

La relación médico-paciente. Dimensiones

Dr. Baltasar Aguilar Fleitas¹

Palabras clave: HUMANIDADES MÉDICAS
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE
Key words: MEDICAL HUMANITIES
DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

“...si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre con una cara que sonríe porque ya no padece, con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte, si ansías comprender al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino: hazte médico, hijo mío”.

Consejos de Asclepio (128-56 aC), dios griego de la Medicina (Esculapio para los romanos).

“Desde el momento mismo que su médico de cabecera, en el transcurso de un chequeo rutinario, descubrió algo anormal en su ECG, y hubo que hacerle, de la noche a la mañana, una cateterización cardíaca, Henry, gracias a la medicación que le recetaron, pudo seguir trabajando y llevar una vida normal en su casa, exactamente igual que antes. Ni siquiera se quejaba de los dolores en el pecho y la falta de aire que su médico habría muy bien podido esperar de un paciente con obstrucción arterial avanzada.

El problema empezó cuando llevaba dos meses tomando la medicina.

—Esto lo llevó oído una mil veces— le dijo el cardiólogo cuando Henry le contó por teléfono lo que estaba ocurriendo.

El cardiólogo no pudo ser más comprensivo. Intentaría reducir la dosis hasta el punto en que el fármaco —un betabloqueante—, sin dejar de controlar la enfermedad coronaria, ni de reducir la hipertensión, dejase de interferir en la función sexual de Henry. Afinando la medicación, dijo, hay veces en que se consigue alcanzar un equilibrio”⁽¹⁾.

Pese a los avances tecnológicos producidos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las enfermedades, la relación médico-paciente (RMP) sigue siendo el eje de la práctica médica.

Ni las más sofisticadas técnicas de reconocimiento corporal prometen sustituir este encuentro singular cargado de expectativas y vivencias, al que concurren dos protagonistas que establecen una relación asimétrica entre sí. Uno, el enfermo (*in firme*, no firme), comparece con una dolencia que nunca es solo física, sino además y fundamentalmente emocional; se presenta de cuerpo y alma en su estado de máxima vulnerabilidad; la incertidumbre le suspende las certezas sobre las que ha edificado su existencia; cancelado circunstancialmente su pudor, entrega su cuerpo a la exploración y la mirada de otros; con el presente interrumpido y un proyecto personal amenazado, alimenta la esperanza de reanudar su vida y el silencio de sus órganos. Y por otro lado, el médico (*medeōr*, el que cuida, se ocupa del *in firme*...), concurre portando los conocimientos básicos para asistir y aconsejar al enfermo, en ese momento tan particular de su existencia; el profesional comparece con su bagaje técnico pero también con su personalidad, afectividad, autoestima, historia personal y familiar, conflictos derivados de su propia existencia en sociedad; no obstante toda esa determinación, tiene la responsabilidad de otorgar un trato empático, comprensivo y misericordioso a todo aquel que recurra a su saber.

La RMP ha sido objeto de análisis desde tiempos remotos. En el siglo pasado se acumuló una abundante bibliografía en torno al tema⁽²⁻⁴⁾.

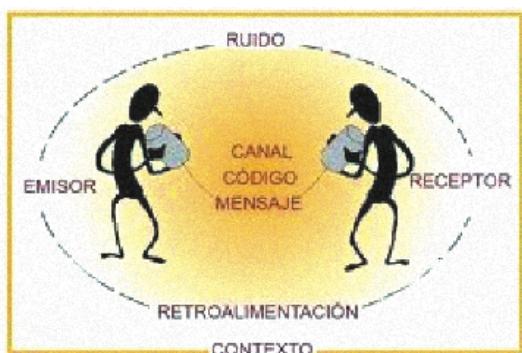
1. Médico Cardiólogo. Presidente de la Asociación Médica de San José. Ex Presidente de ASSE. Integrante del Tribunal de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay. Cocoordinador y docente del curso de Humanidades Médicas “Pensando en lo que hacemos” para estudiantes de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Correo electrónico: baltasaraguilarfleitas@gmail.com

Una caracterización necesariamente parcial de este vínculo podría ser la siguiente: **es el encuentro y la interacción que se produce entre el médico y el paciente con motivo de una enfermedad. Este nexo es fiduciario, en el sentido que depende de la confianza que se establece entre las partes. Está históricamente determinado, vale decir que cada etapa histórica tiene su propio modelo de RMP. Es específico y muy complejo ya que contiene múltiples dimensiones. Es un acto privado que se desarrolla con niveles variables de intimidad y confianza. El tiempo que se dedica al encuentro, el entorno y los circundantes, la cantidad de información que se intercambia y las expectativas depositadas en él, dependen de si se trata de una consulta que se realiza en la urgencia, en el consultorio o en una sala de internación. Y, lo que es muy importante, es un acto que no se clausura con el final de la consulta pues la semiótica que se produce y fluye en el curso de la entrevista determina de manera preponderante el curso de la enfermedad y la eficacia del tratamiento.**

¿Cuáles son algunas de las dimensiones implicadas en la RMP?

La RMP es un encuentro comunicacional

En el acto médico siempre hay comunicación, siempre hay producción y transferencia de información cualquiera sea el estado del enfermo y aunque ninguno de los protagonistas se exprese con palabras. En la RMP tiene fundamental importancia la comunicación no verbal, mediante la cual se ponen de manifiesto sentimientos, sensaciones y hasta opiniones. Como en toda comunicación se puede reconocer, básicamente, emisor y receptor, canal y código, el mensaje y el entorno extralingüístico, en roles dinámicos e intercambiables.



Este proceso se lleva a cabo con toda la riqueza que da el tráfico de vivencias y gestos. La comunicación en la RMP nunca es neutra ni completamente

profesional: *“Lo cierto es que cuando dos personas se encuentran, como es el caso del médico y el paciente con ocasión de la consulta, todas las cualidades que hacen a la identidad de cada uno, sin quererlo, sin desearlo, se cuelan irremediablemente”*⁽⁵⁾.

Hay factores que atentan contra la comunicación entre médico y paciente: descripción no clara de los síntomas por parte de este, lenguaje excesivamente técnico y escritura poco legible o directamente ilegible de aquél interfieren en la relación y son causa de muchos malentendidos que terminan, incluso, en los ámbitos judiciales. La escasa capacitación de los médicos en habilidades narrativas y comunicativas agrava esta situación que se ha transformado en embarazosa al socaire de las nuevas exigencias y derechos de los pacientes.

La RMP es un vínculo determinado históricamente

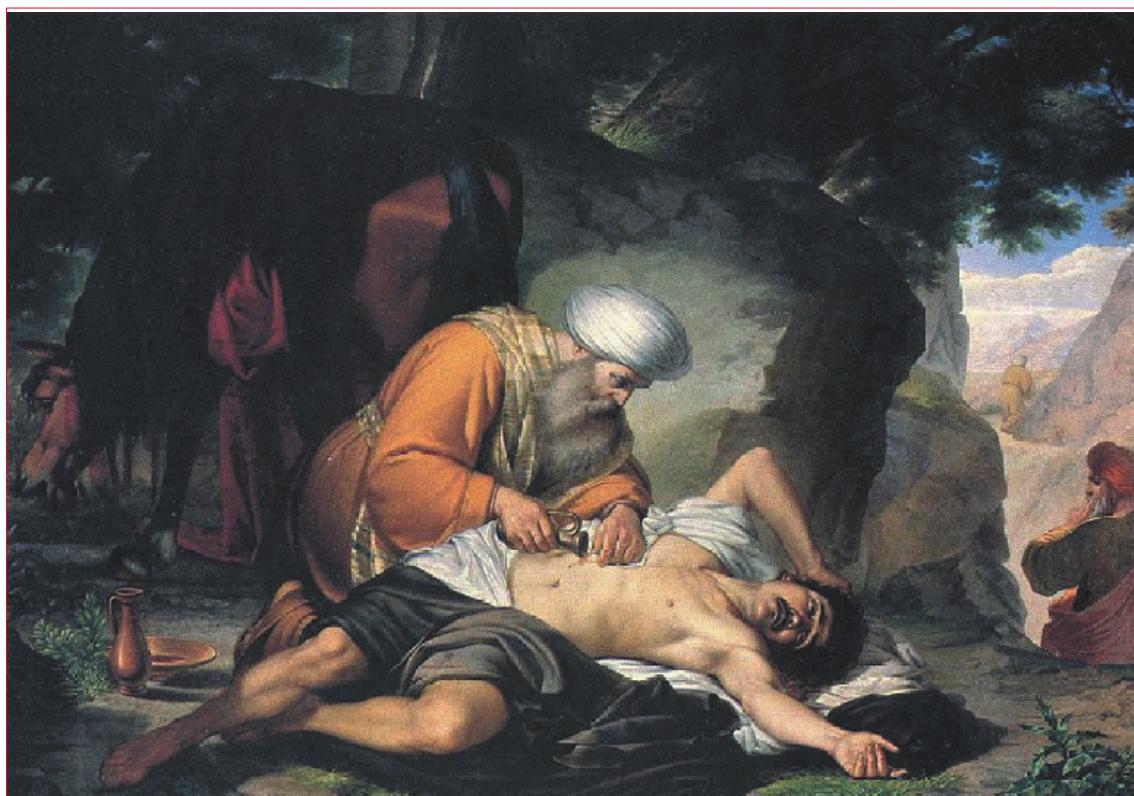
Estamos lejos de la medicina tal como se describe por el dios griego Asclepio. La medicina de hoy está mejor representada por el pasaje de la novela de Philip Roth. Durante toda la historia de la humanidad la relación entre el que padece y el que cura ha sido motivo de análisis y ha cambiado de acuerdo a las tendencias socioculturales de larga duración⁽⁶⁾.

Así, en los **pueblos primitivos**, la enfermedad se concebía como el castigo de los dioses ofendidos por la conducta humana. El curador tenía con el enfermo una jerarquía dada por su condición de sacerdote capaz de investigar la violación de la ley moral y establecer la evolución de la enfermedad mediante drogas alucinógenas u órganos de animales.

Los médicos **egipcios**, llamados *sunu* (“el hombre de los que sufren o están enfermos”) gozaban del reconocimiento social y trataban a estos con pócimas, invocaciones y rezos.

En **Grecia**, en el siglo V aC, con Hipócrates nace la Medicina que basa sus conocimientos y su práctica en la observación de las enfermedades. Estas se producían, según el “padre de la Medicina”, por desequilibrios en los humores constituyentes del cuerpo. La medicina que se practicaba no tomaba en cuenta la opinión de los pacientes: los médicos se inspiraban en el bien del enfermo (principios de beneficencia y no maleficencia: *primum non nocere*, lo primero es no hacer daño), iniciando de ese modo la práctica de la medicina paternalista que llega hasta nuestros días.

En la **Edad Media** la medicina se vio influida fuertemente por concepciones religiosas (caridad, dolor como salvación) y otras derivadas de ellas como servicio y beneficencia. Estas concepciones impregnaron aún hoy el ejercicio de la medicina. La pin-



Giacomo Conti (1813-1888). *Parábola del buen samaritano*. Iglesia de la Medalla Milagrosa, Mesina.

tura de Giacomo Conti *La parábola del buen samaritano* y sus diversas versiones, entre las cuales merece destacarse la de Vincent Van Gogh, aluden a una de las parábolas de Jesús relatada en el Evangelio de Lucas, y representa la misericordia como una de las virtudes que deben guiar a los hombres que se encuentran en la vida con un sufriente. Así es el llamado interior que sentimos los médicos frente al “menesteroso” al decir de Laín Entralgo.

En los siglos XVI a XX se producen grandes avances científicos y tecnológicos, pero sobre todo ocurren cambios en la manera de concebir el proceso salud-enfermedad que diseñan un nuevo enfoque de la RMP. Irrumpen en el escenario, al final de este período, nuevos problemas y temas referidos a la medicina, como los derechos y la seguridad de los pacientes, la deontología médica y la bioética, una nueva dimensión de la salud y por consiguiente la resignificación de la enfermedad, la posibilidad de curar casi todas las enfermedades y la asignación de posibilidades ilimitadas al progreso técnico. Surge en algunos ambientes el concepto de “paciente del siglo XXI” –que analizaremos en otro artículo– y que cambia radicalmente las coordenadas de la RMP tradicional⁽⁷⁾.

Actualmente la consulta médica se realiza en instituciones que son intermediarias entre el médico y el paciente (intermediación burocrática) e im-

ponen sus reglas desde el punto de vista técnico, del entorno y de la propia comunicación. A este nivel originan frecuentemente “ruido” o interferencias más o menos importantes según las circunstancias, así como violaciones de grado variable a la intimidad del paciente y la confidencialidad del acto médico.

En ese contexto la RMP es rápida, fugaz y muchas veces superficial. El modelo biomédico de atención que se ha impuesto y que se centra fundamentalmente en la patología orgánica desdénando lo biográfico, se alimenta de insuficiencias en la formación de los profesionales de la salud en materia de habilidades comunicacionales y en el escaso tiempo dedicado a la consulta.

La RMP es un encuentro específico y complejo

Los pacientes llegan a la consulta con el médico debido a que ha ocurrido un acontecimiento disruptivo y amenazante en sus vidas.

La separación cartesiana de cuerpo y alma (siglo XVII) no solo restituyó al sujeto racional como protagonista de la naturaleza y la historia sino que tuvo, además, una enorme influencia en el pensamiento occidental que se extiende hoy⁽⁸⁾. La medicina es un ámbito que aún no ha podido desembara-

zarse de esa manera de concebir la naturaleza humana. El progreso de la ciencia registrado a posteriori, donde en pocos siglos se acumularon las investigaciones y los descubrimientos más fecundos de la historia, consolidan el progreso humano material a la vez que se establece una visión parcial de las necesidades del Hombre. La RMP actual aún registra esa manera de ver las circunstancias vitales y le concede mayor importancia a la *disease* (enfermedad orgánica, en inglés) que a la *illness* (sufriimiento, experiencia de estar enfermo, en inglés). La correcta dimensión del motivo de la consulta queda así sesgado, interferido o parcialmente oculto por esa perspectiva orgánica casi exclusiva. En la novela de Philip Roth todo ha marchado bien: el paciente ahora no tiene dolor, ha reanudado sus actividades, se hará una cinecoronariografía y seguramente se resolverá su obstrucción vascular, pero su vida ha cambiado, su sexualidad se ha apagado y la incertidumbre impregna su vivencia de enfermedad.

La necesidad de situar la consulta médica en dimensiones más allá de lo técnico –en el contexto de esa relación asimétrica y sobre la base de una correcta comunicación entre médico y paciente–, se basa, además, en que no se puede desestimar el efecto terapéutico de “la droga llamada doctor”, o sea el impacto sanador producido por el médico en su relación con el enfermo⁽⁹⁾.

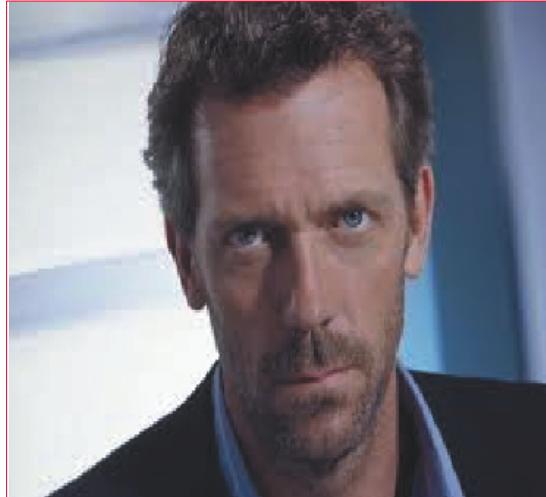
La RMP es un encuentro bioético

En la RMP, el énfasis se centra actualmente en la alianza entre ambos protagonistas del vínculo, en el respeto y la participación mutua de médico y paciente en la toma de decisiones. El enfermo es concebido como autónomo, capaz en la mayoría de los casos de tomar sus propias decisiones en relación con su cuerpo. Muy atrás en el tiempo ha quedado la relación paternalista en la que el paciente acataba sin crítica lo que le indicaba el médico. El principio bioético que sustenta esta nueva y jerarquizada concepción es el principio de autonomía.

Esta manera de concebir la RMP, que resulta así alcanzada por las políticas de derechos que caracterizan a esta época, ha significado un quiebre trascendental en el ejercicio de la práctica médica.

Por supuesto que mantienen sutral vigencia los otros tres principios básicos de la bioética: beneficencia, no maleficencia y justicia.

Los sustentos de la autonomía del paciente son la **información** (completa, precisa, clara) que el médico debe dar sobre el diagnóstico y las alternativas terapéuticas, y el **consentimiento** (por eso se llama consentimiento informado) del paciente a las



Dr. House: nos ilustra sobre cómo no debe ser la RMP.

exploraciones complementarias y tratamientos propuestos.

El “ejemplo” del Dr. House

Se ha hecho muy popular una excelente serie llamada *Dr. House*, que salió en televisión por primera vez en 2004. Narra los acontecimientos en los que se ve involucrado el protagonista, el Dr. Gregory House, consumidor de pastillas y cojo, en el centro donde trabaja, el Hospital Princeton-Plainsboro de EEUU.

Sus dotes como clínico en cuanto a conocimientos, habilidades y percepción fina para formular los diagnósticos más difíciles –un Sherlock Holmes moderno–, son comparables a su antipatía y su destreza para violar la ética médica y las claves de una correcta RMP.

El estudio de la filosofía del Dr. House tiene su importancia porque proporciona la imagen de lo que no debe ser y hacer un médico, al menos en la concepción no paternalista y moderna de la RMP.

Para House la autonomía del paciente no tiene sentido y, por lo tanto, jamás le da cabida en su práctica clínica. Su accionar se basa en que el fin justifica los medios a la luz, únicamente, de su propia conciencia. Se maneja con un criterio utilitarista, corriente filosófica desarrollada por Jeremy Bentham (1748-1822) y John Stuart Mill (1806-1873), que sostiene que la moralidad o inmoralidad de los actos solo se puede juzgar de acuerdo al resultado de una acción en los que se serán afectados por ella. “*Si el fin no justifica los medios, entonces qué lo hace?*”, se pregunta House.

En *Dr. House* se representan las condiciones ideales para el despliegue de la complicada personalidad del protagonista, condiciones muy alejadas de

las exigencias y desafíos de la práctica clínica cotidiana. Se resaltan, así, las características del antihéroe. En el magnífico libro *Filosofía de House* de William Irwin y Henry Jacoby, se dice: “*En el mundo de House, por lo general los pacientes se sienten agradecidos después de que House hace caso omiso de sus deseos y tiene éxito en el diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades. Sin embargo, en la vida real los pacientes no siempre perdonan cuando los médicos no toman en cuenta sus preferencias y decisiones*”⁽¹⁰⁾.

No es precisamente un caso a imitar. El despliegue técnico sin su complemento de consideración humana hacia el sufriente, somete a la RMP a vicisitudes y consecuencias no deseadas. En el episodio “Familia”, Foreman, un neurólogo del equipo de trabajo del Dr. House, le dice a este: “*Para ser un médico como tú, tengo que ser un ser humano como tú. No me quiero convertir en ti*”⁽¹¹⁾.

Bibliografía

1. **Roth P.** La contravida. Barcelona: Seix Barral; 2006. p.9-10
2. **Laín Entralgo P.** Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat;1972
3. **Laín Entralgo P.** La relación médico-paciente. Historia y teoría. Madrid: Revista de Occidente;1964
4. **Szasz Th S, Hollender MD.** A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. AMA Arch Intern Med 1956;97(5):585-92
5. **Pérgola F, Ayala J M.** Antropología médica. Medicina para la persona. Buenos Aires: CTM Servicios bibliográficos; 2005
6. **Vidal y Benito MC.** La relación médico paciente. Bases para una comunicación a medida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010
7. **Chomali Garib M. Mañalich Muxi J.** La desconfianza de los pacientes. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2006
8. **Damasio A.** El error de Descartes. Buenos Aires: Paidós; 2013
9. **Balint M.** El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos; 1961
10. **Irwin W, Jacoby H.** La filosofía de House. México: Selector Actualidad Editorial; 2009.p.169
11. **Irwin W, Jacoby H.** La filosofía de House. México: Selector Actualidad Editorial; 2009.p.232