

La comunicación en la relación médico-paciente

Alberto Lifshitz

Aun cuando la mayor parte de las medidas terapéuticas hoy consideradas eficaces no tienen más de unos 150 años de historia, la medicina ha sobrevivido por milenios. El haber alcanzado por lo menos 2,500 años de existencia (se dice jocosamente que la medicina es la segunda profesión más antigua del mundo) no se debe, entonces, a la efectividad de los remedios entonces utilizados sino a cuestiones un tanto más mágicas e intangibles. Por un lado, el ubicuo efecto placebo, que en su momento hizo pensar en la eficacia de ciertos tratamientos los que finalmente se descartaron por inútiles, y por otro, la no menos mágica tendencia natural de muchas enfermedades a curarse solas (*vis medicatrix naturae*), muchas veces a pesar del médico. Se atribuye a Voltaire la afirmación de que “el arte de la medicina consiste en entretenér al paciente mientras la naturaleza cura la enfermedad”. Como quiera que se vea se tiene que reconocer que en estos logros ha tenido su crédito el valor de la relación médico-paciente, tanto en términos de su efecto placebo como de su capacidad para tranquilizar, alentar esperanza y favorecer la catarsis.¹

La relación médico-paciente ha sido siempre el fundamento de la práctica profesional.² Se sustenta en una serie de principios y valores que comparten ambos participantes, como son la confidencialidad, la veracidad, la fidelidad y la privacidad, y en las habilidades del médico para comunicarse con el paciente y para generarle confianza. Estos son atributos esenciales y, por ello, no tienen que ver con los cambios culturales o con los valores que prevalecen en un determinado momento histórico o en una

comunidad específica, pero no cabe duda que la evolución de la sociedad puede hacer surgir otros valores o poner en riesgo los fundamentales.³ La especialización y desarrollo tecnológico son también variables que influyen en las características de esta relación interpersonal. La vieja visión de que la relación médico paciente implica “una confianza frente a una conciencia” no deja de ser vigente pero ha sufrido la metamorfosis que la nueva imagen de ambos, médico y paciente, en una sociedad como la contemporánea en que tiende a perderse la asimetría y cada uno aporta elementos invaluables para la interacción. Este escrito aspira a analizar algunas de las características de la relación médico-paciente en los albores del siglo XXI bajo la perspectiva de la importancia de la comunicación.

El modelo hipocrático

Por muchos años la relación médico-paciente ha sido claramente asimétrica por el evidente predominio de la imagen del médico, por la fuerza de su figura que ha acabado por ensobrecer a muchos colegas, sobre todo cuando carecen de un sustento de autocrítica y humildad; es el médico quien ha llevado la voz cantante en esta relación.⁴ Este modelo tradicional se sustenta en el principio de beneficencia y es ejercido con base en el paternalismo (un padre toma las decisiones en representación de su hijo), a veces benevolente y otras autoritario.⁵ Se pondera acaso la capacidad del paciente para obedecer órdenes como su cualidad más preciada; el enfermo deposita sin restricciones toda su confianza en el médico en tanto que se limita a seguir sumisamente las instrucciones que éste le señala. El médico toma las decisiones en nombre del paciente y siempre por su bien,⁶ partiendo de la idea de que el enfermo no tiene capacidad de hacerlo, ya sea en razón de su falta de conocimientos técnicos o de las limi-

taciones que le impone su enfermedad, especialmente lo primero. Este modelo exige un paciente pasivo, no crítico, sumiso y disciplinado, y un médico capaz de ejercer la autoridad, frecuentemente represivo, si bien actuando en favor de los intereses del enfermo. Mucha gente opta aún por este modelo, particularmente los pacientes que eluden las decisiones y depositan ciegamente su confianza en el médico, y los colegas que no reconocen la aportación del paciente más que en términos de obediencia. Aún así, la importancia de la comunicación resulta fundamental en la medida en que las instrucciones (órdenes) del médico tienen que ser debidamente recibidas y tienen que formularse todas las preguntas que resuelvan las dudas del enfermo. Al margen de la eficacia de este modelo, lo cierto es que el cambio social ha generado un nuevo tipo de paciente que, claramente, no asume ya el papel que se le asigna bajo esta visión, y tal vez también un nuevo tipo de médico. No obstante, hay quien prefiere ser fiel a esta imagen arquetípica.

El nuevo paciente y la regulación social de la práctica

Aún cuando existan normas y leyes, la regulación de la práctica médica ha sido, históricamente, en buena medida, una autorregulación. Cada profesional decide hasta dónde llega y cuándo pide ayuda. En los últimos tiempos han surgido nuevas formas de regulación, que incluyen la que realizan los pares mediante los Consejos de Certificación, y se ha consolidado toda una regulación social por parte de los pacientes.

Cada día resulta más claro que “los pacientes de hoy no son como los de antes”, aunque una proporción de la población siga teniendo comportamientos como los que exige el modelo paternalista. Dependiendo del cambio social han surgido conductas nuevas que no son ya compatibles con esa visión tan desigual de la relación médico-paciente. El paciente va adquiriendo, cada vez más, comportamientos de consumidor, de tal modo que selecciona entre ofertas, busca paquetes, acecha oportunidades, compara precios y servicios y elige según un mercado. Es verdad que el mercado de los servicios de salud es un mercado imperfecto y que las opciones que seleccionan los pacientes no siempre son las más favorables en términos de salud, pues se dejan seducir por superficialidades, promociones engañosas e información tendenciosa, pero lo cierto es que esta visión está influyendo en las características de la relación con los médicos.⁷ La elección se puede centrar,

por ejemplo, en la promoción que cada médico haga de sus supuestas cualidades, su prestancia o su permisividad de tal modo que no imponga sacrificios a los pacientes aún cuando éstos sean indispensables para su manejo. Así, el paciente puede optar por un médico que no prohíba fumar, no intente incidir en otros malos hábitos y aiente prácticas cómodas pero inconvenientes para la salud.

Además, ha surgido una variedad de pacientes críticos, desconfiados y beligerantes, en respuesta seguramente a experiencias insatisfactorias, propias o de sus allegados. No es raro que hoy los pacientes soliciten una segunda opinión, o hasta una tercera, antes de tomar una decisión, que consulten en las bases de datos si lo que su médico les prescribió es o no correcto, y que cuestionen cada una de las indicaciones.⁸ Más aún, que demanden legalmente cuando los resultados no les satisfacen, que se organicen para apoyar sus exigencias y que involucren a toda la sociedad en ello.

Todo esto ha conducido a una creciente regulación social de la práctica médica en la que ya los médicos no pueden hacer, como antes, literalmente lo que quieran con sus pacientes. Esta conducta de los pacientes ha tenido consecuencias desfavorables pero también favorables. Entre las primeras es que se ha creado una corriente de desconfianza que no resulta apropiada para los propósitos de lograr resultados en salud; que se ha propiciado la medicina defensiva que tanto daño ha hecho a la práctica profesional, y que los modelos de relación médico paciente se hayan desviado hacia las relaciones contractuales.

Los nuevos modelos

Congruente con la mercantilización de la sociedad, se ha venido consolidando un modelo contractual de relación médico-paciente en el que, ya sea de manera explícita o implícita, cada uno tiene derechos y obligaciones, entre aquéllos el de reclamarle al otro sus fallas a éstas. Desde que el médico es identificado como “prestador de servicios” y el paciente como “usuario” se vislumbra una relación de este tipo que, si bien responde a las necesidades de un mercado, lo cierto es que vulnera los lazos afectivos que tradicionalmente han caracterizado a los vínculos entre médico y enfermo.

Un modelo de asociación se ha convertido más en una aspiración que en una realidad. Este modelo reconoce la autonomía del paciente y su derecho a participar activamente en las decisiones que le conciernen, y se visualiza

mejor a partir de que el paciente tiene un problema, lo plantea al médico y entre ambos buscan la mejor solución y la instrumentan. Al fin y al cabo, se trata de la coalición de dos expertos: el médico en enfermedades y tratamientos y el paciente en su padecimiento. La comunicación debería dejar claras las competencias de cada quien y la complementariedad de las acciones.

La visualización del paciente como objeto del trabajo médico, clínico o de investigación y docencia, constituye otro modelo contemporáneo que relega las cualidades del enfermo como persona. Esta visión está inspirada en el trabajo técnico y hay que reconocer que muchos médicos de hoy en día sólo conocen al paciente en un muy limitado aspecto, en el que se han vuelto expertos, pero frecuentemente olvidados de la imagen que tiene como persona. En la práctica de ciertas especialidades este riesgo es particularmente alto.

En el Cuadro 1 se pueden ver los distintos modelos de relación médico-paciente.

Cuadro 1. Modelos de relación médico-paciente

- Hipocrático (tradicional)
- Paternalismo benevolente
- Paternalismo autoritario
- Contractual (usuario-prestador)
- Legalista (cliente-profesionista)
- Económico (consumidor-proveedor)
- Consensual (acuerdos convencionales)
- Ingenieril (lego-científico)
- Colegial o de asociación (colega-colega)

El médico como persona

Si bien es cierto que es el médico el que debe hacer los mayores esfuerzos para lograr una relación apropiada con sus pacientes, se ha tendido a dejar de lado sus necesidades como persona;⁹ hasta muy recientemente se empieza a hablar de derechos de los médicos, tema que fue tabú durante mucho tiempo. El médico vive, en mayor o menor medida, los sufrimientos del paciente, experimenta la angustia de la muerte y su amenaza, las ansiedades ante una posible demanda y muchas más. Gonzalo Castañeda dedicó un capítulo de su libro *El arte de hacer clientela*¹⁰ de 1933 al médico como persona, aunque con una orientación más deontológica que analítica, recomendando reglas de actuación con el fin de lograr la confianza del paciente, aún a expensas del bienestar del propio facultativo. Por tradición, se viene arrastrando la idea del apostolado,

que prácticamente le niega al médico la satisfacción de necesidades personales. Si bien queda claro que la responsabilidad primaria es con el paciente, no puede dejar de reconocerse la condición humana del médico.

Apenas se va reconociendo que los médicos tenemos intereses y sentimientos, que somos capaces de experimentar temores y deseos, compasión, lástima, amor y odio. Mucho tiempo se recomendó a los colegas que no se involucraran afectivamente con sus pacientes, al menos para evitar el sufrimiento personal y la pérdida de la objetividad en las decisiones clínicas. Sin embargo, cada vez parece más claro que no sólo es imposible no involucrarse sino que es inconveniente, porque se puede perder la sensibilidad, la dimensión del sufrimiento del otro y hasta la visión de la trascendencia de las intervenciones.

El paciente difícil

El adjetivo “difícil” refiere a lo que exige mucho trabajo y es complicado. Al calificar a un paciente, el término puede también tener la acepción de descontentadizo, inconforme, protestador. En todo caso, se trata de un paciente excepcional que exige del médico poner en práctica muchas habilidades que no suelen requerirse en sus acciones cotidianas¹¹. Un paciente puede resultar difícil porque su diagnóstico no es evidente, porque su terapéutica es laboriosa y compleja, o bien porque sus características personales hacen que la relación que el médico quiera establecer con él se presenta complicada o dificultosa¹².

El diagnóstico suele ser difícil en enfermedades de baja prevalencia, y ello está en relación con el grado de sospecha que el médico puede tener; aún en los casos que se expresan de manera típica o característica, en tanto que el médico no esté buscando la enfermedad en cuestión y no se la plantee entre los diagnósticos probables, resultará difícil de reconocer. Algo parecido ocurre cuando la enfermedad se presenta en una fase muy temprana de la historia natural, hoy en día un *desideratum* en la medida en que se trata de un diagnóstico precoz o temprano, cuando aún no se manifiesta con los síntomas característicos aunque puede provocar daños orgánicos como sucede en la diabetes no diagnosticada.

Una de las dificultades diagnósticas más frecuentes se debe a que la enfermedad se manifiesta de manera atípica. La expresión clínica no sólo depende de la naturaleza de la enfermedad sino de su gravedad, la fase de la historia natural en la que se encuentre, la respuesta del paciente,

su capacidad de percepción, y muchos otros factores. Es común que se manifieste oligosintomática y cueste trabajo reconocerla o, por el contrario, sobresintomática por la adición de percepciones o quejas ajenas a la enfermedad pero propias del padecimiento.

Una razón por la que suele dificultarse el diagnóstico es la asociación de dos o más enfermedades (comorbilidad) que, al menos en los adultos, es más la regla que la excepción. Por ello, el clínico debe alertarse y reconocer las influencias recíprocas de una enfermedad sobre la otra, y que no son una simple suma algebráica de los signos de una y los de la otra.

También tiende a ser difícil identificar la causa cuando los síntomas son inespecíficos; de hecho, lo que suele orientar hacia un diagnóstico concreto es la presencia de síntomas específicos (ictericia, exantema característico, tumor, enrojecimiento localizado, etc.). Cuando el paciente sólo se queja de astenia, fatigabilidad, mareo, malestar general y otros igualmente inespecíficos, la lista de entidades a considerar en el diagnóstico diferencial tiende a ser muy grande y muy difícil de precisar cuál de ellas es la responsable.

Una causa muy común de diagnóstico difícil se ubica en las deficiencias de información. En última instancia, es a partir de los datos de la entrevista, la exploración física y los estudios complementarios, los que se organizan para volverlos congruentes y lógicos, se integran en síndromes o complejos sintomáticos, como se puede reconocer la enfermedad o enfermedades que subyacen en el cuadro nosográfico. Si el interrogatorio es insuficiente u obtiene datos falaces, la exploración es incompleta o técnicamente mal realizada o se carece de los estudios complementarios necesarios, va a resultar difícil integrar un diagnóstico nosológico y actuar en consecuencia. Aquí nuevamente se ilustra la importancia de la comunicación.

Limitaciones del paciente

La hipoacusia, demencia, psicosis, afasia y otras deficiencias físicas constituyen dificultades para establecer una relación médico-paciente, la que frecuentemente tiene que ser indirecta, a través de los familiares, tal y como sucede con los niños pequeños. Por supuesto que la relación entre el médico y la familia no substituye a la relación médico-paciente y es claro que el médico tendría que hacer intentos por relacionarse con el enfermo a pesar de sus limitaciones; que el paciente perciba el interés, la preocupación y el profesionalismo con que se le trata.

En un grado menor que las dificultades que significa la demencia, el médico se enfrenta con frecuencia personas restringidas en su capacidad intelectual por razones diversas. Obtener de ellos datos para integrar un diagnóstico y hacerse entender sobre las recomendaciones constituye una verdadera proeza, pero es una responsabilidad del clínico adaptarse a las circunstancias de su paciente. También suele ser difícil comunicarse con pacientes analfabetos, o lejanos a una cultura moderna de la salud, que también requieren poner en juego todas las habilidades del clínico. Conviene recordar que el analfabetismo o la depravación cultural no son equivalentes de incompetencia y que los pacientes con estas características son perfectamente capaces de ejercer su autonomía; lo que resulta difícil es proporcionarles información que puedan entender y asimilar.

Limitaciones del médico para la comunicación

A pesar de ser una de las habilidades fundamentales para establecer una relación médico-paciente apropiada y para todas las consecuencias de ésta, la representación curricular de esta área han sido tradicionalmente restringida. En otras palabras, los médicos no hemos sido formados en el tema y apenas recientemente se han introducido en algunos planes curriculares contenidos explícitos sobre comunicación. Los médicos en ejercicio lo han tenido que aprender por caminos diversos, no rara vez mediante ensayo y error.

Otra de las limitaciones tiene que ver con la soberbia con que se desempeñan algunos colegas. Y es que el papel social del médico ha sido muy ponderado históricamente pues, ciertamente tiene en sus manos decisiones que trascienden las de un individuo común y corriente pues abarcan terrenos muy cercanos a los límites entre la vida y la muerte. Esto ha propiciado que no se pongan a la altura de los pacientes, que no los consideren sus iguales y que a veces ni siquiera los escuchen o tomen en cuenta sus sugerencias. Por fortuna se percibe ya una tendencia que puede empezar a revertir esta desigualdad.

La otra limitación tiene que ver con la jerga, con el lenguaje técnico que para muchos médicos es ya la única forma de hablar. Salirse de ello pareciera un desdoro, como se observa cuando son entrevistados en los medios masivos de comunicación en los que expresan enunciados que el público no entiende.

Las malas noticias

Los pacientes de mal pronóstico, a los que hay que comunicar malas noticias, tienden a ser evadidos por los médicos y la relación con ellos no se da en las mejores condiciones. Durante mucho tiempo la tendencia era la de ocultar las malas noticias a los pacientes para evitar males mayores¹³, atendiendo paternalistamente a los principios de no maleficencia y beneficencia, pero ya se ha reconocido explícitamente el derecho que tiene el paciente para conocer la verdad y, en todo caso, esto es un requisito indispensable para ejercer la autonomía. Bajo esta perspectiva, hay dos tipos de pacientes: los evitadores que prefieren no saber y los autocontrolados que a veces exigen la información. Se requiere una preparación adecuada del enfermo y de la familia y, siempre, el apoyo de esta última, de manera que la estrategia para revelar la verdad tendría que ser planeada con la familia. Aunque el paciente tiene derecho a conocer la verdad, es prerrogativa del médico decidir el momento, la secuencia, la gradualidad, el ritmo; en otras palabras, administrar esa verdad para producir el menor daño adicional posible. Como ya se señaló, no sólo no es conveniente evitar involucrarse sino que hay que tratar de hacerlo (sin sobreinvolucrarse)¹⁴ para poder comprender mejor al paciente y a la familia y para ayudarlo más efectivamente. Pero también hay que entender que el médico puede ser el blanco de las agresiones del enfermo.

Peculiaridades conductuales

En este sentido hay una serie de prototipos que vuelven difícil la relación médico-paciente. El paciente contradictorio, el evasivo, el vago e impreciso, se adicionan al hostil, exigente y crítico¹⁵. El desconfiado que percibe que el médico está experimentando con él, el que tiene expectativas irreales, el que habla otro idioma o pertenece a una subcultura que el médico no comprende.

Un capítulo especial ameritan los simuladores y los histriónicos, y otro las enfermedades ficticias y facticias. Los pacientes angustiados, en razón de su enfermedad de fondo o presas de los diferentes síndromes psiquiátricos, apelan a la capacidad tranquilizadora del médico basada en su actitud. Completan la lista de pacientes difíciles los involucrados en delitos, como sucede con los relacionados de alguna manera con el narcotráfico y que por desgracia no son ahora excepcionales.

El médico como paciente

La cultura y la actitud de los médicos los vuelven pacientes difíciles. Los hay indolentes o hipocondriacos, autosuficientes y demandantes. Un abordaje que puede ser útil es solicitarles que asuman su papel de enfermos, en tanto que el clínico tiene que mantener su rol profesional. No se trata de negarle participar en las decisiones, por el contrario, de ofrecerle información objetiva que le ayude a tomar mejor estas decisiones.

Algunos lineamientos para relacionarse con pacientes difíciles

No se pueden proponer fórmulas para atender a los pacientes difíciles y cualquiera de ellas carecería de la suficiente especificidad para aplicarse a cada uno de los casos, pero se pueden hacer algunas recomendaciones generales y será la habilidad del médico la que pueda adaptarlos a los pacientes individuales.

Un primer lineamiento es el de explorar la expectativas durante la conversación inicial; a partir de ello se pueden adoptar dos estrategias, ya sea la de tratar de satisfacer esas expectativas (si son razonables) o la de acotarlas con todo comedimiento (si son excesivas). Lo que no puede perderse es el comportamiento profesional; el paciente, independientemente de sus características y expectativas tiene que ver en su interlocutor a un médico interesado por él, que no se impacienta ni se sulfura, que está haciendo esfuerzos por entenderlo y por adaptarse a las circunstancias, que no está aplicándole juicios de valor a su conducta o a su visión y que se ubica perfectamente en su papel. Las alianzas con los familiares pueden ayudar a entender mejor las peculiaridades del caso y a encontrar la manera más eficiente de ayudarlo.

Interpósitos

La relación médico-paciente es interpersonal y la comunicación se da de manera verbal y no verbal¹⁶. El lenguaje de los síntomas y signos tiene que ser leído por el clínico, interpretado y traducido en acciones y recomendaciones. Pero además, existe una relación afectiva, empática y cálida que, a más de su efecto terapéutico, contribuye a la eficacia de la comunicación.

Cuando Laenec propuso la auscultación mediata, el contacto físico entre médico y paciente que exigía la auscultación inmediata dejó de ser indispensable. Este hecho se ha interpretado como heráldico de lo que su-

cedería en el futuro, cuando el artefacto (en este caso el estetoscopio de Laenec) se interpuso entre el enfermo y su médico. Transpolando este ejemplo, hoy en día la relación se ha modificado en muchos casos hacia una *médico-máquina-paciente*, *médico-institución-paciente*, *médico-administración-paciente*, *médico-leyes o normas-paciente*, etcétera. En otras palabras que la interposición de terceros entre las dos personas se va convirtiendo en frecuente y se generan deformaciones; por ejemplo, en la relación *médico-máquina-paciente* se perciben dos vertientes adicionales: la relación *médico-máquina* en la que los médicos se comportan como enamorados de sus artefactos sosteniendo al paciente, y la relación *máquina-paciente* en la que se observa al paciente creyéndole más a la máquina que al médico.

Necesidades, demandas y expectativas

En una visión reduccionista de la interacción entre médicos y pacientes, se trataría sólo de que el médico obtenga información, la procese para integrar un diagnóstico, estime un pronóstico y elija una terapéutica. Visto de esta manera, el médico puede ser substituido por una computadora o un robot, en tanto que se les alimente con los datos necesarios. Sin embargo, está claro que aún en términos de eficiencia se requieren otras cosas. Ciertamente el enfermo espera una terapéutica eficaz, como sumario y conclusión de su interacción con el médico, pero frecuentemente también espera que lo comprendan, que se compadezcan de él, que se pongan en su lugar, que lo escuchen; desea saber qué es lo que le está ocurriendo, participar en su atención, comprender las implicaciones familiares y sociales de su enfermedad, cómo va a repercutir en su trabajo; desea tener una interpretación integral de su estado de salud y no sólo – en el mejor de los casos – el nombre de su enfermedad; le gustaría que consideraran su individualidad y no se le tratara como a uno más, y que se tomaran en cuenta sus diferencias intelectuales, económicas y culturales.

Para Laín Entralgo la enfermedad genera en el paciente una serie de vivencias elementales¹⁷: *invalidez* en tanto que se vuelve, temporal o definitivamente, incapaz de realizar sus actividades habituales; *molestia*, entendida como incomodidad o sufrimiento; *amenaza*, percibida como riesgo para la vida o la función; “*succión por el cuerpo*”, cuando toda la atención se centra en el sitio enfermo; *soledad*, independientemente de la compañía que tenga, dado que nadie comparte auténticamente sus vivencias; *anomalía*,

dado que ha perdido la “normalidad”, y *recurso*, considerando que puede hacer uso de su enfermedad para lograr algunos fines como ganancia secundaria. Una vivencia adicional, que no fue mencionada por Laín, puede ser la *culpa*. Es común que el enfermo por los menos se pregunte si tuvo o no la culpa de lo que ha ocurrido.

De acuerdo con todo esto, el médico ya no sólo tiene que identificar el diagnóstico nosológico sino las expectativas del paciente y, si son excesivas, acotarlas. En esta exploración tiene que formarse una idea de sus deseos, temores, preferencias, aprensiones, valores y principios. Tiene que atender los síntomas iatrotópicos (los que obligan al enfermo a buscar ayuda), pero también los no iatrotópicos. Identificar no sólo la demanda del paciente sino su necesidad, lo cual frecuentemente exige de toda su habilidad. Y además, tiene que hacer un diagnóstico de la competencia del paciente, a modo de involucrarlo en las decisiones y de confiar en su capacidad para contender con la enfermedad. Todo esto son las responsabilidades del médico de hoy. Obviamente es más fácil atenerse al modelo reduccionista en el que la atención es un servicio técnico más y por eso hay mucha resistencia a abandonar ciertos patrones que caracterizaron a la medicina de antes.

Las nuevas formas de organización de la atención médica

Una característica más de los nuevos tiempos son los cambios en las relaciones entre financiadores, prestadores y usuarios de los servicios médicos. Entre los problemas más importantes hoy en día se encuentran el financiamiento de los servicios de salud, las estrategias para moderar los costos y la lucha por la eficiencia; pero también se ha hecho evidente que la de la salud es una industria económicamente productiva y rentable si se administra bajo las reglas empresariales, lo cual ha sido aprovechado por líderes financieros, frecuentemente excluyendo a los médicos.

Una primera reacción se ha generado por parte del gremio en contra de la terminología pues los médicos se niegan a ser denominados prestadores de servicios de salud y que a los pacientes se les designe como usuarios. No parece lo mismo una relación médico-paciente que una prestador-usuario. Al constituirse los terceros pagadores el énfasis se ha puesto en la contención de costos, si no es que en la rentabilidad. De esta manera algunos financieros eligen a los médicos que acepten sus condiciones, tanto para limitar los estudios complementarios como para

ejercer la función de cancerberos (*gatekeeping*) y evitar la referencia de enfermos. Con propósitos de planeación y supervisión se han creado protocolos que, si fuesen sólo guías para orientar a los médicos resultarían útiles, pero hay la pretensión de que se sigan al pie de la letra, que no se rebasen los costos previstos y que los médicos se conviertan en obedientes procesadores de algoritmos. Esta forma de pensar ha permeado seriamente en las organizaciones de atención médica, y los profesionales han entrado en desconcierto porque ven amenazados sus principios y valores ancestrales.

La enfermedad crónica

Como brazo eferente de la transición epidemiológica ha emergido un numeroso subconjunto de enfermos que, a diferencia de los que pueden recuperar su salud mediante las intervenciones apropiadas, tienen que convivir con su padecimiento lo que les resta de vida.

La diferencia entre una enfermedad aguda y una crónica no es sólo la duración de los síntomas, pues ésta trae aparejados algunos atributos que las hacen distintas¹⁸. La mayoría de los médicos hemos sido formados en el modelo de la enfermedad aguda, el que también se ubica predominantemente en las expectativas de la sociedad. Este modelo se resume en tres momentos: 1) un sujeto previamente sano pierde la salud de manera más o menos súbita y acude al médico; 2) éste interviene y 3) el paciente recupera la salud previa en un plazo relativamente breve (o eventualmente muere). La intervención del médico es fundamental pues una prescripción oportuna o una maniobra terapéutica apropiada, no sólo restituyen la salud perdida sino que evitan complicaciones y secuelas. El pensamiento médico se centra en tres elementos: cómo se llama la enfermedad (diagnóstico nosológico), qué probabilidades tiene de recuperarse (pronóstico) y qué se tiene que hacer para lograr esta recuperación (tratamiento).

En la enfermedad crónica la situación es diferente. La expectativa del paciente puede ser la de recuperarse con una receta o una intervención quirúrgica, igual que en la enfermedad aguda. La primera información que el médico proporciona tiene que acotar esta expectativa. Dado que el paciente tendrá que contender con su enfermedad durante el tiempo que le reste de vida, tiene que estar preparado para enfrentar todas las eventualidades, seguir haciendo su vida aunque esté enfermo y tomar decisiones por sí mismo, incluyendo auténticas decisiones terapéuticas.

Esto significa que la principal intervención del médico es la educativa, más que la prescriptiva; que el enfermo tiene que ser “empoderado” (del inglés *empowerment*) para manejarse autónomamente; que más que propiciar la dependencia del paciente con respecto del médico habría que favorecer su autonomía, y que el médico se convierte en asesor y educador pero ya no es el que toma todas las decisiones, aunque todas ellas fueran buscando el bien del enfermo.

Habrá que reconocer que los médicos actuales hemos mostrado algunas limitaciones para adaptarnos a este modelo. Los incentivos económicos en la práctica liberal comercial de la medicina son a favor de la dependencia, de tal modo que se cite al paciente con frecuencia para darle instrucciones que tiene que acatar. Por otro lado, no tenemos tiempo suficiente para educar debidamente a nuestros pacientes, y frecuentemente tampoco tenemos las habilidades pedagógicas para hacerlo. La fórmula de enviar al paciente a un curso (por ejemplo, clínica de diabetes) resuelve una parte del problema si es que en ese curso se tiene una adecuada estrategia educativa y si ésta se ejecuta apropiadamente. Sin embargo, la responsabilidad del médico tratante no se cancela con el envío del paciente al evento educativo, pues buena parte de lo que el paciente requiere se resuelve sólo en intervenciones “cara a cara” con el médico, quien tendrá que resolver las necesidades educativas adicionales, contestar las dudas, avalar algunas de las decisiones tomadas por el paciente y retroinformarlo.

En el padecimiento agudo los enfermos ocupan un espacio temporal en el conjunto de pacientes con la misma enfermedad; una vez que se curan salen de este conjunto y, salvo situaciones extraordinarias, el tamaño del conjunto se mantiene aproximadamente. En la enfermedad crónica, en cambio, cada paciente que ingresa al conjunto (*pool*) permanece dentro de él, nunca sale, y el conjunto tiende a crecer, de tal manera que da la impresión de un comportamiento epidémico. Por eso se da la apariencia de que hay, hoy en día, una epidemia de diabetes, de hipertensión, de osteoporosis y de dislipidemias, porque aunque no hubiese un incremento de la incidencia de estos trastornos (que sí lo hay en muchos de estos ejemplos) aumenta la prevalencia por acumulación de casos.

La enfermedad crónica significa también un mayor riesgo de co-morbilidad. Cualquier enfermedad adicional que tenga un paciente con enfermedad crónica significa obviamente

co-morbilidad, al margen de que pueda haber, además, relaciones causales. Esto significa la necesidad de convertirse en experto en las influencias recíprocas de las enfermedades coexistentes, en interacciones entre diversos tratamientos y en jerarquización de los problemas de cada paciente.

La enfermedad crónica impone una carga al sistema de salud, el que tiene que encontrar estrategias imaginativas para resolverla. También por esta razón surgen las de autocuidado, automedicación, autoprescripción, asesoría telefónica, atención ambulatoria y grupos de autoayuda, entre otros, que los médicos deberemos propiciar, asesorar, patrocinar y no obstaculizar.

Epílogo

El cambio social impone modalidades a la relación del médico con sus pacientes; los preceptos ingenuos de confianza *a priori*, concediendo de antemano que todos los médicos tienen los atributos de omnisciencia y benevolencia se han enfrentado con realidades que no siempre dependen sólo de sus cualidades profesionales. Hoy el paciente ha adquirido conductas de consumidor, experto en sus enfermedades, vigilante crítico y participante activo, en tanto que muchos médicos se han convertido en prestadores de servicios, trabajadores de la salud y procesadores de instrucciones. Las nuevas circunstancias obligan, más que nunca, a arraigarse en los valores y principios ancestrales de la profesión y a estar a la altura de sus aportaciones históricas. La práctica de la medicina tiende a desarrollarse con independencia de los factores afectivos que influyen en las relaciones humanas y, si uno se descuida, a convertirse en una actividad estrictamente técnica. Pero la responsabilidad del médico con el paciente y su familia lo ubica en la necesidad de un abordaje integral, que trasciende a la medicina misma y se sitúa en la atención de la persona. Hoy en día, los médicos han diversificado sus acciones e incluido muchas más que pueden alejarlos de su propósito principal que es el bienestar del paciente.

REFERENCIAS

1. Laín-Entralgo P: La relación médico-enfermo. 1983. Alianza Editorial. Madrid, España.
2. Katz J: El médico y el paciente: su mundo silencioso. 1989. Fondo de Cultura Económica. México.
3. American Board of Internal Medicine, American College of Physicians. American Society of Internal Medicine, European Association of Internal Medicine: Medical Professionalism in the New Millennium: a Physician Charter. Ann Intern Med 2002;136:243-6.
4. Choy-García SA: Relación médico-paciente. En: Responsabilidad en el ejercicio de la medicina. 1997. México. OGS Editores. Pág. 11-22.
5. Laín-Entralgo P: La medicina hipocrática. 1970. Alianza Editorial. Madrid, España
6. Soríguer-Escófet FJC: Cuando el médico decide por el paciente. En: Couceiro A (Ed): Bioética para clínicos. 1999. Editorial Triacastela. Madrid, España. Pág. 127-32.
7. Charlesworth M: La bioética en una sociedad liberal. 1996. Gran Bretaña. Cambridge University Press.
8. Groopman J: Second opinions. 2000. Penguin Books. E.U.
9. Gómez-Esteban R: El médico como persona en la relación médico-paciente. 2002. España. Editorial Fundamentos.
10. Castañeda G: El arte de hacer clientela. Reedición 1997 del texto de 1933. Facultad de Medicina UNAM. Ediciones JGH. México
11. Bates RC: El sutil arte de entender a los pacientes. 1974. Ediciones PLM. México
12. Platt FW, Gordon GH: Field guide to the difficult patient interview. 1999. Lippincot, Williams & Wilkins
13. Martínez-Cortés F: Las mentiras piadosas. En: El médico, el enfermo y su enfermedad. 1991. Edición del autor. México. Pág. 19-22.
14. Bayés R: La comunicación de malas noticias. En: Psicología del sufrimiento y de la muerte. 2001. Ediciones Martínez Roca. Barcelona, España. Pág. 43-55.
15. Sapira JD: The art and science of bedside diagnosis. 1990. Urban & Schwarzenberg. Baltimore. E.U.
16. Jinich H: El paciente y su médico. 2^a Edición. 2002. El Manual Moderno. México.
17. Bayés R: La enfermedad como amenaza. En: Psicología del sufrimiento y de la muerte. 2001. Ediciones Martínez-Roca. Barcelona, España. Pág. 35-42.
18. Clark NM, Gong M: Management of chronic disease by practitioners: are we teaching the wrong things. BMJ 2000;320:572-5.