

La relación médico-paciente

Víctor Manuel Arrubarrena Aragón

El médico debe saber lo que hace, cómo lo hace y hacerlo siempre con amor.

Paracelso

Hoy día, el médico presta más atención a la información de su computadora, que a los ojos llenos de ansiedad de su angustiado paciente.

Anónimo

La relación médico-paciente era tan natural en la práctica de la medicina que no se hablaba de ella. No se escribía. Se consideraba un hecho su existencia como base del trabajo del médico con el enfermo, principio de lo que después se describió como el encuentro de una conciencia con una confianza. La relación de confianza entre dos seres humanos ha sido capaz de lograr muchas curaciones.

La medicina era más sencilla, los recursos del médico para atender al enfermo estaban más en sus capacidades personales, en su relación con el enfermo, que en los recursos externos, llámese implementos de tecnología para el diagnóstico, medicinas más eficaces y otros procedimientos de tratamiento que la ciencia y la tecnología moderna han puesto en manos del médico.

Se comienza a hablar de la relación médico-paciente cuando se empieza a sentir con alarma que se está perdiendo. Con el avance de la ciencia y tecnología el acto médico empieza a depender en gran parte del uso de métodos más eficaces de diagnóstico y tratamiento y parecería que la presencia curadora del médico deja de tener importancia. "Apenas llegó usted y me sentí mejor" era una frase que escucharon los médicos de antaño, aquellos que atendían en su consultorio o en casa del paciente.

¿Es válida la preocupación porque se esté perdiendo esta relación? ¿Son los grandes adelantos de la ciencia y tecnología aplicadas a la medicina suficientes para curar? ...Creo que hay datos para afirmar lo contrario. Basta señalar, que en la época del médico que atendía con pocos recursos no había demandas por mala atención.

Las demandas se deben en gran parte a la pérdida de esta relación, que se basaba en la gran confianza de

los pacientes en la medicina y en los médicos. Las demandas son la negación de la relación médico-paciente ¿Por qué? Porque hay elementos interruptores de esta relación. No son elementos interruptores el avance en ciencia y tecnología. Si lo es la organización distinta de la medicina que tiene que ver con lo compleja que se ha vuelto a la luz de estos avances.

Ahora bien, el elemento fundamental para una buena relación es la confianza, y este primer paso lo iniciaba el paciente al escoger a su médico para confiarle su bien máspreciado: su salud. El paciente contaba con que su enfermedad y algunos aspectos de ella permanecerían sólo en el conocimiento de él y de su médico. El médico dependía en un grado mucho mayor que ahora de su habilidad para acercarse al paciente, el diagnóstico se establecía con los datos que éste proporcionaba y en los signos de enfermedad que pudiera recoger por su exploración. Los análisis y pruebas de gabinete se solicitaban para corroborar diagnósticos o para ratificarlos. Debemos aceptar que en la medicina actual sea institucional o privada hay elementos que no estimulan la confianza.

En la relación médico-paciente, el médico debe estar consciente de que el paciente no tiene dañado solo un órgano, sino que enferma de manera integral. Por ello, debemos reflexionar que el enfermar conduce a sufrir.

En ocasiones se padece mucho más de lo que se está enfermo y no debe olvidarse que cuando un paciente enferma de algo grave, enferma con él la familia. Por todo ello no es vano recordar aquella vieja conseja médica que señala: "El médico pocas veces cura, algunas sana, pero siempre debe consolar".

Reconociendo que la relación médico-paciente ha existido siempre, surge la pregunta de si es importante que subsista aún en los tiempos actuales en que la medicina se sustenta en la utilización cada vez más excesiva de métodos de diagnóstico y tratamiento que parecen ser el paradigma de la medicina actual. Desde nuestro punto de vista la respuesta es afirmativa. Los nuevos procedimientos enriquecen los recursos del médico, pero no sustituyen el poder terapéutico de una buena relación, que incluso debe servir para ayudar a médico y paciente en el uso de estos procedimientos, que son un indiscutible avance, pero que han cambiado los objetivos

Miembro Asociación Mexicana de Cirugía General y Académico emérito Academia Mexicana de Cirugía.

Correspondencia: Dr. Víctor Manuel Arrubarrena Aragón

Calle Querétaro Núm. 147-601

06700 Roma Norte, México Distrito Federal D.F.

Teléfono 55-5584-3677

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

y paradigmas de la medicina innecesariamente cuando son utilizados en demasía, sin criterio clínico adecuado y lo que es más triste olvidando que la razón de ser de nuestra profesión, debe ser y buscar el bienestar del enfermo.¹

Modelos de relación médico-paciente

En la atención de los enfermos hemos señalado, un aspecto primordial es la relación médico-paciente, cuyas bases se encuentran en los principios mismos de la bioética. La relación médico-paciente es el contrato, generalmente no escrito, establecido por personas autónomas libres de iniciar, continuar o romper esta relación.

En la interacción del enfermo con el médico y el equipo de salud, basada en la comunicación y la disposición para conseguir objetivos comunes, como son la prevención de enfermedades, preservación y recuperación de la salud, con rehabilitación y reintegración al núcleo familiar, social y en ocasiones laboral, existen varios modelos de relación médico-paciente; cuatro son los más importantes y comúnmente aceptados.²

Modelo paternalista

En el que prevalece la actitud autoritaria del médico que dirige las acciones, indica y/o realiza los procedimientos diagnósticos terapéuticos, mientras que el enfermo sólo acata las indicaciones, sin que se tomen en cuenta su opinión, dudas o temores. Es una relación tipo sujeto-objeto en la cual, aunque se trata de beneficiar al enfermo, no se respetan su autonomía, su libertad, su capacidad y derecho a decidir. Este modelo es frecuente en México y países latinoamericanos, sobre todo en el medio rural.

Modelo dominante

En contraste con el anterior, es el enfermo quien, de acuerdo con sus conocimientos o bien por la información obtenida, pide o exige que, de acuerdo con el diagnóstico establecido, se realicen determinados procedimientos diagnóstico-terapéuticos. Es una relación tipo sujeto-objeto que suele ocurrir cuando el médico tratante tiene poca experiencia. En estos casos el abuso de autonomía del enfermo puede ser perjudicial

Modelo de responsabilidad compartida

En este modelo se establece una buena comunicación, se informa al enfermo y la familia, lo referente a su enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, así como la posibilidad de complicaciones. Se aclaran sus dudas y se trata de disipar sus temores; se discuten las alternativas y en forma conjunta se toma la mejor decisión. En este modelo intervienen la autonomía, la libertad y el juicio del paciente, en relación a lo que quiere o lo que espera, todo ello bajo la orientación del médico tratante. Es una relación tipo sujeto-sujeto, por lo que debe ser deseable tratar de implementarla.

Modelo mecanicista

En él la atención se lleva a cabo de acuerdo con disposiciones administrativas estrictas; se siguen protocolos de manejo rígidos, el enfermo no elige al médico tratante

y no siempre es atendido por el mismo médico lo cual interfiere en la relación médico-paciente. El exceso de burocracia y trámites administrativos retarda el tratamiento y deteriora la relación, que es de tipo sujeto-objeto. Este modelo es frecuente en la medicina institucional, aunque también ocurre hoy día, en la atención proporcionada por empresas prestadoras de servicios y por compañías de seguros.³

La terminación de la relación médico-paciente puede darse por la falta de colaboración del enfermo o sus familiares, falta de empatía o incompatibilidad en sus valores morales, imposibilidad física o técnica del médico para atender al enfermo, falta de los recursos materiales y humanos para una adecuada atención, interferencia de los familiares, persona responsable u otros médicos, petición explícita del enfermo, familiares o del propio médico. En la práctica institucional existen limitantes y circunstancias especiales, especificadas en los contratos o convenios con empresas o compañías de seguros que dan por terminada la relación.⁴

Cambios en el paradigma

De siempre, pero todavía hasta principios del siglo XX, el médico contaba para realizar el diagnóstico de las enfermedades con un elemento fundamental: la entrevista con el enfermo. Esta peculiar relación de confianza del enfermo y comprensión del médico, se completaba con un detallado procedimiento de exploración física del enfermo que no se limitaba sólo a la región del organismo que parecía afectada. Como auxiliares de diagnóstico el médico de esa época contaba con un número limitado de análisis de laboratorio y sencillos estudios radiológicos.

En la actualidad los recursos de diagnóstico han aumentado considerablemente. Los exámenes de laboratorio se cuentan por cientos. Los métodos de gabinete auxiliares que iniciaron con la radiología, hoy ofrecen la Tomografía Axial Computarizada, la Resonancia Magnética y el PET. En endoscopia hoy es posible explorar prácticamente todas las cavidades del ser humano. Por lo que hace al tratamiento de las enfermedades el cambio son los grandes avances de la terapéutica con medicamentos y las innovaciones y creación de técnicas en cirugía.

Con todos estos avances, la medicina de hoy sería gloriosa si no se hubieran insertado en ella elementos perturbadores que ocasionan **cambios en el paradigma** tradicional de la medicina y de la relación médico-paciente.

Debemos reconocer que hay dos aspectos completamente diferentes en estos cambios. Uno de ellos altamente positivo y otro negativo que puede invalidar los grandes adelantos mencionados y gestar la pérdida de los valores de antaño.

El cambio positivo se refiere al avance hacia una medicina social, en beneficio de la colectividad, organizada para atender a todos los habitantes de un país o a un grupo de ellos.

El cambio negativo del paradigma es la conversión de una profesión eminentemente humanística y de beneficio social, a una medicina concebida como una industria, en

donde se debe buscar el beneficio de los inversionistas que han creado esta industria.⁵

En el cambio positivo, hay también diferencias, unos países la han desarrollado a través de grandes instituciones públicas, organizadas por el estado para la atención de los habitantes. Este es el sentido de la creación en México del IMSS a mediados del siglo XX y posteriormente del ISSSTE, congruente con esta decisión, en el país se debió extender esta cobertura a todos los habitantes, al menos como extensión de la cobertura en atención a la salud. No sucedió así.

Otros países como Norteamérica, decidieron ofrecer la atención a la salud a través de seguros médicos privados, sostenidos por el Estado, los empleadores o los ciudadanos. Esta decisión no sólo ha convertido a la medicina en ese país en una gran industria, sino que ha sido la responsable del cambio negativo en el paradigma a nivel mundial, al exportar este modelo de atención.⁶

Debemos aceptar que de alguna forma los grandes avances en la medicina han propiciado su conversión en una industria. Los recursos para el diagnóstico y tratamiento son tan numerosos, costosos y complejos que han rebasado la capacidad para que sólo los médicos organicen los centros de atención. Lo anterior ha despertado como ya se señaló el interés de inversionistas que en forma natural buscan el rendimiento de sus inversiones.

Todo lo anterior ha cambiado el **paradigma**: de ser una profesión de beneficio social, que lo hace todo sólo por el bien de los enfermos, y que con los grandes adelantos científicos y tecnológicos que hoy se tienen lo podría hacer mejor; pero que con el cambio de profesión a industria, nulifica los grandes avances, pues éstos se limitan a determinados estratos de la sociedad.⁷

Cambio de paradigma y conflicto de intereses

Con este cambio en el paradigma, la medicina actual se encuentra en medio del fuego cruzado de los intereses económicos de una medicina convertida en industria, en la que el único fin no es el bien del enfermo, como tradicionalmente lo ha sido el acto médico sino que hoy día en su operación como industria la medicina privilegia el considerar redituable la inversión en ella.

La comercialización de la industria de la medicina ha convertido a ésta, en un producto de mercado y en cuna de múltiples conflictos de intereses ya que siempre hay una contradicción, entre una estructura para hacer dinero, con otra para hacer el bien.

En la medicina actual se pueden reconocer a manera de ejemplo y entre otros, los siguientes conflictos de intereses: Pagar y recibir comisiones por referir enfermos. Recibir alguna compensación por utilizar determinados gabinetes y laboratorios. Recibir regalos por parte de la industria farmacéutica al amparo del llamado "turismo académico". Recibir privilegios por tener "productividad" en hospitales privados. Recibir compensaciones de compañías de seguros privados por limitar servicios a los asegurados. El conflicto de intereses está presente también al hacerse un uso excesivo de la tecnología médica y al propiciar la sustitución de la medicina general

por la especializada que debería restringirse sólo para los casos en que ésta se justificara.

Finalmente este conflicto de intereses se ve influenciado por la propaganda que se realiza diaria y directamente en televisión, en revistas y sobre todo en Internet. A lo anterior debemos agregar la modalidad de establecer consultorios médicos al amparo de cadenas de farmacias con manejo de medicamentos de calidad aún no precisada, todo ello al parecer al amparo y con autorización de los organismos que oficialmente deben controlar y responsabilizarse de estas acciones.¹

Pérdida de la relación médico-paciente: algunos factores causales

El elemento fundamental para una buena relación es la confianza, principalmente la confianza en el médico que el paciente escogió. En la medicina actual hay elementos que no estimulan la confianza. En la institucional el paciente va con el médico que la organización señala, mismo que frecuentemente cambia en el curso del tratamiento; el paciente no va con "su médico". En la privada sucede algo semejante: el médico es asignado por la compañía de seguros o por el hospital que escoge al que acepta su tabulador.

La medicina corporativa es directamente responsable –tanto la pública como la privada– del deterioro de la relación médico-paciente, en uno como en el otro caso, el médico debe atender un número de pacientes superior a aquellos que le permitirían una entrevista con el tiempo suficiente para establecer una buena relación con el enfermo. Este es un mal mundial. Hay reportes de medicinas corporativas tanto de Norteamérica como de Asia en donde existe esta restricción del tiempo dedicado al enfermo.⁸

En nuestro medio, la consulta en las instituciones de seguridad no sólo es breve, en ocasiones la cita que se logra para ser atendido es en una fecha tan posterior que el padecimiento ya se ha resuelto o complicado, generando ello mayor desconfianza en los enfermos.

La multiplicación de personal que tiene que ver con el paciente en sus tratamientos establece un enfrentamiento de éste ante el proceso burocrático de las instituciones, mermando una buena relación.

La confianza en el médico y en la medicina deriva del prestigio de la profesión. Hoy, no todos egresados de las facultades y escuelas de medicina del país están bien preparados. Las escuelas mismas no han aceptado ser certificadas sabedoras de sus deficiencias, esto ha trascendido al público.

Hace años los ingresos del médico dependían de su capacidad y prestigio, en la actualidad la mayoría son asalariados de un corporativo público o privado sin estímulo de superación profesional en la mayoría de los casos.

Circunstancias de la época actual que influyen en la relación médico-paciente

De los médicos

Las condiciones de trabajo del médico son claramente diferentes de las que existían en épocas anteriores. Hoy

tiende a ser un empleado en las instituciones públicas y privadas, a trabajar en medio de carencias e in-comodidades. El salario es insuficiente para resolver las necesidades personales y familiares lo que nos obliga a tener varios empleos, lo que influye en la eficiencia. Pero además, ha aumentado la exigencia por parte del paciente y la sociedad, de tal manera que el trabajo del médico se realiza con la amenaza permanente de demandas y reclamaciones.

La regulación por pares se ha hecho presente en la atención médica. Los consejos de especialidad pretenden vigilar que quienes se ostentan como especialistas alcancen los estándares técnicos y éticos que la sociedad requiere. El médico de hoy tiene que mantener su certificación vigente y para ello cumplir con exigencias académicas.

La imagen pública del médico también ha cambiado en relación con la que tenía en el pasado. Hoy se le identifica como un trabajador de la salud, un asalariado, sino es que como burócrata. Ha perdido credibilidad entre un segmento de la sociedad, de tal forma que la relación médico-paciente se ha llenado de desconfianzas mutuas que propician una vigilancia de la actuación del médico por parte del paciente, sus familiares o sus abogados. Tampoco es raro que soliciten una segunda o tercera opinión.

El trabajo en equipo es hoy en día ponderado como una fórmula deseable para ejercer la medicina clínica, la que cada vez parece menos un asunto de un solo médico y su paciente. En las unidades de atención médica con frecuencia es un médico distinto el que atiende al paciente en cada cita. Cuando los equipos no están bien integrados el paciente puede recibir información diferente o hasta contradictoria por parte de cada uno de sus miembros.⁹

De los pacientes

El paciente ha adquirido una mayor conciencia de sus derechos y es cada vez más frecuente que defienda su capacidad de autodeterminación contando con el apoyo de la familia. La moderna bioética consagra el principio de autonomía para los pacientes competentes, de tal manera que se acepta que pueden incluso negarse a seguir las prescripciones del médico si no les parecen apropiadas y apoya el derecho del paciente a participar activamente en las decisiones que le conciernen.

La transición epidemiológica ha favorecido la acumulación de pacientes con enfermedades crónicas y es en estos casos cuando su participación es primordial y la iniciativa del control y manejo la tiene el enfermo, quien debe saber qué hacer ante diversas circunstancias que ya le ha tocado vivir y experimentar. El papel del médico es de un asesor y educador que permite al enfermo tomar decisiones.

Por otra parte, la sociedad se ha vuelto desconfiada ante todo lo que huele a autoridad, ya sea la sanitaria formal o la que representa el médico. Cada disposición es sujeta a cuestionamientos y una buena parte de demandas ocurren como consecuencia de una deficiente información.¹⁰

Del entorno

El papel de la tecnología moderna es difícil de calcular, pero no cabe duda que ha influido en la relación médico-paciente. El médico en quien se ha atrofiado, el arte de la clínica sufre de parálisis operativa en ausencia del artefacto-máquina que lo apoye. La atención médica ha incrementado sus costos, por el uso de tecnología tan compleja como por el florecimiento del "negocio de la salud". Habría que insistir que estos costos mayores no dependen de que los médicos tengan honorarios o salarios más altos.

La economía ha invadido –como se ha venido señalando– el campo de la salud, puesto que ésta tiene que ser rentable, de las utilidades se benefician hoy muchas personas y no siempre el médico y el paciente, los que acaban siendo utilizados. Los sistemas que administran la atención médica no siempre están enfocados a la calidad en su sentido más amplio y si bien se han multiplicado no por ello han alcanzado mayor eficiencia.¹¹

Referencias

1. Rivero SO. La relación médico-paciente en la actualidad. En: Rivero Serrano O. Tanimoto M. *El ejercicio actual de la Medicina*; 1a ed; México DF. Siglo veintiuno editores, S.A. de C.V, 2000: 32-38.
2. Gutiérrez SC. Relación médico-paciente. En: Cote Estrada L. Olvera Pérez D. *Cirugía en el paciente geriátrico*; 1a ed; México DF. Editorial Alfil. 2007: 707-713.
3. Kuthy PJ. Bioética. Tendencias y corrientes filosóficas. En: Kuty-Porter J. *Introducción a la bioética*. 2a. ed. México DF. Méndez Editores, 2003.
4. Gutiérrez SC. Relación médico-paciente. En: Arrubarrena AVM, Gutiérrez Samperio C: *Introgénia en cirugía general*. México DF. Asociación Mexicana de Cirugía General. *AMCG* 2001: 97.
5. Geyman J. *The corrosion of medicine: Can the profession reclaim it's moral legacy?* Common Courage Press. 2008: 20.
6. Abramson J. *Overdosed America, the broken promise of America medicine*. New York: Harper Perennial. 2005: 30
7. Rosenbaum S. Managed care and patient's rights. *JAMA* 2003; 289: 906.
8. Goldberg RM. *What's happened to the healing process?* Wall Street Journal. June 18, 1997. p A22.
9. Jinich H. *El paciente y su médico*. México, Ciencia y Cultura Latinoamericana. 1997.
10. Ortiz-Quezada F. *El trabajo del médico*. México Ciencia y Cultura Latinoamericana. 1997.
11. Shulki DJ, Hilman AL, Cooper WM. Reason for increasing administrative cost in hospitals. *Ann Intern Med* 1993;119:74-8.