

## RELACION CLINICA<sup>1</sup>

DR. JUAN PABLO BECA I.<sub>2</sub>

Es tradicional en medicina y en la enseñanza médica hablar de “relación médico-paciente”. Sin embargo, si este término se piensa de manera literal, actualmente los pacientes no se relacionan con un médico sino con varios médicos y con una gama amplia de profesionales. Por otra parte, el tipo de relación individual con un médico personal o de cabecera es una realidad prácticamente inexistente en la medicina contemporánea. No obstante lo anterior los valores en juego y la riqueza de la comunicación se mantienen, aunque ahora en diferentes realidades, especialidades y contextos de variada complejidad. Por otra parte, el paciente necesita confiar en los médicos, en los otros profesionales y en las instituciones que se responsabilizan de su tratamiento y cuidado. Por esta razón resulta más adecuado reemplazar la denominación de relación médico-paciente por “relación clínica”, para hacerse cargo así de la complejidad de esta relación. En este artículo se analizará brevemente la historia y evolución de la relación médico paciente, las relaciones que los pacientes enfrentan en la medicina contemporánea y finalmente el desafío para que médicos, profesionales e instituciones enfrenten la diversidad actual y futura de los pacientes.

### EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Desde la medicina hipocrática y por muchos siglos la medicina se fundamentó en el respeto a la naturaleza con un concepto de enfermedad como la pérdida del equilibrio de lo natural y con intervenciones médicas basadas principalmente en la sabiduría y experiencia personal del médico. El enfermo, llamado así por su falta de firmeza (del latín *in firmus* = no firme) y también llamado paciente (de *patiens* = sufriendo), era infantilizado pues se le suponía incapaz de comprender. Por lo tanto el enfermo era tratado como alguien que no necesita saber ni entender lo que le ocurre, sino recibir ayuda y seguir obedientemente las indicaciones. Es el modelo paternalista de acuerdo con el cual el médico, actuando como un padre con su hijo, protege al paciente, le indica las medidas terapéuticas, de higiene y de cuidado, pero sólo le informa un mínimo para evitarle mayor sufrimiento y asumiendo su limitada capacidad para comprender. En este modelo el médico decide por el paciente y por su mayor bien, pero éste no decide ni participa en las decisiones que se toman para su tratamiento. Es el médico quien decide, el enfermo confía y se “pone en sus manos”, término frecuentemente expresado de manera literal.

---

1 Conferencia presentada en el Panel “El Paciente Terminal”. V Seminario de Bioética. Academia Chilena de Medicina, 3 de agosto de 2015.

2 Profesor titular de la Universidad del Desarrollo, Director Magister Interuniversitario de Bioética, Miembro honorario Academia Chile a de Medicina

En los siglos 18 y 19 surge la preocupación por la persona del enfermo, se incorpora la dimensión social y psicológica de la medicina, comienzan a desarrollarse las especialidades médicas, y la medicina evoluciona hacia la búsqueda de fundamentos científicos. La sola experiencia del médico o maestro se considera insuficiente y se espera que las decisiones y procedimientos médicos tengan una base experimental. La medicina se hace ciencia y a la vez la ciencia se percibe en una esfera diferente a la de los valores. Es el avance del positivismo. De esta manera la medicina contemporánea mantiene su confianza, a veces excesiva, en la investigación científica y se reemplaza el concepto de enfermedad como desorden interno del equilibrio natural por un modelo más científico que está caracterizado por la infección como una agresión externa que la medicina busca derrotar.

Pero no sólo cambia la medicina y sus fundamentos, cambia también el paciente que evoluciona hacia ser una persona que, en lo referente a su enfermedad, es capaz de tomar decisiones o al menos de participar en ellas. El cambio es hacia un ciudadano capaz de comprender lo que le ocurre y quien además tiene derecho a decidir, cambiando así de ser un ente pasivo a ser un agente moral capaz de decidir. De esta manera el médico ya no es considerado como un sabio o un chamán con un rol casi sacerdotal, sino como un técnico especializado con formación y base científica. A lo anterior se agregan el hecho del rápido crecimiento de los métodos diagnósticos, nuevas tecnologías y más alternativas de procedimientos, cada una de las cuales tiene costos económicos que aumentan de manera antes inimaginable. La medicina ya no se puede ejercer de manera aislada sino en instituciones que son despersonalizadas, de alto costo, y a las cuales ya no acuden pacientes confiados sino "clientes" exigentes y demandantes. Ha cambiado, por lo tanto, radicalmente el médico, ha cambiado el enfermo, ha cambiado la relación entre ellos y han cambiado el contexto y las condiciones en que se ejerce la medicina.

Si sólo consideramos la relación del médico con el paciente, una de las más claras definiciones es la propuesta por Ezequiel y Linda Emanuel quienes describen cuatro modelos de relación: paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo. Los dos primeros son los extremos entre paternalismo y autonomismo, el modelo histórico en el cual la decisión era unilateral del médico y el modelo en el cual el médico se limita a informar intentando no influir en la libre decisión del paciente. Entre estos extremos describen el modelo interpretativo en el cual el médico guía la decisión del paciente y el deliberativo en el cual el médico analiza el caso de igual a igual con un paciente que tiene la capacidad suficiente para hacerlo. Estos modelos no son rígidos, se superponen y pueden variar por diferencias culturales o sociales y según la situación específica de cada paciente en su momento particular. Sin embargo, la realidad actual es aún más compleja porque los enfermos rara vez se relacionan sólo con un médico y, menos frecuentemente aún, lo hacen con un médico a quien conocen y quien les conoce en lo personal.

## RELACIONES DEL PACIENTE EN LA MEDICINA ACTUAL

Cuando una persona presenta molestias o síntomas, o tiene preocupación por alguna limitación funcional, lo primero que hace es comentarlo con sus seres más cercanos, sea en su familia o en otros círculos. Otros comienzan, aun sin saber qué le ocurre o de qué se trata, por consultar a un médico que puede o no ser un especialista en el órgano o sistema afectado. Así el paciente se relaciona primero con su propia familia o parte de ella, y luego con un médico quien las más de las veces es con quien obtuvo una cita en alguna institución. Cada vez con menos frecuencia, ya sea un paciente adulto, niño o anciano, este médico es un profesional que lo conoce previamente. Luego la relación variará según la patología, su gravedad, o si se trata de un paciente ambulatorio u hospitalizado en un servicio de urgencia o de paciente crítico. Pero ya no será el médico sino un número variable y cambiante de especialistas que aportan sus conocimientos y experiencia en la patología específica que pueda afectarlo. De esta manera los pacientes, especialmente los hospitalizados, frecuentemente no saben quién es su tratante y su vínculo más personal suele ser con un residente, o a veces un interno o un estudiante de medicina, porque ellos le han dedicado más tiempo y lo sienten más cercano.

Pero el enfermo no sólo se relaciona con médicos. Se relaciona también con un amplio y creciente grupo de profesionales no médicos que forman parte del equipo de salud. Ello incluye a enfermeras, matronas, kinesiólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos o psicólogos, cada uno de los cuales tiene importantes roles en su tratamiento y cuidado. A lo anterior es importante agregar un número indeterminado de profesionales con quienes el enfermo se vincula de manera indirecta, tales como especialistas en laboratorio, imágenes o anatomía patológica, a biólogos, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, trabajadores sociales y otros. Cada uno de ellos es relevante y a veces definitorio en el diagnóstico o en el tratamiento del paciente.

Y hay aun más relaciones en esta red. El enfermo recibe diferentes tratamiento o accede de otra manera a las diferentes técnicas o recursos terapéuticos según cual sea su sistema de salud, seguros de salud, regulaciones legales o normativas de cada institución. Estas son también relaciones del enfermo con el contexto local o histórico que define su tratamiento, independientemente de sus aspiraciones o preferencias. Y por último, pero muy relevante en cuanto a relaciones del enfermo, hay que considerar que actualmente casi todas las instituciones de salud son campos clínicos para la enseñanza y capacitación de estudiantes de pre y postgrado de las diferentes profesiones de la salud. Los enfermos hospitalizados, y también los ambulatorios, se relacionan así con estudiantes y con profesionales en formación.

La relación médico paciente clásica, entendida como el vínculo de un enfermo con su médico, la que conocemos como "relación médico-paciente", ha pasado así a ser más bien un importante concepto histórico y no una realidad. Por eso se emplea el término amplio de "relación clínica" para señalar esta extensa gama de relaciones en la cual cada actor tiene una responsabilidad en sus dimensiones técnicas y éticas. En otras palabras, cada uno de estos numerosos actores es un responsable del

enfermo. Para expresar la relación clínica como una red de relaciones se le representa en la figura siguiente.

#### ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Si se piensa en la ética de la relación clínica desde los principios anglosajones de la Bioética, incluyendo a todos los involucrados, se puede decir que los profesionales se centran en una ética de la indicación, fundada principalmente en los principios de Beneficencia y No Maleficencia; el paciente en su decisión aplica una ética de la elección basada en el principio de Autonomía; la familia, además de apoyar y acompañar al enfermo, lo subroga en un número variable de decisiones y aplica una ética de la sustitución basada en el respeto a los principios de Autonomía y de Beneficencia; y finalmente la sociedad y las instituciones, adjudicando recursos en diferentes sistemas de salud, aplican una ética de la distribución basada en el respeto al principio de Justicia.

El desafío es que el centro y objetivo principal de la medicina debe ser siempre el enfermo y no la enfermedad, el conocimiento u otros legítimos intereses que son parte de esta compleja actividad humana. Por esta razón el tema central de este seminario es *el paciente como persona*, que es el título del clásico libro de Paul Ramsey, publicado en los inicios del desarrollo de la Bioética en 1973. La medicina y cada una de las profesiones de la salud implica una responsabilidad moral con el paciente, y el hecho de que la complejidad del conocimiento y de las especialidades lleve a que el enfermo se relaciona hoy con muchos, no cambia sus necesidades ni disminuye la responsabilidad de cada actor de esta red. La responsabilidad por el enfermo, y por considerarlo siempre como una persona única en necesidad de ayuda, no puede diluirse ni delegarse. Por lo tanto, el desafío es desarrollar una ética de la relación clínica en la cual cada parte asume lo suyo en clave técnica, científica y humana con un compromiso personal con el enfermo que no es un caso o un diagnóstico sino una persona que tiene sus valores, temores, esperanzas, proyectos de vida, y contextos que necesitamos conocer lo más posible. De lo contrario estaremos reemplazando el antiguo paternalismo por una medicina que, desde una supuesta autoridad técnico-científica, termina imponiendo lo suyo sin respetar la autonomía que es el derecho del paciente a decidir serena y libremente después de haber comprendido su diagnóstico, pronóstico y alternativas.

Se ha afirmado que la medicina en los últimos 50 años ha cambiado más que en los 25 siglos anteriores. Ha cambiado el conocimiento, los recursos diagnósticos y terapéuticos, el médico y otros profesionales de la salud, y ha cambiado el enfermo quien ha adquirido derechos y capacidad de decidir. Por lo tanto, como ya se ha expresado, ha cambiado completamente la relación entre estos actores. Estas complejas relaciones ocurren en situaciones concretas que incluyen a grupos culturales y educacionales variables, con pacientes ambulatorios u hospitalizados, en instituciones públicas o privadas, en diferentes condiciones de trabajo, y con pacientes agudos, crónicos, críticos o terminales de diferentes edades. En cada uno de estos escenarios,

la o las relaciones interpersonales con el paciente varían necesariamente, pero la búsqueda del mayor bien para el enfermo necesita ser siempre el centro de la relación clínica. En otras palabras, las diferentes situaciones o contextos exigen ser capaces de vivir la medicina de una manera práctica e histórica en la cual los fundamentos éticos sigan siendo los mismos, porque nuestras obligaciones morales con cada paciente no pueden cambiar.

La relación clínica actual muestra que el vínculo con el enfermo pocas veces es una relación individual, lo cual lleva a que el médico lamentablemente conoce muy poco al enfermo como persona. De esta manera el médico se compromete actualmente más con su profesión o especialidad que con el enfermo, y este último se relaciona con muchos y a la vez con nadie. Por otra parte, el enfermo actual es hoy un ciudadano más culto, informado, alguien que busca informarse por variados medios y tiene conciencia de su derecho a ejercer su autonomía tomando decisiones. Otra característica es que pacientes y familiares confían poco o desconfían de los sistemas de salud, de las instituciones y también de los profesionales médicos y no médicos de la salud. Así, la medicina con su actual desarrollo, tanto en instituciones públicas como privadas, es una compleja actividad económica y de gestión empresarial. A esta realidad se agrega que la sociedad actual ha llevado a que pacientes y familiares sean exigentes de recursos inexistentes o de metas inalcanzables, lo cual aumenta la frustración que ha conducido a una creciente judicialización de la medicina.

Así como el cambio de la medicina ha sido gigantesco y sigue ocurriendo a velocidad creciente, algo similar ocurre con los pacientes. Basta reconocer la gran diferencia existente entre pacientes de 70-90 años con pacientes de 30-50 años de edad. Los primeros se conforman con pocas explicaciones y algunos prefieren no ser informados en detalle sobre su patología o sobre diferentes alternativas terapéuticas, prefieren más bien que decida el médico o que éste lo haga con alguno de sus hijos. Los pacientes de menos edad, en cambio, tienen mayoritariamente la actitud de preguntar todo con máximo detalle, pedir otras opiniones y estudiar su patología por cuenta propia. Esta diferencia no debe ser interpretada como confianza de unos y desconfianza de otros, sino como otra manera de confiar. Ya no se confía en un protector que lo sabe todo sino en un experto con quien podrá tomar decisiones idealmente compartidas y no confrontacionales. El paciente actual es de esta manera un ciudadano empoderado, más instruido, capaz de buscar más información (*e-patient*), más cumplidor de indicaciones y más responsable de su autocuidado. Como tal deberíamos considerarlo como el paciente ideal. Sin embargo, la complejidad de las relaciones implicadas ha llevado a que sea más bien considerado como un consumidor de servicios y no como una persona en necesidad de ayuda. Esta mirada aumenta las desconfianzas recíprocas que lamentablemente parecen ir en aumento.

#### DESAFÍOS PARA MEJORAR LA RELACIÓN CLÍNICA

A modo de conclusión, para mejorar la relación clínica actual, es necesario que los profesionales de la salud y especialmente los médicos, se planteen o replanteen

el fin primario de la profesión que ayudar a la persona enferma. Al tener claro este objetivo fundamental resulta necesario comprender mejor que toda vida humana es finita, que la enfermedad es la manera más frecuente de salir de la vida, que la medicina no es la enemiga de la muerte y que la necesidad de los pacientes terminales es poder morir en paz. Para ello es necesario conocer al enfermo, su contexto, valores y proyectos, mejorar las formas de comunicación e informar clara y oportunamente a pacientes y familiares sobre las expectativas reales más que sobre detalles de los análisis o de las técnicas posibles. Parte importante de este conocimiento se puede mejorar si se promueve la expresión de voluntades anticipadas a través de la comunicación intrafamiliar y con los médicos tratantes, así como también por medio de documentos formales firmados por las personas.

Cabe insistir en que las profesiones de la salud no son sólo una dedicación a la tecno-ciencia, sino principalmente caminos de prevención y fomento de la salud junto con búsqueda de las mejores respuestas a la enfermedad y al sufrimiento. Por lo tanto en esta actividad se enfrentan situaciones complejas que plantean problemas clínicos y problemas éticos en medio de relaciones humanas que son una verdadera red de vínculos que conocemos como "relación clínica". Los profesionales necesitamos asumirlos desde la excelencia profesional y desde la ética de la responsabilidad, de la confianza y de la virtud.

## REFERENCIAS

1. Emanuel E.J., Emanuel L.L. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267: 2211-1126
2. Cassell E. The person as the subject of medicine. Cuaderno 19 de la Fundación Grifols. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/19-the-person-as-the-subject-of-medicine>
3. Hastings Center. Los fines de la medicina. Cuaderno 11 de la Fundación Grifols, 2005. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/11-los-fines-de-la-medicina-the-goals-of-medicine>
4. Lazaro J., Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. An. Sist. Sanit. 2006 Vol 29, supl 3: 7-17. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1137-66272006000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1137-66272006000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)