

CONAMED

Volumen 21, Suplemento 1, 2016

Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico



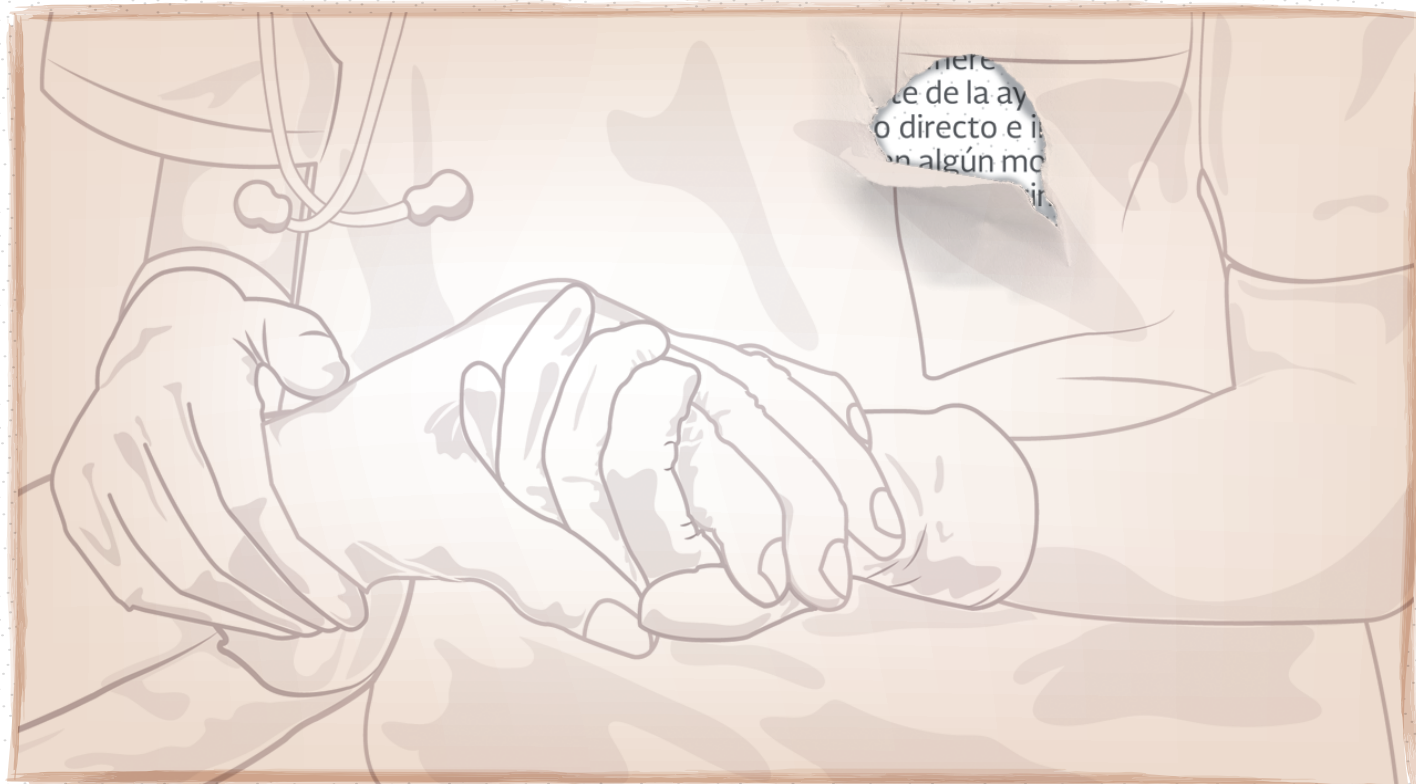
Mitla 250 - Piso 8, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03020, Ciudad de México

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE O EL SENTIDO HUMANO DE LA PRAXIS SANITARIA // ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA? // NUEVA EVIDENCIA A UN VIEJO PROBLEMA: EL ABUSO DE LAS MUJERES EN LAS SALAS DE PARTO // ¿REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA O MULTIRECHAZO HOSPITALARIO? UN ABORDAJE CUALITATIVO // EL ABUSO CONTRA LAS MUJERES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN HOSPITALES PÚBLICOS EN MÉXICO // PROPUESTA PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE VIOLENCIA INSTITUCIONAL EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN MÉXICO



La relación médico-paciente o el sentido humano de la praxis sanitaria *The doctor-patient relationship or the human sense of healthcare practice*

Constantino González Quintana¹



RESUMEN. La relación médico-paciente ha sido y sigue siendo el eje de la asistencia sanitaria. El contexto de esa relación está delimitado por el grado de conocimiento, de habilidades y de actitudes que configuran su sentido humano. Los diferentes modelos de tal relación han cambiado mucho a lo largo del tiempo y mantienen viva la cuestión de cuál debería ser la relación ideal. Y la naturaleza de la relación médico-paciente, quizá hoy mejor llamada “clínico-asistencial” o “sanitaria”, demuestra objetivamente el tipo de persona que somos cada uno de nosotros. En el fondo, lo que se pone aquí en juego es la altura humana de sus protagonistas o, lo que es lo mismo, la calidad ética y profesional de cada persona.

Palabras clave: Relación, médico, paciente, persona, valores, actitudes, humanizar y humanización, antropología, ética, bioética.

ABSTRACT. The doctor-patient relationship has been and continues to be the axis of health care. The context of that relationship is bounded by the degree of knowledge, skills and attitudes that shape your human sense. The different models of this relationship have changed a lot over time and keep alive the question of what should be the ideal relationship. And the nature of the doctor-patient relationship, perhaps better called today "clinical-care" or "health", objectively shows the type of person that we are each one of us. In the background, it is here in game is that human height of its protagonists, or what is the same, the professional and ethical quality of each person.

Key words: Relationship, medical, patient, person, values, attitudes, humanize and humanization, anthropology, ethics and bioethics.

¹ Titular del Blog Académico: Bioética desde Asturias. España

Correspondencia: Dr. Constantino González Quintana. Titular del Blog Académico: Bioética desde Asturias. Oviedo. Asturias. España.
Correo electrónico: constantinoq147@gmail.com .

Folio 370/2016 Artículo recibido: 31/05/2016 aceptado: 17/06/2016

Una de las relaciones humanas más características y complejas, que ha dado lugar a un concepto con sentido propio, es la “Relación Médico-Paciente”. Es probable que sea el tema más recurrente de la medicina. Ha cambiado mucho a lo largo del tiempo, pero ha conseguido sobrevivir y adaptarse a las nuevas condiciones. Quizá sea hoy una relación más “contractual, convencional, mercantil, colectiva y centrada en los resultados”, pero, sobre todo, más centrada en el respeto a la dignidad de las personas y a sus derechos fundamentales. Desconocemos cómo y en qué medida le afectará el imparable desarrollo de la medicina, es decir, si seguirá siendo necesario el vínculo personal o será sustituido por la información de un catálogo informático o la interacción con una clínica virtual. A esta proyección de futuro no le falta coherencia, en vista de la rápida evolución de las cosas, pero resulta algo artificial, cuando menos. En el día a día de las consultas médicas y de la vida de los centros sanitarios, esta relación sigue siendo insustituible. Como decía Pedro Laín Entralgo, “nada hay más fundamental y elemental en el quehacer médico que su relación inmediata con el enfermo; nada en ese quehacer parece ser más importante”.

1. Contexto de la relación: sentido humano de la medicina

Humanizar significa hacer humano o humana la gente, dar humanidad o, también, ayudar a los demás a ser humanos y a vivir humanamente, en particular cuando existen dificultades objetivas para ello, como sucede con la enfermedad. Esa es una situación donde adquiere significado y se pone a prueba el verbo “humanizar”. Pero resulta imposible humanizar nada si antes no se ocupa cada uno de llevar a cabo en sí mismo todo un proceso de humanización.

A lo largo de mucho tiempo ha predominado el convencimiento de que la medicina no podría ser científica si no se atuviera al método positivista, es decir, al régimen de los hechos empíricos, constatables, medibles y evidentes. Y, a mayor abundamiento, la progresiva especialización y tecnificación de la medicina, que contribuye sobremanera al incremento del bienestar social, al menos en Occidente, ha traído a la vez consigo la tendencia a parcelar al enfermo por especialidades médicas, convirtiéndolo en objeto de análisis y clasificación mórbida, y perdiendo de vista su comprensión global. El mundo de los valores y la ética quedaba fuera de esa cobertura positivista y científico-técnica. Era una cuestión menor o irrelevante. Sin embargo, esto parece haber ido cambiando bastante. Hoy día, los valores y la ética son cada vez más tenidos en cuenta como garantía de calidad y cauce de humanización. Los profesionales sanitarios son conscientes de que la medicina, además de ser técnicamente correcta, debe ser un espacio y un tiempo para positivizar valores, haciendo así posible que merezca el calificativo de humana. Ello requiere conocimientos, habilidades y actitudes.

- **Conocimientos.** Los valores son cualidades que puede interiorizar cada persona. Poseen fuerza de atracción y, por ello, actúan como polos magnéticos que generan una especie de campo de fuerzas que atraen hacia sí estilos de vida, habilidades y actitudes que orientan la conducta diaria. Tienen contenidos cognoscitivos y por eso exigen conocimiento.
- **Habilidades.** Los valores no se ven, pero se pueden percibir y captar como paso previo de la estimativa moral, es decir, la facultad de descubrirlos, apreciarlos e interiorizarlos. La estimativa representa el grado de sensibilidad hacia determinados valores y la huella que dejan en la vida personal o colectiva. Afecta al conocimiento, a las emociones y los sentimientos y, por eso, requiere habilidades de comunicación (verbal y no verbal), de ayuda, de diálogo, de inspirar confianza o de asesoramiento, por ejemplo.
- **Actitudes.** La estimativa moral convierte los valores en actitudes, o sea, en reacciones positivas o negativas interiorizadas ante esos valores. Las actitudes configuran la personalidad moral o el carácter ético, el *êthos*, de las personas y los grupos. Las actitudes de los profesionales sanitarios ante la dignidad de cada persona, ante la salud y la vida, ante la libertad y la autonomía, ante la intimidad y la confidencialidad, ante la confianza del paciente, por ejemplo, demuestran el nivel de su *êthos* profesional.

El sentido humano de la praxis sanitaria no puede reducirse a un apósito temporal o a una capa superficial de pintura “humanista” para dar buena imagen. El mismo “acto médico” ya posee desde sus orígenes un profundo sentido humano, que es necesario potenciar y desplegar en todas sus dimensiones, centrándolo siempre en la persona enferma, entendida como realidad única, psicosomática, biopsicosocial, origen, objeto y fin legitimador de la medicina. En la asistencia cotidiana, médico y paciente tienen que elaborar juntos sus sentimientos, dudas, temores y frustraciones. Es una especie de reciclado constante de carácter cognoscitivo, emocional y actitudinal, que pone a prueba la “capacidad de amar, trabajar, disfrutar y tolerar” y, con ello, el compromiso de humanizar la medicina. Es una tarea ética.

2. Etapas de la medicina y de la relación médico-paciente

Se han publicado diversos estudios al respecto. Un buen ejemplo es el estudio de E. Emanuel y L. Emanuel, donde se exponen cuatro modelos (paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo), con el propósito de responder a la cuestión de cuál debería ser la relación ideal. En nuestro caso vamos a seguir las reflexiones de M. Siegler. Es un esquema teórico útil, que se debe entender con flexibilidad, sin caer en reduccionismos.

- 1ª La edad del paternalismo o del “médico”, se ha prolongado desde el siglo VI a. C. hasta los años sesenta del siglo XX. Este modelo se sostenía sobre la confianza en los conocimientos técnicos del médico, en su estatura moral y en la primacía de la ética de la beneficencia, así como en la dependencia del paciente a la autoridad y el control del médico.
- 2ª La edad de la autonomía o del “paciente”, comienza con el código de Nüremberg (1946), llega hasta la actualidad y se extiende sobre todo por Occidente. Los derechos de los pacientes y, en concreto, la libertad y la autonomía, se convierten ahora en el eje de la relación. El concepto médico primordial, ético y jurídico, es el consentimiento informado. Asimismo, el concepto de paciente ha sido sustituido por el de “agente”, dado el protagonismo y la participación activa del enfermo.
- 3ª La edad de la burocracia o del “financiador” se inicia a finales del siglo XX, coincidiendo con la progresiva aparición de los problemas referentes a la contención del gasto, la eficiencia y la rentabilidad de los recursos sanitarios. La calidad de la atención sanitaria ya no parece ser un fin en sí misma. Hay que evaluarla desde los costes económicos que produce. Los médicos se encuentran entre dos lealtades: la atención personal que merecen sus pacientes y la eficiencia económica exigida por los gestores de su organización sanitaria.
- 4ª El distintivo de la etapa actual: decisiones compartidas. Los debates de las etapas anteriores se centran en la cuestión de dónde debe residir la máxima autoridad en esa relación. La confrontación entre médicos y pacientes es real, es origen de numerosos problemas, pero no abarca la experiencia de la mayoría de las relaciones sanitarias. Lo habitual es la toma de decisiones compartidas. Es un modelo de acuerdo basado en la comunicación, el diálogo, la discusión y la negociación. Como afirma el propio Siegler, es un “proceso mediante el cual este médico y estos pacientes, en estas circunstancias, negocian esta relación médico-paciente comprometida con la consecución de estas metas”. Parece demostrado, además, que introduce importantes mejoras en los siguientes aspectos: 1) los pacientes tienen una mayor confianza en sus médicos; 2) los pacientes cumplen mejor los tratamientos que han acordado con sus médicos; 3) los médicos y los pacientes adoptan decisiones adecuadas desde el punto de vista económico; 4) los pacientes se sienten más satisfechos con la atención recibida; y 5) los pacientes presentan mejores resultados en diversas enfermedades crónicas.

Hay varias razones que garantizan la continuidad de la relación médico-paciente: primera, porque la medicina atiende necesidades y aspectos básicos de la condición humana como el nacimiento, la salud, la enfermedad, la vulnerabilidad, la dependencia, la pérdida y la muerte; segunda, porque la medicina tiene el objetivo fundamental e inalterable de ayudar a los pacientes, dado que el bien terapéutico es intrínseco a la misma praxis sanitaria y le confiere sentido ético; y, tercera, porque la mayor parte de la ayuda médica tiene lugar durante el encuentro directo e interpersonal entre médico y paciente. Si en algún momento dejara de existir *de facto* esa relación, la medicina seguiría teniendo eficacia terapéutica y preventiva, llegando hasta límites desconocidos hoy día. Pero no sería la medicina que conocemos. Sería, sencillamente, otra cosa diferente.

3. Naturaleza de la relación médico-paciente

En la actualidad, los términos de la relación, “médico” y “paciente”, no reflejan de manera adecuada su naturaleza, es decir, el conjunto de sus cualidades, características y propiedades. Por un lado, el “médico” no se refiere sólo al médico responsable del enfermo, sino a otros especialistas, al personal de enfermería y auxiliares, al servicio social, al sector administrativo de los centros sanitarios, etc. Por otro lado, el “paciente”, además de no ser siempre un enfermo, como sucede en las primeras consultas dedicadas a determinar si hay una enfermedad identificable o a prevenir la posibilidad de que exista, ha dejado de ser pasivo para convertirse en protagonista y sujeto agente de la relación. Y, en fin, tampoco estamos ante una relación bipolar, como se acaba de ver, sino que, además, intervienen las así llamadas “terceras partes”: familiares, amigos, consejeros espirituales, compañías de seguros, abogados, la misma sociedad personificada por el juez en casos de conflicto, etc.

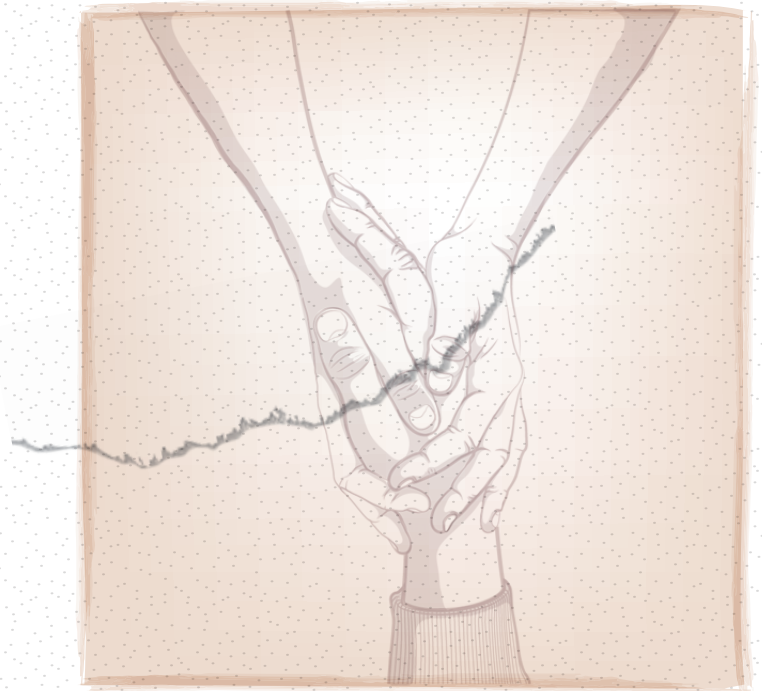
Se han propuesto términos alternativos para clarificar la naturaleza de esa relación. Durante los últimos años, por ejemplo, se ha querido sustituir el de paciente por los de “usuario” y “cliente”, pero con ello sólo se consigue convertir al enfermo en un mero consumidor y la salud en un simple objeto de consumo. Del mismo modo, aun siendo el médico insustituible en el proceso de relación, no representa todas las facetas de la sanidad que forman parte de la relación. Quizá por todo ello se están difundiendo cada vez más las expresiones de “relación clínica”, “relación clínico-asistencial” o “relación sanitaria”.

En cualquier caso, hay un amplio abanico de posibilidades en las que se desarrolla de hecho la práctica clínica de cada día lejos del paternalismo más tradicional, del autonomismo más extremo y de la burocratización más rígida. La práctica diaria de los centros

sanitarios demuestra la existencia de muchos factores que influyen en la relación clínico-asistencial o sanitaria: el contexto, la actitud y el carácter del enfermo; la personalidad y experiencia del médico; la intervención de otros profesionales sanitarios; la presencia de las “terceras partes”. Siempre hay posiciones extremas, pacientes difíciles y médicos carentes de habilidades, pero lo que suele ocurrir a diario, lo más frecuente, es que tal médico y tal enfermo se relacionan bajo la influencia de todos esos factores con un objetivo central: tomar decisiones compartidas. Sin embargo, los comportamientos humanos no se dan en abstracto o sostenidos en el aire. Obedecen a determinados planteamientos de fondo sobre los que se apoya la identidad personal, el modo de ser y la autocomprensión que cada uno tiene de sí mismo, es decir, dependen de una antropología. Sintetizando mucho las cosas, y aun reconociendo el peligro de cierta simplificación, podemos definir dos posiciones antagónicas.

- La primera intenta desarrollar la identidad personal, la construcción del propio Yo, basándose en la relación con los “otros”, es decir, en la convicción de que el ser humano es constitutivamente relacional. Resulta imposible concebir el propio Yo sin el “alter”, sin el otro, sin alteridad, aislado o en solitario y al margen de o prescindiendo de los demás. Por eso el término Yo significa *heme aquí* dispuesto a todo y a todos... construcción a dar a manos llenas, como decía Lévinas. Y, del mismo modo, el hecho de afirmar “Soy ‘con los otros’ significa ‘soy por los otros’: responsable del otro”. El lugar por antonomasia de la ética son las relaciones personales, ahí es donde nace en vivo y en directo la ética cotidiana.
- La segunda, en cambio, intenta desarrollar la identidad personal y construir el propio Yo poniendo el énfasis en la fuerza del pensamiento autónomo e individualista, a través del dominio, el control y el poder sobre cualquier cosa que no soy Yo, incluidos los demás. Se trata de “convertirnos en dueños y señores de la naturaleza”, como decía Descartes. Este afán conquistador, reforzado por la mentalidad positivista y pragmática, ha producido los mayores avances científico-técnicos jamás conocidos hasta ahora, con su correspondiente calidad de vida, pero a costa de llevar por delante cualquier cosa que no sea el Yo individual, colectivo, institucional o nacional, incluidos sus propios semejantes.

El primer modelo genera una ética centrada en la acogida, la recepción, la reciprocidad, la comunicación, el encuentro y, en definitiva, la hospitalidad. En cambio, el segundo modelo, produce una ética basada en el control, el dominio, el sometimiento y el ejercicio del



poder sobre el otro. No hace falta ser muy perspicaces para caer en la cuenta de que la relación sanitaria o clínico-asistencial tiene resultados muy diferentes según nos apoyemos en uno u otro de los modelos antes expuestos. El futuro de esta relación interpersonal, tan peculiar, pasa irremediamente por adoptar una dirección diferente a la que estamos llevando: la dirección de “ir hacia el otro”, que no es sólo vecino, competidor, usuario o cliente, sino, por encima de todo, “interlocutor” personal.

Si pensamos en las personas que trabajan con nosotros o que atendemos en nuestras consultas caeremos en la cuenta de la importancia que tiene poner cariño en todo lo que se hace; entusiasmar o ilusionar; compartir conocimientos, información, buen humor, tiempo, dudas, decisiones...; construir reglas de juego participativas; darse permiso para ser feliz; delegar y liberar talento en quienes nos rodean; divertirse y cuidar de uno mismo; entrar dentro de uno mismo con calma y paz; compaginar el ideal de los sueños con la eficacia y la eficiencia; mirar y escuchar; callar cuando no se sabe qué decir; expresar las propias emociones y comprender las de los demás; saber hacia dónde vamos; ser creativos y educados; ser queridos y dejarse querer; tener detalles personalizados; corregirse ante los propios errores... En suma, aprender a positivizar aquellos valores que ayuden a las personas que tratamos a vivir el lado más humano de la salud o de la enfermedad. Lo que está aquí en juego no es sólo la misma relación sanitaria, sino el tipo de seres humanos que realmente queremos ser. Está en juego humanizar la asistencia sanitaria, la calidad ética de la propia conducta.