

LA MEDICINA COMUNITARIA, UNA NUEVA DIMENSIÓN ÉTICA DE LA RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE

Lic. Raúl Marchante Castellanos. MSc.
Profesor de Filosofía e Historia. Facultad Julio Trigo López.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Resumen.

El presente trabajo tiene como objetivo contribuir a que los futuros médicos se formen de acuerdo a la nueva dimensión de la relación médico - persona - familia – comunidad, analizando las nuevas normas y principios específicos del accionar entre lo que se *debe hacer* y lo que *se puede hacer* para que esa persona (hoy como paciente) se sienta complacido lo cual contribuye a su proceso de sanación para lo cual se necesita el apoyo de la familia. Para la realización de este estudio se precisó información y documentación a partir de fichas biográficas y bibliográficas.

Introducción.

Con la medicina comunitaria, la relación médico- paciente adquiere una nueva dimensión, con las nuevas normas y principios, lo que a su vez contribuye a fortalecer la formación bioética de los médicos en la medicina comunitaria.

La Atención Primaria de Salud es la vía adecuada para lograr salud para todos, como parte esencial del desarrollo social, abarcando a todos los integrantes de la sociedad.

La Medicina Familiar, concebida como una especialidad dentro de la Medicina General Integral tiene como base la medicina comunitaria, la misma se instaura den-

tro del sistema general de salud de nuestro país alrededor de 1980 como propuesta realizada en la Asamblea Mundial de la Salud a través de la frase “Salud para Todos”. Entre sus principales objetivos consideraba responder a las nuevas necesidades sanitarias y sociales, encaminadas a la educación responsable tanto en el plano individual como colectivo de las personas con la finalidad de prevención de enfermedades, para lo cual era necesario la integración, continuidad y sistematización del trabajo en equipo, incluyendo a las organizaciones y líderes de la comunidad.

Cultura de Salud es una categoría que expresa lo que el hombre ha logrado en cuanto a conocimiento y dominio



de su organismo, de su entorno socio- ecológico y de su relación con él para lograr a partir de la aplicación de conceptos bioéticos, el equilibrio necesario y complementario para un buen desarrollo de vida, lo cual tiene su expresión en acciones que propicien modos saludables de vida, para lo cual resulta indispensable realizar una promoción de salud basada en una adecuada comunicación entre el médico, la familia y el paciente con el propósito de cambiar estilos de vida entre los mismos, lo que se materializa en la relación médico-paciente, específicamente en el logro de una buena comunicación entre el médico y el paciente.

Desarrollo.

El pensamiento médico ha variado de acuerdo a la evolución científico-técnica. En la segunda mitad del siglo XX se refuerza el individualismo médico a partir de la especialización y tecnologicismo de la atención, lo cual en la actualidad contribuye en la aparición de enfermedades derivadas de la acción del hombre para consigo mismo, lo cual hace imprescindible una visión bio-social de la atención médica.

En la primera mitad del siglo XX el perfil de la atención médica era eminentemente no social y absolutamente curativo, lo cual condicionaba un pensamiento y una conducta médica que tendía a hiperbolizar el principio de beneficencia supra-paternalista. A través de los procesos de transformación realizados dentro del Sistema de Salud en Cuba, el programa de atención a la salud, logró no sólo socializar los servicios de salud, sino que conceptualizó y desarrolló la medicina preventiva mediante las campañas de vacunación por un lado y a través de la medicina comunitaria como un vínculo real entre el pensamiento médico-clínico y el entorno social.

A partir de estos presupuestos, el pensamiento ético-médico empieza a dar un giro en cuanto al modelo precedente, el cual se caracterizaba por una marcada preponderancia del biologicismo, lo que hace que la resistencia al entendimiento de un nuevo accionar médico se aprecie, no solamente en el personal directamente vinculado, sino en la propia sociedad acostumbrada a los viejos preceptos.

El desarrollo de la medicina preventiva se logra a partir de una inmersión total del médico en el ser real de la comunidad y en el ser individual de la persona como paciente.

El médico en este tipo de atención, debe lograr convenir acerca de la actitud a adoptar por las personas de su comunidad para lograr la prevención de enfermedades, por lo que en este contexto, la ética médica desborda la relación médico-paciente para convertirse en el resultado de la relación médico-comunidad y, el consentimiento informado se transforma en “consentimiento educado” como muy acertadamente plantea el Dr. Fernando Núñez Villavicencio:

“Solamente con una autoridad ético-social, el médico comunitario podrá lograr el consentimiento educado. Además de una referencia científica, el médico deberá ser además, una referencia social.”¹

A esto se suma la complejidad que posee por su propia naturaleza la relación médico- paciente teniendo en cuenta que la misma... constituye el aspecto más sensible y humano de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos².

Lo primero que un médico debe hacer para informarle a su paciente que padece una enfermedad, es comprender que significa la enfermedad para el paciente, es decir, la conciencia, vivencias, expectativas, preocupaciones y temores que la misma le genera y evaluar cómo reaccionará ante dicha enfermedad; esto permitirá la conducta de afrontamiento a implementar. Para comunicarse e informarle al paciente, el profesional de la salud deberá además evaluar la capacidad de comprensión del mismo; el desenvolvimiento de sus funciones psíquicas, su capacidad de entender, el lenguaje que utiliza y entiende, su nivel de instrucción, sus creencias, las distorsiones de la realidad causadas por las defensas que implementa y los problemas afectivos que pueda presentar³.

Este paradigma entra en franca contradicción con la referencia educativa que tienen los graduados, de los médicos encargados de su formación, al tener aquellos una formación eminentemente biologicista y por desarrollarse la mayor parte de la formación del estudiante de medicina en los hospitales, donde la relación con la comunidad es más lejana aunque en la actualidad la formación del médico se está tratando de acercar cada vez más al accionar de la medicina comunitaria, en la cual, el médico vive en una comunidad y atiende una cantidad determinada de familias en un radio de acción próximo al *consultorio médico*, por lo que sus tareas principales no se concretan al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades que no requieren ingreso, sino a las de prevención primaria, fundamentalmente a las relacionadas con las principales causas de muerte en nuestra población, a partir del control de los factores de riesgo en la lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles lo cual es perfectamente posible puesto que como nos expresa el Dr. Alemañ: “El perfil profesional de este especialista comprende competencias profesionales con un enfoque social para la atención al individuo, la familia y la comunidad con dominio del método clínico y epidemiológico”⁴

El importante actuar en la prevención y control de enfermedades como arteriosclerosis, hipertensión arterial, etc no puede concretarse en un resultado tangible, si no se puede alcanzar el convencimiento en el paciente para que realice cambios importantes en sus hábitos de vida, y en sus proyecciones hacia la salud.

Debe quedar claro entonces para el médico comunitario, que parte del resultado positivo de su accionar médico será directamente proporcional a los cambios que logre en el modo de vida de esa comunidad, creando así un precedente válido para las próximas generaciones, lo cual garantizará la disminución o desaparición de un grupo de problemas de salud, pero debe también estar convencido que estos cambios no podrán alcanzarse si no se logra la participación consciente y activa de esa comunidad, por lo que ningún método impositivo es aconsejable en estos casos, por ser costumbres y hábitos (alimenticios, higiénicos etc.) adquiridos por tradiciones familiares, culturales, étnicas o religiosas muy antiguas y arraigadas.

Para ello, el médico comunitario, deberá practicar de forma diaria la comunicación cordial como un eslabón indispensable en la relación médico-paciente teniendo en cuenta que el consentimiento logrado en este paciente, se manifestará en variadas formas tanto en su admisión como en la conducta resultante, pero siempre a partir de que el paciente deberá conocer las ventajas de las acciones orientadas por el médico así como los riesgos de no acometerlas o desecharlas. Es imprescindible entonces, en el paciente, el convencimiento más que el vencimiento sobre la conducta médica a seguir, y para lograrlo debe dominar a la perfección el Método Clínico que "... se convierte en el centro de atención... al ser concebido como el método de actuación profesional, que no es otro que el método científico aplicado a la atención médica del individuo"⁵

En este sentido es importante destacar lo que refiere la Dra. Silvia Martínez Calvo:

"Para comprender mejor la práctica social en salud que corresponde a los ciudadanos, las estrategias y enfoques del trabajo comunitario deben revisarse permanentemente. Aceptar a la comunidad como un conjunto homogéneo obviando sus grupos componentes, obstaculiza la identificación de sus valores, incluidos los éticos. La comunidad, dadas su vitalidad interna y posibilidad de participación, se transforma en un sujeto consciente. Su vitalidad interna deriva del conjunto de valores sociales y éticos, que si resultan diferentes a los propuestos o impuestos, limitan su participación (toma de decisiones) en la solución de cualquier problema de salud"⁶. Este importante planteamiento concentra de forma magistral los elementos más importantes que caracterizan la especificidad de la relación médico-paciente en el actuar comunitario de los servicios de salud, al concretarlo en las siguientes normas:

Revisarse permanentemente.- Esto es indispensable para lograr mantener actualizada dicha relación, la cual constantemente se está enriqueciendo de uno y otro lado en tanto que retroalimentación del médico a partir de los

logros alcanzados (que lo impulsa a nuevas aspiraciones) y de los errores que obliga a redimensionar el intento probando otras vías y métodos y en tanto que el paciente al incorporar o rechazar la conducta de salud inducida, modifica también su actuar para hacerse o más receptivo o no a incorporar dicha conducta.

No aceptar la homogeneidad.- De esta forma se hace énfasis en la importancia de la variabilidad del análisis a la hora de caracterizar el ser comunitario y el ser sectorial o individual dentro de esa comunidad. La relación médico paciente con una familia (e incluso con un individuo) puede y debe estar referenciada en el entorno de la propia comunidad, pero tiene que ceñirse a las particularidades del sujeto que directamente enfrentamos. Es por lo tanto erróneo hacer clasificaciones "comunitarias" y a partir de esa clasificación diseñar patrones de relación para aplicar a todos.

Los valores sociales y éticos son un conjunto. Solamente teniendo en cuenta e interaccionando este conjunto de valores se logra unificar (en tanto diferencia) el concepto del actuar en la relación médico-comunidad, utilizando incluso las referencias o conductas contrapuestas como elemento educador y sobre todo, como salvo conducto para alcanzar la capacidad de comprensión e incorporación de los patrones de salud inducidos. Tratar de no utilizar la palabra "cambiar" (a la que todos le temen en mayor o menor medida) sino "modificar o adecuar" cuando de hábitos o estilos de vida se trata.

Es por ello que a partir de lo que plantean algunos especialistas y fundamentalmente el Dr. Ricardo González Menéndez⁷ podemos definir los principios fundamentales a tener en cuenta para lograr una relación médico-comunidad adecuada:

-Definir la estrategia de la relación.- Se refiere al análisis de la composición social e higiénica de la comunidad para después hacer una caracterización por sectores y por familias, para determinar los objetivos de salud a lograr en cada caso y establecer un orden de prioridades en el cumplimiento de los mismos teniendo en cuenta las características generales y particulares y los conflictos humanos no resueltos.

- Mostrar afecto. Debe recordarse la posición de inferioridad interpersonal en que se encuentra el paciente durante la relación, por lo que esta situación debe equilibrarse con comportamiento respetuoso, afable, donde el paciente perciba el interés en conocerlo como persona, de ponerse en su lugar y ayudarlo sin que sienta intromisión ni invasión en su privacidad.

- Obtener información. Estar lo más documentado posible y mantener siempre la posición de constante búsqueda no sólo sobre la ciencia médica sino sobre los elementos "teóricos culturales o tradicionales" que se mueven en la comunidad.

- **Tolerancia.** Este principio, indispensable en toda relación humana, adquiere en la relación médico-comunidad una mayor y decisiva dimensión. Este principio es tan abarcador que contiene en sí los 3 principios anteriores.

La tolerancia, (entendida como el respeto a los criterios divergentes y la acción de buscar los puntos coincidentes para llegar al “bien común”) fortalece la autoridad del médico, quien además tiene una posición ventajosa en su relación interpersonal con el paciente, por lo que la comprensión y el respeto “del más fuerte”, es interpretada como sabiduría, bondad y madurez profesional. Defina bien los objetivos a lograr y en pos de ellos es posible y a veces necesario sacrificar objetivos intermedios en los que no vale la pena fomentar divergencias.

Si se pretende alcanzar durante el presente siglo una medicina de calidad, más humanizada y menos costosa, se necesitará enfatizar que la habilidad fundamental del médico clínico, y especialmente del médico de medicina general integral (MGI), gira alrededor de la relación médico-paciente, la búsqueda de la información, su análisis, el razonamiento médico y la decisión terapéutica, es decir, el dominio con excelencia del método clínico.^{8, 5}

El método clínico no ha perdido vigencia, por el contrario, continúa con el papel protagónico en el ejercicio racional y humano de la medicina actual y futurista, su herramienta, la relación médico-paciente, cuando es adecuada, constituye en sí misma un acto terapéutico basado en la confianza que deposita el paciente en el médico en su calidad de experto.⁹

A modo de conclusión, podemos plantear que la adecuada relación médico-comunidad (factor fundamental para garantizar una eficaz medicina comunitaria) debe ser enseñada y comprendida como un proceso psicológico muy específico en el campo de las relaciones interpersonales, donde el escuchar para reorientar hábitos y actitudes hacia un objetivo bien definido, significa un reto para el cual el médico deberá disponer de muchos recursos de acceso, de iniciativas y sobre todo de un actuar ético en cada momento de su vida, donde la comprensión y la tolerancia son imprescindibles.

Lo fundamental es llegar al paciente, esto quiere decir ser amable, sincero, hablar con lenguaje claro, explícito, no utilizar palabras o preguntas técnicas y de difícil comprensión, no ser violento en el trato, ofrecer tranquilidad, paz y confianza. Así se alcanza una buena relación médico-paciente familia.¹⁰

Algunos autores con los cuales coincidimos, han señalado que en la actualidad la relación médico-paciente, se está deteriorando y por supuesto esto afecta la calidad del servicio prestado. Espinosa Brito¹¹ señala que en muchos países especialmente en los desarrollados la relación médico-paciente está en crisis y cuesta abajo.

Bajo el tema: ¿Cómo se maltrata al paciente hoy?, médicos de distintos países latinoamericanos (cubanos, peruanos, mexicanos, ecuatorianos, venezolanos, colombianos, chilenos, etc.) reconocen este hecho.¹²

Es por ello que nos parece imprescindible precisar los

aspectos a tener en consideración en la relación médico-paciente dentro de la medicina comunitaria, aspectos que además de ser eficaces pueden ser medibles, partiendo de que la medicina general integral es el pilar fundamental de nuestro Sistema de Salud, no solamente por ser la de mayor masividad sino porque es por donde se inicia la atención médica, y la que mayor influencia ejercerá, por su carácter preventivo demostrándose así en los resultados obtenidos. ◀

Referencias bibliográficas.

1. Núñez Villavicencio F. Bioética: el médico, un educador. En: Bioética desde una perspectiva cubana. Acosta S JR. Pub. Acuario. Centro Félix Varela. La Habana, 2007.
2. Cruz H J, Hernández GP, Abraham E, Dueñas GN, Salvato DA. Importancia del Método Clínico. Rev. Cub. Salud Púb. [Internet]. 2012.
3. Vidal y Benito MC. La relación médico paciente [Internet]. Buenos Aires: Intranet; 2010
4. [www.mednet.cl ›... › Enfoques › Salud familiar en las Américas](#) de E Alemañy - 2013 Edición Octubre 2014.. . Autores: Eduardo Alemañy Pérez Georgia Díaz-Perera
5. Vidal T LA, Noda A A, Delgado M R, Báez PE, Fernández J, Montell O. El proceso de enseñanza aprendizaje del método clínico. Una experiencia con estudiantes de 6to año. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Nov-Dic [citado: fecha de acceso];35(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol6%202013/tema05.htm>
6. Martínez CS. El valor de la salud (BIOÉTICA para la sustentabilidad). Pub. Acuario Centro Félix Varela. La Habana, 2002.
7. González MR “La nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días” En: Acosta S J R. Bioética desde una perspectiva cubana. Pub. Acuario. Centro Félix Varela. La Habana, 2007.
8. Espinosa AD. La Clínica y la Medicina Interna: pasado, presente y futuro. La Habana: Ed: Ciencias Médicas, 2011. 202 p.
9. Cuevas LM, Ávila I, Oliver J, Sámano M, Palomares G, Garduño J. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. [Internet]. 1991 [citado 15 Nov 2013]; 33(6): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10633604>.
10. Romero FM. Relación médico-paciente, lo humano ante todo [Internet]. Argentina: Intranet; 2010 [citado 28 May 2012] [aprox. 3 pantalla]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=68834>
11. Espinosa Brito A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. rev spu [internet] [citado 21 ene 2013];39(1) :[aprox. 3 pantalla]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_1_13/spu01113.htm.
12. Relación médico-paciente en crisis [Internet]. Argentina: Intra Med; 2012-2013 [citado 23 nov. 2013] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: http://www.intramed.net/foros_ver_mensaje.asp?contenidoID=74254&idMensaje=145.