

# Relación médico paciente

## Doctor-patient relationship

Carlos Celedón L<sup>1</sup>.

### RESUMEN

*En los últimos 25-30 años, la relación médico-paciente ha presentado un cambio mucho mayor que en los 25 siglos anteriores. Desde Hipócrates el principio de beneficencia siempre fue entendido como un acto paternalista por parte del médico. En los últimos 50-60 años, el principio de autonomía adquiere cada vez más relevancia. Al médico le ha costado salirse de esa concepción paternalista y asumir una relación con su paciente más simétrica. Por otro lado, por el principio de justicia, en la actualidad al médico se le exige no sólo diagnosticar y tratar sino que también hacerse cargo de la gestión de los recursos de la salud.*

**Palabras clave:** *Relación médico paciente.*

### ABSTRACT

*In the last 25-30 years, the relationship doctor-patient has had a lot change, more than all change of the last 25 previous century. Since Hippocrates the principle of beneficence always has been seen a paternalistic act by the doctor. On the last 50-60 years, the principle of autonomy acquire increasingly more relevance. For the doctors has been very difficult to leave the paternalistic conception and assume a more symmetrical relationship doctor-patient. For other side the principle of justice, demand to the doctor not only diagnosis and to treat the patient, as well to manage the resourses of health.*

**Key words:** *Doctor-patient relationship.*

Etimológicamente ética del griego y moral del latín; significan lo mismo: hábito, uso, costumbre, modo de vida. En la actualidad en general se reserva el término de moral, al conjunto de creencias, valores, normas y costumbres, y se entiende por ética a una disciplina filosófica que estudia racionalmente qué es la moral, la virtud, el deber, la felicidad y el buen vivir<sup>1</sup>.

El primero en acuñar el término de bioética es V. R. Potter el año 1971 y la define como “el puente

entre las humanidades y las ciencias biológicas”<sup>1</sup>. En otras palabra es la disciplina que humaniza y le da sentido a las ciencias biológicas.

A lo largo de la historia el hombre ha sido incapaz de prever o al menos adelantarse a las consecuencias de la manipulación de la materia, las fuentes energéticas y la vida. Piénsese en el efecto invernadero, la manipulación de la energía nuclear o bien la manipulación del genoma humano<sup>2</sup>. En

<sup>1</sup> Médico Otorrinolaringólogo. Hospital del Trabajador. Santiago Chile.

la actualidad la manipulación genética ha llegado a implantar genes humanos a plantas y/o a animales o vice-versa, genes animales al genoma humano. La pregunta que se plantea es en qué va o puede terminar toda esta manipulación si no interviene la ética para regular sus efectos. Para que decir de la energía nuclear. En la actualidad existe el suficiente arsenal nuclear como para hacer desaparecer toda la especie humana. Las consecuencias de la investigación científica tecnológica sin una regulación ética son impredecibles. Ejemplos como los mencionados ponen en evidencia que la ética y la bioética en concreto tienen algo que decir<sup>2</sup>.

La investigación científica pretende ser amoral o neutra axiológicamente, por lo que le es difícil regularse en las consecuencias de su investigación<sup>3</sup>. Nunca en la historia de la humanidad el mundo ha estado más expuesto a su destrucción total (uso y abuso de la energía nuclear o manipulación genética o calentamiento global del planeta tierra).

La investigación biomédica en ocasiones, ha usado y abusado de los pacientes, violando su dignidad. Bastaría mencionar los abusos que se cometieron en la época nazi con la investigación en seres humanos o bien la investigación hecha en débiles mentales, niños o ancianos. Uno de los casos más emblemáticos de la violación de la dignidad de los pacientes es la investigación hecha con pacientes de raza negra con sífilis a los cuales no se les dio tratamiento, a objeto de observar la evolución natural de la enfermedad, habiendo tratamiento para sanarlos<sup>4</sup>.

En la actualidad el desarrollo de los códigos de ética y su reglamentación en la investigación y práctica clínica en general, son la consecuencia de las distorsiones que se han cometido y se siguen cometiendo. Baste sólo pensar en el uso excesivo de la tecnología médica en un paciente terminal o bien el compromiso de algunos investigadores clínicos con la industria farmacéutica. Las humanidades han venido a poner una voz de alerta a estas violaciones bioéticas derivadas de no medir las consecuencias de los actos médicos.

En medicina la ética es interna, es inherente a ella, compromete al que ejerce la medicina, ya que ha hecho un juramento de ayudar médicamente a quien lo necesita y las sociedades científicas y la sociedad en general le exigen su cumplimiento<sup>1</sup>.

La ética, al menos la occidental, se fundamenta en dos escuelas: la aristotélica (teleológica) y la kan-

tiana (deontológica). Aristóteles de la antigua Grecia (siglo V antes de C.) sostiene que el fin del hombre es ser feliz y para lograrlo debe alcanzar una vida plena y ésta se logra por una vida virtuosa que es lo que él denomina "vida buena". Es decir, el Hombre por naturaleza tiende a un fin (telos) que es la felicidad. En esta concepción de la naturaleza humana se basa la ética aristotélica. Esta concepción es eminentemente práctica; lo importante para Aristóteles no es "filosofar de la virtud sino que ser virtuoso". En el siglo XVIII surge Kant que pone en duda esta concepción metafísica del Hombre: que por naturaleza su fin es ser feliz. Para Kant no se puede probar científicamente que la naturaleza del Hombre sea ser feliz y por ende la concepción de vida buena aristotélica. Kant y su escuela deontológica, habla del "imperativo categórico", en él la voluntad es lo fundamental. "Obra de tal manera que tu concepción de lo ético pueda ser probado por leyes universales". Como se observará estas dos concepciones la de un fin último que es la "felicidad" en contraposición de la "voluntad" para actuar bien, se transforma en un debate académico y se aleja de la vida misma de las personas. En el fondo este debate se centra en que si el Hombre para actuar bien debe hacerlo en función del "deseo" o bien de la voluntad. Este debate teórico alejó por siglos a la ética, de la investigación y de la práctica médica<sup>1,5,6</sup>.

El uso descontrolado de la tecnología en clínica como también el descontrol ético de la investigación biomédica, hace surgir casi por necesidad la bioética. El año 1979 aparecen dos escritos claves en el desarrollo de la bioética; el informe Belmont y el libro de Beauchamp y Childress. Ambos se adscriben al modelo principialista de la bioética. En estos escritos se plantean los cuatro principios fundamentales de la bioética, a saber, autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. La autonomía dice relación con la capacidad del paciente para actuar libremente de acuerdo a lo que elige voluntariamente. La no maleficencia se refiere a no hacer daño intencionalmente. La beneficencia es un principio que ha estado presente en todos los códigos éticos de occidente desde la era hipocrática y dice relación con el obrar siempre en beneficio del paciente, aunque fuera sin su consentimiento. Este principio es eminentemente paternalista lo cual ha sido cuestionado al menos como ha sido entendido tradicionalmente. El principio de justicia se refiere a darle a cada cual lo suyo, lo cual im-

plica hacerse cargo en la sociedad de una justicia distributiva lo que equivale al acceso equitativo a los servicios sanitarios<sup>7</sup>.

La piedra angular del quehacer médico es la relación médico-paciente, que es donde se plasman estos cuatro principios de la bioética.

Los conceptos de la relación médico-paciente ha cambiado en los últimos 25 años más que en los últimos 25 siglos. Mark Siegler en 1997 publica los periodos de la relación clínica y los divide en tres periodos:

- A) Era del paternalismo o del médico que va del 500 AC a 1960. En este periodo existe una confianza absoluta en el médico, tanto en su capacidad técnica como moral y que además es el único responsable de las decisiones.
- B) Era de la autonomía o del paciente, a partir de la década del 60. En 1969 la Asociación Americana de Hospitales, da origen al primer código de derechos de los pacientes. Surge el consentimiento informado: el primer deber de beneficencia del médico es la información. Es recomendable hacer algunas consideraciones sobre este consentimiento: a) Fuerte impacto de la autonomía la cual está en concordancia con la tradición moral de la modernidad; b) consentimiento informado es ajeno a la tradición médica lo que explica la dificultad de su introducción en el ámbito clínico; c) en vez de entender al consentimiento informado como un proceso democrático y compartido de toma de decisiones, se reduce a la firma de un documento, negando así la validez ética y jurídica del documento; d) el extremo de la autonomía del paciente es equivalente al extremo de paternalismo del médico.
- C) Era de la burocracia o del contribuyente. Al médico no sólo se le exige eficacia en tratar a su paciente sino que también eficiencia en gestionar bien los recursos sanitarios<sup>8</sup>.

Tradicionalmente el médico sólo ha buscado el bien del paciente en forma individual, frente a una patología hace un buen diagnóstico y receta para su curación. La irrupción del bien común en el seno de la relación clínica se relaciona con el derecho a la atención sanitaria y el acceso equitativo de todos los ciudadanos a los servicios sanitarios. Los servicios sanitarios gestionan recursos públicos para atender a toda la ciudadanía, por lo que tiene que ser eficien-

te. La preocupación del médico se centraba en el bien del paciente, ahora por concepto de justicia se tiene que optimizar los recursos sanitarios. Adquiere relevancia el principio de justicia distributiva de la ética principialista. Luego ahora el médico tiene un doble rol, a saber, uno individual cual es sanar al paciente y otro colectivo o social cual es optimizar los recursos sanitarios para lograr una mejor justicia distributiva. El clínico debe hacer medicina en función de la prioridades de salud, lo cual es difícil de entender dado la tradición médica<sup>8</sup>. El extremo en la gestión en salud puede llevar a un economicismo en salud que es tan malo como el otro extremo que es la falta de gestión en salud<sup>9,10</sup>.

Existen algunos datos empíricos ya establecidos. A) La percepción de los médicos es que se sienten poco valorados y que la tecnología en medicina atenta en contra de la relación humana médico-paciente. Por otro lado los pacientes cada vez son más demandantes, críticos y exigentes. Demandan más consultas y de calidad. Esta relación problemática es por causas externas pero también por la falta de formación de los profesionales de la salud en cómo comunicarse con el paciente. B) A los pacientes lo que más le frustran es la falta de comunicación con el médico e incluso la priorizan respecto a la receta y exámenes complementarios, que es lo que precisamente el médico le da importancia. Prefieren que la información sobre su enfermedad se la diga su médico y no informarse por Internet. El paciente cada día más asume su autonomía y exige no sólo información de su médico sino que participar en la toma de decisiones en su tratamiento. Este compartir la decisión del tratamiento con su médico no se asume en el 70% de los casos sobre todo en atención primaria. La población no ha internalizado ese derecho: no asume su responsabilidad ni su libertad.

Los datos anteriormente expuestos indican lo difícil que es salir del modelo paternalista. La importancia del cambio de modelo no radica solo en el respeto que se debe tener a la persona, sino que también en los mejores resultados de la eficacia terapéutica que conlleva la adopción de modelos centrados en el paciente, basados en la comunicación y el desarrollo de procesos compartidos<sup>9</sup>.

En Chile no estamos ajenos a los cambios en la relación médico-paciente que se ha producido en el último tiempo. Los pacientes tienen un mayor

acceso a la información médica, es una población más culta, más crítica y más empoderada, lo que lleva a una menor asimetría médico-paciente. La práctica médica se ve influenciada por la tecnología y variantes económicas, lo cual lleva a una insatisfacción médica ya que siente que va perdiendo el control sobre su quehacer médico. Por otro lado los médicos perciben los cambios como algo externo y ajeno a su responsabilidad. Ej.: la judicialización la perciben como algo externo a él y no como una consecuencia de dos variables: el empoderamiento de la ciudadanía y la falta de formación en habilidades de comunicación. Es un hecho que la participación del paciente en la toma de decisiones terapéuticas mejora la eficiencia terapéutica. La ausencia de comunicación, información y soporte emocional, influyen en el comportamiento del paciente respecto a su patología. El caso más representativo es el tratamiento de la diabetes que es una enfermedad crónica y que se necesita la colaboración del paciente para su tratamiento en la casa<sup>11-13</sup>.

### CONCLUSIONES

- a) La relación médico-paciente sigue siendo el pilar fundamental del ejercicio médico (aspectos distintos en cada época).
- b) No cambia el contexto clínico que tiene por objetivo ayudar y aliviar al paciente, uno de los fines tradicionales de la medicina.
- c) Para ayudar se requiere capacidad científica más un entrenamiento específico en habilidades de comunicación, técnica de entrevista clínica y apoyo emocional, más la capacidad de análisis de conflictos de valores.
- d) Entre el paternalismo tradicional y la autonomía actual del paciente llevada a un extremo, hay un amplio abanico para la relación clínica. Ponerla en práctica implica no sólo conocer la clínica sino que también saber gestionar los nuevos valores que implica la relación médico-paciente.

### BIBLIOGRAFIA

1. DRANE J. La Historia de la Bioética: Perspectiva Personal. Pag. 21-31. *Bioética Clínica*. Beca, JP; Astete, C. Editorial Mediterráneo. 2012.
2. ESCRIBAR A. *Ética Narrativa: Antecedentes y Posibles Aporte al Juicio Moral*. Colección de pensamiento contemporáneo. Ediciones Universidad Diego Portales 2013, pag: 81-91.
3. CELEDÓN C. Humanismo y Ciencia. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza y Cuello* 2002, editorial.
4. LOLAS F. Bioética. El Diálogo Moral en las Ciencias de la Vida. Editorial Mediterránea 2001; pag 19-31.
5. ARAOS J. *Ética de las Virtudes y Teleología: Aristóteles*. pag. 23-48. *Bioética: fundamentos y dimensión práctica*. Escribar A, Pérez M, Villarroel R. Editorial Mediterráneo 2008.
6. *Ética Deontológica: Immanuel Kant*, Escribar A. Pag: 49-57. *Bioética: fundamentos y dimensión práctica*. Escribar A, Pérez M, Villarroel R. Editorial Mediterráneo 2008.
7. FERRER J. La Bioética y sus Principios. Pag. 75-87. *Bioética Clínica*. Beca, JP; Astete, C. Editorial Mediterráneo. 2012.
8. COUCEIRO A. La Relación Clínica: historia, modelos, instrumentos y retos. Págs. 145-159 Beca J.P Astete C. *Bioética Clínica*. Editorial Mediterráneo 2012.
9. CELEDÓN C. *Ética de la medicina gestionada*. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza y Cuello* 2009; 69: 37-40.
10. ALONSO B, DÍAZ A, GARZÓN C. Aspectos históricos-antropológicos de la relación médico-paciente. *Habilidades en Salud Mental*. 2005 pag. 31-6.
11. LEÓN T, BEDREGAL P, SHAND B. Prevalencia de problemas éticos en servicios de medicina, desde la perspectiva del paciente. *Rev Med Chile* 2009; 137: 759-65.
12. PÉREZ C, JALIL R, CANALS C. Relación Médico-paciente: estudio comparativo entre dos servicios de medicina interna. *Rev Med Chile* 1998; 116: 1239-45.
13. MOORE P, GÓMEZ G, KURTZ S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferentes. *Aten Primaria* 2012; 44(6): 358-65.