

La Relación médico-paciente: una dimensión virtuosa y digna

Dra. Marta M. Rivero Varona¹

Resumen

Se realizó una reflexión sobre la importancia de la relación que se establece entre el médico y el paciente en el transcurso del acto médico, enfatizando en las dimensiones de éste: médica, espiritual, volitiva, afectiva, social y religiosa. Se hizo referencia a las cuestiones de formación del carácter y desarrollo de virtudes como la benevolencia, la veracidad y el respeto. Se concluyó que, si se pretende rescatar la relación médico-paciente como centro del acto médico, es imprescindible ejercitar todas las dimensiones del mismo y desarrollar una verdadera ética de las virtudes.

Palabras clave: *Relación médico-paciente; ética médica; acto médico; ética de las virtudes.*

Introducción

Las personas necesitan ayuda de otras desde que nacen hasta que mueren, pero especialmente cuando están enfermas. La ayuda del médico es llamada *asistencia* -*adsistere*-, término que significa estar al lado del otro, lo cual implica que, lo que el médico hace por la persona enferma, incluye por definición, una cierta cercanía o relación.

Es un hecho reconocido que la alta tecnificación de la medicina moderna ha llegado a convertirse en una amenaza para esta relación: existe una alarmante tendencia a concebir el arte médico casi exento de relación y basado enteramente en datos obtenidos por máquinas y computadoras, punto de vista que influye en todos los aspectos del cuidado médico altamente tecnificado. En este caso, se plantea la posibilidad de que los actos médicos no solo pueden ser realizados sin el contacto con los pacientes, sino que, en efecto, sería mejor llevarlos a cabo de una forma no personal, puesto que en una utopía tecnicista las pruebas sofisticadas, libres de error, asociadas con programas médicos computarizados, eliminarían por completo la relación personal entre el facultativo y el enfermo y se afirma que mejoraría la prestación del servicio de salud; sin embargo, hoy se escuchan menos elogios de tales esquemas utópicos que cuando surgieron originalmente como posibilidades.

En las últimas décadas se ha producido una erosión en la confianza que el paciente depositaba en el médico. Entre los factores causantes de esta fractura de la confianza E. D. Pellegrino propone los siguientes: Las malas conductas, la comercialización de la Medicina por la publicidad y los afanes empresariales, los ingresos excesivos y la forma de vida lujosa de ciertos médicos, la política de

“pague antes de recibir un tratamiento” de algunas clínicas y médicos, el trato tantas veces impersonal, la creciente tendencia de los médicos a trabajar de nueve a cinco y a pedir horas libres, el receso de la Medicina General frente a las especialidades y las jubilaciones anticipadas. Todos estos factores han debilitado las relaciones de confianza, aunque tienen un lado positivo: incitan a una mayor independencia en las decisiones de los pacientes y, por tanto, ayudan a neutralizar el tradicional paternalismo de los profesionales. Este es un paso hacia la consecución de relaciones más maduras, abiertas y honestas¹

La virtud y el carácter reclaman un lugar más importante en la educación médica y deben ser fundamentados: el más sólido fundamento real de una ética médica personalista, está en la estructura de la relación médico paciente. Una ética de la interioridad personal, basada en el carácter y la virtud, debe partir desde la experiencia básica concreta de la práctica de la medicina; ha de ser una ética arraigada en la experiencia vivida en la relación interpersonal².

Las dimensiones del acto médico han sido descritas, por Drane, como sigue³:

- ♦ Médica, que comprende los procedimientos de diagnóstico clínico y las acciones terapéuticas.
- ♦ Espiritual, que se refiere a la comunicación verbal entre el médico y el paciente.
- ♦ Volitiva, que incluye las decisiones tomadas en conjunto por el médico y el paciente.
- ♦ Afectiva, relacionada con los sentimientos mutuos que surgen entre el médico y el paciente.
- ♦ Social, amplio aspecto social de actos médicos
- ♦ Religiosa: en numerosas ocasiones, el médico debe asumir el papel de sacerdote.

En el ejercicio profesional se presentan situaciones conflictivas que, junto a una formación profunda y un conocimiento del hombre acorde con su naturaleza espiritual y trascendente, demandan una actitud de servicio con empatía; es decir, la disposición arraigada de ayudar a otro, en la que confluyen el intelecto, la afectividad, el estar y el hacer. Estos aspectos pueden unirse con propiedad bajo el concepto de sabiduría.

Este trabajo se propone reflexionar sobre la relación médico paciente en todas sus dimensiones. Demostrar que el paciente es auto presencia y horizonte de esperanza y que la dignidad del médico y del paciente se condicionan mutuamente. Sobre todo, se intenta destacar cómo una buena relación médico paciente, aplicada en todas sus dimensiones, influye en la curación de los enfermos.



Desarrollo

El estudio del hombre constituye la base de una educación completa y del conocimiento de una normativa bien delineada, basada en patrones éticos fundamentales y universales, dada esa común dignidad de naturaleza propia de cada persona, de toda la persona y de todas las personas. Este estudio ha de estar presente no sólo en los programas básicos de formación de los futuros profesionales de la salud, sino también en la educación continua, con el fin de formar médicos capaces de enfrentar con responsabilidad el ejercicio profesional y de ayudar a otros de tal modo que su ayuda sea un acto que dignifique a la persona. Tal dignidad es una exigencia y una necesidad de replantearse los fines y los medios no sólo en situaciones límite, sino en el quehacer cotidiano.

Los elementos señalados en la introducción (diagnós-

tico, terapéutico, simbólico, volitivo, social, afectivo y religioso) constituyen diferentes dimensiones del contacto entre el médico y el paciente, que serán analizados con más detalle a continuación:

La dimensión médica es cognoscitiva y en el encuentro médico esto tiene una forma específica llamada diagnóstico; el médico es quien soporta la mayor responsabilidad de saber lo que le sucede al paciente; y este, por supuesto, también juega un papel, pues ambos tienen interés en saber si lo que el médico supone es cierto o equivocado, lo cual es importante para los dos. En el caso del diagnóstico médico, la personalidad del paciente necesita ser conocida, porque ello tiene crucial influencia sobre cualquier decisión; más bien que un conocimiento científico puramente objetivo, el diagnóstico médico es un encuentro personal de dos seres humanos. Un buen diagnóstico médico conlleva el conocimiento del paciente como persona. Si el diagnóstico médico no puede ocurrir por fuera de la relación médico paciente, tampoco puede darse el tratamiento. Un famoso clínico alemán acostumbraba a decir a sus estudiantes que el tratamiento empieza cuando el médico le da la mano a su paciente⁴. La persona del médico, su presencia, su carácter y su reputación tienen un efecto importante sobre la mejoría del enfermo.

La dimensión espiritual es esencial, pues a través de ella se dan valores tales como la confianza, la escucha, el acompañamiento y la comunicación⁵.

La confianza constituye un elemento central en el arte de cuidar. Sólo es posible cuidar a un ser humano vulnerable si entre el agente cuidador y el sujeto cuidado se establece una relación de confianza, un vínculo presidido por la fidelidad, es decir, de fe (fides) en la persona que interviene, en su acción y en el dominio que tiene de dicho arte. Confiar en alguien es creer en él, es ponerse en sus manos, es ponerse a su disposición. Y sólo es posible ponerse en las manos del otro, si uno se fía de él y le reconoce una autoridad no sólo profesional, sino también moral. La confianza, es decir, la fe en otra persona, es clave en el arte del cuidar. Para ello, es fundamental que el profesional sepa inspirar confianza, no sólo por sus palabras y su gestualidad, sino por la eficacia de la acción que desarrolla. La profesionalidad ejercida de un modo excelente es motivo de confianza: no sólo es virtud personal, sino virtud profesional. Cuando el paciente sabe que el profesional no va a abandonarlo, asume con más tranquilidad su situación y acepta los riesgos y problemas que conlleve la intervención. La confianza sólo puede cultivarse en el tiempo y requiere espacio determinado.

La escucha atenta es muy importante; el estar atento a la palabra ajena, por insignificante que sea su contenido, constituye un ejercicio de por sí terapéutico, libertador y curativo. El escuchar atentamente es una tarea ética y en ella se traduce la capacidad de entrega al enfermo.

Acompañar a pacientes moribundos o terminales significa ocuparse de sus necesidades médicas, paliativas, espirituales y emocionales y es preciso estrechar los vínculos; nadie quiere morir solo sino acompañado, cuidado

por las personas que ama. Por otro lado, en la comunicación de la verdad es necesario conocer la capacidad de recepción del enfermo, los rasgos de su personalidad, pues puede desencadenar efectos fatales: si bien la mentira constituye un atentado ético a la autonomía de la persona, la comunicación directa y grosera puede atentar al principio de beneficencia, como afirma Gloria M. Tomás⁶.

En cuanto a la dimensión volitiva, se debe tener en cuenta que los pacientes son personas que necesitan ayuda e información y se sienten obligados a buscar alternativas relacionadas con su mal. Las respuestas que dan a su enfermedad y la información que reciben sobre la misma, nunca son exactas o determinadas y se produce un vacío frente al cual los hombres se formulan una respuesta que, a la vez, es una elección que conlleva razones, motivos, y propósitos. La libre elección es parte inevitable de la relación médico paciente y debe ser reconocida y respetada por ambas partes. Los médicos eligen entre aceptar o no a un paciente; los pacientes eligen respetar el mejor juicio del médico y éste debe hacer lo mismo con aquél. Una dimensión esencial de la relación médico paciente es la disposición hacia el respeto que cada uno muestra por la libertad de otro.

En la dimensión afectiva los procesos de diagnóstico, terapia, opción y comunicación verbal, contribuyen a la formación de un sentimiento de unión entre el médico y el paciente. Fue Freud quien observó la forma especial de afecto que el paciente desarrolla hacia el médico y éste hacia aquel, relación que llamó transferencia. En la medida que el tratamiento psicoanalítico implica discusión y un largo periodo de asociación, esta dimensión afectiva se hace más evidente; sin embargo, es una parte de toda la relación médico paciente.

La transferencia es un concepto fundamental que se acerca a la práctica médica desde dos ejes:

- ♦ El médico ocupa su lugar cuando puede escuchar las demandas de los pacientes y soportar sus transferencias.
- ♦ La relación médico paciente se instala en base a las transferencias simbólicas e imaginarias.

En una relación médico paciente se implican la demanda del paciente y el deseo de curar y preservar la salud por parte del médico⁷. Un sujeto demanda generalmente cuando sufre física y psíquicamente; si demanda es porque ha registrado una carencia: algo le falta, algo falla, algo no entiende. El ser humano sufre cuando descubre o se le hace evidente que le falta algo, sobre todo cuando le faltan las palabras para saber qué le pasa.

En la dimensión social la relación médico paciente juega un papel dentro de un escenario social específico; los médicos y los pacientes no están relacionados como átomos separados sino como personas que se articulan en un complejo de realidades sociales.

La enfermedad es social en el sentido de que existen causas sociales de enfermedad e incapacidades sociales, y ambas pueden cambiar de una cultura a otra. La enferme-

dad en algunos escenarios sociales convierte a un paciente en un ser indefenso; por ejemplo en el hospital moderno de alta tecnología, donde el enfermo se siente en un medio extraño, no conoce lo que hay a su alrededor, no entiende los procedimientos, e ignora quién tiene y cómo se usa el poder. En consecuencia la relación médico paciente hoy en día crea una necesidad de ayuda y protección en el paciente contra los peores efectos sociales de la enfermedad y posibilita el acceso a la atención y a la ayuda hospitalaria cuando sea necesario.

En la dimensión religiosa, se puede afirmar que los seres humanos son religiosos por naturaleza, de la misma manera que por naturaleza tienen necesidades éticas, sociales, espirituales y afectivas; incluso los ateos son religiosos, en el sentido de que todos los seres humanos modelan su existencia con base en la idea de lo que es la vida en su conjunto y está siempre sustentada en la fe más bien que en la ciencia⁸. Las personas menos religiosas, hacen un esfuerzo para vivir cotidianamente atendiendo sólo a lo inmediato; pero en ciertos momentos de la vida se rompe la rutina y es necesario cuestionarse acerca de las cuestiones supremas: las enfermedades serias y la muerte inminente son ejemplos de tales preocupaciones, que impulsan a los médicos muchas veces a interesarse por los aspectos religiosos.

El fenómeno religioso es interactuante con el conjunto de factores de la sociedad, que a su vez es histórica y concreta. En esa interconexión general la religión se genera, modifica y se explica. Esta relación de lo religioso con la vida social, en cierto modo, es a menudo aceptada por investigadores y pensadores^{9 10} aún cuando conciben el objeto de la religión con existencia real anterior e independencia de la sociedad.

Hasta aquí, se ha intentado ofrecer una idea general de la estructura básica de la relación médico paciente. Nuestro propósito no es sondear la profundidad de cada aspecto de esta compleja unión sino más bien identificar estos rasgos del carácter del médico que permiten atender de manera más adecuada las diferentes necesidades de los pacientes y complementan la mejor disposición para llevar a cabo las responsabilidades médicas que se derivan de ellas.

Los elementos que hemos llamado diagnóstico, terapéutico, simbólico, volitivo, social, afectivo y religioso, constituyen las diferentes dimensiones del contacto entre el médico y el paciente. Si el acto médico tiene dimensiones técnicas y humanas, el médico moderno que está dispuesto para llevar a cabo sólo una parte de la RMP está preparado sólo parcialmente para la práctica médica. El buen médico necesita una cierta formación del carácter que le permita resolver las necesidades reales de pacientes reales.

Ya se ha hecho referencia a los numerosos obstáculos que la cultura contemporánea opone a las consideraciones del carácter y al desarrollo de la virtud. La relación personal que debe caracterizar el contacto entre el médi-

co y el paciente a menudo es difícil de establecer. Algo conduce a un refinado desarrollo de la benevolencia y algo no. Aun cuando el médico se esfuerza en ser benevolente la relación personal deseada, por una u otra razón, puede simplemente no producirse. Muy raras veces los seres humanos alcanzan la relación ideal y algunas veces, incluso, no manejan las condiciones mínimas para que ésta sea realmente personalizada: La buena voluntad simulada que algunas veces reemplaza al tratamiento personal, alcanza la corrupción de la total simulación e incluso parece hacerse difícil el paso de un tratamiento técnicamente correcto, pero impersonal, a un tratamiento auténticamente benevolente.

Por todo lo anteriormente expuesto, los médicos que hoy están convencidos de que los ideales morales clásicos de la buena medicina son válidos, tienen que trabajar más duro para ser buenos. Por lo menos, están conscientes de los obstáculos y tentaciones que impiden el desarrollo de un carácter benevolente, lo cual en sí mismo ya es una realización moral.

Los médicos, como los demás seres humanos que quieren ser buenos, tienen que esforzarse para ser veraces, incluso consigo mismos. No solamente la verdad acerca de los demás está oculta a menudo bajo demostraciones o actos superficiales y fácilmente equivocados, sino que nuestra propia verdad interior está también oculta para nosotros; nuestra comunicación con los demás requiere de la verdad pero de la misma manera ella es necesaria en la comunicación con nosotros mismos. Incluso en nuestro interior, estamos escindidos en un yo que conoce y un yo desconocido, en el que mira y en el que se mira. En consecuencia, hay un lugar para la virtud de la veracidad aun con nosotros mismos, en el sentido de mirar interiormente cómo somos y de aceptar nosotros mismos lo que vemos. Mentirse a sí mismo es casi tan vicioso como mentir en una relación, un infortunio sobre el ser interno de una persona, cualquiera que sea el punto de vista.

Lo contrapuesto a la veracidad en las relaciones, es sumergirse en la mentira y aislarse de los demás. Lo opuesto a la veracidad acerca de uno mismo, es vivir en una trágica desilusión y aislamiento incluso de uno mismo. Dado el lugar que ocupa la veracidad en miles de actos médicos cotidianos, los profesionales que aspiran a ser buenos médicos deben prestar atención a estos aspectos del desarrollo de su carácter, aunque los mismos no recibían la importancia que merecen en la ética médica contemporánea.

Tan cruciales como el principio de beneficencia para la integridad de la medicina y la virtud de la benevolencia para la ética de los médicos en ejercicio, son otros principios y virtudes que también deben figurar en una ética médica adecuada. El buen profesional también debe estar dispuesto a comunicarse con los pacientes sobre sus problemas de salud y luego desarrollar actitudes de respeto hacia la participación del enfermo en la decisión de lo que se debe hacer. La virtud del respeto protege al paciente contra la dominación, mediante el incremento de la sensibilidad hacia sus intereses y necesidades, además de contribuir substancialmente a formar el carácter del médico. La obtención correcta del consentimiento informado es un buen ejemplo de respeto al enfermo.

Conclusiones

Por su misma esencia, el acto médico es un acto ético. Una buena relación médico paciente debe constituir un medio beneficioso y necesario para enfrentar la enfermedad, sin detrimento de la libertad y dignidad del enfermo. La entrevista posee especial relevancia, ya que a veces el paciente espera más una relación buena que su propia curación. Sin embargo, en la actualidad, esta relación está amenazada. Si se pretende rescatarla, es imprescindible ejercitar todas las dimensiones del acto médico e ir en busca del desarrollo de una ética de las virtudes, que resulta más racional y efectiva que la moral deontológica.

1 Torralba F. Filosofía de la medicina: en torno a la obra de E. D. Pellegrino. Fundación MAPFRE Medicina, Madrid, 2001.

2 Mifsud, T Ethos cotidiano: un proceso de discernimiento. Ed Universidad Alberto Hurtado. Santiago de Chile, 2006.

3 Drane J F. Cómo ser un buen médico. Editorial San Pablo, Colombia, 1993. pp 36-45

4 Herrera, ML La relación médico-paciente. Una dimensión espiritual. Bioética 2003; 4(1) 12-13.

5 Torralba, F Ética del cuidar: Fundamentos, contextos y problemas. Fundación MAPFRE Medicina. Madrid, 2006.

6 Tomás, GM Manual de Bioética. Ariel, S.A. Barcelona, 2006.

7 Yospe, J Izaguirre G et al. Salud mental y psicoanálisis. Eudema, Buenos Aires, 1999.

8 Rivero Varona MM. Fe Médica y Fé Religiosa. Anales del centro Juan Pablo II 2000; 1: 11-15.

9 Grazdan V. La religión como forma de la superestructura social. Editora política, La Habana, 1978: 20-32.

10 Gonzalez D. Iglesias y creyentes en Cuba socialista. Editorial Cultura Popular, La Habana, 1987: 1-30.

1 Médico, especialista de segundo grado en cardiología. Profesora Auxiliar.