

# La relación médico · paciente. Algunas reflexiones a la luz de la bioética

**Dr. Fernando Estévez Abad**

Neurólogo clínico. Docente de la FF.CC.MM de la Universidad de Cuenca. Especialista en Neurología. Máster en Neurociencias. Máster en Bioética por la UB (título en trámite). Candidato a PhD por la Universidad de Barcelona.

## RESUMEN

La relación médico – paciente es un momento crucial del contacto de dos personas en situaciones de enfermedad o compromiso de salud. Una buena relación se sustenta en el marco de los principios fundamentales de la Bioética pero con el avance de la técnica y la ciencia se ha visto profundamente matizada. La lucha de intereses externos a los actores principales genera tensiones innecesarias que pueden ser soslayadas con una buena comunicación. El hecho de entender que la comunicación efectiva, orientada y centrada en la persona marca una buena relación médico – paciente pone de relieve la necesidad de establecer un momento claro de formación y capacitación pertinentes en el currículo de la formación médica. La respuesta humana, empática y un lenguaje claro y comprensible sientan las bases para una relación que respete la autonomía y la dignidad. Una persona enferma es un ser complejo, que sufre, que tiene aspiraciones y necesidades; la limitación de la medicina y la tecnociencia nos hacen entender que los médicos también somos personas pero que nuestros actos deben realizarse en el marco de la responsabilidad y los derechos. La medicina busca curar enfermedades, retrasar la muerte y cuando ella ha llegado hacerla más aceptable, prevenir el sufrimiento innecesario así como proteger a las personas de posibles futuras enfermedades. El trabajo de los médicos, en un marco social de respeto por el ser humano y en el principio de la solidaridad como eje conductor de las acciones en salud ponen de relieve que la relación médico-paciente no es un mero momento de interacción, que el marco social de respeto humano hacen necesario que los derechos de las personas se respeten al máximo. Los médicos también son personas, también tienen sus intereses, deberes y derechos y ofertan sus mejores esfuerzos en bien de otros; deben mantener su práctica libre de intereses de terceros o del poder ya sea económico o institucional, si no respeta al paciente. Esta ponencia no trata de ser exhaustiva pero sí aportar con las temáticas cruciales a la luz del autor que permitan establecer un marco de mínimos para la discusión bioética del acto médico.

### ¿Cuál es el papel del médico?

El paciente X luego de ser sometido a varios estudios complementarios es diagnosticado como portador de una enfermedad neurodegenerativa para la cual no existe hasta la actualidad un tratamiento curativo, ni paliativo posibles. El médico que le trata le explica el pronóstico en la segunda consulta y le explica que no hay tratamiento; que a lo largo de los próximos años verá deteriorada su condición, aumentando la limitación y dependencia; finalmente le dice que morirá dentro de los próximos 4 a 6 años.

El paciente W tiene un dolor de 4 meses de evolución que le afecta la mitad de la cara; muy intenso y discapacitante. Ha consultado varios profesionales en el sistema de salud, utilizando tanto los servicios públicos como los privados. Finalmente en una consulta desesperada y luego de reevaluar los estudios a los que ha sido sometido se encuentra una lesión que fue pasada por alto por los profesionales anteriores. Esta lesión afecta un nervio craneal que le produce el intenso dolor. Se somete a estudio y se determina un cáncer de mal pronóstico.

Estas dos viñetas muestran algunas de las situaciones que pueden enfrentar los pacientes que se encuentran con la posibilidad de un severo cambio del plan vital. En ambos casos los pacientes se ven en una situación en la que deben enfrentar la posibilidad de la muerte y sobre todo del sufrimiento. Ellos ven como en una consulta su vida tiene un vuelco impensable. De todas formas lo más

importante es que la idea vital ha cambiado; lo que pensaba el paciente en relación con el futuro ya no será como lo había planificado.

Con esta reflexión inicial quiero partir una discusión desde el marco de la Bioética, de lo esperable y las posibilidades de conflicto que se pueden presentar en la relación entre médicos y pacientes. Además aporté para la discusión algunos resultados de la vivencia diaria de la profesión mediante experiencias que he acumulado tanto en la formación y perfeccionamiento profesionales.

La percepción hacia el médico, desde la visión social individual y grupal ha cambiado; se ha ido modificando con el paso del tiempo. Todavía queda en la memoria de las personas la imagen del médico benevolente, que actúa en el marco de la beneficencia y que siempre hará el bien.

Con el paso del tiempo y en relación con las importantes modificaciones de la vida e interacción sociales, esta visión ha cambiado de forma radical. El efecto también de los líderes de opinión ha dejado una huella probablemente indeleble sobre esta imagen; el médico es un ser más bien mezquino, egoísta y lejano. De él hay que cuidarse, no es ya más la persona fiable, consecuente, amable y benevolente. ¿Será esto cierto?, ¿será posible que en menos de cincuenta años la visión hacia los médicos se haya transformado en una visión negativa y de cuidado? Si esto es así necesitamos leyes, principalmente de aquellas que castigan y persiguen,

pues como sociedad también percibimos que las leyes por sí solas ejercen estos efectos.

Siendo esto real, habríamos fallado como sociedad, pues al despertar la desconfianza hacia una persona a quien se confía el cuidado de los demás, en quien se ponen una serie de esperanzas y en quien deberíamos confiar a ojos cerrados habríamos generado una sociedad literalmente partida. Quien cuida de mi vida y bienestar como papel fundamental del ejercicio de su profesión ha fallado desde su formación hasta su trabajo diario. La responsabilidad de tal evento tan negativo deberá enfrentarla alguien y en lo posible deberá corregirla.

### **El objetivo de la medicina**

Entendido entonces que el objeto de trabajo de los médicos son personas, en este caso denominados pacientes, aquejados por situaciones de angustia por la percepción de malestar y cargados de angustia por la posibilidad de enfermar y sentir cambios en sus objetivos vitales, el médico no puede ser un actor más.

Los objetivos de la medicina son producto de la lógica propia de esta ciencia y de la denominada *lex artis* que le pertenece. Estos objetivos están además matizados por la percepción social y por los interferentes culturales; por ello es que es importante considerar que no existe una sola medicina, sino que los saberes propios de la ciencia deben

matizarse por los lugares en los cuales se aplican (Callahan, 1998).

En algunos casos, estos impactos culturales también se combinan por otros intereses. La industrialización y el mundo del consumo han encontrado en la medicina también un nicho del cual se pueden obtener ganancias. En estos casos, en mi opinión, hemos sido testigos de un cambio de mentalidad y del apareamiento de la industria de la salud. El transformar al paciente en consumidor y aplicar a la relación entre médicos y pacientes las mismas normas y consideraciones del mundo del negocio y consumo parece abonar más bien para un cambio deshumanizador. La venta de la idea del servicio o de la prestación de servicios transforma a los pacientes en consumidores y por lo tanto les aplica los mismos principios.

Esta idea que hace mucho tiempo caló en otras sociedades (en particular la norteamericana) generando un enorme impacto. Las actividades económicas relacionadas con la asistencia sanitaria son una parte sustancial de la economía en esas sociedades. Este cambio, asociado con los relativos éxitos producto del avance tecnológico ha permitido que la sociedad sucumba ante la tentación de medicalizarlo todo. Lastimosamente, la distribución desigual de la riqueza, el acceso a fuentes de trabajo, la angustia por el mismo trabajo generan un abanico de problemas en la persona que pueden adscribirse a los fenómenos enumerados o al sistema o pueden considerarse en sí problemas de índole médica.

En estas circunstancias el debate del primer mundo se centra en los medios, el auto financiamiento, la privatización y servicios. En los países en desarrollo (tales como el Ecuador) la discusión se dirige hacia los medios físicos, la infraestructura, la financiación gubernamental y situaciones como la presente la posibilidad de recortes. Estas discusiones de lado y lado parecen más bien poco aportadoras para el problema real. No hay que desdeñarlas pero deben matizarse; la sociedad debe ser capaz de discutir el mantenimiento de la atención sanitaria y la percepción solidaria que marca nuestra decisión como grupo humano. Junto con esta discusión es importante también mantener un debate importante, del cual además los profesionales médicos y del sistema sanitario deben ser parte fundamental, que permita más bien identificar las oportunidades y necesidades de la profesión misma.

El definir como sociedad los objetivos y contenidos de la medicina, su relación con la historia cultural y tradiciones no pueden dejarse de lado pero deben matizarse. Hay que tener muy claro hacia dónde y a quién se dirige, a quiénes debe beneficiar y cómo es posible que los conocimientos (cada vez además más apabullantes en cantidad, calidad y complejidad) puedan transformarse en hechos de la vida diaria y conseguir que tengan un real efecto hacia quienes van dirigidos.

En resumen, tomando en cuenta la percepción histórica de la existencia de la medicina no podemos dejar claro que

deben matizarse. La idea atávica que los médicos y la medicina existen para salvar y prolongar la vida no es suficiente; se complementan necesariamente con un universo de posibilidades que orienten la investigación, el trabajo y la inversión hacia las actividades reales de promoción de salud. Es momento de dejar la idea de que salud es igual a hospitales, equipos, fármacos. Es momento de pensar que la medicina de atención deberá enfrentar planes de acompañamiento, de alivio del dolor, de protección frente a vulnerabilidad y sufrimiento así como por supuesto tener claridad de que la medicina debe orientarse hacia una prevención con impacto en actividades saludables para la vida y las personas, con visión integral (no solo la enfermedad sino la salud en sí), individual y grupal.

No puede tampoco la medicina desligarse de los problemas en emergencia; el envejecimiento y sus colaterales otrora problema reservado para el mundo desarrollado nos afectará con mayor potencia. Deberemos ser capaces de enfrentar las atávicas enfermedades del pobre desarrollo (infecciosas, parasitarias) y las del mundo desarrollado (trauma, cardiovasculares, metabólicas, degenerativas).

Necesitamos urgentemente establecer políticas y decisiones más ciertas. El avance tecnológico supone además el apareamiento de una presión social cada vez mayor en demanda de sus efectos. La asistencia sanitaria ve siempre como es insuficiente todo recurso económico frente a las nuevas

tecnologías; no siempre mejores que las anteriores y en muchas ocasiones con beneficios reales marginales, pero que suponen el crecimiento del problema de la equidad en la distribución y el acceso cada vez más difícil a los recursos.

Las sociedades en las cuales las leyes del mercado son las dominantes orientan el desenvolvimiento individual en el beneficio personal. Este tipo de sociedades apuntala la satisfacción personal; la idea de calidad es la que se puede comprar o pagar. En sociedades como la nuestra, en las cuales el principio de atención sanitaria está marcado por la solidaridad los problemas van por otra vía, pero enfrentan las presiones de la insatisfacción individual y la percepción de insuficiencia; en muchas ocasiones matizada también por la percepción de pobreza.

Debemos entonces también ser capaces de discutir y determinar si vamos a permitir que las reglas del mercado que: generan tensiones y minan la confianza entre paciente y médico y que rompen con los fines altruistas de la medicina se instalen en un sistema que se jacta de solidario.

Finalmente no podemos olvidar que debemos mantener una visión integral de las personas, y que para esto un ejercicio de calidad es fundamental para preocuparse de la viabilidad económica junto con el mantenimiento de la eficacia, equidad y calidad. La necesidad actual mantiene las presiones históricas de necesidad de sanación pero conjunta sus

esfuerzos actualmente con las necesidades de cuidado y asistencia.

Tampoco podemos permitir como sociedad que la medicina oriente su empeño hacia las vertientes de la competencia. Desde la formación es fundamental que seamos capaces de producir médicos solidarios. Es impensable creer que tendremos médicos humanos, solidarios, sensibles y humanos cuando en las aulas han aprendido a competir, aplastar y ser individualistas. Este peso enorme desde la formación también se complementa con el peso de la sociedad; una sociedad temerosa de los médicos, que quiere controlarlos y juzgarlos no puede esperar una respuesta humana. Los médicos que trabajan y se forman en los sistemas de mercado compiten entre sí y para sí. Los médicos que trabajan y se forman en sistemas solidarios se acompañan, trabajan en equipo, respetan el valor de las personas y por supuesto orientan su trabajo en beneficio de los demás; sin olvidar que son personas también pero que escogieron este trabajo por otros principios que marcan su quehacer; no solo el lucro, la ganancia o la fama.

Desde 1996 el Hastings Center (*The Hastings Center - Bioethics Research Institute*, 2018) propuso cuatro objetivos de la medicina:

1. La prevención de la enfermedad y lesiones, así como la promoción y mantenimiento de la salud.
2. El alivio del dolor y sufrimiento causado por las enfermedades.

3. El cuidado y curación de los enfermos, así como el cuidado de aquellos que no pueden ser curados.

4. La prevención de una muerte prematura y la consecución de una muerte tranquila.

En la actualidad vemos entonces como algunos de esos objetivos siguen estando presentes, pero no pueden considerarse inamovibles. Los objetivos de la medicina en la actualidad deben probablemente actualizarse y reorientarse sin descuidar los sistemas de salud y atención, así como la formación de los recursos humanos y la investigación.

Dentro de un sistema de salud demandante además debemos re-personalizar al médico; el médico no es una máquina, es falible, es "e carne y hueso. Requiere condiciones de trabajo humano, requiere mantener formación y capacitación. Su trabajo orientado en beneficio de otros no puede despojarlo de derechos; no estudia para responder y salvar todas las demandas de los pacientes. Lastimosamente estas reflexiones se matizan en la actualidad porque el trabajo ya no es individual, es grupal y es institucional.

¿Cuál es el papel del médico entonces? cuando trabaja para una institución con sus propias orientaciones, necesidades, limitaciones y regulaciones. ¿Puede un médico trabajar en un sistema que mide el desempeño por números?, ¿la

eficacia medida en cantidad de pacientes atendidos es el objetivo?, ¿la calidez se mide en el ambiente físico?, ¿la calidad se puede medir en la eficacia del diagnóstico? Parece entonces necesario que como sociedad discutamos estos temas, es hora de abandonar trincheras y funcionar solidarios.

Creo entonces necesario despertar una reflexión global, parece que no hemos podido hasta la actualidad, cerca de veinte años luego de esta iniciativa inicial cumplir con los objetivos planteados aunque tomarlos en cuenta de forma constante puede permitir que los médicos resuelvan con suficiencia los dilemas clínicos pero no permiten solventar los dilemas éticos. La medicina actual, la tecnología y el impacto de la comunicación ponen en riesgo a las personas, no solamente permiten encontrar vías de curación de enfermedades sino también tienen un enorme potencial para controlar, alterar y modificar la vida humana. Uno de esos efectos no esperados pero posible puede ser la medicalización del sufrimiento, la administración de polifarmacia no siempre necesaria, la hospitalización innecesaria, etc. Una medicina humana debe tener entonces conciencia de sus propios límites, en los cuales lo humano sea la medicina. La compasión, la empatía, la solidaridad y la implicación personal son necesarias. Una relación humana puede ser el remedio.

## El impacto de la tecnología

Los avances en biomedicina de los últimos 50 años han sido realmente enormes; hay profundos cambios y hemos tenido importantes efectos de las acciones en el campo de la prevención, el diagnóstico y por supuesto el tratamiento de las enfermedades. Muchas enfermedades infecto-contagiosas que en la antigüedad fueron verdaderas plagas que diezmaron poblaciones enteras han desaparecido. El efecto de las vacunas ha permitido la desaparición de algunas enfermedades, aunque a modo de paréntesis es importante mencionar el efecto de la visión equívoca de sociedades del primer mundo y del surgir de teorías anti-vacuna que han generado la reaparición de algunas de ellas en sociedades otrora libres de tales males (Martínez y Casado, 2000).

Los antibióticos curan enfermedades mortales o que producían graves secuelas. La utilización de prótesis articulares devuelven funcionalidad y calman dolor, así como Prótesis, trasplantes, cirugía intraútero, métodos ópticos para cirugías menos invasivas (laparoscopia, endoscopia, etc.). Pero estos avances, junto con cambios radicales de la práctica médica han modificado nuestra discusión sobre la dicotomía vida - muerte (Ceriani Cernadas, 2014). La existencia de equipos sofisticados que permiten soporte vital han permitido ganarle tiempo a la muerte, las unidades de cuidado intensivo permiten que lesiones otrora irreversibles disminuyan el impacto sobre la vida y bienestar; pero también nos

abrieron la posibilidad de ver fenómenos impensables: estado vegetativo, recuperación neurológica mínima, etc.

Con todos estos avances la ausencia de latido cardíaco ya no es sinónimo de condición de muerte. El mismo cáncer ya no lo es; pues con el advenimiento de la biotecnología y la medicina genética (personalizada) así como la tecnología de utilización y replicación de células madre permiten que muchos cánceres puedan curarse. La discusión entonces abre nuevas preguntas: ¿tiene sentido retrasar la muerte sin límite?, ¿cuándo debemos hacerlo?, ¿en qué casos debemos establecer límites? y probablemente la más difícil ¿quién debe hacerlo?

En ocasiones estos avances despertaron una idea enorme de éxito, la presencia (no ocasional) de una soberbia individual y tecnológica nos llevó a afirmar y proclamar victoria. El mismo hecho del cambio en la esperanza de vida nos han hecho inicialmente pensar que conseguimos lo esperado; actualmente con nuevas discusiones en particular en sociedades que enfrentan el envejecimiento nos abre otra encrucijada. La discusión sobre eutanasia y suicidio asistido, la promulgación y discusión de leyes para permitir suicidio por cansancio vital (Casado, 2009) abren nuevas aristas y preguntas. ¿Es entonces un objetivo de la medicina alargar la vida?, o tenemos que empezar una discusión más humana de ¿qué es vivir?, ¿cómo podemos definir y decidir que si la vida es suficientemente buena para seguir viviéndola?

A pesar de todo las personas seguimos padeciendo enfermedades que no tienen posibilidad de cura, en muchos casos ni siquiera el tratamiento paliativo o el control del dolor alcanzan a tener un efecto realmente importante o los límites enfrentan a las personas que sufren a un gran y prolongado sufrimiento y dolor.

Tal vez sea este el momento de hacer una conclusión parcial. Los límites de la tecnociencia existen y no sabemos si podremos salvarlos. Los avances especialmente en genética, biotecnología y neurociencia (especialmente con la inteligencia artificial) (J., 1999) pueden hacernos ver espejismos. La sociedad por tanto espera del médico una conducta de acompañamiento, es fundamental la presencia de una conducta humana hacia los pacientes incurables o crónicos. Entendiendo si es este un papel no solo esperable de parte del médico y del personal de medicina sino también de todas las esferas sociales de apoyo y solidaridad.

Para terminar me parece también fundamental puntualizar las preguntas que surgen desde y hacia la investigación en medicina y biotecnología. Necesitamos tener claridad en el camino que debemos seguir, las necesidades tienen que identificarse no solamente desde el punto de vista individual sino también y social. No podemos además, dejar de pensar en los que todavía no están, la frase cliché de por las generaciones futuras debe pensarse con suficiente cuidado; las investigaciones que impactan sobre

la edición del ADN abren posibilidades enormes, pero también enormes riesgos especialmente para estas futuras generaciones y en muchos casos sus posibles efectos podrían no verse solo en los seres humanos sino en la naturaleza misma; por ello han surgido las nuevas corrientes de análisis y discusión en Bioética; más allá del principialismo bioético el principio de precaución más recientemente discutido es importante como herramienta de complemento de la discusión clásica.

### **La especialización médica**

Hacia la década de los años 80 del siglo pasado la mejor respuesta a los problemas de salud parecía ser la especialización. A partir de esa época, la formación de los médicos se vio cada vez más influida por la necesidad (inicialmente social pero luego de mercado) de que los médicos accediesen a programas de formación cada vez más prolongados y costosos en busca de formación de especialidad y sub-especialidad.

La investigación biotecnológica y los avances en métodos diagnósticos y terapéuticos hizo desde esa época necesario que los profesionales tomaran mucho más tiempo en prepararse. Parecía entonces que la lucha contra la muerte era cada vez más efectiva; la existencia de nuevos métodos (invasivos y no invasivos) de diagnóstico y terapéutica parecían mostrar una luz. Fuimos testigos de la tecnologización en la intervención médica, cirugía robótica, estudios de

imágenes en tiempo real, implantes cerebrales y otros artilugios parecían dar por fin con las respuestas.

Lastimosamente el surgir de estas variaciones en la formación y atención médicas parece haber tenido un impacto mixto. Por una parte realmente la posibilidad de realizar procedimientos antes impensables es un evento cierto; pero también hemos enfrentado la queja cada vez más frecuente de enfrentar una medicina menos humana. El modelo biomédico tradicional cambió definitivamente permitiendo grandes avances y éxitos pero lastimosamente por otra parte parece fragmentar a la persona. La idea de la especialización tuvo un impacto tan grande que las personas – pacientes se transformaron en órganos o aparatos. Un médico ya no es suficiente sino que cada paciente requiere de varios para recibir cuidado y atención. Esta respuesta no parece ser la mejor; los pacientes piden ser vistos como un todo, como personas íntegras y no fragmentadas; el futuro no parece requerir las mismas respuestas que hemos utilizado hasta la actualidad.

En este ámbito pues, parece importante llamar la atención sobre la investigación biotecnológica y biomédica. No podemos seguir investigando en esta fragmentación pues las personas enfermas no son órganos o aparatos enfermos; el sufrimiento no los puede además separar de su historia personal. Es importante tomar en cuenta los antecedentes históricos, sociales, epidemiológicos y psíquicos de cada paciente. Se enfrenta

gravemente la visión cultural en contra de la visión tecnocrata; la necesidad de esta visión holística es cada día más apremiante.

Finalmente creo importante añadir una reflexión extra, pues todo este nuevo mundo abierto por la investigación y tecnologización ahondaron los efectos de la desigualdad. La vulnerabilidad es mayor cuando la tecnología y la terapéutica son limitadas. Los precios de la tecnología son pagados por alguien; ya sea de forma individual o colectiva dependiendo del sistema de salud la medicina, los procedimientos diagnósticos y las intervenciones terapéuticas y preventivas tienen que pagarse. Tampoco puede considerarse equívocamente que hablar de salud implique solamente la generación de estrategias para enfrentar la enfermedad; sino que debemos tener claro que la prevención, la calidad de vida y la experiencia humana – social son factores fundamentales que mantiene la salud. La desigualdad es un marcador paralelo que incide fuertemente en las condiciones de salud o enfermedad de las personas (García, 2005).

Quienes nacen en condiciones de pobreza, marginalidad, variabilidad geográfica en sitios con menor cuidado indefectiblemente son víctimas de la enfermedad y peor aún, tienen como premisa una esperanza de vida más corta en comparación con quienes tienen una condición social de mejor desempeño. Es entonces cuando se pone en el tapete de la discusión la importancia de la Bioética como

marco de referencia para la discusión y establecimiento de políticas de salud.

El cuidado de las personas con un marco de referencia humano es imprescindible; y este cuidado tal como reza la vigente Constitución de la República del Ecuador se debe hacer con una visión solidaria y completa; el ser humano es uno y el cuidado individual y colectivo tienen relación directa con el ambiente y las condiciones de vida. En este marco, el médico es un actor fundamental, no puede desmarcarse de esta visión y cuando en justo respeto con las aspiraciones personales se forma hacia la especialidad y subespecialidad lo debe hacer con responsabilidad. No puede nunca un médico formado en estas condiciones pensar que sabe más o es más que sus colegas.

La política de atención primaria de salud implementada en Europa (Franco-Giraldo, 2015) ha sido parcialmente adaptada a lo que ocurre en el Ecuador, mucho tenemos por caminar pero algo hemos avanzado. Me parece que uno de los avances fundamentales que hemos tenido como sociedad es la visión solidaria; no podemos permitir que el individualismo nos afecte, pues funcionamos como sociedad y como sociedad debemos cuidarnos.

### **¿Por qué hablar de relación entre médicos y pacientes?**

En esta situación de necesidad y cuidado, los pacientes buscan ayuda. Desde siempre la existencia del médico estuvo relacionada con el sufrimiento y la presencia de enfermedades. Este sufrimiento con el padecimiento de una enfermedad en cada persona con su universo propio de emociones, sentimientos y perspectivas es lo que en medicina denominamos más correctamente dolencia (Moore, Gómez, Kurtz & Vargas, 2010).

Los pacientes esperan que el médico sea capaz de enfrentar el problema y solucionarlo, que tenga habilidad, sagacidad y tino; todo esto en el marco de la comunicación. Los pacientes esperan que los médicos sepan escuchar, que comuniquen los hallazgos de una forma ágil y comprensible. Finalmente los pacientes esperan ser capaces de tomar parte en las decisiones. Todas estas esperanzas se enmarcan en la percepción de una persona empática, que entienda lo que se siente aunque no lo haya padecido; en fin, el paciente espera ser tratado como persona, no como caso o como una lección (mucho más en los casos de formación médica); alguien confiable.

La confiabilidad se sustenta también en la credibilidad; los pacientes esperan que los médicos les digan la verdad pero que sepan cómo hacerlo. Esta comunicación, especialmente si se trata de malas noticias se transforma en información y comunicación sensible (Ashar, 2017). Los pacientes esperan que los médicos, en un ambiente entonces empático, sean capaces de transmitir información e

interactuar para mejorar la comprensión. Necesitan una mano y alguien capaz de ofrecer esperanza, pero sin engañar ni ofertar falsa esperanza.

Los pacientes esperan además ser capaces de fortalecerse, de enfrentar con entereza la incertidumbre, mucho más si se trata de enfermedades crónicas o degenerativas. Para ello necesitan alguien que sepa a su lado. No quieren sentir pena o autocompasión, no quieren transformarse en un peso para la familia; y sobre todo, esperan ser capaces de avanzar en su lucha individual, ser capaces de mantener optimismo y preservar al máximo su autonomía y su propia percepción de dignidad.

En este marco entonces, no se puede soslayar que la relación médico - paciente (RMP) es una herramienta. La necesidad de una comunicación efectiva y eficaz es fundamental en el quehacer del médico, por supuesto centrado en la persona (paciente). La formación profesional entonces requiere que los sistemas educativos también permitan a los profesionales de la salud entrenarse en esta habilidad.

Históricamente se consideraba que la comunicación, al ser un patrimonio humano, es en sí misma un hecho consumado. Quien sabe hablar puede preguntar, explorar, investigar, escribir, describir, explicar y responder. El proceso de comunicación entre médicos y pacientes tiene todos los tiempos posibles de un evento de interacción. El saber preguntar es en sí mismo un momento de vulnerabilidad.

Se pensaba que los médicos deberían ser expertos en preguntar todo, sin parar a pensar si el mero hecho de preguntar pudiese dañar. Lastimosamente la escuela médica en nuestro país ha mantenido y todavía lo hace esta premisa. El médico se forma en ambientes en los cuales se le mide la habilidad de preguntar en relación con la completitud de la información; no necesariamente del contexto y menos de la persona.

Para colmo la formación no se centra en el saber escuchar. La escucha activa constituye un proceso fundamental de la relación médico-paciente. El hecho de entender que la entrevista médica no es un momento, sino un proceso, ha hecho que cada vez con mayor frecuencia los médicos centren su trabajo en la enfermedad. Este tipo de formación asociado con la idea de la especialización y la técnica han transformado a los médicos en preguntadores expertos, pero no conscientes.

La comunicación es un hecho bidireccional o multidireccional (en los casos de pacientes limitados) que necesita ser considerada un evento activo, ágil, bidireccional de escucha y expresa. La idea mucho más acentuada por los sistemas cerrados e institucionalizados de atención sanitaria pone al médico entre la espada y la pared; su tiempo es precioso y muy limitado. Se debe atender a un número de pacientes y los médicos entonces controlan al máximo el fluir de la entrevista, van al grano, por lo tanto la comunicación no es una espiral que genere

confianza y establezca relación; tenemos un contador de historias – el paciente y un preguntador de hechos – el médico.

Una buena comunicación sienta las bases para una buena relación. Los pacientes esperan que los médicos respeten sus valores, preferencias y necesidades. Los pacientes necesitan que los médicos integren en su trabajo no solo el diagnóstico sino el cuidado. Los pacientes esperan del médico un gran flujo de información comprensible. Finalmente los pacientes esperan del médico y de la relación con él, algo de confort, apoyo emocional y tranquilidad, aunque la noticia no sea muy buena (Callahan, 1998).

### La empatía

La empatía es la percepción personal que tenemos de las percepciones de otros; estas percepciones pueden ser emocionales y causan un enorme impacto en la relación entre las personas. Un médico empático es quien es capaz de entender el sufrimiento de su paciente, los pacientes esperan que el médico no solo diga: lo siento, sino que realmente lo sienta. La empatía centra la esperanza de las personas enfermas, dolientes, de encontrar alguien en quien confiar, que no sienta piedad sino que sea movido a actuar. Varios estudios se han realizado y muestran el efecto positivo que tiene sobre los pacientes un médico empático; la sola conducta de ponerse en la piel del otro mejora la credibilidad, el apego terapéutico y por sí misma presta alivio (Spiro 1992).

Cuando esto ocurre entonces el médico se transforma en el instrumento más importante del tratamiento, especialmente cuando se enfrentan situaciones en las que no hay más por ofrecer. Según varios autores, esta conducta constituye el eje primordial del verdadero arte de la medicina.

### La dignidad y la autonomía

El *primun non nocere* clásico de la medicina desde la antigüedad mantiene su vigencia. Los principios de respeto por las personas, asociado con la beneficencia y la justicia complementan los fundamentos de la Bioética como ciencia. El avance en los derechos humanos ha implicado una impronta importante en el respeto hacia los pacientes.

La discusión de la dignidad se mantiene. El derecho de cada persona, de ser aceptado como un ser individual y social, con particularidades e intereses propios marca la percepción de la dignidad. El marco del respeto del ser humano por su propia condición marca la definición de dignidad. Por esta razón la relación médico-paciente debe considerarse un evento fundamental.

¿Cuándo conoce el médico al paciente si no es en la entrevista y en la interacción? Una buena relación médico-paciente presenta el marco apropiado del respeto a la dignidad y por supuesto sustenta las bases de la toma de decisiones. El respeto al paciente como ser humano significa el respeto por sus decisiones

en el marco moral personal e individual. La autonomía y el respeto por la misma entonces, permite que la dignidad sea preservada.

La propuesta Kantiana en relación de que cada persona debe ser tratada siempre como un fin en sí y nunca como un simple medio sientan las bases de la práctica médica. Por supuesto, esto enmarca también la relación entre médicos y pacientes (Gracia 2004). El no instrumentalizar a las personas nos hace entender que comunicar no es solo preguntar y contar; es interactuar. La formación médica clásica con la visión de enfermedad permite que los médicos se formen en un ambiente en el cual se consideran cazadores; la presa es la enfermedad y en la mitad queda el paciente. Cuando se aprende medicina así, el objetivo es encontrar y destruir; como médico quiero y me angustia encontrar el diagnóstico, pues si lo hago bien tengo algo que destruir y ese es mi papel (Ferraz & Guedes, 2017).

Una mejor formación médica entonces requiere que aprendamos a considerar a los pacientes como el objetivo del trabajo. No necesito diagnosticar para destruir, necesito diagnosticar para apoyar. La comunicación por esto, es una herramienta que puede aprenderse y que debe entrenarse y corregirse. La relación médico-paciente es mucho más que una condición técnica; es una actividad con contexto profundamente humano en la cual el paciente es un actor, es el actor y los médicos somos sus acompañantes;

en definitiva es un momento en el cual dos personas interactúan y se apoyan.

Una buena relación médico paciente entonces permite entender que el médico respeta en el marco de la autonomía moral de su paciente, la gestión de su propio cuerpo, las decisiones vitales. Se establece el marco fundamental de respeto por los derechos, la intimidad, la privacidad y el manejo de los datos (sensibles o no) solamente con la orientación en beneficio de quien los ostenta.

Una buena relación médico paciente permite que la responsabilidad se convierta en el marco de la acción médica; si la empatía que se ha generado con el paciente que confía en el médico es lo suficientemente intensa no debería ser dañada. En una relación de esta característica la deliberación es un momento importante, los consentimientos informados no son meros formularios sino expresión escrita de la confianza y el entendimiento.

Por estas razones en el ámbito del desempeño académico hemos establecido la necesidad de generar momentos y períodos claros de formación. Hemos sido capaces de establecer en el currículo formal de la formación de médicos una cátedra denominada Relación médico paciente. Hemos sido capaces de romper las barreras del prejuicio y de la autosuficiencia. Logramos que los estudiantes enfrenten las situaciones que verán en el futuro, ofertamos los momentos en los cuales deban aprender a comunicarse y entender que la comunicación también puede dañar.

Abogamos porque la formación médica entienda que lo inherente de la comunicación al ser humano, no es el paso de la información. La situación de dolencia hace necesario que la relación

vaya más allá que un mero momento de comunicación y se transforme en el motor de la atención, prevención, curación y sobre todo acompañamiento.

### A MODO DE CONCLUSIÓN

La relación médico-paciente es el momento culmen de la práctica médica. Permite que se establezca una lógica de mínimos a respetar y que los intereses de los pacientes, los médicos, la medicina y la sociedad. La relación médico paciente es bidireccional y permite que el paciente enfermo ejerza su derecho fundamental de persona: la autonomía.

Una buena relación médico paciente permite que la persona enferma no sea el sujeto pasivo sino más bien el artífice de la atención. Su voluntad se cumple en el marco de la racionalidad y cuando firma un consentimiento informado no otorga permiso sin responsabilidades, demuestra que la información se ha comprendido y los riesgos posibles se han discutido y aceptado.

El hablar de la salud como un bien de consumo parece ser un mal negocio. La salud no es un bien en el cual se invierte o se arriesgue como ocurre con los capitales financieros. La salud es un bien común, es un bien a cuidar, a proteger, a promover y fomentar.

Una buena relación médico-paciente sustentada en las mejores habilidades de comunicación permite que el lenguaje de la incertidumbre y probabilidades propias de la jerga médica sean entendidas. Cuando la relación médico - paciente se sustenta en una buena comunicación la incertidumbre es menor, el sufrimiento y la dolencia son más llevaderos, la empatía encuentra un hilo conductor.

La comunicación en el aprendizaje médico es fundamental. Es una herramienta y es una habilidad, tal como es la habilidad del manejo del bisturí o del criterio y el método clínico puede enseñarse, puede aprenderse y puede perfeccionarse. Una buena relación médico paciente permite que el paciente no sea visto en fragmentos, permite que el paciente - persona sea visto como tal, como un ser integral. No más escuchar por parte de los médicos en las salas o en las visitas a los pacientes: aquí está una neumonía, acá tenemos un hígado. Sino que los médicos se expresen de sus pacientes como lo que son, personas.

Los médicos como personas tienen también sus intereses, necesidades, perspectivas y proyecciones. Es entonces importante entender que la formación profesional y la práctica diaria deben mantenerse en el marco de la lógica de la profesión. Las necesidades y preferencias profesionales, asistenciales, docentes o investigadoras no pueden soslayar el hecho de que los médicos trabajamos con personas dolientes.

### Referencias bibliográficas

- Ashar, B. (2017). "Enhancing the Doctor-Patient Relationship". *Medical Clinics Of North America*, 101(5), xv-xvi. doi: 10.1016/j.mcna.2017.07.003
- Callahan, D. (1998). "Editorial - Medical education and the goals of medicine". *Medical Teacher*, 20(2), 85-86. doi: 10.1080/01421599881147
- Casado (coord), M. (2009). *Sobre la dignidad y los derechos*. Pamplona: Thompson Reuters.
- Ceriani Cernadas, J. (2014). "Medical technology as the object of ethics". *Archivos Argentinos De Pediatría*, 112(4). doi: 10.5546/aap.2014.eng.298
- Ferraz, I., & Guedes, A. (2017). "Protagonist-patient and servant-doctor: A medicine for the sick doctor-patient relationship". *European Psychiatry*, 41, S683. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.1185
- Franco-Giraldo, Á. (2015). "El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud" (APS). *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 33(3). doi: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11
- García, J. M. B. (2005). *Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322127617008>
- J., D. (1999). "La relación médico-paciente en las enfermedades neurológicas". *Revista De Neurología*, 29(7), 642-647. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/99328>
- Martínez, J., & Casado (comp), M. (2000). *Estudios de Bioética y Derecho*. Valencia: Tirant to Blanch.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). "La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?". *Revista Médica De Chile*, (138), 1047-1054. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n8/art16.pdf>
- The Hastings Center (2018). *Bioethics Research Institute*. Recuperado de <https://www.thehastingscenter.org>