



MediSur

E-ISSN: 1727-897X

mikhail@infomed.sld.cu

Universidad de Ciencias Médicas de

Cienfuegos

Cuba

Rodríguez Silva, Héctor

La relación médico-paciente

MediSur, vol. 8, núm. 5, 2010, pp. 41-44

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos

Cienfuegos, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTICULO

La relación médico-paciente

The doctor-patient relationship

Héctor Rodríguez Silva

DrC. Profesor, Hospital "Hermanos Ameijeiras".

RESUMEN

Se presenta una revisión de los distintos aspectos de las relaciones interpersonales con las particularidades específicas que tienen lugar entre el médico, el paciente y familiar y los cambios que ha experimentado esta relación a través del tiempo. Se definen sus características y clasificación en activa-pasiva, cooperativa guiada y de participación mutua. Se detallan las diferentes etapas y la importancia de cada una de ellas, así como las deficiencias más frecuentes. Se refleja lo que está ocurriendo en países capitalistas con sistema neoliberal, donde la salud está en manos de empresas privadas y seguros, que convierten los servicios médicos en una forma más de comercio. Por último, se comenta el impacto del desarrollo tecnológico de los años actuales, tanto en sus aspectos positivos como negativos.

Palabras clave: Ética; relación médico-paciente; atención médica; práctica clínica

ABSTRACT

A review on specific aspects of the personal relationship among doctors, patients and their relatives through different epochs as well as the changes they have undergone is presented. Their characteristics and classifications are divided into active or passive, guided cooperation and mutual participation. Different stages and their importance as well as the most frequent deficiencies are detailed. Current situation in capitalist countries with neoliberal systems where health care is managed by private enterprises and insurances, and medical services are just another commercial activity is discussed. Finally, the impact of technological advances in present times is

commented, both in its positive and negative aspects.

Key words: Ethics; doctor-patient relationship; medical care; clinical practice

INTRODUCCIÓN

Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible,¹ pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica.² Esta relación ha existido desde los albores de la historia y ha ido variando de acuerdo con los cambios que ha experimentado a través de los tiempos la conciencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las sociedades primitivas hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales.³

Las características del médico en esta interrelación las resumió *Hipócrates* hace más de 2000 años cuando consideró que el médico debía reunir cuatro cualidades fundamentales: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad.

Estas condiciones quedan bien reflejadas en los tres parámetros establecidos por *Pedro Lain Entralgo*:⁴

1. Saber ponerse en el lugar del otro.
2. Sentirse como él o ella.
3. Disponerse a ayudarle cuando enfrenta dificultades.

De acuerdo con esta introducción se puede definir la relación médico-paciente (RMP) como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la

Nota: Este artículo fue publicado originalmente en Rev Cubana Salud Pública v.32 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2006. MEDISUR agradece a sus autores y editores, la aprobación de su reproducción en nuestra revista.

Correspondencia:

Héctor Rodríguez Silva.

Hospital Clínico Quirúrgico "Hnos. Ameijeiras".

San Lázaro 701, Centro Habana. La Habana 10200, Cuba.

Dirección electrónica: rsilva@hha.sld.cu

gestión de salud.¹

Difícilmente esta relación humanitaria puede estar presente si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, psicológica, manual, profunda, solidaria y profesional. Jamás pudiera ser una relación interpersonal a través de aparatos, porque tiene que desarrollarse en un contexto humano.⁵

La RMP pueden ser clasificada de diferentes formas pero la más utilizada por su sentido práctico es aquella que establece tres formas distintas.^{6,7}

1. Relación activo-pasiva.
2. Relación de cooperación guiada.
3. Relación de participación mutua.

La relación activo-pasiva es aquella que se establece con enfermos en estado de coma, o que se encuentran en una situación que no les permite establecer una relación más participativa, como es el caso del paciente con un edema agudo del pulmón.

La relación cooperativa guiada es la que se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento, como ocurre en algunas enfermedades agudas (neumonía, por ejemplo) y crónicas como la hipertensión arterial.

La relación de participación mutua, no sólo contempla el cumplimiento del tratamiento, sino el control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad.

Aspectos relevantes de la relación médico paciente

El médico debe estar consciente que su relación profesional interpersonal con el paciente debe estar caracterizada por:¹

- El respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto contenido social.
- La expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad.
- Su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud.
- Demandar una constante disposición a la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad.
- Requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de grandes potencialidades iatrogénicas.

Resulta de suma importancia en la RMP tener en cuenta las características personales del médico y del paciente. Por parte del médico, es fundamental que conozca su carácter, sus debilidades, su nivel de información, hasta donde puede manejar una situación determinada y cuando debe recurrir a otro colega. Debe tomar en cuenta el gran significado profesional de su prestigio científico y social.⁸

Otros aspectos a tener en cuenta en esta relación son los objetivos que persigue el paciente, el estado afectivo de ambos y la posición de cada uno. El médico como profesional por lo general es ubicado por el paciente en

una posición de superioridad, por lo que el médico debe con su actuación equilibrar esta situación. Otro aspecto fundamental en la RMP lo constituyen las vías de comunicación. Esta comunicación puede ser: verbal por medio de la palabra, la extraverbal por medio de gestos, expresiones faciales, el tacto, sobre todo al realizar el examen físico y por último el instrumental utilizado como complemento.

El Dr. Ricardo González propone diferentes etapas en el curso de la entrevista médica, utilizando como modelo el encuentro en la consulta externa que puede ser extrapolada a cualquier otro sitio donde se realice la primera relación médico-paciente, con las variantes que requiere cada sitio (hospital, hogar, entre otros).¹ Estas etapas son las siguientes:

- Recepción. Esta etapa, no utilizada con frecuencia, alcanza una extraordinaria significación, si se tiene en cuenta la angustia e inseguridad con la cual acude el paciente a este primer encuentro.
- Identificación. La toma de los datos de identidad conducida hábilmente permite conocer elementos muy útiles sobre la personalidad del paciente y sus características sociodemográficas.

Interrogatorio. Esta es la etapa más importante de la RMP. El interrogatorio constituye uno de los aspectos más difíciles de la historia clínica y el que requiere más tiempo, capacidad y dedicación. Inicialmente el paciente expresará libremente su sintomatología sin interrumpirlo, salvo que se salga del hilo conductor, y siempre hacerlo con suavidad y delicadeza. En una segunda parte ya corresponde al médico precisar las características de cada síntoma y ordenarlos cronológicamente.

En varias investigaciones realizadas por distintos autores donde se exploran las deficiencias cometidas por médicos residentes y estudiantes de medicina se exponen los múltiples errores que se cometen en los distintos aspectos del interrogatorio.^{9,10}

- Examen físico. Si bien el interrogatorio resulta la etapa que requiere mayor tiempo y dedicación, el examen físico resulta también de suma importancia. Debe tener un orden sistemático, en privacidad, respetar el pudor del enfermo y por supuesto, dedicar el mayor tiempo al aparato u órgano que se sospeche sea él más afectado, sin dejar de examinar el resto de los sistemas.
- Investigaciones complementarias. Es deber del médico explicar las investigaciones a realizar y en caso de posibles riesgos pedir su consentimiento. Igualmente al comunicar sus resultados debe cuidar de sus manifestaciones verbales y extraverbales que pueden ocasionar iatrogenia.
- Información final. El ultimo paso, que no por ser el último deja de ser importante, lo constituye la información al final de la consulta en el paciente ambulatorio y la reunión al alta en el caso del ingresado, donde debe explicarse con detalle cual es el

diagnóstico, tratamiento y el seguimiento evolutivo. Tanto la información insuficiente como su exageración pueden ser causa de iatrogenia. Es importante recordar que uno de los objetivos del paciente es saber qué tiene y cuál es su pronóstico.

Este es un aspecto muy delicado que el médico tiene que manejar con mucho tacto, teniendo en cuenta el tipo de enfermedad y la personalidad del paciente y hasta donde se puede llegar en la información.

Problemas actuales de la relación médico paciente

En la actualidad la RMP es muy diferente a la que tenía lugar a principios del siglo XX, donde existían profundos vínculos afectivos entre el médico generalista de aquella época y sus pacientes y familiares, lo cual lo convertía en un verdadero líder en la comunidad donde ejercía. Hoy existen varias condiciones diferentes que han repercutido negativamente en esta relación, entre ellas, la política neoliberal imperante en muchos países en que el estado reduce la salud pública, entregándola a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica.^{11,12} Esta situación ha convertido al paciente en un "comprador", en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos "vendedores"; de benefactor tradicional se ha convertido prácticamente en un enemigo del paciente y de la familia.¹³ Esta situación ha afectado profundamente la RMP, incrementando los errores médicos, violando los principios de la ética médica y facilitando la participación de abogados especializados en reclamaciones.

Otra condición que está interfiriendo negativamente sobre la RMP es el desarrollo tecnológico ocurrido en las últimas décadas, que ha distorsionado el ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico. Todos estos avances técnicos (la biotecnología, la inmunología molecular, la ingeniería genética, la imagenología) son de suma utilidad y de gran ayuda en el diagnóstico y tratamiento, pero nunca son ni serán sustitutos del

método científico.¹⁴ Esta tecnificación moderna con su endiosamiento, promovida por intereses económicos está distorsionando por completo la RMP en sus aspectos fundamentales, a tal punto que algunos autores plantean que ya no es buena ni mala, sino que simplemente ha dejado de existir.¹⁵ Toda esta situación ha ido cambiando la habilidad de diagnosticar por la realización de procedimientos y técnicas no siempre necesarias, creando frustración y encono.¹¹

En el libro del Dr. *Miguel A. Moreno*⁵ aparece una escalofriante cita de *Castillo del Pino*: "Médico es aquel que sabe aplicar las tecnologías. Paciente es al que se le aplican las tecnologías. El médico no ha sido ni es un científico, sino un técnico que sólo se limita a aplicar un conocimiento y que sólo tiene la obligación con los enfermos de ser cortés, pero no humano. Deshumanización justificada, no es más que el precio de la actual eficacia médica. El paciente debe aceptar que lo único que puede pedir es que lo curen, no que lo quieran ya que no son ni deben ser más que funcionarios del sistema productivo, manipuladores calificados de una tecnología sofisticada y altamente eficaz que ni tienen tiempo ni saben descender a la demanda de la humanización, demanda que el Estado ha delegado en otros especialistas, otros funcionarios, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeros, entre otros".

En el sistema de salud cubano no existe esta problemática, pero no se puede olvidar que los médicos se nutren de la información científica procedentes de esos países desarrollados y mucha de esta información está permeada por las características de su sistema social, pudiendo influir negativamente en su actuación. En la práctica médica se han observado deficiencias en la aplicación correcta del método clínico al no dedicar el suficiente tiempo al interrogatorio y al examen físico. Por otra parte, cada vez más se dispone de nuevas técnicas para el diagnóstico y existe la tendencia a su utilización en forma injustificada.

Referencias bibliográficas

1. González Menéndez R. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnica;2004.
2. Hojat M, Gonella J, Nasca T, Mansones Vergare M. Physician Empathy: definition components, measurement and the relationship to gender and specialty. IS J Psychiatry. 2002;159:1563-9.
3. De Francisco A. Revista Colombiana Cardiología. 1999; 6:263-73.
4. Lain Entralgo P. La relación médico enfermo. Madrid: Revista de Occidente;1964.
5. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana : Editorial Científico Técnica;2001.
6. Borroto Cruz R, Aneiros Riba R. La comunicación humana y la actuación profesional la práctica clínica. Bol Ateneo Juan Cesar García. 1996;4:35-55.
7. Sox HC, Morgan WL, Neufeld VR, Sheldon GF, Tonesk X. Report of the panel of the general professional education of the physicians. Subgroup report on the clinical skills. J Med Educ. 1983;59:139-47.
8. González Menéndez R. La psicoterapia en nuestro medio: un criterio y algunas experiencias. Rev Hosp Psiq La Habana. 1984;24:167-78.
9. Beaumier A, Bordoge G, Saucier D, Turgeon J. Nature of the clinical difficulties of first year family medicine residents under direct observations. Can Med Assoc J. 1992;146:489-97.

10. Moreno Rodriguez MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med. 2000;39:106-14.
11. Burbinski B, Nasser M. Reflexiones acerca de las relaciones médico-paciente. Arch Argent Pediat. 1990;97(11):43-6.
12. Muños R, Eist H. People *vs.* Managed Care. Washington DC: Aliance Care;2000.
13. Lama A. La relación médico paciente y las escuelas de medicina. Rev Med Chile. 1998;126:1405-6.
14. Carrera JM. Evolución de la relación médico paciente. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires;2006. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/m%C3%A9dico-paciente.shtml>.
15. Césarman E. Ser médico. México DF: Grupo Editorial Porrua;1998.