

LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

Dra. Idarmis Díaz Garmendía¹

Resumen.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre los aspectos relacionados con la relación médico-paciente en toda su magnitud y nos motivó el tema relacionado con la *comunicación* bidireccional que se establece durante este contacto; siendo fundamental para lograr un adecuado diagnóstico, tratamiento y recuperación en el estado de salud de los pacientes. Dichos acápites fueron analizados con profundidad, teniendo en cuenta que forma parte del quehacer diario de mi profesión y con ello me ha ayudado a ampliar mis conocimientos, expectativas e influido aún más en las relaciones que establezco con cada uno de los pacientes y sus familiares con la premisa de que el ser humano es la primordial base de nuestros actos.

Introducción.

Desde los albores de la existencia humana la palabra conformó el primer y más importante medio de comuni-

cación como envoltura material del pensamiento, asociado al lenguaje extra verbal dado por los gestos, sonidos pobremente articulados o los producidos mediante distintos instrumentos, modificaciones de la voz, expresiones faciales etc., los cuales continúan estando presente en el proceso de la comunicación humana.

La antropología filosófica describe al hombre como un ser-en-relación; con ello, quiere resaltar que el hombre no está hecho para vivir en solitario, sino para entrar en *comunicación* con otras personas. No es posible prescindir de los demás sin mutilar seriamente la propia condición humana. El encuentro con el otro, constituye para el hombre una experiencia fundamental, que le hace descubrir hasta que punto su existencia está orientada hacia los demás, ligada a ellos y en comunión (común-unió) con ellos.

1 Doctor en Medicina. Especialista de I Grado MGI. Hospital Pediátrico "Juan Manuel Márquez". Diplomada en Bioética

El proceso comunicativo distingue la forma de existencia del hombre, por lo que puede entenderse como una forma de relación interpersonal en el proceso de la actividad humana, en el proceso de actividad de los seres humanos; es parte inseparable del ser social y medio de formación y funcionamiento de la conciencia individual y social.

La comunicación es interactiva, se necesita como mínimo dos personas donde el fluir de cada uno de los actos forman un todo con modalidades nuevas en comparación con las acciones de cada uno de ellos, lo cual hace que el proceso sea irreplicable y lleno de riquezas sobre el medio que les rodea o sobre ellos mismos.⁽¹⁾

La experiencia del "*ser con los otros*" significa que el otro se nos revela como un "yo" y necesita ser tratado como *persona*, no como objeto. Al mis-



mo tiempo, su presencia nos obliga a ser “*alguien*” delante de él. A través de esta relación personal bi-direccional, el hombre descubre su propia realidad como persona y se realiza como tal.

El diálogo no es sólo un medio fundamental de relación y de comunicación entre las personas, sino la forma de existir el hombre como persona en el mundo. Para que ello suceda, la existencia dialógica debe reunir un grupo de condiciones que lo hagan posible:

- El diálogo se da siempre entre dos o más personas.
- El diálogo busca llegar a un acuerdo.
- El diálogo compromete.
- El diálogo libera.

La comunicación interpersonal no se agota en el diálogo hablado o escrito. Múltiples son las relaciones interpersonales que se deben considerar en un sujeto dado: las que establece con sus compañeros de trabajo y estudio, con sus amigos, su pareja, la familia. También son formas de comunicación las expresiones artísticas, la colaboración científica, el deporte, la política, la religión, la relación maestro-alumnos y en nuestro caso específico la relación médico-paciente.

La práctica médica, desde sus orígenes, ha estado muy estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de habilidades clínicas. El médico, como profesional de la salud, debe contar la relación con sus pacientes entre sus relaciones interpersonales laborales, por establecerse durante su actividad profesional, de alta significación social.

La comunicación establecida en el marco de la asistencia médica entre el paciente y el médico está determinada por los papeles asumidos por cada una de las partes en dicho proceso. El médico es responsable de dirigir dicho proceso teniendo en consideración su capacidad técnica y profesional así como otros factores en los cuales están implícitos los epidemiológicos, morbilidad-mortalidad, factores sociales etc.⁽²⁾ La comunicación con el paciente adquiere no solo un valor social sino además un valor terapéutico. La esencia del quehacer médico se resume en la satisfacción de las

necesidades de salud del hombre. El médico tiene la posibilidad de acercarse a lo más íntimo y sensible del ser humano.

La comunicación en la relación médico-paciente, para que sea eficiente, debe considerar un intercambio de ideas, capacidad de escuchar, elemento de vital importancia que favorece el establecimiento de una comunicación verdadera para ayudar en la confianza que depositará en el médico esa persona necesitada de ayuda lo cual al mismo tiempo nos enriquece como personas.

Desde la antigüedad existe la polémica de si la medicina es una ciencia, un arte o un oficio. La creciente aplicación inadecuada de la tecnología médica ha contribuido a acrecentar la deshumanización de la medicina. Las personas y por ende las familias y comunidades en general necesitan de un médico que converse, conozca sus problemas, atienda sus dolencias y promueva su bienestar, su salud en todas las esferas que comprende al ser humano, o sea, una adecuada relación médico-paciente-familia teniendo como base fundamental una buena comunicación para tener éxito en su terapéutica.

La práctica médica está insertada en el complejo sistema de las relaciones humanas. Los seres humanos se relacionan con el médico por necesidad de ayuda o por preocupación de consultar acerca de su calidad de vida; su bienestar físico, biológico, psicológico y social por lo cual la esencia del ser humano es fundamental en el quehacer de dicha profesión. Es por todo lo expresado con anterioridad que nos planteamos realizar una revisión bibliográfica acerca del tema de la comunicación en la relación médico-paciente, desde un análisis básico que contempla el principio de autonomía impartido en el curso de diploma en Bioética.

En nuestra revisión describimos las características y aspectos fundamentales relacionados con el proceso de comunicación dentro de la relación médico-paciente y el principio de autonomía.

Desarrollo.

En todas las formaciones sociales a lo largo del desarrollo histórico de la humanidad, siempre ha existido al-

guien que se ha ocupado de atender las contingencias o eventualidades que afectaban la salud del hombre. La historia de la relación médico-paciente (RMP) es más antigua que la medicina misma. Cuando la medicina se encontraba en sus inicios como ciencia ya se establecía una relación entre el hombre enfermo y aquel otro responsabilizado, por un imperativo social, con el restablecimiento de la salud del aquejado.

Al estar la medicina tan estrechamente vinculada a la vida y a la muerte, el dolor obligó a establecer ciertas formulaciones, normas y disposiciones que regularan la conducta de los encargados de combatir las enfermedades o velar por la salud. A cada una de estas sociedades correspondió necesariamente una conducta que normaba de alguna forma el proceder individual y colectivo del grupo social, la cual influía en la particularidad de la práctica de la hechicería, curandería, medicina etc., desarrollada en la época dada; estableciéndose relaciones de distintas índole y siempre manteniéndose dentro de los principios éticos existentes. Es decir siempre existió una relación médico-paciente que estuvo condicionada por la moral, por la ética del momento en cuestión.

El vocablo ética, se deriva del griego *ethos*. Ética tiene como etimología “lugar o guarida”, el entorno o lugar en que se habita; es decir, podemos considerarla como el lugar interior, que todo hombre lleva consigo. La palabra moral del latín *moris*, significa costumbres, hábitos. Con frecuencia, ambos términos se identifican como sinónimos,⁽³⁾ sin embargo, preferimos establecer una diferencia: la moral tiene un carácter social, es decir, se identifica con un entorno específico, en tiempo y espacio; constituye un conjunto de normas tácitas de comportamiento, que vienen impuestas desde fuera de la persona por dicho entorno y cuya violación es condenada por la sociedad concreta.

La Moral tiene que ver con los códigos y normas de comportamiento, que nos vienen *impuestos* y que adoptamos como válidos.⁽⁴⁾

La Ética es la *reflexión libre* de por qué los comportamientos son válidos: es un proyecto interior de la persona,

basado en los valores morales asumidos por ella. Muchas son las definiciones que conocemos de la Ética, pero todas coinciden en la esencia y significación de la palabra: es la ciencia que se relaciona con el comportamiento del hombre en la sociedad.

El comportamiento ético lleva implícito principios, es decir, fuentes fundamentales a partir de las cuales justificamos las pautas para realizar una acción, los deberes, las reglas. Dichos principios expresan de manera adecuada las exigencias que emanan de la dignidad humana. ⁽⁵⁾

El hombre como ser social y durante toda su vida establece infinidades de interacciones humanas entre las que se destacan aquellas en las que al menos uno de los participantes es capaz de ponerse en el lugar del otro y sentir como propios sus problemas, sus éxitos y disponerse a participar en su solución o disfrute respectivamente. Sin embargo, ¿Cuándo la comunicación entre los seres humanos resulta difícil?

Existen varios factores que influyen en este aspecto:

- Distorsión de la información.
- Transformación de las deducciones en hechos.
- Confusión del verdadero significado de las palabras.
- Falta de receptividad al mensaje.
- Preguntar de forma errada.
- Convertir el diálogo en un intercambio de argumentos y contraargumentos.

¿Puede la práctica médica ser ajena al dominio esencial del proceso comunicativo? Absolutamente no.

En los sufrimientos del enfermo influye significativamente la representación que él tiene de su enfermedad y de la medicina en general, al calor de toda una serie de momentos de su historia individual, así como de sus relaciones con los médicos y fundamentalmente con el que lo atiende. El núcleo central sobre el que descansa toda actividad médica lo constituyen los procesos gnoseológicos: obtener información del paciente, elaborarla y llegar a una conclusión. Esto se refleja en la actuación del médico en todo momento donde la comunicación ocupa el primer plano.

Todo acto médico implica una relación, una comunicación, por lo menos entre dos personas y esto presupone siempre la existencia de un “mensaje” originado por un emisor, y de un receptor a quien está dirigido dicho mensaje. De estos aspectos se destacan tres cuestiones fundamentales:

- 1- La comprensión del mensaje tanto verbal como extraverbal.
- 2- La señal que le permita al emisor conocer que su mensaje ha sido comprendido.
- 3- Las dificultades que pueden interferir la comunicación y que pueden ser de diversa índole (psicológicas, semánticas etc.) ⁽⁶⁾

Desde tiempos inmemoriales el médico ha sido amigo y guía del paciente desde el inicio de la vida hasta su fin, en cuya relación se le concede al médico un papel decisivo por lo que el mismo debe poseer cualidades y actitudes deseables entre las que se destaquen:

- Seguridad, seriedad y la prudencia asociada a la capacidad de inspirar confianza y simpatía.
- Hablar pausado, claro y preciso evitando sermones, críticas o censuras.
- Buen humor, actitud cordial y afetuosa.
- Ser natural, sencillo, cooperativo y no imponerse.
- Mostrar interés sincero por la personalidad del entrevistado: veracidad y humanismo.
- Ser cuidadoso al indagar aspectos íntimos del paciente manteniendo la confidencialidad de este.

- Considerar la idiosincrasia sociocultural del paciente a fin de mantener la comunicación y mejorar la condición de la persona asistida.
- Capacidad de autoevaluarse permanentemente y reflexionar sobre sus desaciertos.

Teniendo en consideración estos factores evidenciamos que esta relación interpersonal es de suma importancia por la significación extraordinaria del servicio brindado, cuenta el estado emocional de uno de los participantes (paciente) condicionado por la afección que padece o por la preocupación que presenta en ese momento, constituye una relación en



la cual el médico está en la posición permanentemente de dar, sin esperar jamás un intercambio equilibrado en comprensión, interés humano, simpatía o información (lo cual es habitual en las relaciones interpersonales extra profesionales) así como el marco científico en que se desarrolla. ⁽⁷⁾

La esfera afectiva o emocional de la personalidad es aquella integrada por el conjunto de sentimientos y emociones que continuamente aparecen en medio de las relaciones sociales del individuo, de ahí se desprende la importancia que para cualquier persona tienen los aspectos relacionados con su salud. La relación que se establece con el personal que atenderá al enfermo moviliza de forma intensa las emociones tanto del paciente como de los familiares que acompañan al mismo. Al establecerse el contacto del personal de salud en el nivel clínico debe primar en el profesional el interés total por el hombre y el legítimo deseo de ayudar a la persona. Deberá tener presente que tiene ante sí: el enfermo que desea recuperar su salud y el médico que necesita información para prevenir o curar.

En la relación médico - paciente se deben considerar aspectos:

a) Características generales de los participantes:

El éxito o fracaso de una RMP depende muchas veces del conocimiento que el médico tenga de la personalidad, nivel educacional y cultural del paciente, procedencia, desarrollo socioeconómico y la ideología de su enfermo sin dejar a un lado las posibilidades introspectivas del médico para conocer sus propios problemas y el esfuerzo del profesional orientado a mantener y desarrollar su prestigio social y científico evitando la tendencia a subestimar la habilidad de los pacientes para entender la información médica.

b) Posición en la relación:

En la mayoría de los casos, el paciente por lo general ubica al médico en un plano de superioridad, dado por su nivel profesional y su función de prestador de ayuda que le corresponde desempeñar en la relación. El paciente por su parte se coloca inconscientemente en un nivel de inferioridad. Estos diferentes planos en las relaciones interpersonales (posición one up y posición one down) muchas veces deter-

minan significativas dificultades en la comunicación. ⁽⁸⁾

c) Motivo de consulta y objetivos perseguidos:

La gravedad de la afección que motiva la consulta está en relación inversa con la facilidad para establecer relaciones exitosas. El paciente en busca de ayuda médica persigue como objetivo curarse y cuando ello no es posible, al menos aliviarse así como también lo mueve el deseo de conocer su diagnóstico y pronóstico de su afección. En cambio el médico por su parte ofrece ayuda y su objetivo principal es establecer una relación verdadera que le facilite el diagnóstico y la terapéutica.

d) Estado afectivo:

El estado anímico del paciente dependerá en gran parte de la intensidad de las molestias, del significado social de su afección o de situaciones familiares y laborales secundarias a su cuadro. La enfermedad en sí es una importante fuente de inseguridad, ansiedad-tristeza y determina muchas veces comportamientos con manifestaciones de egoísmo, dependencia o demanda exagerada de atención, propias en las edades pe-



diátricas y en los pacientes geriátricos con determinadas afecciones.

e) Vías de comunicación:

La información sigue cuatro vías fundamentales la verbal, la extraverbal, la instrumental (que utiliza como intermediarios los equipos médicos, de alta significación para el paciente ya que a través de ellos logra el ansiado diálogo con la ciencia) y la táctil, fundamental en el contacto piel con piel, de gran significación en la maduración emocional del sujeto representada por el estrechón de manos, un tierno beso en el caso de los niños y las maniobras inherentes al examen físico.

En forma intuitiva el paciente valora de acuerdo con las preguntas que se le formulan el grado de interés mostrado por el médico acerca de su situación. El interrogatorio puede ser deficiente por su *brevedad* la cual se percibe como manifestación de apuro, por ser *indiscreto* dada por la percepción que tiene el paciente cuando las interrogantes no tienen una relación clara con su problema, *inductor de síntomas* fundamentalmente en caso de pacientes sugestionables, *uso de términos que el paciente no conoce* (deficiencia

promovedora de grandes problemas de comunicación) y *la mala sistematización* lo cual causa serias dudas acerca de la capacidad científica del médico.

El interrogatorio mal conducido expresa que el médico no se ha preocupado por indagar que espera de él su paciente y a qué nivel lo espera. ⁽⁹⁾

En ocasiones la información extraverbal que nos brinda el paciente es más importante que la verbal. Tanto al oírlo como al hablarle, el médico tiene que estar atento a los gestos, inflexiones de la voz, expresión facial y la postura del paciente ya que la verdadera información puede estar enmascarada y corresponde al médico detectarla. Además el lenguaje extraverbal cobra mayor importancia cuando el médico es el “emisor”. La mirada, los gestos, la mímica y el contacto físico durante el examen físico, son canales de información que pueden ser más convincentes para el paciente. La comunicación médico-paciente es bidireccional y se puede romper de ambas partes.

f) Defensas y distorsiones de la comunicación.

Estos mecanismos pueden ser *voluntarios*- defensas que limitan la comunicación de situaciones que afectan la autoestima- o *involuntarios*- mecanismos de defensa de la personalidad que muchas veces distorsionan la realidad para hacerla menos angustiosa. Por ejemplo en el primer caso puede ser la omisión del verdadero motivo de consulta en un paciente (masculino) con una disfunción sexual cuando reconoce que su médico de asistencia es del sexo femenino (una mujer) y en el segundo caso la aceptación por parte de un enfermo de un diagnóstico de hepatitis para emplear el tiempo en escribir un libro o trabajo manual determinado.

En la RMP la comunicación exige que el médico posea un conocimiento correcto de todos los factores que participan con el objetivo de hacerla lo más eficaz y productiva posible. Un elemento clave de la comunicación es el lenguaje. La conversación con el paciente está avalada por la práctica médica a través de los siglos y constituye un instrumento insustituible que enfrenta a dos personas con sus respectivos sistemas de valores, re-

quiere calor emocional y sinceridad ya que de la forma de decir las cosas y términos que se utilicen pueden tener connotaciones muchas veces insospechadas para el paciente. El lenguaje hablado sin lugar a dudas es el mejor medio para transmitir información: de aquí que el médico deba conocer las potencialidades del lenguaje hablado y sus límites, como funciona, como puede utilizarlo así como el uso que le dan las personas para representar lo que piensan de la relación que se ha establecido en busca de una respuesta a su problema de salud.

La experiencia clínica demuestra que la mejor relación médico-paciente se observa cuando se le permite hablar libremente al paciente y se exprese con sus manifestaciones físicas y psíquicas, a lo cual el médico brinda una escucha atenta sin ofrecer valoración. *Una de las quejas más frecuente de los pacientes es que no se les escucha y no es un secreto la resistencia de algunos médicos a escucharlos*, aunque es una verdad evidente que sin oír al paciente no es posible saber lo que tiene.

Generalmente los médicos asocian la mala calidad de la RMP con el exceso de trabajo, y consideran que la vía para perfeccionar la comunicación es prolongar el tiempo de consulta, dicho planteamiento presenta valor si tomamos en cuenta que la sobrecarga laboral influye en el rendimiento psicofísico del personal médico, sin embargo aprovechar al máximo los segmentos de la conversación que se establece y enriquecer emocionalmente el contenido de dicha relación, constituye la premisa fundamental para una fructífera comunicación.

El médico debe estar convencido de que siempre es necesario lograr y mantener el sentimiento de *comunicación como base de la confianza* en la que descansa toda relación médico-paciente, en la cual es imposible recibir sin dar y en la que al médico corresponde asumir, además, un papel pedagógico-educativo de primer orden.

Uno de los problemas de interés en esta especial relación, es el grado en que son satisfechas o no por el médico las expectativas del paciente. Cuando los pacientes acuden en busca de ayu-



da médica traen una idea referente al papel del médico y de cómo este debe ser. En estudios realizados referentes al tema los autores coinciden, que el grado en que son correspondidas las expectativas del enfermo influye decisivamente en su satisfacción; lo cual está determinado en primer lugar por la medida en que el médico mediante su disposición personal y su estilo de trabajo, se corresponda con la compleja imagen que el paciente tiene acerca de su actividad profesional. El médico influirá más efectivamente en la psiquis del enfermo cuanto más respeto inspire por su habilidad médica y humana.

La relación clínica, como cualquier relación humana, es un reflejo directo de la visión que sus protagonistas tienen de sí mismos y del mundo. Cada persona es única e irrepetible: espiritualidad, libertad, intimidad y capacidad de amar y ser amado son atributos que nos acercan a la comprensión de la dignidad humana y al respeto al que esta hace acreedor.

El que se pone en contacto con el enfermo, debe tener respeto por su dignidad, esto incluye esfuerzo por comprender las circunstancias que rodean su situación física o psíquica. Hay circunstancias que a veces hacen la relación difícil, penosa, desagradable, en este caso será preciso que por parte de ambos se superen desconfianzas, estados de ánimo y cansancio. En ese enfrentarse con el sufrimiento, tanto el cuidador como el enfermo pueden desertar o tomar de allí ocasión para crecer. Deben tratar de descubrir, a través del dolor, la posibilidad que se les brinda para hacerse más fuertes, mejores ⁽¹⁰⁾.

El proceso de diagnóstico y tratamiento exige una comunicación adecuada. Es preciso entender al paciente como persona o sujeto unitario, pues la enfermedad no afecta sólo a un órgano o a un sistema, sino a la persona entera. Comprender que por encima de determinada patología hay un ser doliente que pide ayuda. Hay una vieja fórmula que debería presidir toda relación humana: “ponerme en el lugar del otro, tratarle como me gustaría ser tratado”.

La persona nunca es un ser aislado, por eso es tan importante tratar de entender sus circunstancias y su entorno.

La familia y el resto del entorno del enfermo tienen un papel relevante en todo este proceso. En muchos casos los familiares más directos sufren las consecuencias de la enfermedad tanto o más que el propio paciente. Hay procesos en que esto se hace muy patente: enfermedades psiquiátricas, procesos degenerativos, pacientes en coma etc. En otras ocasiones sin embargo la implicación familiar es menos aparente. Siempre es provechoso considerar que, con el paciente, se está tratando, de algún modo, a toda la familia. Debe considerarse un entorno de cariño y de estímulo lo cual influye muy efectivamente en el proceso de recuperación.

El desarrollo de la concepción científica sobre el significado terapéutico de la relación médico-paciente ha marchado paralelamente con la evolución de la psicoterapia como método de influencia psicológica del médico sobre el enfermo. El postulado moral fundamental para todos los tiempos es *primum non nocere* (primero no hacer daño) pero para convertirlo en realidad el médico debe tener conocimientos técnicos, experiencia y maestría en su profesión así como un conjunto de cualidades psicológicas y ético-morales sin las cuales no le es posible obtener resultados óptimos de su actividad.

El papel del enfermo en las decisiones médicas, ha sido uno de los temas que más interés ha suscitado últimamente en el campo de la medicina legal, la deontología médica y la bioética. La participación del enfermo en la relación clínica ha seguido una evolución progresiva desde ser sujeto pasivo hasta tomar un papel protagonista. El médico debe respetar la libertad de elección. La libertad de elección debe contemplar las instituciones donde se practica la medicina, teniendo en cuenta la tecnología, la publicidad de los éxitos alcanzados, factores que los pacientes también tienen en consideración la dinámica de la RMP.

Una vez establecida la confianza, el respeto, la libertad de elección de atención especializada o no, institucional o no por parte del paciente y en relación con la comunicación entre este binomio, el médico debe informar a

su paciente lo más significativo de su enfermedad, como respuesta lógica de este en conocer la naturaleza de los síntomas, medidas diagnósticas, resultados favorables que espera del tratamiento y el pronóstico. Se trata no solo de informar al paciente para aliviar su ansiedad, sino de hacerlo de modo que participe en la toma de decisiones. Esto evidencia uno de los progresos más sustanciales de la Ética Médica y de la Bioética contemporánea: el acceso del paciente a la condición de persona moral, libre y responsable, capaz de asumir conscientemente su enfermedad y su tratamiento, aceptándolo, rehusándolo o escogiendo entre las distintas opciones que se le ofrecen.

La información ha de brindarse con palabras sencillas, adecuadas y comprensibles, esto es adaptado a cada paciente considerando su nivel cultural, educacional, costumbres religiosas etc.

En la mayoría de las ocasiones el consentimiento oral del enfermo es suficiente para el plan que le propone el médico cuando el tratamiento o la terapéutica no entraña riesgos apreciables, pero si las medidas propuestas por el médico ya sean exploraciones diagnósticas, terapéuticas conllevaran riesgos de consideración, el médico está precisado a informar sobre ellos, de explicarle otras alternativas posibles siendo recogido por escrito su consentimiento.

El respeto a la *autonomía* del paciente requiere que el enfermo conozca su diagnóstico y así pueda consentir o no su tratamiento, conocer su pronóstico y organizar su vida en consecuencia.

El conocimiento del diagnóstico incluso de afecciones graves o fatales es necesario en el paciente por dos razones:

- Razón moral (punto de vista ético clásico o formal): donde el paciente garantiza su autonomía.
- Razón médica (punto de vista utilitario o de beneficencia): favorecerle psicológica y físicamente. ⁽¹¹⁾

En 1979, los bioeticistas T. L. Beauchamp y J. F. Childress definieron los cuatro principios bioéticos de forma general: Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia.

La autonomía del paciente depende en gran medida que se le comunique la información más completa posible sobre su enfermedad.⁽¹²⁾ Decir la verdad requiere tener en cuenta las circunstancias de cada caso, esperar el momento oportuno, y debe dosificarse sobre todo para comunicar un pronóstico grave o fatal. Habrá que añadir a la verdad sencilla y exacta un mensaje de esperanza, pues no hay nada más erróneo que los absolutos pronósticos médicos.

El médico es una individualidad. La medicina un campo de la actividad social por tanto: la unidad médico-sociedad genera un importante papel dentro del sistema de atención médica integral.

La necesaria relación que se establece entre el médico y el paciente estarán subordinadas a las normas éticas que el momento histórico determina, por lo tanto en nuestra práctica, debe ser de cooperación.

El médico ante el paciente debe expresar confianza y seguridad. En los casos de pacientes hospitalizados no identificar a través del número de cama o por la enfermedad que padece. Son hechos inaceptables que disminuya la necesaria cooperación del enfermo y no se extraerían los elementos indispensables para realizar un correcto diagnóstico, seguimiento y tratamiento del paciente.

La sociedad a partir del sistema de valores requiere profesionales más connotados – por su grado de vinculación directa con el valor fundamental de la sociedad, que es el propio hombre – no solo en su comportamiento social sino que se establecen normas particulares del ejercicio profesional⁽¹³⁾ lo cual constituye el objeto de estudio de la ética profesional.

Aún en la actualidad constituye una utopía aspirar a que todo el personal médico desarrolle su trabajo con la eficiencia suficiente para considerarlo perfecto, pero es indudable, que debemos esforzarnos para profundizar en la comprensión y la utilización de elementos que seguramente harán más exitosa la RMP y lograr la actitud crítica durante dicha relación interpersonal.

Conclusiones.

El hombre vive en un medio social, en contacto permanente con otros hombres, que lo conducen a una vida en colectivo como relaciones familiares, laborales etc.

La relación médico-paciente es una particularidad dentro de las relaciones interpersonales. Esta relación está predeterminada por la necesidad del enfermo de ser atendido, informado profesionalmente sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico

de su enfermedad con respeto, permitiendo su participación en la toma de decisiones en cuanto a cursar o no el tratamiento. El médico debe comprometerse a ofrecer al paciente un trato personal en un ambiente digno y certificar verazmente lo que convenga para proteger sus derechos.

Cualquier esfuerzo que realiza la persona enferma para ponerse en contacto con un profesional de la salud lo efectúa bajo la premisa de la competencia de este. La muestra de confianza del que pone en manos de otro *lo más valioso que posee* responsabiliza muy especialmente. Se precisa de buena voluntad, de estudio, puesta al día permanente, calidad y excelencia en el trato y en el trabajo.

Para la misión preventiva, curativa, de rehabilitación así como de investigación en cualquier esfera de la salud pública y en especial la RMP es indispensable la presencia de 3 cualidades: humanismo, espiritualidad y ética. La relación médico-paciente es *el encuentro de una confianza con una conciencia*. La confianza es una condición indispensable de la eficiencia de la RMP. ◀

Bibliografía.

- 1- Álvarez Sintés: Temas de Medicina General Integral. Vol. I. Ed. Ciencias Médicas, La Habana, 2001. Cap. 13, pp 365-369.
- 2- Acosta Soriego José R: Bioética desde una perspectiva cubana. Ed. Félix Varela, La Habana, 2007. Cap. “La comunicación humana y la calidad de la atención médica”, pp 355-377.
- 3- Ética y deontología médica. Texto básico. MINSAP. ISCM. La Habana, 1979. Cap. I, pp 1-22.
- 4- Ferrer, J.J; Martínez, J.L.: Fundamentos filosóficos de la Bioética, en: Bioética: un diálogo plural pp. 675-716.
- 5- Serrano José M: Los principios de la Bioética: Cuadernos de Bioética. Santiago de Compostela, 1992. pp 116-130.
- 6- Núñez de Villavicencio, Fernando: Psicología Médica. Ed. Pueblo y Educación. Tomo III. 1987. Cap. 2, pp 9-25.
- 7- González Menéndez Ricardo: Clínica Psiquiátrica. Básica actual. Ed. Ciencias Médicas. La Habana, 2008 Cap. 17, pp 144-151.
- 8- González, R: “Algunos aspectos de la relación médico-paciente en la consulta de peritaje”, Rev. Cubana Med. 1973; 12 (2): 231-236.
- 9- Psicología y Salud. Complemento al programa de la asignatura Psicología Médica II. 2002.
- 10- Balaguer Santamaría Albert: En La relación clínica. Folleto. Doctor en Medicina Profesor Asociado de Pediatría. Universidad Rovira Virgili. Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Reus.
- 11- Acosta Soriego José R: Bioética desde una perspectiva cubana. Ed. Félix Varela, La Habana, 2007. Cap. 2 Comunicación de malas noticias en medicina: el derecho a conocer la verdad. pp 641-655.
- 12- Beauchamp T. L, Childress J: Principles of Biomedical Ethics. 3ra ed. Nueva York. Oxford. University Press. 1989.
- 13- Curbelo T. Fundamentos de Salud Pública. T I. 2004. Ed. Ciencias Médicas. Cap. 6: Ética, Bioética y Salud. p. 61.
- 14- Herranz Rodríguez Gonzalo: Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. 2da ed. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. Pamplona. 1993. Cap. III-V. pp 51-124.