

# La Relación médico-paciente y la comunicación deben estar asociados a la Ética Médica

\*Dr. Jorge M. Sánchez González, Dr. Antonio E. Rivera Cisneros, Dr. Luis E. Hernández Gamboa, Dra. María Josefa Villegas Ríos, Dr. Salvador Casares Queralt

**Palabras Clave:** Relación médico-paciente, ética médica, comunicación

## INTRODUCCIÓN:

Dentro de las relaciones humanas, la relación médico-paciente es una de las más complejas e intensas, ya que tanto paciente como médico dependen mutuamente del saber del otro, de su deseo de sanar y de su compromiso en el proceso terapéutico. Es una interacción entre personas que tiene su origen en el quehacer clínico y constituye el núcleo fundamental de la medicina.

Este vínculo ha sido conceptualizado desde el punto de vista legal como un contrato, generalmente no escrito, sustentado entre personas autónomas, que son libres de iniciar o romper esta relación en la medida en que el paciente no sea abandonado. Sin embargo, hay que entender que esta relación, más que legal se basa en la ética y en la deontología, y que uno de los nexos más antiguos que han existido es entre la filosofía y la medicina.

La definición de Ética de la Universidad Georgetown de Washington, una de las más aceptadas en el mundo, dice: “*Es el estudio minucioso del acto humano en las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los principios y los valores morales*”. Mientras que la deontología es la ciencia o tratado de todos los deberes,

el deber ser. En este sentido, la deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional del médico.

La bioética tiene tres pilares fundamentales que trataremos a lo largo de esta plática que son: la beneficencia y no maleficencia, la justicia y la autonomía, todo esto deriva en la libertad, pero libertad con responsabilidad, es decir, con conciencia moral. Desde luego la bioética, es una materia fronteriza en donde las cuestiones relativas a la vida y a la ética, se unen dentro de un ámbito de interacción fundamental.

En la tradición occidental, es muy significativa la relación que existe entre la filosofía en general con la filosofía médica, cuyo origen se encuentra en la medicina hipocrática. Esta filosofía nace en Grecia como *episteme*, “ciencia”. Su preocupación fundamental era lograr objetividad, racionalidad; el paso del mito al *logos*, es decir, de la respuesta mítico-religiosa a la de carácter científico. Esto fue decisivo para el nacimiento de la medicina hipocrática, que posteriormente daría el paso de la medicina improvisada a la medicina configurada con el espíritu científico de objetividad, racionalidad, experiencia e inmanencia. La filosofía pitagórica tiene un carácter *sui generis*,

ya que es una mezcla de ciencia y mística; hacer ciencia tenía un carácter místico, concepción que fue decisiva para generar la idea del secreto médico.

## **LA PRÁCTICA MÉDICA:**

A diferencia de otras disciplinas, la práctica médica se caracteriza por una estrecha relación entre el profesional que la ejerce y la persona que solicita el servicio. No obstante, debemos insistir que tal correspondencia está matizada y en ocasiones determinada por el contexto histórico, cultural, social y económico en el que el saber y la práctica médica se insertan por lo mismo y está supeditada a factores humanos. En el trabajo científico y cotidiano que realiza el médico, surgen múltiples problemas de carácter bioético. En realidad la práctica científica, pero sobre todo la práctica médica, reclama constantemente la necesidad de dar respuesta a problemas de esta naturaleza.

El juramento hipocrático implica un sentido de compromiso que el médico establece consigo mismo y con su propia comunidad, y una obligación infranqueable, indeclinable que permite el ejercicio de la medicina.

La Dra. Juliana González Valenzuela durante el III Simposio Internacional de la CONAMED sostuvo: “Debemos partir de un doble reconocimiento: que la ciencia como tal se rige por valores de verdad o de error, no de bien o mal. La ciencia es verdadera o falsa; no es ni buena ni mala. No persigue valores éticos sino epistemológicos, científicos, en sentido estricto. Su finalidad es el conocimiento adecuado y correcto.” Esto desde luego nos lleva a reconocer que la ciencia, aunque autónoma, depende de un contexto so-

cial, histórico y humano.

Los pitagóricos definían la salud como la armonía del cuerpo en equilibrio con los elementos; combinación milagrosa que da lugar a la vida. La idea de la vida ética, clave del pensamiento socrático, consolida la concepción del cuerpo humano, dando un carácter biológico por encima del de santidad; esto dio la concepción de una medicina integral al cuidado del cuerpo y el alma, que es también como se concibe la ética.

La primera gran razón por la que no hay posibilidad de medicina sin ética, es la liga indestructible que existe entre el saber y el poder. Este último entendido como un principio de vida o de muerte, es decir, el poder médico puede ser de creación o destrucción. Esta ambivalencia vida-muerte, sólo la ética lo resuelve, y recordemos que Asclepio, Dios griego de la medicina es hijo de Apolo, o sea de la luz, razón y vida, pero él provenía de la tierra, del inframundo; es decir es una deidad de muerte. Como él, la medicina se mueve en estos ámbitos.

La segunda razón es el problema de las relaciones humanas, que a lo largo de la historia han sido de dominio, amo – esclavo, sujeto – sujeto, en medicina esto se acentúa, porque la relación es asimétrica por definición: existe una natural desventaja y dependencia del paciente con respecto al médico, aunado a esto persiste el hecho de que la enfermedad es una situación límite entre nuestra propia condición y ante la muerte, hecho que nos confronta en el sentido de que el hombre sobrepasa su naturaleza biológica, al ser un individuo con carácter moral, cultural e histórico, es decir trascendemos el aspecto biológico, pero la enfermedad nos recuerda este aspecto.

La misma palabra enfermo, significa *infirmo*, carente de firmeza, es decir, es una condición que nos transforma estrictamente en materia viva.

Todo esto nos lleva al hecho de que hoy estamos viviendo una crisis de valores éticos y, desde luego, una crisis del humanismo. En general, nuestro siglo ha visto revoluciones de toda índole: científicas, tecnológicas, políticas, sociales, etc. Pero sobre todo, es un siglo de crisis, de valores, ideas, creencias, concepciones del mundo y de la vida, y también crisis de las estructuras de realidades políticas, sociales y morales.

**Cuando Lenek propuso la auscultación mediata y dio origen a la tecnología de hoy en día, se creó un símbolo. Antes de Lenek la exploración era de contacto directo, el oído del médico sobre el paciente, la auscultación mediata mejoró la percepción del sonido y evitó contagios, pero también separó al médico del paciente.**

Esta crisis ha originado que vivamos el mundo médico en situaciones y sistemas que favorecen las relaciones de dominio: la despersonalización, falta de comunicación, la manipulación y el trato deshumanizado, a lo que se une la burocratización de la medicina, la tecnificación. Subsistimos en una cultura basada en el economía, en la cual la compra venta es lo fundamental; las relaciones humanas son de intercambio, lo que ha llevado a priorizar los valores eco-

nómicos.

Que estos fenómenos inciden seriamente en la ética y el humanismo de la profesión médica, queda fuera de toda duda. Las viejas y venerables fórmulas de comportamiento profesional derivadas de la ética hipocrática evolucionada y que se resumía en “curar a veces, mejorar frecuentemente, pero consolar siempre” o bien “primero no dañar” se encuentra basada en la confianza y en el momento actual están siendo seriamente confrontadas. Sin embargo, la relación médico-paciente es algo demasiado delicado como para dejarla a la deriva en estas tormentas económicas, los médicos deberíamos reflexionar seriamente y actuar sobre estos problemas y no dejarnos llevar por la corriente de moda.

## **LOS MODELOS DE COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE:**

Históricamente muchos modelos han sido descritos para describir esa relación, el más común y prevalente hoy en día es el Paternalista, que dicho sea de paso, ya no es bien aceptado por los pacientes. Es a través de su descripción que se intenta identificar el papel de cada uno de los integrantes de la relación médico-paciente, con descripciones de la actividad médica en su rol de proveedor y cómo los valores del paciente se incorporan en la toma de decisiones terapéuticas. El tema es muy extenso, por lo que nos limitaremos a hablar de los cinco modelos generales que son, de mayor a menor aceptación los siguientes:

I.- Que observan la Presencia de valores de los pacientes, y por tanto su autonomía.

**1. PARTICIPATIVO.-** En el modelo se

discute y desarrolla valores con el paciente, recomienda tratamiento respetando los valores y coadyuva al paciente en la selección adecuada del plan médico a seguir. La decisión la realiza el paciente, con base a la información recibida. Es decir, desarrolla e identifica a través de una discusión en colaboración con su médico las mejores alternativas para él.

**2. INFORMATIVO.**- El médico proporciona información y opciones, pero la decisión es del paciente. Los valores del paciente los determina él mismo, e igual que el anterior, con base a la información recibida toma la decisión terapéutica que más le convence.

**II.-** Que observan regularmente los valores del paciente.

**1. INTERPRETATIVO.** El médico proporciona al paciente información, opciones y consecuencias, le ayuda a identificar los valores y recomienda el tratamiento en relación con éstos. El paciente también toma la decisión, pero en los valores de los pacientes al existir un posible desconocimiento, requiere clarificación e identificación en algunos casos.

**III.-** Que no observan o atienden los valores del paciente.

**1. PATERNALISTA.**- En éste modelo, que como se mencionó es el más frecuente, el médico activamente selecciona la intervención que ha determinado como la mejor para el paciente y su bienestar. El galeno toma la decisión terapéutica, y los valores del paciente obviamente son determinados por el médico, y el paciente sólo tiene que cumplirlo.

**2. INSTRUMENTAL.**- Este modelo ya casi no se ve, afortunadamente, se ca-

racteriza en que el médico selecciona un tratamiento que permita cumplir con su objetivo, sin considerar en lo absoluto las preferencias del paciente. Igual que el anterior, el médico toma la decisión terapéutica, no hay intervención del paciente en la decisión y por consecuencia encontramos una ausencia de valores del paciente.

Otro factor agregado, que no podemos eliminar, es la interacción de un tercer componente en esta relación que es el sistema de salud al que acude el paciente. Este factor interactúa al brindar mayores recursos diagnósticos o no al médico, lo que influye en la confianza y calidad de la atención brindada; si bien, esto no debiese ser un componente fundamental en este vínculo, el modelo de mercado, en donde el intercambio de compra-venta permanece incluido, la visión del paciente se ha modificado al solicitar estudios de laboratorio y gabinete que le brinden una tranquilidad falsa por costo elevado, lo cual ha propiciado una mala práctica que tiene como finalidad evitar la demanda, esquema que se conoce como medicina defensiva, es decir, es una demasía de servicios, en ocasiones es sobreutilización de recursos diagnósticos, pero no sólo por los médicos, sino también algunas instituciones. Es la sobremedicalización con el objeto de evitar demandas por parte de los pacientes; esto desde luego no significa calidad, ni un mejor vínculo en la relación médico-paciente, es sólo una protección de orden jurídico.

El reto desde la perspectiva del médico es retornar al estudio integral, objetivo, analítico y crítico que permita identificar a la persona como ser humano integral, recordemos que la definición de salud de la OMS habla que ésta es el bienestar bio-psico-social y no sólo la ausen-

cia de enfermedad. Conocer la magnitud del padecimiento de nuestro paciente, no sólo su enfermedad, es decir conocer al sujeto no al objeto, en donde los principios básicos de la bioética se reflejan: beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.

El reto económico, se encuentra en la disminución de costos, la medicina defensiva aumenta un costo que por sí mismo resulta elevado, jugando un papel fundamental el hecho de que la relación médico-paciente está basada en la confianza, por lo que el conocer al paciente me permite solicitar lo que necesito para llegar al diagnóstico y no más que eso.

Por último, el reto ético, el Dr. Fernando Martínez Cortes, al hablar del utilitarismo y el ejercicio ético de la medicina, ha señalado el siguiente precepto de aceptabilidad y aquiescencia que relaciona al médico con el paciente desde los ángulos de su libertad, responsabilidad y dignidad; que consiste en la aceptación y participación del paciente en las propuestas del médico. Recordemos las palabras del Dr. Francis Peabody en Harvard hace siete décadas: *“El tratamiento de una enfermedad debe ser totalmente impersonal, y el cuidado del paciente totalmente personal”*.

## **CONCLUSIONES.**

El médico no debe descalificarse en la difícil tarea de intervenir en el diseño del camino que tomará la atención médica. Sin médicos, no hay medicina. Médicos insatisfechos de su profesión realizan medicina deficiente, los cambios, solo los médicos los podemos lograr, aunque para ello tenemos que cambiar muchas prácticas vigentes. Es entonces, tarea de los Colegios Médicos tomar en sus ma-

nos la tarea que por muchos años delegó o dejó de ejercer, es uno de sus motivos de existencia, proveer que el ejercicio profesional se de en el más alto plano profesional y ético, entre muchos otros.

Al mismo tiempo, tenemos que recu-

### **LA MALA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:**

**Tiene como causa fundamental una pobre relación médico-paciente, en donde el eje de la relación es la desconfianza.**

**Otra causa es la falta de consentimiento informado.**

**Su base es la mala comunicación.**

perar esa capacidad de entender a la enfermedad como una respuesta global del ser humano, no sólo de un órgano o función, lo cual nos debe llevar a darle al paciente una dimensión orientada hacia su interioridad y vivencia de su padecer, contemplando los aspectos psicológicos y sociales. Es decir, tenemos que recuperar la relación médico-paciente por encima de la relación paciente-médico-institución.

Debemos volver a esa entrevista clínica realizada a un amigo, en donde la confianza y el entendimiento del otro, permiten una mejor identificación del problema, y por lo tanto el tratamiento tendrá mejores resultados, no tengamos una relación de tipo formulario-paciente. La historia clínica debe ser un relato de una relación basada en la confianza, no un

formato llenado a toda prisa e ilegible, ya que sólo cuando el paciente está convencido de que el médico lo ha escuchado y comprendido, creará en él, en su capacidad para reintegrarle su salud, y con esto se solventará el problema de la adherencia terapéutica, todos sabemos que entre el 25 y 50% de los pacientes no cumplen con su tratamiento, sin embargo, varios estudios han demostrado que el fondo de esto es un problema de comunicación, en el cual el paciente no escucho lo que el médico le dijo, si es que lo hizo, porque quizá sólo le extendió su receta y con voz firme le dijo: "tómese eso", desde luego aquí también está como trasfondo la falta de confianza del paciente hacia el médico.

El médico tiene que utilizar su propia persona para desempeñar el papel de autoridad que le corresponde en esta relación y sin menospreciar al paciente lograr que confíe en él y coopere en el proceso de recuperación de su salud. La relación médico-paciente entonces está basada en un vínculo de coparticipación emocional, y que solo termina cuando el paciente se alivia o muere.

Ante la intensidad de estas emociones, es entendible, pero no justificable que el médico se proteja de dichas sensaciones negando o evitando todo vínculo afectivo con sus pacientes, pero al hacerlo se pierde la posibilidad de experimentar una de las relaciones interpersonales más intensas. Resumiendo, es necesario reconocer la dignidad del enfermo, tratarlo en su totalidad, respetar su libertad de elección, fomentar su participación y desde luego ponerse en el lugar del otro.

Terminamos ésta reflexión citando al poeta y escritor Alvaro Mutis, que duran-

te una reunión acerca de la relación médico-paciente dijo: *"Así entiendo yo la relación médico-paciente. La veo desde el lado del paciente. Mientras que el médico no sea mi amigo y no esté a mi lado, y no juegue conmigo el arduo y bastante dudoso juego de la vida, no hay relación posible, y estoy casi seguro de que no me podrá curar. En cambio, si se crea esa complicidad, yo comienzo a curarme, y creo que todos los pacientes comenzamos a curarnos"*.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Casamadrid J.; La relación médico-paciente. II Simposio Internacional CONAMED. pp 201-206. Nov. 24-26, 1997.
2. Cortés Gallo G.; Análisis de las variables de la relación médico-paciente. II Simposio Internacional CONAMED. pp 207-211. Nov. 24-26, 1997.
3. Villanueva C. M.; La relación médico-paciente en el contexto de la garantía de calidad. II Simposio Internacional CONAMED. pp 211-221. Nov. 24-26, 1997.
4. Lifshitz G. A.; Desarrollo tecnológico ¿limitante o coadyuvante de la relación médico-paciente?. II Simposio Internacional CONAMED. pp 223-228. Nov. 24-26, 1997.
5. Stone T., Mantese A.; Conflicting values and the patient-provider relationship in managed care. Implications of cost and quality in managed care. J Health Care Finance. Vol. 26 (1), Fall 1999, 48-62.
6. González V. J.; Los valores bioéticos y la relación médico-paciente. Memorias del III Simposio Internacional CONAMED.

7. Naime L. J.; Las quejas médicas y su implicación en la relación médico.paciente. Memorias del III Simposio Internacional CONAMED.
8. López M. F.; ¿Qué es la bioética y cuál es su distinción con la deontología?. Memorias del III Simposio Internacional CONAMED.
9. Rivero S. O.; Los riesgos de la medicina defensiva en una sociedad en proceso de cambio. Memorias del IV Simposio Internacional CONAMED.
10. Fajardo O. G.; Medicina defensiva y globalización: los retos de la medicina mexicana. Memorias del IV Simposio Internacional CONAMED.
11. U.S. Congress, Office of Technology Assessment. Defensive Medicine and Medical Malpractice. OTA-H—602. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1994.
12. Rodríguez O. G.; Relación médico-paciente. Interacción y comunicación. OMS UNAM. Enero 2000.
13. Freitas D. J.; Bioética y derecho médico. El principio de beneficencia en la responsabilidad civil del médico. I Congreso de la Asociación Venezolana de Derecho Médico. Agosto 2001.
14. Stone Tamara T, Mantese Annamarie. Conflicting values and the patient-provider relationship in managed care. *J Health Care Financ* 1999; 26(1):48-62.
15. Stiggelbout AM, Kiebert GM. A role for de sick role. Patient preferences regarding information and participation in clinical decision-marking. *Canadian Medical Assoc Jour* 157 1977 (4):383-389.
16. Gawande AA, et al. Does Dissatisfaction with Health plans stem from Having No Choices?. *Health Affairs* 1988; 17(5): 184-194.
17. Beauchamps TL, Childress J. Principles of biomedical ethics. 4th ed. New York; Oxford University Press, 1994.
18. Mohr JC: American Medical Malpractice Litigation. An Historical Perspective. *JAMA* 2000;283:1731-4.
19. Mcnutt RA, Abrams R, Aron DC: Patient safety efforts should focus on medical errors. *JAMA* 2002;207(25):1997-2000.
20. Weingart SN, McWilson M, Gibberd RW, Harrison B: Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000;774-6
21. Frankel DH. Defensive medicine in USA. *Lancet*. 1994; 344(8923):673-4.