

El humanismo y la relación médico-paciente

The humanism and doctor-patient relationship

La relación médico-paciente, no obstante el avance tecnológico en la atención de salud, sigue siendo el núcleo de la práctica asistencial.¹ Muchos factores, entre los que se destaca la progresiva acumulación de información técnica, han ocasionado que la formación médica se recargue casi exclusivamente en contenidos teórico-prácticos del qué, cuándo y el cómo hacer.

Internacionalmente existe una evidente deuda con la formación humanística, que dificulta la adquisición de las necesarias habilidades comunicativas para interactuar adecuadamente con el paciente y su entorno, además de limitar la capacidad para comprender el proceso salud-enfermedad en su multidimensionalidad, lo cual impacta de manera desfavorable en la calidad de la práctica asistencial diaria.

El sentarse junto al enfermo, resguardarle de los peligros conocidos y esperar su curación o su muerte, sentaron en la historia, lo que sería, en la prototípica relación médico-paciente, la fase de compañía. El humanismo, la espiritualidad y la ética son tres condiciones indispensables para el desarrollo exitoso de la trascendente misión preventiva, curativa y de rehabilitación que descansa en los hombros de los que integran el equipo de salud.²

La relación médico-paciente, es una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud.³ La práctica médica, desde sus orígenes ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas. Esta interacción es un fenómeno bastante complicado, basado en diversos componentes de carácter económico, profesional, jurídico, psicológico, moral, ético y estético.⁴

Con la industrialización acelerada, la migración a grandes ciudades y la centralización e institucionalización de los servicios médicos, la comunicación médico-paciente redujo notablemente su profundidad y el profesional incorporó la tecnificación, que al ser mal incorporada, condujo a pensar que los objetivos se limitaban a la atención de problemas que detectan sofisticados equipos y utilizar para su solución similar instrumental.

La concepción del hombre involucionó hasta asumirse como un conjunto de órganos. Esta fue la primera crisis del humanismo⁵ de la profesión médica, proliferaron las súper especialidades, y tuvo lugar una relación profesional despersonalizada y dispersa. Este médico súper tecnificado pero deshumanizado, se erigió en antítesis del médico de familia.

Para José Martí, era un compromiso ineludible de los gobernantes garantizar la salud de la población y al escribir sobre la relación entre las enfermedades infecciosas y las malas condiciones de vida de las clases sociales más humildes de su época, plantea "... el deber de remediar la miseria innecesaria es un deber del estado".⁶

Entre los países del tercer mundo, Cuba es ejemplo de voluntad política de un estado que considera la salud como un derecho de la población y una responsabilidad priorizada.

Las cruentas realidades del mundo actual, parten de un profesional sometido a las leyes del mercado, que prioriza la información sobre la formación, la técnica sobre la compasión, la instrucción sobre la educación y la habilidad sobre la sensibilidad. Egresan médicos cada vez más actualizados, pero menos compasivos, más técnicos pero menos involucrados, más entrenados pero menos disponibles, más equipados pero menos integrales, más automatizados pero menos humanizados y cada vez más ocupados pero menos sacrificados;⁵ lo que da lugar a la segunda crisis del humanismo en la medicina.

La medicina debe ampliar su perspectiva sobre la salud hasta llegar a englobar la realidad emocional de los pacientes.⁷ El paciente siente habitualmente el temor de morir, la angustia ante lo desconocido, la tristeza y la hostilidad frente al infortunio y una permanente demanda de afecto. Por otro lado, el médico debe romper esta barrera, que pudiera alejarlo para siempre del paciente. Debemos tratar de oír al paciente. Es un antiguo precepto que saber hablar es un don de la naturaleza, pero saber oír es una virtud.⁸

Es clásico para la práctica médica la presencia de una enfermera y de un doctor empáticos y atentos con sus pacientes, capaces tanto de escuchar como de hacerse oír. Esto implica el cultivo de una atención médica centrada en la relación y el reconocimiento de que la relación entre médico y paciente constituye un factor muy significativo para el buen curso de la enfermedad. De ahí la necesidad de que en la formación de los futuros médicos se incluya el conocimiento de algunos elementos básicos de la inteligencia emocional, sobre todo la toma de conciencia de uno mismo y las habilidades de la empatía y la escucha.⁷

El profesional sanitario, el médico en primer lugar, en su ejercicio junto al enfermo, tiene que actuar con una adecuada certidumbre moral en su quehacer ante esa persona. De lo contrario, no estará profesando la medicina; será solo un técnico que repara algo que no funciona correctamente. El ser humano es mucho más que biología, es también razón, autoconciencia, voluntad y afectividad. Ignorar la individualidad y subjetividad inherente a lo humano, provoca algunas de nuestras insuficiencias y errores en la asistencia sanitaria.

Los profesionales de la salud tenemos la obligación moral de ampliar la óptica sobre el paciente, descubriendo el sufrimiento y ubicando su fuente, con el fin de emplear todos los medios disponibles para aliviarlo, teniendo en cuenta para ello al hombre en su dimensión integral.⁹

Urge salvar la relación médico-paciente, rescatando el humanismo de la más humana de las profesiones. Para ello se requiere, además de voluntad política, cambios en la enseñanza profesional y desarrollo de la ética de las virtudes.

MSc. MAYDA JOSEFA HERNÁNDEZ ROSALES
Policlínico "Raúl Gómez García". La Habana, Cuba.
Correo electrónico: mhrosales@infomed.sld.cu

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta Sariego JR. Los árboles y el bosque. La Habana. Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela; 2009. p. 59-65.
2. González R. Humanismo, espiritualidad y ética médica. La Habana: Editora Política; 2005. p.10-2.
3. González Menéndez R. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2004. p. 37-43.
4. Santos Sánchez L, Amado Cano MC, Cruz Álvarez N, Barriuso Andino A, Fernández Alan O, Toledo Curbelo G, et al. Ética y moral. Teoría y práctica. Introducción a la medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 68.
5. González Menéndez R. Humanismo y gestión de salud: pasado, presente y futuro. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 Dic [citado 2012 Ag 30];32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400006&lng=es
6. Toledo J. En torno al pensamiento martiano y algunos aspectos de la bioética. En: Acosta Sariego JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 1997. p. 41.
7. Martínez Gómez C. Consideraciones sobre inteligencia emocional. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2009. P. 227-8.
8. Pérez Cicili A, Vidaillet Calvo EC, Carnot Pereira J, Duane Machado OJ. La relación médico-paciente en el Sistema Nacional de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2003 Dic [citado 30 Ag 2012];19(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000600006&lng=es
9. Molina López Javier A. El sufrimiento humano como experiencia personal y profesional. Bioética. Revista del Centro de Bioética Juan Pablo II. 2011 May-Ag;11:4-8.