

Artículo de Interés

La relación médico paciente. Nuevas perspec- tivas.

Medic patient relation. New perspective.

Dr. Rodrigo Ramalho¹

La relación médico paciente es una relación interpersonal con connotaciones científicas, éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud¹.

Dentro del marco de la asistencia sanitaria institucional, esta relación es el pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención y es sólo tras alcanzarla que se puede obtener la satisfacción global con el ámbito organizativo de la atención².

Es la piedra angular del cuidado médico^{3, 4, 5}, y eje central del modelo organizativo de la asistencia sanitaria institucional^{6, 7}.

Se trata además de una relación donde se presta un servicio de alta significación, por ser la salud uno de las más preciadas aspiraciones del ser humano^{8, 9}.

Ahora bien, para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, es necesario e indispensable establecer un diálogo con el paciente, aún ante el hecho innegable de que en esta relación, como en cualquier relación humana, no es posible la NO COMUNICACIÓN^{10, 11, 12, 13}, o sea, una en la que por ejemplo el “habla” no se da sólo a través de la palabra¹⁴, y en la que la duración del tiempo en la que se desarrolla no debería ser necesariamente una variante limitante para la misma¹⁵.

El tratamiento de una enfermedad puede ser enteramente impersonal; pero el cuidado de un paciente debe ser completamente personal¹⁶, y por ende de naturaleza multidimensional^{17, 18}.

A pesar de su importancia, existen varias condiciones interrelacionadas que han repercutido negativamente en ella.

El desarrollo tecnológico ha distorsionado el ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico^{1, 19}. La técnica sola nunca podrá penetrar hasta la profunda raíz de ese ser misterioso llamado ser humano, que tiene necesidades que ni la técnica ni la ciencia pueden satisfacer^{8, 20}.

Las interconsultas con médicos especializados, que provoca un sentimiento difuso respecto de la responsabilidad de cada uno en la toma de decisiones e impide al paciente reconocer a un médico como referente, además del hecho que en América Latina subsiste la creencia arraigada de que la población

1) Médico Residente. Cátedra de Psiquiatría
Hospital de Clínicas. FCM – UNA

que demanda los servicios asistenciales no posee las aptitudes necesarias para participar en la toma de decisiones referidas a su salud²¹.

Al constituirse el modelo hegemónico biologista, que se centra cada vez más en la enfermedad, medios diagnósticos y terapéuticos, que en el mismo paciente, la distancia entre el paciente y su familia y el médico se incrementa, el paciente sabe cada vez menos y debe confiar cada vez menos en sí mismo mientras que el médico cada vez cuenta con más datos, con mejores medios diagnósticos y terapéuticos, incrementando su capacidad de decisión¹⁶.

Pero al ingresar en la edad moderna el espíritu social van surgiendo alternativas intelectuales basadas en la horizontalidad y la democracia, en este sentido, la bioética, en tanto disciplina contemporánea, ha evolucionado desde el paternalismo médico (que omitía a la familia, a la sociedad y al Estado) hacia enfoques más abarcativos de la relación médico-paciente²¹.

Dentro de este cambio de mentalidad surge la noción de *autonomía*, una nueva visión del paciente, ahora con capacidades “pese a estar enfermo”, lo que genera un nuevo modelo de relación asistencial donde el paciente tiene un rol protagónico²², en el que se reconoce su derecho a gestionar su cuerpo, su vida y también su intimidad^{23, 24}.

El concepto de autonomía constituye el reconocimiento a la dignidad de la persona humana y a su capacidad para obrar por propia determinación²⁵.

Aunque si bien el reconocimiento de este principio cuestiona y limita el actuar a través del modelo paternalista, no implica una negación de la autonomía del médico, o que la autonomía del paciente no tenga límites, y se debe tener en cuenta además que de la misma forma que el rol protagónico de los pacientes no disgusta a todos los profesionales, tampoco gusta a todos los pacientes^{22, 26}.

En esta perspectiva, la autonomía se caracteriza como relacional y relativa²⁷. La comunicación en el encuentro será influenciada por ambas partes en mutua influencia²⁸.

Lo principal de esta mentalidad es el ya no ver al paciente sólo desde una mirada anatómico - funcional, sino también social, espiritual; es decir, desde el desarrollo de lo humano, legitimarlo como sujeto de derechos, de promover en los pacientes la puesta en marcha de sus capacidades humanas²⁹.

El paciente debe participar activamente, los profesionales deben facilitar al paciente el conocimiento del pronóstico, riesgos, alternativas terapéuticas y precauciones a través de información clara, sencilla y comprensible, ayudándolo a participar activamente en cada una de las fases de su enfermedad: etiología, evolución, tratamiento y expectativas de los procesos,

pudiendo así decidir con conocimiento de causa³⁰.

El médico debe aprender que los dramas morales son tan reales como los fenómenos físicos y su importancia incluso es mucho mayor¹⁶, que mantener familiaridad con el paciente no se relaciona con ineficiencia³¹, y que incluso recuperar el aspecto humanístico de la medicina colocaría al médico en una mejor posición para la toma de decisiones que generan problemas éticos complejos³².

La relación con el paciente ha de basarse en el respeto mutuo y en el reconocimiento de las ventajas que para ambos supone trabajar de forma colaborativa, ambos deben aceptar la incertidumbre que siempre acompaña la traducción de los resultados de las investigaciones a la realidad clínica de un paciente concreto³⁰.

Jamás pudiera ser una relación a través de aparatos, porque tiene que desarrollarse en un contexto humano¹.

El tratamiento médico es, en rigor, por su esencia misma, un acto social, sometido a ordenamientos, legales y ejecutado dentro de los grupos sociales a los que el enfermo pertenezca, familia, profesión y amigos³³. El acto de demostrar sincera preocupación por y sobre el paciente podría no ser solo un anexo al tratamiento biomédico, sino una intervención biomédica en sí³⁴.

Desde un punto de vista académico, esta noción nos lleva principalmente a resaltar la enseñanza de la valoración de otros resultados del acto clínico diferentes a los meramente objetivos y biomédicos: aquellos que son considerados por los propios pacientes también como de valor, una enseñanza que tendría en cuenta que el paciente ocupa realmente un lugar central, donde lo humano dejaría de tener una prioridad meramente secundaria³⁵.

La educación médica tiene que destacar la importancia de la relación médico-paciente como cimiento de la práctica clínica. Sólo así, a partir de la solidez de esa relación, puede cultivarse la confianza en los procedimientos y tratamientos médicos y plantearse el asesoramiento con fundamento científico sobre otras prácticas, cuando estas conlleven el riesgo de interferir la eficacia de un tratamiento o de perjudicar la salud.³⁶

No se trata de psicologizar al médico, ni de prepararle para el ejercicio de la psiquiatría, sino de otorgarle una herramienta en el abordaje y comprensión de la dimensión psicológica y social del enfermo, una clínica que incluya el estudio del ser humano en esa su dimensión del ser, que le permita desarrollar destrezas específicas, integrarlas al resto de sus conocimientos de la dimensión biológica y desde ahí comprender al paciente, atendiendo a aquellos con-

ceptos y prácticas que le permiten al médico extraer datos útiles para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su paciente³⁷.

En este contexto, el enfoque de las habilidades de comunicación se representa en una posición fundamental y central como elemento de la formación médica³⁸.

REFERENCIAS

- Rodríguez Silva, H. La relación médico-paciente. *Rev Cubana Salud Pública*, oct.-dic. 2006, vol.32, no.4, p.0-0. ISSN 0864-3466
- Serrano-del Rosal, R. Lorient-Arín, N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud pública Méx*, Abr 2008, vol.50, no.2, p.162-172
- Lynch, D. et al. The Patient-Physician Relationship and Medical Utilization. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007; 9(4): 266–270
- Ngairé, K. Buetow, S., Mainous, G.. Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. *Ann Fam Med*. 2004 September; 2(5): 455–461
- Stewart. Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract*. 2005 October 1; 55(519): 793–801.
- Ortiz-Pommier, A. Conflicto de intereses en la relación clínica. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, Ene 2004, vol.42, no.1, p.29-36
- Girón, M. et al. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev. Esp. Salud Publica*, Oct 2002, vol.76, no.5, p.561-575
- Cicili, A. Vidaillet, E. Carnot, J. La relación médico-paciente en el Sistema Nacional de Salud. http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi06603.htm
- K E Kearley, G K Freeman, A Heath An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract*. 2001 September; 51(470): 712–718
- Braghetto, M. Baronti, C. Relación paciente-médico. Una alianza que fomenta la calidad. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 59 - N° 5, Octubre 2007; págs. 385-392
- Malterud, K., Hollnagel, H. The Doctor Who Cried: A Qualitative Study About the Doctor's Vulnerability. *Ann Fam Med*. 2005 July; 3(4): 348–352.
- Lings, P. et al. The doctor-patient relationship in US primary care. *J R Soc Med*. 2003 April; 96(4): 180–184
- Consultation, collaboration, communication ... and conciliation. Morrison, L. Gillies, M. *Br J Gen Pract*. 2004 August 1; 54(505): 636–637
- Manitta, G. EL MALESTAR EN LA RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE. *Acta bioeth.*, 2005, vol.11, no.1, p.85-94
- Braddock, C., Snyder, L. The Doctor Will See You Shortly: The Ethical Significance of Time for the Patient-Physician Relationship. *J Gen Intern Med*. 2005 November; 20(11): 1057–1062
- Carrera, J. Evolución de la relación medico paciente. *Monografias.com*. <http://www.monografias.com/trabajos16/medico-paciente/medico-paciente.shtml?monosearch>
- Lynch, D. et al. The Patient-Physician Relationship and Medical Utilization. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007; 9(4): 266–270
- Boutin-Foster, C., Charlson, M. Problematic Resident-patient Relationships: The Patient's Perspective. *J Gen Intern Med*. 2001 November; 16(11): 750–754
- Giménez Mas, J. A. La profesión médica hoy: nueva llamada de la tradición hipocrática. *Medifam*, Nov 2002, vol.12, no.9, p.49-58
- Marsiglia, I. Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. *Gac Méd Caracas*, set. 2006, vol.114, no.3, p.183-189. ISSN 0367-4762.
- Bascunan, M. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev. méd. Chile*, ene. 2005, vol.133, no.1, p.11-16. ISSN 0034-9887.
- Sorokin, P. Relación intersubjetiva médico-paciente: en defensa propia. *Bioética & Derecho*. <http://www.bioetica.org/bioetica/ensciones11.htm>
- Iraburu, M., Chamorro, J. and Pedro, M.T. de Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. *Anales Sis San Navarra*, Dic 2006, vol.29, no.3, p.357-366
- Iraburu, M. Confidencialidad e intimidad. *Anales Sis San Navarra*, 2006, vol.29, suppl.3, p.49-59
- Falasco, M. Relación médico-paciente: Jerarquización de la autonomía del paciente. *Acta Bioquím. Clín. Latinoam.*, mar./jun. 2005, vol.39, no.2, p.253-254. ISSN 0325-2957.
- Stevenson, F. Kerr, C. Murray, E. Information from the Internet and the doctor-patient relationship: the patient perspective – a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2007; 8: 47. Published online 2007 August 16
- Camargo JR., K. Autonomía del paciente en el proceso terapéutico como valor para la salud. *Interface (Botucatu)*, jan./abr. 2007, vol.11, no.21, p.65-78. ISSN 1414-3283. Abstract
- Street, R. et al. Beliefs About Control in the Physician-patient Relationship: Effect on Communication in Medical Encounters. *J Gen Intern Med*. 2003 August; 18(8): 609–616
- Jaramillo, L. Pinilla, C. Duque, M. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal

- de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index Enferm.* [online]. 2004, vol. 13, no. 46, pp. 29-33. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200006&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1132-1296.
30. González, A. *Fisterra.com*. Atención primaria en la red. El médico y el paciente en los próximos años.
 31. Lea Jabaaij, Thijs Fassaert, Sandra van Dulmen, Arno Timmermans, Gerrit A van Essen, and François Schellevis. *BMC Fam Pract.* 2008; 9: 51. Published online 2008 September 24
 32. Colt, Henri. Autonomía e identidad práctica: Pilares de la conducta ética de los médicos. *Medicina (B. Aires)*, Feb 2006, vol.66, no.1, p.75-80
 33. Zea, F. Fundamentos de la relación médico-paciente. *Rev Colomb Cardiol* 1998; 6: 263-73.
 34. Adler, H. The Sociophysiology of Caring in the Doctor-patient Relationship. *J Gen Intern Med.* 2002 November; 17(11): 883-890.
 35. Ruiz, R. Relación médico-paciente: desafíos para la formación de profesionales de la salud. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* ISSN 1414-3283 (Botucatu) v.11 n.23 Botucatu set./dez. 2007
 36. Franco, J. a. and Pecci, C. La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. *Medicina (B. Aires)*, Abr 2003, vol.63, no.2, p.111-118
 37. Hernandez, G. Lo psicológico en los estudios médicos una evaluación del nuevo programa de psiquiatría en los estudios médicos de pregrado. *RFM*, jun. 2006, vol.29, no.1, p.5-11. ISSN 0798-0469.
 38. Filho, J. Relação médico-paciente: a essência perdida. *Interface (Botucatu)*, Dez 2007, vol.11, no.23, p.631-633.