



La relación médico-paciente: ¿una necesidad olvidada?

Juan Ramiro Ruiz Durá*

RESUMEN

La relación médico-paciente tiene gran peso en los resultados del ejercicio médico. Ha habido diferentes códigos médicos que insisten en la importancia de esta relación y en la existencia de los derechos del paciente; sin embargo, su repercusión ha sido escasa. Hasta hace poco, dicha relación se establecía entre un claro binomio: el médico y el paciente, pero hoy este binomio es más complejo y aparenta haber desaparecido. Los principales modelos de la relación médico-paciente son: *Actividad-Pasividad*, *Guía-Cooperación* y *Participación*. En la actualidad, la relación médico-paciente se ha deteriorado, al ser interferida por factores externos, entre los que destacan los socioeconómicos, los debidos al desarrollo tecnológico y los imputables directamente a la conducta del médico. Parece fundamental recuperar dicha relación, como parte del arte médico. La solución al problema no es fácil y conlleva la necesidad de contar con mecanismos legales que resguarden los derechos de los médicos y de los pacientes. Además, es imprescindible realizar cambios profundos en el campo de la educación para la salud. De no priorizar la relación médico-paciente como parte importante del ejercicio médico, esta profesión afrontará el riesgo de convertirse en una ocupación meramente técnica.

Palabras clave: relación médico-paciente, ética médica, medicina social, derechos del paciente.

ABSTRACT

The medical-patient relation has a big weight in the medical practice. There have been different medical codes that highlight the importance of this relation and the existence of the patient's rights; nevertheless, its repercussion has been scarce. A few time ago, this relation was established among a clear binomial: the doctor and the patient, but now this binomial is very complex and it seems to have disappeared. The main models of the medical-patient relation are: *Activity-Passiveness*, *Guide-Cooperation*, and *Participation*. Currently, the medical-patient relation has been deteriorated because it was interfered by external factors, such as: socioeconomic problems, those due to the technological development and those attributable to the doctor's conduct. It seems fundamental to recover this relation, as a part of the medical art. The solution is not easy and involves the need to count with legal mechanisms that protect the doctors and patients rights. Besides, it will be important to carry out deep changes in the models of health education. If the medical-patient relation is not prioritized as an important part of the medical exercise, our profession would face the risk of only becoming a technical occupation.

Key words: doctor-patient relation, clinical ethics, social medicine, patient rights.

RÉSUMÉ

La relation médecin-patient exerce un grand poids sur les résultats de l'exercice médical. Il y a eu de différents codes médicaux qui insistent sur l'importance de cette relation et sur l'existence des droits du patient ; toutefois, leur répercussion a été faible. Il n'y a pas longtemps que cette relation s'établissait entre un clair binôme : le médecin et le patient, mais aujourd'hui ce binôme est plus complexe et semble avoir disparu. Les principaux modèles de la relation médecin-patient sont : *Activité-Passivité*, *Guide-Coopération* et *Participation*. De nos jours, la relation médecin-patient s'est détériorée, du fait de l'interférence de facteurs extérieurs, parmi lesquels se détachent les socioéconomiques, ceux dus au développement technologique et ceux attribuables directement à la conduite du médecin. Il paraît fondamental de récupérer ladite relation, comme partie de l'art médical. La solution au problème n'est pas facile et entraîne la nécessité de compter avec des mécanismes légaux qui garantissent les droits des médecins et des patients. En plus, il est indispensable de réaliser des changements profonds sur le terrain de l'éducation pour la santé. Si l'on n'accorde pas de priorité à la relation médecin-patient comme partie importante de l'exercice médical, cette profession affronterait le risque de devenir une occupation nettement technique.

Mots-clés : relation médecin-patient, éthique médicale, médecine sociale, droits du patient.

RESUMO

O relacionamento médico-paciente tem um grande peso nos resultados do desempenho médico. Já existiram diferentes códigos médicos que insistem na importância desse relacionamento e na existência dos direitos do paciente; não obstante, sua repercussão tem sido pouca. Até poucos anos, tal relacionamento estabelecia-se entre um claro binômio: o médico e o paciente, mas hoje esse binômio é mais complexo e parece ter desaparecido. Os principais modelos do relacionamento médico-paciente são: *Atividade-Passividade*, *Guia-Cooperação* e *Participação*. Atualmente, o relacionamento médico-paciente tem se deteriorado, ao ser interferido por fatores

externos, entre os que sobressaem os socioeconómicos, aqueles causados pelo desenvolvimento tecnológico e os imputáveis diretamente à conduta do médico. Resulta fundamental recuperar tal relacionamento, como parte da arte médica. A solução ao problema não é fácil e traz a necessidade de contar com mecanismos legais que resguardecem os direitos dos médicos e os dos pacientes. Além do mais é imprescindível realizar mudanças profundas na área da educação para a saúde. Se não priorizarmos o relacionamento médico-paciente como parte importante do desempenho médico, esta profissão afrontará o risco de se tornar numa ocupação nada mais do que técnica.

Palabras clave: relacionamento médico-paciente, ética médica, medicina social, direitos do paciente.

La relación médico-paciente es el evento crítico de la medicina clínica del que depende el resto del acto médico...

ALBERTO LIFSCHITZ¹

La relación médico-paciente ha sido, desde siempre, un factor de gran peso en la resolución del mal que aqueja a este último, porque es la que matiza, para bien o para mal, la conducta del médico y la respuesta del paciente.

Hasta hace algunas décadas, esta relación era meramente interpersonal y, por lo tanto, se daba al interior de un binomio evidente, formado sólo por el médico y el paciente. Sin embargo, en la actualidad, el binomio suele ser más complejo y a menudo está representado por los sistemas públicos o privados de salud y por la sociedad derechohabiente o usuaria. La relación se interfiere y se convierte en una relación médico-institución-paciente, médico-administración-paciente o médico-norma-paciente,² lo que puede dar la impresión de que el binomio ha desaparecido. Sin embargo, el binomio persiste y no debe perderse de vista, ya que no se concibe el ejercicio médico sin paciente ni se puede hablar de un paciente si no está expuesto al ejercicio médico.

No existe un modelo único de relación para este binomio. El médico debe tener la responsabilidad y capacidad de adoptar un estilo para cada tipo de paciente e, incluso, para cada paciente en particular. El viejo aforismo que enuncia “no hay enfermedades sino enfermos” pone de relieve que aunque uno es capaz de conocer todo lo que es común para una enfermedad, pueden ignorarse las tendencias evolutivas en cada caso concreto. En cada paciente concurren factores psicológicos, familiares, sociales y ambientales diferentes

que requieren de una relación médico-paciente individualizada. Para Ruy Pérez Tamayo “...la profilaxis, la terapéutica y la lucha contra las muertes evitables o prematuras, no agotan todo lo que la medicina es; falta la manera o estilo como los médicos realizan tales acciones.”³

Resulta imprescindible detenerse a reflexionar acerca de la trascendencia de esta relación y de la necesidad de adjudicarle la importancia que en realidad tiene en el quehacer cotidiano del médico clínico.

CONCEPTOS HISTÓRICOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Más allá de discutir si el pensamiento hipocrático en su conjunto, incluido el clásico juramento, es o no válido en estos días, más allá de aceptar o no que esta Escuela responda a la autoría exclusiva de Hipócrates, debe reconocerse que es a partir de entonces cuando la medicina se despoja de sus atributos mágico-religiosos y se convierte en un proceso racional y clínico, lo que da origen a la medicina científica.

Puede afirmarse, también, que es justo Hipócrates quien, por primera vez en la historia de la medicina, habla de las necesidades del paciente y acentúa la importancia de su relación con el médico. En 1894 Edward Theodore Withington analizó la obra del maestro de Cos y le atribuyó los siguientes pensamientos: “...el médico debe no sólo estar preparado para hacer él lo que conviene, sino también para asegurarse la cooperación del paciente, los enfermeros y los auxiliares...”, “...incluso los caprichos del paciente deben ser respetados en la mayor medida posible...”, “...un médico debe perder sus honorarios antes que preocupar con ellos al enfermo.”⁴ Otro de los famosos aforismos hipocráticos, “...curar algunas veces, ayudar con frecuencia, consolar siempre...”, resulta igualmente indicativo de la preocupación

* Médico ginecoobstetra. Especialista certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

Recibido: junio, 2006. Aceptado: julio, 2006.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

hipocrática de la obligación del médico para con el enfermo.

Sin embargo, también es cierto que el médico, bajo ese manto hipocrático y ese compromiso de beneficencia, fue ungido a lo largo de los siguientes siglos, con una personalidad casi mitológica, que le permitió asumir una actitud paternalista, cuando no claramente autoritaria.

Siglos después aparecieron otros juramentos y otros códigos de conducta médica, como los de Maimónides y Arnau de Vilanova en los siglos XII y XIII, respectivamente. En ellos se esboza de nuevo la necesidad de una buena relación médico-paciente, pero siempre en el contexto de una relación asimétrica; el médico colocado en una posición de supremacía y el paciente en una actitud de clara subordinación.

En 1946, como consecuencia de los juicios que evidenciaron las actuaciones criminales de la medicina nazi en los campos de exterminio, apareció el Código de Núremberg y en él se oficializaron, por primera vez, los derechos del paciente. Luego surgieron otros códigos y normas de ética médica; la más importante fue la Declaración de Helsinki, promulgada por la Asociación Médica Mundial en 1964 y actualizada en el 2004. Estos códigos y normas, aunque insisten más en los aspectos éticos de la investigación en humanos no dejan de insistir en los derechos del paciente. Sin embargo, aunque deben considerarse sumamente meritorios dichos esfuerzos, hay que aceptar que estos códigos y resoluciones no han tenido gran impacto en los modelos actuales de la relación médico-paciente, pues ésta depende de la acción conjunta de múltiples factores externos y no puede establecerse con base en una norma escrita.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL

En la actualidad se reconocen tres modelos clásicos de relación médico-paciente:

1) *Actividad-pasividad*: es el modelo típico hipocrático, asimétrico, con sumisión completa y pasiva del paciente a las decisiones del médico.

2) *Guía-cooperación*: es el más frecuente en la actualidad. El paciente busca en el médico un guía y está dispuesto a colaborar con sus indicaciones.

3) *Participación*: se intenta una responsabilidad compartida con mutua interdependencia, en la que las decisiones del paciente y del médico se toman en cuenta.

Pero el modelo actual de la medicina es mecanicista y su importancia no parece centrarse en la relación médico-paciente, sino en la relación médico-enfermedad. Por ello, la relación médico-paciente, o lo que aún subsiste de ella, ha sufrido un deterioro notable y no siempre responde a uno de los modelos mencionados.

De dicho deterioro nacen, sin duda, las críticas más ácidas que se escuchan a diario contra el médico. Así, quejas como la deshumanización, la comercialización y la superespecialización se dirigen, en ocasiones, contra la medicina en abstracto, pero la mayor parte de las veces personalizadas en el propio médico, a quien se acusa, con implícita decepción, de “haber cambiado”. Y es que parecería lógico pensar que es el médico quien decide el modelo de relación que desea con su paciente, aunque, en la realidad, pocas veces puede hacerlo libremente. Si el médico “ha cambiado” es, en gran parte, como consecuencia del modelo actual de la medicina, que a su vez, también ha sido modificado por factores extrínsecos.

La relación médico-paciente se ha visto afectada por tres causas: a) factores socioeconómicos, b) desarrollo tecnológico y c) causas imputables al propio médico.

a) *Factores socioeconómicos*: en esta sociedad el acceso a los servicios de salud no es equitativo. Los problemas socioeconómicos han determinado que una gran parte de la población recurra a la medicina institucional del Estado como única posibilidad. Por lo general, ésta es una medicina poco amable, impersonal y, no pocas veces, de mala calidad. Aquí, el modelo de relación es forzosamente de *Actividad-Pasividad*, es decir, paternalista y, por lo tanto, los derechos del paciente son mínimos; ni éste puede elegir a su médico, ni puede ser partícipe de las decisiones, ni puede exigir un trato digno, debido al falso concepto existente de que recibir atención para la salud por parte del Estado es una graciosa dádiva.

Al mismo tiempo, una minoría social tiene acceso a los servicios médicos privados, con atención más personal, más tecnificada y más eficaz. El paciente, con mayor conciencia de sus derechos, busca una relación

del tipo *Guía-Cooperación*. Sin embargo, en este caso, la relación médico-paciente se convierte a menudo en la de prestador de servicio-consumidor. El consumidor tiene la capacidad de elegir entre varias ofertas, pero también el riesgo de dejarse seducir por promociones o modas.⁵ Es cierto que este tipo de medicina se aleja del modelo paternalista pero, en cambio, se contamina con un sesgo claramente contractual que, como en todo contrato, parte de la base de la desconfianza mutua y busca, por parte del médico y del paciente, protegerse de la indefensión. El paciente defiende su parte del contrato, mediante la amenaza de demanda por responsabilidad profesional. El médico responde con la práctica de una medicina defensiva, distinguida, entre otras cosas, por una cantidad exagerada de exámenes complementarios, que más que enriquecer el diagnóstico tienen la finalidad de constituirse en eventuales hallazgos, y que conllevan un marcado aumento de los costos de la atención.

En algunos países, 80% de los juicios legales contra los médicos son inconsistentes, quizá porque muchas de las demandas se deben más a una relación médico-paciente insatisfactoria que a la existencia de verdaderas deficiencias en la atención.⁶ En México, una encuesta de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en el año 2003, informó que 36% de los médicos reconocen ejercer una medicina defensiva.⁷

De nuevo, la relación es interferida y sustituida por la de médico-contrato-paciente, lo que, además de obstruir el ejercicio racional de la práctica médica, elimina toda posibilidad de cooperación por parte del paciente.

b) *Desarrollo tecnológico*: el incremento impetuoso de la tecnología, en el campo de la medicina y en el de la información, deja también impresa su huella en la relación entre el médico y su paciente.

La tecnificación en la medicina también supone una interferencia en el binomio médico-paciente y coloca a la tecnología entre ambos, lo que determina una relación médico-máquina-paciente. Ésta, a su vez, tiene dos vertientes muy claras: la del médico-máquina, en la que el médico deposita toda su confianza en sus aparatos y la del paciente-máquina, en la que el paciente supone que la tecnología es infalible y no acepta el error humano.⁸ De esta manera, la atención médica queda convertida en un servicio técnico más,

que incluso puede obtenerse fuera del consultorio médico, aprovechando el avance tecnológico en el campo de la informática. Resulta elocuente que 23% de los internautas europeos utiliza la cibernética para obtener información de su salud. Podría pensarse que esta interferencia tecnológica en la relación médico-paciente es el razonable precio que debe pagarse a cambio del mejoramiento en la calidad de vida. No debe pasarse por alto, sin embargo, que las bondades de este desarrollo tecnológico no llegan a todos, ni siquiera a los grupos que más lo necesitan.⁹

En algunos países se proyecta el uso de una tarjeta inteligente de salud, en la que estaría todo el historial médico del paciente; el médico podría acceder a esta información y los datos se almacenarían en un archivo institucional, regional o nacional. En este mismo sentido, una empresa estadounidense de biotecnología (*Applied Digital Solutions*) diseña un microchip de 12 x 2.6 mm para aplicación subcutánea, que puede contener el expediente clínico del portador, en forma de un código de barras. Dicho chip permitiría, además, la localización de la persona por vía satelital.¹⁰ La finalidad de estas propuestas es la de acabar con la fragmentación de la información que tiene cada una de las instituciones o de los especialistas que participan en la atención del mismo paciente, pero se ponen en tela de juicio importantes aspectos éticos, como el secreto profesional y el derecho a la privacidad del paciente.

De forma simultánea y cada vez más se requiere de mayor profundización en el conocimiento de las técnicas médicas. Ya no es posible exigir al médico que domine todos los temas de la medicina y, con frecuencia, su actividad se ha visto reducida a un campo muy particular del ejercicio médico. La alta especialización se ha convertido en algo imprescindible. Mientras en Estados Unidos, a finales del siglo XIX, todos eran médicos generales, en 1925 el 25% eran especialistas; en 1969 esta cifra había aumentado a 75%¹¹ y hoy se calcula en 90%. Si el concepto es que el gran especialista es el que *sabe más, aunque de menos cosas*, tendría que aceptarse que el mejor especialista es el que *sabe todo, pero de nada*. Esta ineludible división del quehacer médico interfiere también, en este caso por omisión, con la relación médico paciente, que puede llegar a limitarse a una relación médico-corazón, médico-embarazo, médico próstata, etc.

c) *Causas imputables al propio médico*: el médico, ya sea por efecto de los cambios sociales y tecnológicos mencionados o por los cambios intrínsecos en sus valores e intereses, tampoco es ajeno al resquebrajamiento de la relación médico-paciente. Ya no existe el modelo de médico que la sociedad añora, que es el médico familiar o general, el médico de corte hipocrático que, aunque paternalista, es poseedor de conocimientos, de experiencia clínica y también de responsabilidades y afectos. Ese médico se ha ido extinguiendo y sólo se le encuentra en localidades pequeñas, lejos de las instituciones y de la gran tecnología. No suele ser un médico prestigioso ni de vanguardia y generalmente es menospreciado por la misma colectividad médica. Pero el médico exitoso, elogiado por sus colegas, tampoco satisface en su totalidad porque, deslumbrado por la tecnología, centrada su atención en los conocimientos particulares de su especialidad, afronta la enfermedad como un reto académico y convierte al enfermo en un mero objeto de estudio, lo que contribuye a deshumanizar o impersonalizar dicha relación.

No debe olvidarse la gran importancia que la comunicación adquiere en la relación médico-paciente. La comunicación es un proceso compartido, donde existe un trasmisor y un receptor y cuyo objetivo es transferir la información del uno al otro para su comprensión, a través de expresiones verbales y no verbales; ambas son igual de importantes. Sin embargo, el médico actual, con falta de tiempo o con incapacidad para comunicarse con su paciente ha dejado de considerarla como un componente básico de su arsenal terapéutico. Como ejemplo, puede citarse la historia clínica que, recurrentemente ensalzada en todos los trabajos académicos como herramienta básica, se ha convertido en la práctica en un mero trámite de rutina, al que no se le concede ninguna importancia. Se le ha sustituido, en muchos casos, por un formato de preguntas dicotómicas (con respuestas de sí o no) que, en algunas ocasiones, llena el propio paciente en la sala de espera. ¿Dónde queda la sagacidad del médico al dirigir intencionalmente su interrogatorio y dónde su capacidad para llevarlo a cabo? Aquí, la relación médico-paciente ha sido también interferida por una incomunicación médico-paciente. No hay

mucha diferencia entre este tipo de comunicación y el diálogo con una contestadora automática en una llamada telefónica o el que se da en la transacción de un cajero automático.

PERSPECTIVAS

No hay más remedio que aceptar que en estos días la clásica relación médico-paciente, bajo el influjo de tantas interferencias, se ha transformado y ha tomado un derrotero que amenaza con su degradación. El binomio amenaza con romperse. La labor del médico no tiene un destinatario concreto. El paciente es simplemente el portador del problema a resolver y el potencial enemigo del médico. La medicina se está convirtiendo en una oferta técnica y renuncia a seguir siendo una profesión con sentido humanístico.

Es cuestionable si esta situación es irreparable o, por el contrario, si puede y debe modificarse. Sin duda la respuesta apuntará hacia la segunda opción. Resultará más complicado determinar cómo hacerlo, porque es incierto el camino que tomará el ejercicio de la medicina en el futuro inmediato y a largo plazo. Goic piensa que para solucionar el problema es necesario "*... disponer de mecanismos legales que, equilibradamente resguarden los valores propios de la medicina y la honorabilidad de los médicos, por una parte, y los derechos y deberes individuales de los pacientes, por la otra.*"¹²

Sin restarle importancia a este concepto, es necesario insistir en que los mecanismos legales, por sí solos, no serán nunca suficientes y que a éstos habrá que añadir mecanismos capaces de incidir en los procesos íntimos de la convicción personal y de la toma de conciencia colectiva. Ello sólo será posible mediante un cambio radical en el enfoque del amplio campo de la educación para la salud, entre los médicos y los pacientes.

El propósito de la educación profesional médica, en especial en el terreno clínico, no puede limitarse a capacitar a los estudiantes en cuanto a la adquisición de conocimientos científicos, sino que debe, de manera obligatoria, extenderse a los valores y las actitudes humanísticas que cualquier médico debe tener. Asimismo, las facultades de medicina

deberían adaptar la educación profesional a los constantes cambios demográficos y socioeconómicos y a los que ocurren en el propio sistema de atención médica.¹³ Se ha insistido en otros escritos en que el médico clínico no puede ser formado como un científico puro. El trabajo clínico debe basarse, por igual, en la ciencia y en el arte¹⁴ y la relación médico-paciente forma parte de ese arte.

De forma simultánea, el individuo y la sociedad deben ser educados en lo concerniente a los sistemas y modelos actuales de procuración de salud y a lo que, dentro de esa estructura, representa el trabajo del médico. Es necesario educar a la sociedad y al paciente acerca del proceso de transformación al que hoy está expuesta la medicina y acerca de la relación de este fenómeno con los cambios socioeconómicos y culturales. Esto lograría convertir a la comunidad en partícipe del problema. Presupone un aumento de las obligaciones del paciente, pero significa, sin lugar a dudas, un gran avance en sus derechos participativos y en la satisfacción de sus necesidades.

Como puede apreciarse, no es tarea sencilla identificar las estrategias que permitan rescatar del olvido la clásica relación médico-paciente y restituirla al *armamentarium* médico. Resulta, sin embargo, una tarea ineludible, porque si se pierde de vista el binomio médico-paciente y se acepta que ambos sean enajenados de la práctica de la medicina, ésta terminará, irremediablemente, por extinguirse como profesión humanística. Retomar la relación médico-paciente representa uno de los muchos retos que enfrenta el médico del siglo XXI.

REFERENCIAS

1. Lifschitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. 2ª ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina/IMSS, 2000;p:105.
2. Lifschitz A, Andrade MG, Juárez NL. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. En: Tena C, Hernández F, editores. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado, 2005;pp:324.
3. Pérez Tamayo R. De la magia primitiva a la medicina moderna. México: Fondo de Cultura Económica, 1997;p:12.
4. Inglis B. Historia de la medicina. España: Grijalbo, 1968;pp:39-40.
5. Lifschitz A, Andrade MG, Juárez NL. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. En: Tena C, Hernández F, editores. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado, 2005;pp:332.
6. Goic A. El fin de la medicina. Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda., 2000;pp:149.
7. Tena C, Sánchez J. Medicina asertiva. En: Tena C, Hernández F, editores. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado, 2005;pp:411.
8. Lifschitz A, Andrade MG, Juárez ML. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. En: Tena C, Hernández F, editores. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado, 2005;pp:325.
9. Popova M, Mahuina E. Impacto de los medios informativos en la relación médico-paciente. En: Tena C, Hernández F, editores. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado, 2005;pp:340.
10. Popova M, Mahuina E. Impacto de los medios informativos en la relación médico-paciente. En: Tena C, Hernández F, editores. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado, 2005;pp:346.
11. Reiser SJ. La medicina y el imperio de la tecnología. México: Fondo de Cultura Económica, 1990;pp:172.
12. Goic A. El fin de la medicina. Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 2000;p:178.
13. Karchmer S. La educación médica para el siglo XXI: una aproximación al problema. Ginecol Obstet Mex 2005;73:265-81.
14. Ruiz Durá JR. Las tendencias actuales de la medicina. Revista de Médica Sur 2005;12:196-200.

medigraphic.com