sus habilidades para conseguirlo.

Mejorar la comunicación no verbal, escuchar atentamente y compartir la información, mejoraría la RMP. Los médicos necesitan tener conciencia de cómo atienden a sus pacientes y esto también representa una oportunidad educativa. El trato con el cliente es un tema cada vez más estudiado en las escuelas de negocios y también podría serlo para los médicos y los estudiantes de medicina.

Existe una serie de premisas en las que se hace énfasis durante la etapa de formación:

- ♦ Conocimientos médicos suficientes..
- ♦ Aprendizaje basado en la práctica: “aprender haciendo”.
- ♦ Mejoramiento de las habilidades interpersonales y de comunicación.
- ♦ Profesionalismo

Los programas de residencias definen el conocimiento específico, las destrezas y habilidades requeridas en esos dominios, ofrecen las experiencias educativas necesarias para sus residentes, con el fin de demostrar competencia en cada una y evalúan el progreso a través de la experiencia en el entrenamiento. Tres de esos grupos de competencias (habilidades interpersonales y de comunicación y profesionalismo) están relacionados de forma directa con las conductas ideales descritas en este artículo.

Breves reflexiones de la medicina cubana.

En medio de este panorama mundial, la medicina cubana tiene el reto de formar, de manera creciente, nuevos profesionales con un perfil “integral”, en el que aún predomina, la mayoría de las veces, un formato de relación médico paciente basado en el modelo *paternalista*, de cuyos rezagos nos iremos saliendo paulatinamente con la introducción de la bioética, como disciplina en las universidades médicas cubanas y en otras disciplinas sociales con una tendencia futura basada en el *deliberativo compartido*.

Sin embargo -y haciendo un análisis espectral de nuestro sistema de salud cubano, universal, gratuito y accesible a todos-, podemos encontrar una gran variabilidad en cuanto al perfil de médicos y servicios, que va desde un extremo de profesionales más “especializados y sofisticados”, recomendando “las últimas evidencias”, hasta otro, donde se encuentran los que tratan de ser más “generales”, integrales y apropiados, que se basan también en las evidencias, pero que no abandonan el concepto del ser humano como persona única, indivisible e irreplicable. El reto es grande...

Consideramos que el objeto de la medicina es el paciente y todos nuestros esfuerzos deben ir encaminados a mejorar y

aliviar el sufrimiento humano, para ser consecuentes con sus expectativas y añoranzas, como lo evidencia la clásica frase: *“Si un médico escucha tranquilamente mis problemas de salud lo calificaré bien, pero si además me examina cuidadosamente antes de pedirme exámenes, no lo abandonaré jamás”* (12).

Conclusiones

La relación médico –paciente continúa siendo la piedra angular de la práctica médica, de la cual dependen los restantes procesos, a pesar de los adelantos científico técnicos en las últimas etapas.

Para establecer una adecuada relación médico -paciente es necesaria una adecuada formación profesional y un profundo humanismo en su relación con el enfermo.

El modelo deliberativo compartido parece ser el más adecuado en la relación médico paciente por respetar, de manera equilibrada, la autonomía y la verdadera finalidad de la medicina.

Existen tendencias que amenazan la relación médico paciente en la actualidad, relacionadas con la primacía de la “tecnología”, el tiempo disponible para la atención, la carga asistencial, entre otras.

El objeto principal de la medicina seguirá siendo el paciente y todos nuestros esfuerzos deben ir encaminados a mejorar y aliviar el sufrimiento humano, para ser consecuentes con sus expectativas, añoranzas y con nuestros principios éticos.

Bibliográficas

1. Zea, AD: “Fundamentos de la relación médico-paciente”. Rev. Colomb. Cardiol. 1998; 6: 263-73.
2. Zea, AD: “Fundamentación de la relación médico paciente”.Rev. Colomb. Gastroenterol. 2000; 15: 227-237.
3. Bernard C. Introducción al estudio de la medicina experimental. 3rd ed. México: UNAM; 1994.
4. Alarcón DS, De la Fuente JR, Velázquez AA, comps. Fundamentos de la investigación clínica. México: UNAM-Siglo XXI;1988.
5. Aréchiga UH, Benítez LB, coord. De la medicina a las ciencias de la salud. Un siglo de las ciencias de la salud en México. México: FCECONACULTA; 2000.
6. Santiago, M La crisis de la conciencia médica en nuestro tiempo. *Cuadernos de Bioética* 1998; 4: 665-78.
7. González Menéndez R. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2004.
8. Hojat M, Gonella J, Nasca T, Mansiones Vergare M. Physician Empathy: definition components, measurement and the relationship to gender and specialty. *IS J Psychiatry*. 2002;159:1563-9
9. Francisco A. *Revista Colombiana Cardiología*. 1999; 6:263-73
10. Brussina S. Ética de las virtudes y medicina. Tópicos N° 008-009 Pág. 43-58.
11. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana : Editorial Científico Técnico;2001
12. Espinosa A. La clínica y la medicina interna, apuntes históricos y proyecciones. Código 0601899. En CD Rom: Ponencias seleccionadas del XV Forum Nacional de Ciencia y Técnica, ISBN 959-2

*Médico especialista en Medicina Interna. Diplomada en Bioética por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Profesora del Master en Bioética del Centro Juan Pablo II y la Universidad Católica de Valencia.