

**“RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:
FACTORES PARA UNA CRISIS”**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN BIOÉTICA

UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO

SANTIAGO –CHILE

JUNIO 2019

Alumno: Dr. Holger Christensen Rosales

Tutor: Dr. Bernardo Aguilera, Ph.D.

*Agradezco sinceramente a mi tutor de tesis
Dr. Bernardo Aguilera PhD, por sus valiosas sugerencias y comentarios.
Agradezco también a todo el grupo de compañeros y amigos que participaron como
alumnos en el Magister Interuniversitario en bioética UDD 2017-2018,
por su constantes aporte, sus valiosas opiniones que tanto me enriquecieron durante todo
el período del curso.
Agradezco también a todo el cuerpo académico y administrativo del Centro de Bioética
UDD, por su entusiasmo, diligencia y entrega e intentar que se cumplieran los objetivos y
todo lo programado.*

Dedico esta tesis especialmente

*A mis padres Jorge y Lucia por haberme entregado una educación y formación integral
y también por su amor infinito...*

A mi esposa Isabel Margarita por su amor y comprensión

*A mis hijos José Manuel, Consuelo y Raimundo por ser parte de parte de nuestro
proyecto y nuestras vidas.*

También a Mary Astrid y recordando a Renee Sophie

También a todo ese universo de pacientes que esperan nuestra comprensión y ayuda...

ÍNDICE

RESUMEN	PÁGINA 7
INTRODUCCIÓN	PÁGINA 9
CAPÍTULO 1:	
- MARCO CONCEPTUAL DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE... PÁGINA 11	
CAPÍTULO 2:	
- EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y EVIDENCIAS DE SU DETERIORO.....	PÁGINA 18
CAPÍTULO 3:	
- POSIBLES FACTORES O CONDICIONANTES QUE CONTRIBUYEN A LA CRISIS O DETERIORO DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE...PÁGINA 31	
3.-1: LA FALTA DE ESTUDIO SISTEMÁTICO Y EN PROFUNDIDAD DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN ESTUDIOS DE PREGRADO Y FALTA DE FORMACIÓN EN HUMANIDADES MÉDICAS.....	PÁGINA 32
3.-2: EL REDUCCIONISMO DE LA CIENCIA ACTUAL Y LA TECNIFICACIÓN DE LA MEDICINA.....	PÁGINA 36
3.-3: EL ABORDAJE SUPERFICIAL DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN ALGUNOS TEXTOS CLÁSICOS DE MEDICINA Y SEMIOLOGÍA MÉDICA COMO PRÁCTICA DEL ARTE CLÍNICO.....	PÁGINA 44
3.-4: LA INCORPORACIÓN DE MÚLTIPLES ACTORES EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE, EL CARÁCTER DE DOBLE AGENCIA DEL MÉDICO Y LA TENDENCIA BUROCRÁTICO MERCANTIL DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS.....	PÁGINA 51

3.-5: FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE Y EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL.....	PÁGINA 54
3.-5.-1: CAMBIOS EN EL PACIENTE (EL PACIENTE DEL SIGLO XXI), LA SOCIEDAD Y LAS COMUNICACIONES.....	PÁGINA 54
3.-5.-2: INCORPORACION DE LOS TICS, TECNOLOGIAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....	PÁGINA 56
3.-6: MEDICALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD Y MERCANTILIZACIÓN DE LA MEDICINA.....	PÁGINA 58
6.-CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	PÁGINA 59
7.- BIBLIOGRAFIA.....	PÁGINA 66

Existen dos clases de ciencias: las de la naturaleza (Naturwissenschaften) y las del espíritu (Geisteswissenschaften). Las primeras tienen como método principal, la explicación, las segundas se basan en la comprensión. La explicación nos despliega un fenómeno y nos permite verlo con claridad. La comprensión es la captación de las totalidades fenomenológicas de lo psíquico, sin desmembrarlas ni analizarlas, sino más bien intentando com-prehender, el todo y no las partes. La explicación busca las causas, la comprensión el sentido.

W. Dilthey

El clínico es puente y barrera entre la abrumadora maquinaria médica y la delicada persona del enfermo...

El poder de la palabra médica radica en su credibilidad...

RESUMEN

Introducción: El eje central del ejercicio de la medicina lo constituye la relación médico-paciente, que en las últimas décadas ha dado muestras de un eventual deterioro o crisis. Varios son los factores que probablemente están determinando o condicionando esta crisis, algunos dependen del médico o agente sanitario y otros dependen de factores extra médicos, sean estos del paciente mismo o bien de la sociedad en su conjunto. El objetivo del presente trabajo es evaluar si efectivamente nos encontramos ante un deterioro o crisis, así como determinar cuáles son los factores que están influyendo, contribuir a clasificarlos y en lo posible, proponer una intervención.

El presente estudio se justifica dada la importancia que tiene la relación médico-paciente para la práctica médica como núcleo fundamental de su quehacer.

Método: La metodología utilizada es una revisión teórica en base en una búsqueda bibliográfica, en relación a los ejes temáticos en diferentes bases de datos, sobre relación médico-paciente y malestar, distorsión, deterioro o crisis, o bien términos con enfoque semántico o de significado afín, con esta descripción sistemática y su posterior reflexión y análisis.

Resultados: La práctica médica y la relación médico-paciente, desde las últimas décadas y en la actualidad, están transitando por una serie de cambios, que dependen de múltiples factores, tales como la formación académica de los médicos en sus estudios de pregrado, falta de estudio en profundidad de las humanidades médicas, insuficiente formación filosófica, como también cambios en contextos más amplios, científicos, como la irrupción avasalladora de la tecnología, sociológicos, históricos, económicos y culturales propios de la postmodernidad, como el pragmatismo e individualismo actual, lo que está determinando cambios valóricos en los médicos y en los pacientes, determinando cambios sustanciales en práctica clínica.

Conclusiones: Nos encontramos hoy ante una crisis de la relación médico-paciente determinada por múltiples factores. Algunos de ellos dependen del médico o agente sanitario de las generaciones actuales y a su forma de ejercer la medicina. Su tipo de práctica médica está determinada en parte por su formación profesional y académica, la que

debiéramos intentar optimizar, sobretodo en el dominio de las humanidades y de la ética, y en parte influenciado por el contexto histórico en que vive. Existen además otros factores que podríamos agrupar como extra médicos, por un lado el paciente actual es diferente, en exigencias, expectativas y en la información a la que accede. Por otra parte también existen cambios históricos o factores dependientes de la sociedad en su conjunto, tales como los valores y la cultura, la medicalización, la intermediación de organizaciones burocráticas, la intermediación tecnológica, la economía, que determinan la influencia de contextos y dominios más amplios, los que en su conjunto son más difíciles de modificar.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito del ejercicio de la medicina a lo largo de la historia la relación médico-paciente se ha constituido en el eje central sobre el cual gira la práctica médica. Sin embargo resulta primordial replantear y refrescar este concepto, ya que existen indicios que nos hacen pensar que este conocimiento se ha ido desdibujando de la conciencia del médico afectando a la práctica cotidiana de la medicina, llegando a remover los cimientos más profundos y una de las columnas en que se sustenta el ejercicio médico.

Para precisar el concepto de relación médico-paciente, en esta revisión adoptaremos la definición de L. Bernal: “La relación médico-paciente es un proceso interpersonal, intersubjetivo y que enfrenta en una relación dinámica al paciente, que se reconoce por lo menos socialmente como tal, con el médico a quien también se reconoce como tal” (1). Se constituye así una relación con ocasión y a propósito de la enfermedad, de carácter interhumano, intersubjetivo, con fijación de metas, y que para su cumplimiento se establece una alianza terapéutica.

El médico suele pensar la relación médico-paciente como un conocimiento y una habilidad que posee en forma tácita o espontánea, lo que acaba profundizando el problema, pues en general, nadie busca o persigue lo que cree que ya posee. Es decir, el médico no suele tener conciencia de la importancia y preponderancia que ésta debe tener, debiendo ser cada cierto tiempo reestudiada, repensada, reforzada, profundizada, actualizada y eventualmente incluso podría ser redefinida, conforme se producen continuos cambios en la sociedad, fundamentalmente en los tiempos históricos actuales en que vivimos, esto es la postmodernidad. (2). De ésta forma, una adecuada relación-médico paciente solo se logra con un proceso de crecimiento y maduración extensa en el tiempo, de largo aprendizaje teórico y práctico, de carácter vivencial, por tanto se trata de un conocimiento que se genera y actualiza constantemente en la experiencia profesional.

Por otra parte, nos parece muy relevante señalar la importancia de establecer una adecuada relación médico-paciente, lo que se considera un fin en sí mismo, ya que con ello se obtienen innumerables ventajas, tales como, confianza en el médico y el sistema sanitario en general, lo que se traduce en adherencia a tratamientos, mayor y mejor cumplimiento de

indicaciones terapéuticas, cambios en los estilos de vida, adopción de estilos de vida saludable, principalmente en el área de la prevención y promoción, lo que representa un ganancial de gran valor para el paciente y toda la práctica médica .

Continuando en este mismo orden de ideas, en el presente trabajo revisaremos en torno a la relación médico-paciente, cómo podemos plantear algunas interrogantes que nos permitan reflexionar sobre el significado de estos conceptos y sobre si la evidencia sugiere la existencia de una crisis o deterioro en la práctica médica cotidiana. Proponemos que existen múltiples factores que condicionan en la actualidad cambios sustanciales en el ejercicio de la medicina, factores del médico propiamente tal, como diferentes escalas de valores y creencias, así como otros factores ajenos al médico, como cambios sociales, culturales, históricos y de orden tecnológico, que están contribuyendo a una crisis o una redefinición en la forma de entender y practicar la medicina. Probablemente los ámbitos propios del ritmo de vida actual, el culto a la eficiencia, el reduccionismo en la práctica médica, la búsqueda de la inmediatez de los resultados en la vida en general, la influencia cada vez mayor de factores económicos y de la industria, distintas formas de comprender la vida, cambios culturales y socio-históricos que estamos viviendo, todos éstos pueden ser factores que están influyendo en mayor o menor medida en la relación médico-paciente.

El objetivo de este estudio es analizar si efectivamente nos encontramos ante una crisis, y cuáles son los factores que eventualmente la estarían influenciando. Para ello describiremos cómo ha ido produciéndose la evolución histórica de la relación médico-paciente hasta el momento actual, evaluaremos cuáles son los factores que están determinando estos cambios, contribuyendo a clasificarlos y si es posible, avanzaremos proponiendo algunas intervenciones o soluciones.

CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL DE RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE

Ya desde los albores de la historia de la medicina en la antigua Grecia, Hipócrates(460 a.C.-379 a.C.) había escrito y destacado acerca de la importancia de la relación médico-paciente, la comprensión y cooperación del paciente, así como la concurrencia de otras circunstancias favorables del entorno siempre necesarias para lograr la curación.

En la tradición hipocrática, se consideraba muy importante establecer un adecuado pronóstico, utilizando como metodologías, el diálogo con el paciente, mediante el uso adecuado de la palabra, la exploración del enfermo, mediante inspección, palpación, así mismo se prestaba gran atención a los aspectos del ambiente considerando aires, aguas y lugares, para finalmente llegar a un razonamiento explicativo basado en todo este conjunto de factores.

Esta forma de ejercicio médico enraizada en la tradición hipocrática siempre mantuvo una relación vertical y de carácter paternalista, basada en la beneficencia, que consideraba al médico con la sabiduría y conocimientos y al paciente como el ser sufriente y sin participar de las decisiones, sino más bien con una actitud pasiva, orientada a la obediencia y cumplimiento de las indicaciones médicas. Como veremos más adelante, esta relación paternalista se mantiene desde la época de Hipócrates, hasta la segunda mitad del siglo XX (3,4).

En las últimas décadas la medicina ha cambiado notablemente siendo influida por cambios macrosociales y económicos y la actitud de la profesión médica es muy distinta a lo que fue a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. En estos cambios han influido ciertos acontecimientos sociohistóricos. Es así como, en especial después de la segunda guerra mundial, se produjeron grandes avances en la atención en salud, tanto en la prevención de enfermedades, en el tratamiento de enfermedades más complejas, fundamentalmente en los países desarrollados. En el periodo postguerras, la profesión médica comprendió lo importante que era el paciente en sí mismo, es decir, comprenderlo, ayudarlo, acompañarlo

considerando que el ritmo de la vida lo permitía, en esa época. En este sentido debemos recordar que hasta esta primera mitad del siglo XX, los médicos aún se encontraban en una etapa de nihilismo terapéutico, dada la escasez de fármacos de efectividad demostrada, sin embargo con una actitud compasiva y de comprensión, los médicos ganaron prestigio y lograron aumentar la confianza (5).

La salud y la enfermedad forman un equilibrio o un continuum y cuando el sujeto percibe que se produce un quiebre en este equilibrio, se produce una sensación de amenaza y de desintegración que lo lleva a solicitar ayuda. El sujeto significa y vivencia este proceso desde su propio sistema de valores y desde su propio paradigma interpretando su enfermedad y su situación vital. Se trata de una interpretación idiosincrática en las dimensiones psicológica, social y cultural, por lo tanto, cuando el paciente toma conciencia de su enfermedad lo llamamos dolencia o padecer. Dada su relevancia, a continuación revisaremos éste proceso cronológico en que el sujeto percibe una necesidad en salud, que le obliga a solicitar ayuda, estableciéndose una relación médico-paciente en la cual el paciente busca orientarse y esclarecerse, transmitiendo la vivencia del padecer y la “experiencia de enfermedad”.

Inicialmente una persona en la cotidianidad de su vida, percibe una dolencia o malestar, sea física o psíquica, e inicia alguna medida de auto medicación. Luego, cuando éste malestar se prolonga en el tiempo, acude a la primera barrera de ayuda, para solucionarlo representada por su familia, un vecino, amigo o algún tipo de ayuda informal, que le permita obtener orientación. Sin embargo conforme la alteración o malestar persiste en el tiempo, esta problemática es percibida como una real necesidad en salud, lo que le obliga a solicitar el encuentro con un médico, generándose desde este momento un mecanismo psíquico e interno en la persona, cuyo resultado es una expectativa (6). Cuando éste encuentro se materializa, en un enfermo aquejado por su padecimiento e historia de enfermedad, el sujeto se constituye como un paciente “propiamente tal”, es decir, solo una vez producido formalmente el encuentro médico-paciente. Así, a partir de este instante el paciente accede a otro amplio campo de acción, a otro dominio epistemológico, ahora formal, aunque siempre manteniendo las características de su soma, de lo biológico, siempre recreado por todo el conjunto de vivencias y emociones que constituyen para él un

amplio mundo, con sus angustias, expectativas, ideas preconcebidas, emociones, fantasías, significados y por sobre todo, la sensación de temor e indefensión frente a la incertidumbre. Se mezclan entonces lo biológico y posiblemente orgánico y su relato de enfermedad, su relato del padecer. De esta forma, el sujeto vivencia lo que entendemos como “experiencia de enfermedad”.

Podemos resumir esquemáticamente el proceso para llegar a ser paciente a través de los siguientes pasos:

- 1.- Se decide consultar a un médico, produciéndose el encuentro (El sujeto deviene paciente).
- 2.- Se inicia un proceso diagnóstico.
- 3.- Se inicia un proceso terapéutico.
- 4.- Se constituye un pronóstico y la enfermedad evoluciona hacia la curación, la cronicidad y/o la muerte. (6,7)

Es así como con este proceso vivencial por parte del paciente, estableciéndose la necesidad de ayuda, se materializa y configura una relación médico-paciente propiamente tal.

Continuando con la presente caracterización de la relación médico-paciente y su significado, ésta se encuadra dentro de un horizonte conceptual e interpretativo, de gran relevancia y que describimos a continuación. Cuando un paciente acude a un médico, lo hace buscando ayuda, buscando ser reconocido por otro como persona, presentando toda una constelación de síntomas, que pertenecen al dominio o a la esfera del padecer, lo que interpreta dentro de su mundo interior y su vida emocional. De esta forma la interpretación es desde su propia perspectiva, desde la narrativa del padecer, desde la dimensión subjetiva y singular de enfermar, que únicamente puede conocer quién padece la enfermedad (*illness*). El padecimiento es subjetivo y se vivencia como una verdadera expropiación, sea ésta de placer, libertad, sentido o futuro. El médico por su parte, también ejerce su capacidad interpretativa conforme recibe el relato en la narrativa del paciente, sin embargo interpreta y traduce los síntomas desde la probable enfermedad, intentando agrupar y clasificar éste conjunto de síntomas, de modo de lograr que coincidan con una entidad

nosológica ya descrita o un diagnóstico taxonómico (*disease*). Lo anterior ocurre dentro de un contexto social y cultural (*sickness*). El médico por tanto tiene amplias responsabilidades diagnósticas, diagnóstico nosológico, de necesidades, de expectativas, de la capacidad del paciente de contener su enfermedad, de la competencia para participar adecuadamente en la toma de decisiones. En suma, la experiencia de enfermedad se establece en los tres dominios de interpretación, es decir, el de estar enfermo, el de sentirse enfermo y el de ser tratado como enfermo (8).

A veces los síntomas no son la verdadera causa que le lleva a solicitar ayuda, sino que la causa subyace en motivos o circunstancias mucho más profundas. Esta aproximación interpretativa o hermenéutica suele ser abordada por el médico desde la perspectiva de la enfermedad y no desde la perspectiva del padecer, siendo esto último lo que realmente le importa al paciente. Reconocer este contraste se convierte en un elemento fundamental para lograr la empatía y efectos terapéuticos adecuados por el médico. De lo contrario ambos pueden estar viviendo en “mundos paralelos”, distantes por un abismo y sin posibilidad de un real encuentro afectivo. Así, ambos ejercen en su rol la hermenéutica, pero cada uno lo hace desde su propio paradigma, desde su propio mundo. Uno lo realiza desde la ciencia y la medicina y el otro desde el padecer y sus narrativas.

La medicina, si bien no es una ciencia en sí misma, se vale de ella, es decir, es una práctica social que para su aplicación se fundamenta en la ciencia. Ahora bien, también la medicina es técnica o ciencia aplicada y adicionalmente también es un arte. El arte médico comprendido como aquella combinación de conocimientos y experiencia en el arte de curar, puede entenderse como una práctica social y una actividad artesanal. Pero la práctica médica, en su dimensión social, no es solo ciencia, técnica, o arte, sino que se trata, tanto para el paciente como para el médico, de una práctica eminentemente hermenéutica, es decir, la medicina es un arte hermenéutico (9).

Esta actividad interpretativa, presente tanto en la medicina como también en la vida cotidiana y siguiendo a Gadamer (10), (11) podemos comprenderla como un diálogo que se incorpora a nuestras vidas y a nosotros mismos al modo de una conversación con la historia. Al leer la historia, profundizo también en mis propios prejuicios y perspectivas que pueden cambiar en ese instante. Digamos que si leo a Platón, también Platón me lee a mí y

a través de este diálogo, mi comprensión del mundo se profundiza y enriquece, lo que constituye una fusión de horizontes de conocimiento (12). De esta forma el planteamiento gadameriano nos muestra que el ejercicio de la medicina y la relación médico-paciente, deviene en un arte eminentemente hermenéutico, recíprocamente entre médico y paciente, ya que el relato inicial se expresa siempre en un lenguaje caótico, que requiere ser interpretado, pues parte de lo oscuro y poco claro, debiendo llegar a la claridad de un diagnóstico. Puede decirse que la relación médico-paciente constituye una instancia ejemplar del círculo hermenéutico pues hace comprensible el todo, partiendo de las partes y a la vez aclara las partes comprendiendo el todo.

Cabe además señalar que para que esta actividad interpretativa sea efectiva, debe llevarse a cabo con la máxima empatía, poniéndose en el lugar y considerando al otro como persona, siendo esta condición de gran importancia para que se establezca una adecuada relación médico-paciente y se logren los objetivos terapéuticos.

A modo de síntesis entendemos la relación médico-paciente, como un encuentro empático entre una confianza con una conciencia, se trata de una relación intersubjetiva entre dos personas, cada una con sus propias creencias y valores. Cada una con su propia lógica y su propio relato. No se reduce por tanto a una relación entre una persona con un cuerpo y otra con conocimientos, sino que se trata de un encuentro entre dos sujetos, cada uno con sus subjetividades e interpretaciones (13), (14). Este encuentro por tanto se desarrolla en un espacio sutil, imperceptible, discurre en un intersticio, se va construyendo lenta y progresivamente, palabra a palabra, diálogo a diálogo, y es por tanto esencialmente dialógico, vale decir, es una instancia en que la comunicación ocupa un lugar preponderante (lo esencial) (1), (15) y se trata fundamentalmente, de una “relación de ayuda”, basada en la confianza.

Para ilustrar mejor el concepto de relación de amistad médica y ayuda, Pedro Laín Entralgo (16) expresó que se trata del encuentro entre dos menesterosos, uno necesitado de amor y de recibir ayuda y el otro necesitado de entregarla. Ambos son expertos, uno que sabe y es experto en la ciencia y el otro que sufre y es experto en sí mismo. Se establece entonces un encuentro bioético y narrativo en que existen dos lógicas o relatos que deben encontrarse.

En ambos relatos, se evidencia la práctica de la hermenéutica, desde la perspectiva de cada uno con sus propios significados e interpretaciones.

Se trata entonces de una relación hermenéutica, intersubjetiva (ambas con sus subjetividades), interpersonal (entre dos personas), dialógica (basada en la comunicación, la empatía y el diálogo), entendiendo la palabra en el sentido que se expresa (*razón-logos*) y fundamentalmente una relación de ayuda (consejo, orientaciones, asistencia), basada en la confianza, de amistad, transaccional, debiendo profundizarse en ella más allá del intercambio informativo.

Como lo señala Laín, para que esta relación, sea recíproca y fructífera debe surgir una amistad (amistad médica) (16), lo que implica proximidad o amor desinteresado, confianza y confidencia (ambos comparten algo íntimo y que pertenece al paciente), lo que permite convertir en diádica ésta relación dual (beneficencia). Visto así, el diálogo, constituye el proceso de humanización de la relación médico-paciente, esencialmente fiduciaria, en que participan y se influyen recíprocamente, los valores del médico y los del paciente. Este encuentro se produce en un lugar y tiempo sociohistórico determinado, en un contexto social, condición indispensable para comprender el entorno, circunstancias y narrativa del paciente.

Destacamos que la relación médico-paciente se comprende como una relación de carácter complejo, en la que confluyen múltiples elementos. De este modo y siendo la medicina un arte hermenéutico, aun cuando por definición en su práctica siempre exista incertidumbre, ésta tiende a compensarse, dado el carácter fiduciario de ésta relación.

Llegado a este punto, es interesante agregar como las virtudes que posee el médico lo habilitan para establecer una relación médico-paciente basada en la confianza mutua logrando de esta forma una eficacia simbólica. Así, E. Pellegrino (17) con su propuesta de “Las virtudes en la práctica médica”, rescata la “ética de las virtudes”, teoría ética que había tenido una relativa falta de aceptación, tanto en el Renacimiento como en la Modernidad, observándose una recuperación de la teoría de las virtudes en las últimas décadas. Este médico y filósofo nos enfatiza la importancia de las virtudes del médico, planteando la relevancia de éstas para la beneficencia, realzando asimismo el concepto de

confianza, resultando así, la beneficencia en confianza, concepto más amplio y completo, buscando el bien integral del paciente. De este modo él plantea que las virtudes son alcanzables en la comunidad moral de los médicos. Esta comunidad moral se identifica por el acuerdo acerca del bien o de la finalidad que persigue, teniendo un *telos*, que es el bien del paciente, no solo terapéutico, sino su bien integral. Esta ética de las virtudes exige del médico ser una persona digna de confianza (beneficencia en confianza) y dispuesta a poner sus cuidados al servicio del paciente. Si bien las virtudes, son rasgos de carácter que orientan hacia la excelencia del médico, por sí solas no bastan y no son suficientes, sino que deben unirse con la ética de los principios (17). El paciente busca en la relación médico-paciente “un otro” que lo reconozca (empatía) y lo comprenda, más allá de lo corporalmente evidente. Se trata entonces de una relación de carácter “existencial” con mutuas influencias de carácter recíproco. La medicina es en esencia un amor al hombre, un amor a la vida, siempre con el ingrediente indispensable de la comprensión y la profunda sensibilidad humana.

En suma, el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente, considerando sus amplias influencias y repercusiones, tendrá innumerables efectos positivos en el curso de la enfermedad, como asimismo en la eficacia, tanto biológica como simbólica del tratamiento instituido y además una mayor satisfacción de las expectativas del paciente. Por ello lograr una adecuada relación médico-paciente se constituye como un fin en sí mismo. Por todos estos motivos, la consideramos de gran relevancia, ya que este encuentro médico-paciente, configura el núcleo esencial, en torno al cual gira toda la práctica médica y no cabe duda que representa un ganancial de inestimable valor para la eficacia terapéutica.

CAPÍTULO 2

EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y EVIDENCIAS DE SU DETERIORO

Si bien, como vimos en la sección anterior la relación médico-paciente tiene una serie de aspectos que la influyen y caracterizan, (evolución histórica, tipos, modelos) es importante tener presente que estos han experimentado cambios a través de los tiempos, que de alguna forma evolucionan de manera paralela a cambios histórico-sociales más generales. Se dice que la relación médico-paciente es muy sensible a los cambios históricos (15). Así los cambios que se producen en la convivencia entre los hombres alteran el fundamento de la relación médico-paciente. En este sentido si consideramos diferentes contextos culturales, tales como la *polis* griega, un monasterio medieval, o una ciudad del siglo XXI, cada tipo de organización social, utiliza diferentes formas de asistencia médica con los supuestos antropológicos, históricos y sociales, propios de cada época que le dan contenido y forma a las relaciones interhumanas.

Existen numerosos autoresⁱ que han estudiado en profundidad la evolución histórica de la relación médico-paciente y han descrito diferentes modelos históricos sociales de ésta interacción.

Por considerarlo un esquema didáctico y de fácil retentiva, nosotros seguiremos la clasificación propuesta por M. Siegler (3). Según este autor, en distintos periodos históricos la relación médico-paciente ha tenido diferentes enfoques, etapas históricas o edades definidas en un sentido cronológico:

1.- La Era del Paternalismo o del médico: Se extiende desde la época de Hipócrates (460 a.C.-379 a.C.), hasta 1950 aproximadamente.

ⁱ Para una revisión más en profundidad sobre este tema, referirse a los siguientes autores, referenciados en la bibliografía: Szazs-Hollender, Tatossian, Balint, Lain, Emanuel, Lazaro, Siegler y Oprea.(83)(84)(85)(16)(71)(15)(3)(86)

2.- La Era de la Autonomía o era del paciente: Se extiende desde el año 1950 a 1980 aproximadamente.

3.- La Era de la Burocracia Médica o Era del Financidor: Etapa que surge como reacción a los altos costos económicos de la etapa anterior, considerando que la medicina así como las organizaciones donde se practica, reciben influencias de carácter esencialmente burocrático.

4.- La Era las Decisiones Compartidas: Se extiende desde 1980 en adelante, hasta la actualidad.

Reflexionando y analizando más profundamente en relación a cada una de estas etapas propuestas, podemos precisar lo siguiente:

1.- La Era del Paternalismo: Hoy día, el binomio hipocrático fundamentado en la beneficencia y de larga influencia en la práctica clínica, muestra una tendencia a la desaparición como tal. En aquella época de la práctica de la medicina hipocrática, la relación médico-paciente, estaba sustentada en un paternalismo duro e incluía solamente a dos actores y adicionalmente la familia. La medicina proveía sobretodo de cuidados sintomáticos, más que de una curación propiamente tal, sin embargo el paciente confiaba en el médico, pues se satisfacían necesidades humanas básicas como el acompañamiento. Esta larga Era o período se caracterizó por el uso de la semiología como método operativo de la práctica médica. En ésta etapa se definía el bien del paciente como “lo mejor para el paciente”, lo que era definido por el médico, configurándose una relación del tipo padre-hijo. Hoy sin embargo, por diferentes factores, se ha dado paso a una re-significación de la relación médico-paciente, caracterizada por una relación con múltiples agentes sanitarios, inserta en instituciones complejas y muchas veces mediada por normativas que vienen desde políticas de estado, configurándose en una relación con múltiples participantes y en consecuencia más compleja.

2.- La Era de la Autonomía: Este periodo surge como resultado de relevar y reafirmar los derechos del sujeto, fundamentado en la libertad para tomar sus propias decisiones, lo que se traduce y culmina con el consentimiento informado. Emerge durante el siglo XX, después de la segunda guerra mundial y posteriormente como consecuencia de las

revoluciones liberales que influyeron y dieron como resultado la revolución sanitaria de los años 60 y 70, culminando con la carta de derechos de los pacientes y con un giro conceptual en la forma de comprender la relación médico-paciente. Todos estos acontecimientos de carácter social, produjeron una suerte de “rebelión” del paciente y con ello una distinta y mejor valoración de éste en la medicina. El énfasis en este período, estaba principalmente puesto en el tratamiento y en la posible curación, no tanto en la prevención ni en los cuidados. En esta etapa se definía el bien del paciente como “libertad y derecho a la autodeterminación”, realizando estos derechos, logrados mediante las reivindicaciones sociales e incorporándolos en el ámbito de la salud, haciéndolos extensivos al paciente. Este hecho se ha traducido en la introducción del consentimiento informado en la práctica clínica, entendido como un proceso que perfecciona el diálogo, basándose en la racionalidad, voluntad y libertad del sujeto para tomar sus propias decisiones, en relación a su salud y a todo lo que le concierne (19), (20).

Como lo comenta A. Ortiz, *“El movimiento que se ha dado en llamar, movimiento de emancipación de los pacientes, ha traído entre otras cosas la doctrina del consentimiento informado, no solo en su forma de derecho propio del sujeto, incluso más allá de la condición de incapacidad, a través de los modelos de testamentos vitales o directrices previas”* (21).

Ésta Era de la autonomía, se considera una etapa que constituye un gran avance fundamentada en las libertades del individuo, contribuyendo como se ha comentado, especialmente a tener en consideración la voluntad del paciente, a incluir sus valores en las decisiones de las prácticas sanitarias como asimismo a disminuir el reduccionismo en medicina. El consentimiento informado se entiende como un diálogo entre dos agentes morales, por un lado el paciente, con capacidad de entendimiento para decidir libremente y por el otro, el médico, facultado para proponerle una terapia, la que debe ser dialogada y deliberada por ambos, intentando un entendimiento (20). De esta forma el consentimiento informado, que constando de proceso y registro y otorgándose especial importancia en su operativa al proceso, considerando comprensión, voluntad y libertad, debe interpretarse en ambos sentidos, como un derecho del paciente y como una práctica obligada del médico cuyo objetivo propende al perfeccionamiento de la relación médico-paciente. El registro o

nivel de expresión del consentimiento también cobra importancia, pues será más exigente, mientras más incierto sea el resultado de la aplicación del tratamiento propuesto, considerando la progresión de incertidumbre en tratamientos recomendados, tratamientos discutibles y tratamientos experimentales.

3.- La Era de la Burocracia: Esta etapa también llamada era del financiador, surge como resultado de la profunda influencia que ejercen los costos desproporcionados de la salud en la actualidad, como consecuencia de la introducción de intermediarios y compañías de seguros o terceros pagadores, que se interponen entre médico y paciente. Se observa aquí que la demanda por los servicios es cada vez mayor y ésta tiende al infinito. En esta etapa el bien del paciente, ahora se ve contrapesado con otros bienes y ya no depende solo de las decisiones de los médicos y/o de los pacientes, sino que las decisiones se someten cada vez más, a los deseos de los burócratas. Aquí tanto el médico como el paciente son víctimas de ésta etapa, dado que la atención se ha centrado en los costos de la salud, disminuyendo su calidad, lo que ha perjudicado al paciente. En ésta etapa burocrática además se han cuestionando las decisiones médicas, reduciendo la autonomía del médico. Al redefinir y compartir el bien del paciente con otros bienes, se introduce otro factor en la toma de decisiones que produce un cambio drástico y una distorsión en la relación médico-paciente (3). En esta etapa al cambiarse la denominación de relación médico-paciente a relación prestador-usuario, se pasa desde una relación de ayuda a una relación contractual, que si bien al estamento burócrata, le responde a sus necesidades de mercado, vulnera el componente afectivo tradicional de la relación médico-paciente. Adicionalmente, los centros terciarios u hospitales son organizaciones cada vez más técnicas y administrativas, más complejas, con amplia variedad de formularios, guías clínicas, protocolos y procedimientos y con una ampliación importante de los agentes sanitarios, que participan en la recuperación del paciente, así como con sobrecarga asistencial permanente y con una población objetivo que envejece en forma sostenida, lo que ha contribuido, junto al desarrollo tecnológico, a aumentar desproporcionadamente los costos de la salud.

4.- La Era de las Decisiones Compartidas: Surge como etapa más democrática en que se comparten las decisiones por el médico y el paciente. Ésta etapa es la que más se acercaría a un ideal de relación, en el que médico y paciente dialogan y deliberan democráticamente,

con el objeto de que se tomen, por ambas partes, las mejores decisiones respetando acuerdos y los valores de cada uno, con el objeto de precisar y definir entre ambos el bien del paciente (3). Cabe hacer notar que esta etapa o modelo es el que más se acomoda a las enfermedades crónicas, ya que en estas la intervención médica, no es principalmente prescriptiva como en las enfermedades agudas, sino más bien esencialmente educativa. En la enfermedad crónica, el paciente convive con su enfermedad y en ocasiones comprende la enfermedad mejor que el médico. Es importante comentar asimismo, que si bien las tensiones que existieron entre el modelo paternalista o era del médico y modelo de la autonomía o era del paciente, han mostrado una tendencia a solucionarse o equilibrarse con la era de las decisiones compartidas. Sin embargo en la actualidad se están produciendo tensiones entre el modelo de decisiones compartidas y el modelo burocrático, dado que se está visualizando cómo, los financiadores del sistema, podrían estar influenciando en forma desmedida, respecto de quien toma las decisiones, el médico, el paciente, ambos en conjunto o lo hace finalmente el financiador. Lo anterior es lo que ha desembocado en conflictos de interés, siendo ésta una tensión entre las últimas dos etapas de Siegler, que se mantiene aún activa (3).

Estas distintas etapas no deben entenderse como compartimentos estancos en el tiempo, ni excluyentes entre sí, sino como etapas prácticas que se superponen y entremezclan en el tiempo y en la práctica médica actual. En el contexto de la perspectiva histórica, estos cambios han sido de lenta instalación y consolidación, por lo que en ocasiones, superan en el tiempo a más de una generación médica, por esto los médicos, no alcanzan a tomar conciencia de la relación médico-paciente que ejercen, por encontrarse en ciertas oportunidades, casi toda su vida médica, inmersos dentro del mismo paradigma (18). Esta etapa de decisiones compartidas, ha contribuido a democratizar más la relación médico-paciente, mejorando la satisfacción del paciente, sobretodo porque en ella se ha intensificado el diálogo y la comunicación, con el objeto de facilitar la toma de decisiones consensuadas. En éste sentido, esta etapa de decisiones compartidas, respetando la autonomía, e introduciendo valores y creencias de tanto del médico como del paciente, ha avanzado incrementando y mejorando el diálogo, logrando acuerdos en las toma de decisiones, considerando siempre el mayor beneficio terapéutico. Para buscar el mayor y mejor bien del paciente, se ha replanteado el concepto de indicación médica, ya que

tradicionalmente cada diagnóstico, en general, tenía una única y precisa indicación terapéutica, sin embargo hoy se estima que asociado a cada indicación médica, existe asociado también un juicio de valor implícito por parte del paciente. Ese juicio de valor, admite variaciones y debe ser realizado por el propio enfermo, quien en el contexto de las decisiones compartidas, decide sobre lo que es conveniente en relación a su propia salud (9). Sin embargo y a pesar de que nos encontraríamos en esta etapa histórico-social, en que éste tipo de relación médico-paciente, debiera ser la relación que más se acerca a un ideal, en general todavía se percibe un deterioro o crisis, evidenciándose insatisfacción por parte de los pacientes. Lo anterior se puede explicar probablemente por influencias externas o extramédicas, originadas en una sociedad postmoderna, de consumo y burocrática, manteniéndose una tensión, entre estas últimas dos etapas (etapas 3 y 4 de Siegler), impactando así en el dominio de la relación médico-paciente. Este malestar o crisis en la relación médico-paciente, evidencia su importancia puesto que se está posicionando en el centro de la discusión, manteniéndose en el debate y cuyas causas parecen ser múltiples, como veremos más adelante.

Es así como desde el contexto internacional, fundamentalmente en el mundo anglosajón, se ha evidenciado la instalación de esta crisis con la publicación reciente, del libro de Seamus O' Mahony, "Can medicine be cured: The corruption of a profession". Esta publicación en opinión de R. Smith (22), representa una dura crítica a la medicina actual, planteando el gran impacto que las prácticas sanitarias cotidianas ejercen en la medicina, tales como los costos en salud cada vez mayores, alcanzando niveles fuera de control, la industrialización de la asistencia sanitaria, la supremacía de los médicos investigadores por sobre los clínicos, la medicalización de la vida y de la muerte, los pacientes reducidos a consumidores, con amplia influencia sobre ellos del complejo médico-industrial y la consecuente tendencia actual a la corrupción de la profesión. De este modo, y como consecuencia del efecto sinérgico de todos éstos factores en conjunto, esto nos conduce según este autor, a una sensación generalizada de que la medicina ha perdido su norte y que estos factores están influyendo para que la medicina esté enferma (22). Es así como este libro que representa una crítica profunda según Smith, plantea que si bien después de la segunda guerra mundial, hubo importantes avances en medicina y terapéutica, tales como con el descubrimiento de los antibióticos, la penicilina, nuevas terapias más modernas y

seguras, como también otros avances de orden general, como la mejoría de la calidad de los alimentos, la posibilidad de refrigerarlos para su conservación, etcétera. Todos estos elementos hicieron que ésta época, dado los importantes avances médicos y avances de la sociedad, principalmente en relación a la calidad de vida, se considerara “la edad de oro” de la medicina. Sin embargo la medicina en la actualidad y por distintos motivos, según la reflexión crítica del autor de este libro y en opinión de Smith, sería considerada como la era de la insatisfacción o la era “de la decepción en medicina”.

Si consideramos esta publicación en el contexto anglosajón y el impacto que ella ha tenido, en el sentido de estimarla como una profunda crítica al modelo médico burocrático que se estaría imponiendo, esto parece estar aún lejos de resolverse. Es así como algunos académicos líderes de opinión chilenos, también han visualizado ésta crisis, expresando su punto de vista, mediante cartas enviadas a periódicos nacionales, proponiendo un debate y diálogo en relación a éste tema. Estos académicos chilenos proponen un análisis, buscando sus causas, cuestionándose si realmente existen posibles soluciones para esta crisis, que afecta en la actualidad a la relación médico-paciente y a la medicina actual en general (23), (24), (25). Un punto de éste debate que es importante destacar, en el ámbito de la educación médica, es que parece difícil enseñar compasión y empatía, existiendo actualmente importantes cambios en la sociedad, como asimismo cambios en el médico y sus valores, cambios en el paciente actual, que impactan negativamente y afectan profundamente la práctica médica. Cambios de todo orden, culturales, sociales, económicos, etc., que van más allá del microespacio de la relación médico-paciente. De este modo, distintos médicos y académicos de ética médica y bioética chilenos han emitido sucesivas opiniones, dando respuesta a este diálogo y debate, afirmando que la medicina se encuentra enferma y considerando que este síntoma o crisis ya se encuentra instalado y que adquiere cada vez mayor actualidad y relevancia para la práctica médica.

Se cuestiona en este sentido y se plantea la interrogante, respecto de si la medicina puede de alguna forma, ser curada. Es decir, si podemos revertir este proceso crítico, o bien si la medicina y su práctica puede ser reorientada, redefinida, resignificada en función de éstos cambios históricos. Otros académicos que también participan en este diálogo, sin embargo, nos proponen una visión distinta de la crisis de la medicina actual y lo hacen en términos

mucho más optimistas, resignificando conceptos y significados, en el sentido que podemos y debemos adaptarnos creativamente a todo el espectro de cambios que incuestionablemente se han producido, en el médico, en el paciente y en la sociedad en su conjunto y que están determinando la forma de practicar la medicina (26).

Pese a que la historia de la medicina ha transitado desde la etapa de paternalismo hacia una autonomía del paciente cada vez mayor, que se traduce en su mayor protagonismo en la toma de decisiones, es decir, decisiones compartidas, aun se percibe una crisis, existiendo una sensación de insatisfacción por parte de los pacientes (27), lo que probablemente se explica también por otros factores o por la forma de comprender la práctica médica en la actualidad, influida por todos éstos profundos cambios que hemos señalado. Esta insatisfacción se explicaría además de lo señalado, por el hecho de que frecuentemente se ha sobrevalorado la tecnología, por sobre la interacción humana, con el consecuente aumento importante en los costos en salud y con las implicancias que esto tiene.

Esta sobrevaloración de la tecnología, la podemos comprender considerando que la medicina actual ha tenido la tendencia a devaluar el síntoma, comprendido como término griego cuyo significado sería “accidente” y en cambio ha sobrevalorado el signo, sea éste clínico o imagenológico (alta tecnología) (18). Dicho de otro modo, el médico intenta transformar los síntomas (subjetivos o de incertidumbre) traduciéndolos en signos (objetivos o de certidumbre), con el objeto de lograr mayor certidumbre para fundamentar mejor sus decisiones, aunque no podemos eliminar del todo la incertidumbre. Es por ello que aquí es oportuno recordar, que la medicina es considerada como “la ciencia de las incertidumbre y el arte de las probabilidades”, según nos planteaba ya a principios del siglo XX, W. Osler, que con sus conferencias aportó notablemente al humanismo en medicina (28).

Para comprender mejor el fenómeno de sobrevaloración de la tecnología y en consecuencia, sobrevaloración del signo, resulta útil tener presente la distinción entre el concepto de enfermedad, entendida como una generalización que abstrae un concepto de muchos casos particulares y el enfermo propiamente tal, comprendido como una realidad particular, concreta y tangible. Esta idea queda patente en la definición de enfermo que nos plantea V.

Von Weisaecker:

“Un enfermo es un hombre que reclama un médico, la enfermedad puede no existir, pero el enfermo sí”, haciendo especial hincapié en que la enfermedad es subjetiva y con un componente de construcción mental, un elemento abstracto, sin embargo el enfermo constituye toda una realidad en sí misma (29).

Otra reflexión que nos dejó W. Osler, remarcando la diferencia que existe entre el enfermo y su enfermedad, proponiéndonos que: “Es más importante saber qué paciente (quien) tiene la enfermedad, que saber, qué enfermedad tiene el paciente”. Dos pacientes pueden tener la misma enfermedad, pero los enfermos son distintos, cada uno con sus vivencias, significados, valores, interpretaciones, narrativa y experiencia de enfermedad. Vivir una enfermedad, la experiencia de ser y estar enfermo, le confiere al paciente un capital de conocimiento único y personal, que solo lo tiene quien padece la enfermedad. Detrás de la mentalidad técnica del hombre y el médico contemporáneo occidental se ignora en ocasiones una opción que no es científica, sino más bien filosófica en la comprensión de los fenómenos médicos.

El médico se encuentra inserto en el dominio de una profesión compleja, siempre acompañado en su práctica por la incertidumbre, enfrentado permanentemente con la vivencia del dolor humano, el sufrimiento, la muerte, el padecimiento y el duelo. De este modo se constituye en co-sufriente con el paciente, ambos viven en la misma sociedad y tiempo sociohistórico, ambos fueron educados en la misma cultura y bajo el mismo paradigma. Sin embargo ésta presencia permanente de la incertidumbre en su práctica, es la que le incomoda al médico, generándose en él, una tensión que le obliga a adoptar esa actitud tecnocrática. Sobre todo considerando el paradigma científico en que fue formado. Contrariamente a esta mentalidad exclusivamente científica, el médico debe internalizar en su práctica, la importancia del relato de la narrativa del paciente y el diálogo que se establece, así como la relación de ayuda que comparten y aspiran ambos actores.

En suma, en el marco de la relación médico-paciente, la medicina posee un estatuto moral distinto a la ciencia, si bien es una ciencia natural y social, también es técnica, arte y esencialmente hermenéutica y considerando que su objeto de estudio es el hombre, es por lo tanto una ciencia humana. De esta forma y tal como hemos comentado, existe una tendencia en la medicina actual, a conferirle supremacía al signo y a subvalorar el síntoma,

probablemente porque nos encontramos inmersos en un paradigma científico y tecnológico del cual no somos conscientes (18). Esta forma de ejercicio médico, con el fin de superar la incertidumbre y aproximarnos lo mejor posible a la realidad objetiva, focalizándonos preferentemente en precisar el diagnóstico, es lo que está contribuyendo imperceptiblemente y junto a otros factores, a la gestación de una crisis. Así la consecuente sensación de insatisfacción de los pacientes se puede comprender, ya que si bien ellos buscando ayuda, además de lograr conocer su diagnóstico, tienen todavía otras más amplias y más altas expectativas. Este giro interpretativo del médico, si bien es de carácter muy sutil, termina reduciendo al paciente a su propia enfermedad, excluyendo la dimensión subjetiva e interpretativa que tiene el propio paciente de su dolencia. Todo esto representa un reduccionismo del cual el médico no tiene conciencia (18). Así se entremezclan, las fuertes influencias del componente o modelo burocrático de la medicina actual y el uso excesivo de la tecnología lo que finalmente redundan en reduccionismo en la práctica médica.

Debemos sin embargo comentar en justicia, que el avance de la ciencia, principalmente en el siglo XX, ha sido notable, introduciéndose múltiples terapias, de alta eficacia, como antibióticos modernos, técnicas quirúrgicas de acceso mínimo, variados procedimientos mínimamente invasivos, técnicas anestésicas seguras, etcétera.

Por otra parte en varias oportunidades los síntomas resultan equívocos para el diagnóstico, existiendo además importante variabilidad en los pacientes, por lo que se han diseñado otras estrategias para lograr una medicina supuestamente más efectiva, aunque siempre visto desde el mismo paradigma, desde la técnica y persistiendo en el enfoque tecnológico, así una de éstas estrategias fue la introducción de la “Medicina basada en la evidencia” (MBE). La tecnificación de la práctica médica ha sido impulsada por el loable propósito de hacerla cada vez más científica, sin embargo, esto no ha logrado hacerla más satisfactoria para los pacientes ni para los médicos, tampoco la ha hecho más efectiva, aunque sí más costosa y deshumanizada.

Habitualmente cuando los enfermos están afectados por una enfermedad o dolencia, ésta se manifiesta en síntomas, los que pueden ir o no acompañados de alteraciones en la exploración, imágenes o pruebas de laboratorio. Recíprocamente los pacientes

asintomáticos pueden en efecto presentar signos o alteraciones de laboratorio, y estos mismos valores anómalos pueden ocurrir en ausencia de síntomas o signos (30).

Dado que los síntomas aun cuando representan la experiencia de enfermedad y representan un elemento esencial en la atención clínica, se les considera por definición equívocos. Ésta medicina basada en la evidencia, confirió gran importancia y a modo de paradigma al ensayo clínico aleatorio (ECA), sin embargo este método de estudio presentaba debilidades, dado que la mayoría de las investigaciones no se realizaban en entornos clínicos, ni en poblaciones heterogéneas tal como sucedía en la realidad. Por ésto se estimó que la MBE, al confiar ciegamente en los ECA, corría el riesgo de tratar pacientes individuales, extrapolando datos poblacionales, en circunstancia que en los pacientes existe gran variabilidad interindividual. Toda esta pretensión científica de la medicina basada en la evidencia (MBE), no fue una solución satisfactoria, dado que si bien se visualizaba, como un enfoque científico moderno y atractivo, no logró satisfacer a los pacientes ni a los médicos. Como comentábamos previamente, tanto la sobrevaloración del signo, como la práctica médica adoptando la MBE como práctica moderna, propenden a tecnificación de la relación médico-paciente. La medicina basada en la evidencia, nos hace describir y tratar a los pacientes en términos de datos y esto no es suficiente ni satisfactorio, por cuanto no considera los aspectos simbólicos, la subjetividad, la amplia variabilidad entre los pacientes, como tampoco los contextos individuales. Debemos considerar que la MBE, al trabajar y analizar datos, se ocupa principalmente de poblaciones y correlaciones.

Dado que éste modelo médico no fue satisfactorio para el paciente individual, pocos años después y como necesidad de reivindicar la mirada, surge la medicina basada o centrada en el paciente, con un enfoque hacia el paciente individual y como persona. Esta forma de práctica médica, nos plantea que siempre habrá incertidumbre, y que hasta cierto nivel, ésta incertidumbre es tolerable, dado que siempre encontraremos variabilidad interindividual. Recordamos nuevamente aquí como en otra de sus frases, Osler nos plantea: “Si no fuera por la gran variabilidad entre los individuos, la medicina sería una ciencia y no un arte” (28). Poniendo en relieve, la existencia de ésta variabilidad y que la evidencia no se puede aplicar, sin una adecuada reflexión para cada caso en particular. De esta forma, la medicina no puede ser una ciencia exacta, precisamente por esa gran variabilidad interindividual.

Cada persona tiene una particular forma de enfermar, padecer y sanar, por lo que los síntomas solo son posibles encarnados y vivenciados en el sujeto que padece y relata su experiencia vital (5). Así la medicina basada en el paciente se ajusta mejor a cada paciente, ya que propone una práctica individual y contextualizada.

En este mismo orden de ideas, el surgimiento de éstas técnicas de análisis estadístico y de procesamiento de datos, que han emergido en las últimas décadas y que junto con la irrupción acelerada de la tecnología, son dos factores que no han logrado una medicina más efectiva y han resultado más bien en sentimientos de insatisfacción por parte de los pacientes, contribuyendo a la deshumanización, todo lo cual con el curso del tiempo, ha dado como resultado que entre otros factores, se haya venido incubando y desarrollando una crisis en la relación médico-paciente.

Hemos revisado las diferentes eras o etapas histórico-sociales de la forma de enfrentar la relación médico-paciente, con la superposición de los diferentes modelos, destacando que estos no son excluyentes entre sí y que se visualiza una tensión que se mantiene viva, entre el modelo de decisiones compartidas y el modelo burocrático.

Hoy día visualizamos la práctica médica, inmersa en una sociedad de consumo, preferentemente burocrática por un lado, con influencias económicas fuertes provenientes de distintas direcciones, y por otro lado, ejercida en una sociedad con importante influencia tecnológica, lo que deriva en reduccionismo. Gravitan por tanto en todas las decisiones médicas distintos tipos de fuerzas. La irrupción de la tecnología, si bien ha disminuido la incertidumbre, facilitando la precisión de los diagnósticos, a la vez, está condicionando en el médico una actitud tecnocrática y reduccionista de la cual él no es consciente. Su falta de conciencia se debe al paradigma en que fue formado y al tiempo sociohistórico en que vive.

Esta tendencia a la práctica médica de tipo modelo consumista y tecnocrático y con un reduccionismo inconsciente, dado la facilidad con que el médico actual lo practica, representa otro factor, entre varios que está influyendo en ésta crisis.

De esta forma, hemos realizado aquí una revisión histórica de las etapas o cambios en la relación médico-paciente y una reflexión preliminar de los principales factores que contribuyen al deterioro de la relación médico-paciente. A continuación los clasificaremos

y analizaremos en la siguiente sección con mayor profundidad, agregando algunos otros factores que consideramos relevantes.

CAPÍTULO 3

POSIBLES FACTORES O CONDICIONANTES QUE CONTRIBUYEN A LA CRISIS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Hasta ahora hemos definido y caracterizado el concepto y la historia de la relación médico-paciente, en relación a sus cambios históricos, como sus diferentes modelos o etapas y adelantando que se venía incubando una crisis, considerando varios factores contribuyentes. Entre estos factores podemos mencionar, los cambios en el médico como agente sanitario hasta el médico actual, en relación a sus valores y creencias, el tiempo histórico en el que vive, así como el carácter tecnocrático de la medicina actual, dada la explosión tecnológica de los últimos años, asociada a altos costos en lo económico y el profundo impacto del modelo burocrático, en la forma de atender a los pacientes. Así mismo se ha comentado el hecho de que el médico actual, suele tender al reduccionismo, lo que da como resultado, que este se focalize principalmente en la enfermedad como una abstracción y fenómeno que afecta al enfermo, más que en el enfermo mismo.

Por otra parte también han influido en la génesis de esta crisis, cambios en el paciente del siglo XXI, el que se presenta con mayor empoderamiento y autonomía, con mayor capacidad y facilidad de obtener información, más aún en la era digital, así como el encontrarse en el contexto de una relación más horizontal, consciente de sus derechos, con mayores expectativas respecto a la relación médico-paciente y a la recuperación en su salud (31). Adicionalmente, la sociedad en su conjunto ha experimentado cambios notables, relacionados con la utilización de tecnologías en distintas áreas de la vida en general y principalmente en las ciencias, con altos costos asociados, amplia variedad de recursos terapéuticos, con la inmediatez en las comunicaciones, la complejidad de las instituciones, la globalización, etcétera, todo lo cual ha determinado en pocos años cambios dramáticos y sin precedentes.

Teniendo en consideración que todos éstos cambios y sus influencias tanto en el médico, el paciente y la sociedad en su conjunto, podemos concluir que estos han generado tensión en la relación médico-paciente, hecho especialmente llamativo si consideramos además que

éstos se han producido durante los últimos 40 años, es decir, en un periodo relativamente corto de tiempo.

A continuación expondremos cinco factores o grupo de factores que, a nuestro juicio, están favoreciendo ésta crisis. Por cierto, es posible también plantear otros factores, sin embargo nos parece que estos representan los más relevantes y en consecuencia ahora los revisaremos con mayor detalle y profundidad.

3-1.- La falta de estudio sistemático y en profundidad de la relación médico-paciente en estudios de pregrado como competencia técnica y falta de formación en humanidades médicas.

El primer factor que planteamos es que las escuelas de medicina no han sabido darle suficiente prominencia, en los estudios de pregrado, al comportamiento global o actitud del médico en sus dimensiones ética, humanística y empática, lo que se lograría, insistiendo en la enseñanza sistemática, de la relación-médico paciente a lo largo de los distintos niveles de la enseñanza de la medicina. La adecuada comprensión del enfermo y su estado de vulnerabilidad, se lograría a través de una sólida formación del médico, en disciplinas que en su conjunto constituyen las humanidades médicas. Estas representan un conjunto amplio y variado de disciplinas y su importancia estriba en que nos permiten en lo fundamental, ir más allá de la ciencia, de tal modo de lograr en último término, un pensamiento crítico frente a los hechos de la vida, una mayor sensibilidad ética y principalmente la comprensión profunda en lo relativo a la condición humana (32), (33). Si bien en la actualidad existe una tendencia hacia la tecnolatría, que se ha apoderado del ejercicio de la medicina, no debemos olvidar, que la medicina la ejerce un ser humano (el médico) con y para otros seres humanos, lo que fundamenta y justifica la importancia de las humanidades médicas en la formación de los médicos.

En este sentido, siguiendo a Lázaro podemos plantear el siguiente listado de temas relevantes dentro de las humanidades médicas. De esta forma su clasificación propuesta y posible para de las humanidades médicas incluye varias disciplinas, a saber:

1.- Filosofía de la medicina (Epistemología, Lógica, Antropología Médica). 2.- Historia de la medicina (perspectiva histórica médica en diferentes civilizaciones humanas) 3.- Ética médica y bioética (que combina la fundamentación filosófica con la aplicación clínica práctica). 4.- Narrativa médica (vivencias personales de la experiencia de enfermedad) la cual también ha sido narrada teniendo representación en múltiples obras literarias, como una visión de la enfermedad desde la literatura y el humanismo. 5.- Sociología médica y antropología social. 6.- Psicología médica. 7.- Medicina legal y derecho sanitario. 8.- Comunicación, documentación, terminología o lexicografía médica (34).

Estas disciplinas humanísticas y su estudio sistemático permitirían moldear la actitud, la sensibilidad y la conciencia del estudiante y del médico, hacia una conducta o enfoque humanista, logrando de este modo, la comprensión humana del paciente en base a saberes que van “más allá” y que si bien, se encuentran fuera de la ciencia positivista, sin duda representan disciplinas de gran utilidad y profundo valor para la comprensión de todo lo humano.

En suma, como lo plantea Gracia, debemos comprender que una formación médica integral debería incluir, por una parte las ciencias biomédicas (que estudian los hechos de la enfermedad en tanto que hechos, mediante el método científico-experimental), por otra parte las ciencias socio-sanitarias (que estudian los valores de la enfermedad en tanto que hechos, mediante el método científico-social) y por último incluir también, las humanidades médicas (que estudian los valores de la enfermedad en tanto que valores, mediante el método científico-humanístico) (35). A estas tres áreas formativas les corresponden tres tipos de metodologías, con características diferentes entre sí y que corresponden a los tres ejes o pilares en la formación del médico del siglo XXI. Ahora, en éste mismo sentido y con el objetivo de afrontar metodológicamente la comprensión de la condición humana, lo que se persigue es lograr integrar todas éstas disciplinas para comprender en su conjunto los problemas morales, culturales y sociales, ya no solo exclusivamente con sentido común, como lo fue anteriormente para los clínicos positivistas del siglo XIX, sino con una fundamentación en las humanidades (35).

Hoy en día además de algunas universidades existen variadas unidades académicas, como los departamentos o centros de bioética, que conciben las humanidades médicas y en

particular la bioética, como el estudio de múltiples tipos de valores, que se articulan con los hechos en las prácticas sanitarias, intentando trabajar con el rigor que se le exige a las ciencias humanas y sociales, que también aspiran a la profesionalidad. Las humanidades médicas son interprofesionales e interdisciplinarias y se conciben como ideológicamente abiertas y como campo de deliberación racional, sobre conflictos de valores que son intrínsecos a las sociedades democráticas (36), (37).

Pese a su importancia, se ha visto una insuficiencia de las humanidades en el pregrado en nuestras universidades, sobre todo considerando que las mallas curriculares de los estudios médicos son extremadamente rígidas, basadas en el modelo biologicista o biomédico dominante, situación que se viene observando desde hace ya, varias décadas en distintas universidades y de varios países (33), (34), (40). De esta forma egresa de las escuelas de medicina un médico eminentemente tecnócrata, con una formación con claros acentos positivistas y sin conocimientos suficientes en las humanidades médicas, considerando que éstas son las disciplinas cuya importancia se fundamenta, en que nos aportan la capacidad de juicio crítico, de reflexión, nos sensibilizan frente al dolor y el sufrimiento, nos hacen comprender mejor la importancia de la ayuda, como objetivo fundamental de la medicina, nos aportan la capacidad de comprensión del sentido de la realidad, junto a la capacidad de razonamiento y de diálogo. Asimismo las humanidades desarrollan la habilidad socrática de examinarse uno mismo, mejoran las habilidades de comunicación, permiten ver el mundo desde una realidad más amplia y nos hacen cultivar la imaginación, lo que nos posibilita para tener una perspectiva más completa de la realidad de la condición humana (41).

Esta falta de estudio y dominio de las humanidades médicas ha traído como consecuencia que la relación médico-paciente, se haya resentido debido a la escasez de conocimientos en el dominio de la antropología, la historia y la filosofía de la medicina, la falta de una actitud de escucha activa (42). En la clínica la escucha, en lo relativo a toda aquella narrativa que se nos presenta, es más profunda y efectiva que la mirada, porque la escucha, es lo que mejor vincula al médico con el paciente, quien escucha atento cuida, se preocupa y se ocupa, sabiendo que el cuidar siempre forma parte del curar. Asimismo también la falta de formación en humanidades médicas, influye negativamente en la comprensión de la

medicina como una “vocación de servicio”, la falta de perspectiva para valorar y considerar la relación médico-paciente, por sobre todo como una “relación de ayuda”, en que se proporciona una amplia gama de servicios, que pueden ser de consejo, de educación, orientaciones de asistencia médica, todos ellos de carácter esencial en los efectos de la terapéutica, para restablecer ese estado natural que es la salud (35).

Sin embargo algunos centros para paliar esta situación de relativa insuficiencia de educación en humanidades médicas, como algunas escuelas de medicina actuales de diferentes países, con la llegada del siglo XXI, iniciaron un proceso de cambio curricular y adaptación de su Plan de Estudios. El objetivo que se persigue es adecuarse a las necesidades que impone el desarrollo de diferentes procedimientos, que deben ser adaptados al avance científico y en este sentido, uno de los aspectos más significativos de adecuación ha sido la incorporación de una nueva competencia, la que tiene que ver con humanismo médico (43), (44).

Reflexionando sobre el humanismo, sobre el médico y sus dominios de saber, J. Letamendi, antiguo clínico español, ya nos decía: “el médico que solo sabe medicina, ni medicina sabe”, y continúa: “el médico que a la vez, no es filósofo, ni siquiera es médico”, aludiendo a la formación humanista y filosófica del médico, que se requiere según él, para comprender al paciente y ser buen médico (45), (46). En este sentido el componente filosófico que compete a la medicina es precisamente la ética, como filosofía de la conducta, la que nos hace reflexionar sobre nuestras decisiones médicas. La ética nos plantea, replantea y nos cuestiona repetidamente sobre ¿qué debemos hacer?, fundamentando el porqué de cada decisión. La ciencia nos enseña “el cómo”, representado en las habilidades prácticas como el saber hacer, la ética en cambio nos interroga sobre el “por qué”, sobre el saber Ser y el deber Ser, en nuestras decisiones y comportamientos. La ética es siempre un cuestionamiento y una reflexión sobre los hechos y nos exige aspirar siempre a un ideal.

Así la falta de estudio de la relación médico-paciente con un adecuado rigor metodológico, asociado a una falta de dominio en las humanidades médicas, y su influencia en las decisiones y actitudes del médico, se configuran como uno de los factores de gran importancia. Al adquirir un dominio en estas áreas, lograremos ser médicos más humanos,

más empáticos, más sensibles y así paliar y revertir, la falta de humanismo en medicina, como uno de los factores que están incidiendo en esta crisis o deterioro de la relación médico-paciente.

3.-2. - El reduccionismo de la ciencia actual y la tecnificación de la medicina.

Debemos comprender que la tecnología se considera como un conjunto de teorías, técnicas, instrumentos y procedimientos, que permiten la aplicación y el aprovechamiento del conocimiento científico en beneficio del paciente. Así la tecnología es un amplificador de las capacidades humanas y es un medio y un hacer del hombre (47).

Como se comentó anteriormente la medicina es una ciencia, sin embargo no es una ciencia exacta, sino que debe ser entendida como una ciencia aplicada, aunque no es solo ciencia aplicada o técnica, sino que también debe comprenderse y practicarse como un verdadero arte. Entendemos por arte la capacidad o habilidad de hacer bien algo, a través del conocimiento, intuición, experiencia y buen juicio. Así el arte médico o el arte de curar se considera un arte eminentemente hermenéutico. De esta forma la medicina es una actividad práctica, es una *praxis*, una práctica social que incluye ciencia, técnica, arte y hermenéutica (48).

La introducción avasalladora de los avances tecno-científicos (tecnología y técnica) los consideramos otro factor en el deterioro de la relación médico-paciente, sobre todo porque el médico, suele ejercer su profesión con una importante cuota de reduccionismo (modelo biomédico exclusivo), interrogando al paciente principalmente en el aspecto biológico, enfocándose preferentemente en la enfermedad, estudiándola a través de la tecnología con tendencia a descuidar lo biográfico, lo simbólico, olvidando al hombre, sus subjetividades, sus valores y creencias (49).

Esta mentalidad eminentemente tecnocrática del médico, que sobrevalora la tecnología, es la que aspira a encontrar rápidamente un diagnóstico, mediante signos objetivos (datos analíticos) para instaurar un tratamiento. Por lo que la medicina actual, ha extraviado el “arte” de curar basado en el ejercicio del logos (diálogo en todas sus dimensiones, mirada,

palabra, silencio, contacto manual) o entendimiento entre médico y paciente, dando por el contrario excesiva importancia a los resultados analíticos de la técnica propiamente tal (27).

Hoy en día los avances en tecnología ocurren a tan alta velocidad, que no tenemos conciencia de ello y así estando sometidos tanto el paciente como el médico, a la influencia del positivismo, no existe el tiempo, ni la capacidad de adaptación y no se logra comprender y asimilar en su real dimensión la influencia de la técnica en la medicina. De esta forma el médico, como ya se ha mencionado, termina actuando con una importante carga de reduccionismo. En este mismo sentido López-García, refiriéndose a la velocidad con que se instalan los avances tecnológicos y no existiendo el tiempo, ni la capacidad de adaptación del médico, para comprender esta cadena de consecuencias, nos propone la siguiente aguda sentencia:

“La vorágine de la vida moderna, sobrepasa toda capacidad de adaptación del ser humano; que pronto es hoy y más rápido será mañana, cuando de ayer casi nadie se acuerda; se llegó a la técnica sin pasar por la cultura y entonces ¿Qué ha sido del humanismo?” (50).

Debemos considerar que la tecnología ha invadido rápidamente todas las áreas de la vida en la actualidad, facilitando un sinnúmero de tareas y proporcionando comodidades en todo el quehacer y la vida de las personas. En el ámbito de la medicina, la tecnología nos ha proporcionado usos y aplicaciones innumerables, lo que también contribuye al quehacer médico sobre todo en lo que respecta al diagnóstico y tratamiento de enfermedades. En este sentido la utilización de la tecnología en medicina, nos ayuda a evaluar finas alteraciones anatómicas o funcionales en distintos órganos, como también a investigar acerca de la fisiología alterada en las personas o pérdida de su balance homeostático. Esta pérdida del equilibrio homeostático, es lo que se expresa por alteración en las variables o constantes fisiológicas, observables por el médico en la analítica sanguínea, sin embargo, no debemos reducir a las personas sólo a la suma de sus variables. Si bien convertirlas solo en sus variables, es una opción que está determinada histórica y culturalmente, tratándose de un intento por disminuir la incertidumbre, ésta forma de actitud terapéutica, fragmenta y reduce a las personas, por lo que la medicina ejercida de éste modo se considera insuficiente e insatisfactoria. Si consideramos que el lenguaje y alimento de las computadoras está

representado por datos y que éstos son imprescindibles, al estudiarlos aislados y sin una clara teoría que los sustente, inducen a frecuentes errores médicos (51). Más aún hoy, en que existe una sobrecarga cognitiva debida a un exceso de datos (dataísmo), esta sobrecarga fácilmente contribuye a estos errores médicos, los que se manifiestan tanto en diagnóstico como en tratamiento. Nos encontramos en una especie de bruma, de constante distracción debido al exceso de datos (denominado por algunos infoxicación), que sobrepasa ampliamente nuestra capacidad de asimilación. Debemos tener clara la diferencia en cuanto al procesamiento de los datos por la computadora, la cual, en base a la información con que la hemos alimentado, ésta mediante una lógica binaria, nos ayuda a obtener una variable o un resultado y solo realiza cálculos o bien reconstruye y nos proporciona imágenes. El médico por otro lado, quien es el dueño de la técnica, posee otras y variadas capacidades, como un pensamiento complejo y reflexivo (con sensibilidad e intuición) asociado a un juicio ético que le caracteriza y le son distintivos. Además el médico por el hecho de poseer conciencia, que es un componente esencial del pensamiento, le permite el entendimiento y así lograr un discernimiento crítico fundamental (52). Los dispositivos tecnológicos nos hacen caer en la tentación del solucionismo tecnológico y la mera acumulación de datos acerca de un proceso, crea la ilusión de que necesariamente lo comprendemos. En ocasiones no se puede medir lo relevante por lo que terminamos confiriéndole mayor importancia solo a lo mensurable. De ésta forma es imprescindible que le apliquemos previamente una teoría a los datos y encontremos el sentido que éstos tienen. Es decir por un lado explicar las causas, pero también comprender los sentidos. Intentando así evitar conferirle importancia desmesurada a la técnica, debemos rescatar la práctica del razonamiento clínico, ese juicio ponderado, que jerarquizando los hechos, nos permite discernir aquellos datos útiles, de los que no lo son, logrando diferenciar entre un diagnóstico y un sobrediagnóstico (51).

La práctica de la medicina no es la mera acumulación o una suma de datos, sino que se requiere de un proceso técnico e intelectual, de un proceso inferencial ya que el diagnóstico, es el resultado del análisis sistemático y del procesamiento de estos datos. Etimológicamente, diagnóstico deriva del griego *día*: a través de, y *gnosein*: conocer o dilucidar, en la forma más completa posible, los factores determinantes de una enfermedad a partir de síntomas y signos. Así la secuencia y lógica metodológica de razonamiento

clínico, debe seguir el orden de recolectar los datos (sensación), interpretarlos (interpretación), evaluar su interpretación (juicio) y finalmente decidir una acción (deliberación-decisión) y llevarla a cabo. En términos generales, recoger la información, postular una hipótesis, poner a prueba la hipótesis. Lo que se busca con ésta metodología es aplicar un pensamiento controlado y razonamiento analítico y no un pensamiento intuitivo, ni automático, evitando incurrir en el error de asignar causalidad, cuando solo existe correlación. Solo podemos afirmar que existe causalidad, sí y solo sí, además de obtener datos positivos verdaderos, logramos probar la existencia de un mecanismo de acción (51).

Por esto debemos comprender la práctica médica, como la aplicación y aprovechamiento del conocimiento científico hacia los individuos particulares, aunque sin caer en el solucionismo tecnológico. Debemos considerar que la discusión de cómo definir enfermedad, es la misma desde hace más de un siglo, es decir, la dicotomía naturalista-valorativa. La medicina lo que hace es seriar enfermedades, pero el paciente y sus valores es único e irrepetible.

Estos aparatos de intermediación tecnológica, con sus avances en miniaturización, automatización e integración informática, tales como técnicas de imágenes (ecografías, tomografías axiales computarizadas, tomografías con emisión de positrones, resonancias nucleares magnéticas, etc.), asociado al exceso de datos o variables (anticuerpos, constantes fisiológicas, moléculas, etc.,) se interponen entre médico y paciente, constituyéndose como elementos que interfieren en la clásica relación médico-paciente. Se establece de esta forma una relación médico-máquina-paciente o médico-tecnología-paciente. Comprendemos entonces como la tecnología, en su uso desmesurado, ha fragmentado la unidad esencial del ser humano enfermo y ha reconfigurado la mirada del médico, sobre su objeto de estudio, el paciente, llegando a reemplazar la metodología clásica de análisis de síntomas y signos. (53).

La relación médico-paciente considerada un metarelato, está mucho más determinada y ligada al ámbito histórico de lo que creemos y así el médico se ve influenciado por el paradigma histórico-social y local en el que se encuentra inmerso.

Podemos concluir que la mentalidad tecnocrática del médico, asociada al uso indiscriminado de la tecnología, produce como resultado una práctica médica reduccionista y un deterioro en la relación médico-paciente que se manifiesta de varias formas, a saber:

- 1.- El distanciamiento en la relación intersubjetiva, médico-paciente.
- 2.- La pérdida de la confianza por parte de los pacientes.
- 3.- El desplazamiento de la actividad médica hacia los instrumentos y la indexación, como también hacia técnicas de imágenes con el eventual hallazgo de incidentalomas, y los consiguientes sobrediagnósticos.
- 4.-La utilización de la tecnología, más allá de lo razonable, en especial ha desembocado en el deterioro cada vez mayor de las habilidades comunicacionales del médico, debilitando aún más la relación médico-paciente.

En éste mismo sentido, e intentando alejarnos de las prácticas tecnocráticas y reduccionistas, con múltiples variables y datos, como también de tecnologías de imágenes, no debemos tratar al paciente, solo desde el modelo biomédico, lo que ha contribuido enormemente al reduccionismo en medicina, sino que debemos hacerlo considerando su doble condición, biológica y biográfica. Dando así también importancia al relato tal y como lo siente e interpreta el paciente y principalmente considerando cuál es el sentido que él, le confiere a la enfermedad como evento en su vida. Así ambos, médico y paciente se interrelacionan e influyen mutuamente y dialogan cada uno desde su propio discurso, con el objetivo común de la recuperación de la salud.

En este sentido aunque se hayan producido múltiples cambios en la salud a todo nivel, cambios en la sociedad o sociohistoricos, cambios en la medicina, cambios en la tecnología, esto no significa que tenga que cambiar necesariamente el *ethos* (costumbre, conducta, carácter) de la medicina, es decir el conjunto de rasgos y modos de comportamiento que conforman el carácter o identidad del médico (47).

Siguiendo a Ruiz Moral, la relación médico-paciente, es un acto relacional, que se produce en un contexto, entre protagonistas con distintos equipajes históricos, sociales y culturales,

que en virtud de este proceso de enfermedad, se comunican, construyendo y seleccionando significados (54,55).

Con el objetivo de lograr un uso juicioso de la tecnología, establecer una relación de ayuda y evitar el reduccionismo, debemos comprender que lo que subyace detrás de una fisiología alterada es una persona, con una historia, dentro de un contexto e inserta en una sociedad y en una cultura, considerando los aspectos biopsicosociales, que influyen ampliamente en su afección y no solo su aspecto biológico o biomédico (56).

Así la terapéutica debe aspirar no solo a la eficacia biológica, en el sentido de curar lo biológico propiamente tal, sino que además también a la eficacia simbólica y a todo ese conjunto insondable de creencias y significados de la persona (42).

A modo de ejemplo y con el objeto de ilustrar la representación que tiene lo simbólico en la relación médico-paciente, en la primera mitad del siglo XX, en los barrios periféricos de París, N. Bensaid nos propone en su libro “La consulta médica,” la siguiente reflexión que da cuenta, precisamente de lo que entendemos por eficacia simbólica y su importancia en relación a la práctica médica y nos lo expresa así:

“El enfermo se sienta, habla. El médico lo escucha, lo examina, diagnostica, prescribe un tratamiento o estudios complementarios. Tal el esquema clásico. Pero lo que vino a buscar el enfermo y que hace irremplazable a la medicina general, desborda este esquema siempre” (57).

Bensaid de esta forma (nos denuncia que lo formal y mecanizado, es insuficiente) nos muestra la gran importancia de la eficacia simbólica y como ésta en la práctica médica, no ha sido suficientemente comprendida, síntoma que ya se manifiesta en la práctica médica a principios del siglo XX, dando cuenta que ya en aquella época, se hacía sentir y se percibía la falta de comprensión del paciente desde lo biográfico. Es decir, no podemos cambiar los hechos, la enfermedad misma, sin embargo podemos cambiar las significaciones e interpretaciones de los hechos, es decir, comprendemos mejor, transitando desde lo fáctico hacia lo valorativo. De esta forma, él ya visualizaba el reduccionismo en la práctica médica, en aquella época.

En relación a lo simbólico, éste antiguo y hermoso arte de escucha y examen ha ido perdiendo espacio, pues se examina en la clínica cada vez menos y con menor tiempo y profundidad, solicitando cada vez mayor cantidad de exámenes auxiliares y en forma indiscriminada, con baja involucración afectiva y con tendencia a quedar fuera del campo de los afectos y con tintes de pragmatismo (58).

En la misma línea de pensamiento y poniendo el acento en el arte clínico y muy en especial, en el cuidado del paciente, la preocupación y la diligencia por él, F. Peabody, educador médico, nos enriquece también con reflexiones para humanizar el arte clínico, con un artículo de 1926 titulado: “El cuidado del paciente”, ensayo que se inscribe entre los más notables de la literatura médica, condensado en una publicación que tuvo amplia trascendencia y difusión, por lo cual se hizo conocido como médico y destacando el hecho que ese artículo que ha tenido varias reimpresiones (59). En él, Peabody hace especial hincapié remarcando la diferencia en el concepto, de que la enfermedad corresponde a una entidad nosológica que debemos “tratar”, algo muy distinto es el paciente en su totalidad, a quien debemos “cuidar”. En este artículo, él plantea que a los alumnos se les habría enseñado mucho, sobre los mecanismos biológicos de la enfermedad (ciencia y técnica), pero muy poco sobre la práctica de la medicina, (arte clínico, escuchar, examinar, explicar), es decir, los estudiantes tenían por una parte, muy buena formación científico- técnica, pero no sabían bien cómo cuidar a los enfermos (arte clínico) (59). Hacemos notar aquí que el planteamiento que nos propone Peabody, lo hace ya en 1927 y muy probablemente avizorando la tecnocracia, como factor en la gestación de una crisis.

Presentamos aquí algunos breves fragmentos del ensayo de Peabody por considerarlo pertinente en relación a la crisis que se vive hoy respecto a la relación médico-paciente:

“La práctica de la medicina en su sentido más amplio incluye toda la relación del médico con su paciente. Es un arte basado en una extensión creciente de las ciencias médicas, pero comprendiendo más, lo que aún permanece fuera del ámbito de ninguna ciencia”.

Y refiriéndose a la diferencia entre enfermo y enfermedad, nos agrega:

“El tratamiento de una enfermedad puede ser enteramente impersonal, pero el cuidado de un paciente debe ser completamente personal”.

Y luego continúa afirmando:

“Lo que se llama un cuadro clínico no es solo una fotografía de un hombre enfermo en cama, es una pintura impresionista del paciente rodeado de su hogar, su trabajo, sus relaciones, sus amigos, sus alegrías, penas, esperanzas, temores”.

En las escuelas de medicina por lo tanto debiera impartirse una formación con textos, lecciones y prácticas que restauren las bases del arte semiológico y clínico, dado que si no se realiza una adecuada anamnesis, (sobrevalorando las variables, los datos y tecnologías), conociendo desde los matices de la enfermedad hasta la cultura, psicología y biografía del paciente, junto a una exploración física completa, se estaría renunciando a un pasado semiológico y clínico de siglos, que representa el patrimonio intangible de la profesión médica. El médico es clínico porque sabe realizar un conjunto de gestos artesanales, es decir, la práctica de la medicina como arte clínico y como arte hermenéutico (60). Por esto debemos reflexionar sobre las enseñanzas de éstos grandes clínicos ya que el verdadero “santuario de la medicina”, se encuentra en la cabecera del enfermo y como lo diría Peabody, a las enfermedades hay que tratarlas y a los pacientes hay que cuidarlos para poder curarlos.

Peabody quién resalta la adecuada formación científico-técnica de los estudiantes y asimismo denuncia su falta de preparación humanística, ya desde esa época, e intuye y nos proclama proféticamente una crisis en la relación médico-paciente.

De este modo ambos autores Bensaïd en Francia y Peabody en EE.UU., nos muestran, uno desde la perspectiva de la literatura en general, que representa un verdadero saber sobre la condición humana y el otro desde la medicina clínica y humanidades médicas, como éstas temáticas extra científicas o más bien relacionadas al ejercicio práctico de la medicina (arte clínico, arte médico, arte semiológico), se encuentran con escaso desarrollo en sus épocas, demostrándonos el reduccionismo que ya se percibía en la práctica médica.

Hoy en nuestra sociedad tecnológica, con características de pragmatismo e inmediatez en resultados, aun cuando existe disponibilidad de tecnologías, es importante considerar que su uso debe ser prudente, evitando el reduccionismo. Actualmente predominan las patologías neoplásicas y las enfermedades crónicas, por lo que se hace cada vez más

urgente y necesaria la práctica por parte del médico que incluya el acompañar, aliviar, consolar y todo lo que constituye el cuidar. Cabe hacer notar que en estas patologías neoplásicas y enfermedades crónicas que hoy prevalecen, es donde mejor se aplica el modelo de diálogo o de decisiones compartidas.

3.-3- El abordaje superficial del capítulo de relación médico-paciente, en algunos textos clásicos de medicina y semiología y la práctica cada vez menor de la semiología médica como arte clínico.

Otro factor que consideramos ha afectado, debilitando la relación médico-paciente se refiere a la falta de presentación de un capítulo específico, referido a este tema en forma detallada, didáctica y profunda en textos clásicos, como tratados de medicina o textos de semiología médica.

Consideramos muy importante hacer notar que esta relativa insuficiencia se ve reflejada claramente en los textos médicos. En muchas ocasiones, textos considerados como clásicos en medicina, que tienen a su haber varias ediciones, no tratan formalmente o en profundidad el importante capítulo de relación médico-paciente (salvo algunas excepciones), o bien algunos textos de semiología, que clásicamente han tratado éste capítulo, lo han hecho en forma somera o superficial, y sin grandes cambios, aún en varias de sus sucesivas ediciones. Por ejemplo si consideramos que el primer acto médico válido para adentrarse en la intimidad del paciente, corresponde a una detallada anamnesis, en ocasiones ésta es considerada como un procedimiento clínico rutinario ya dominado y en apariencia fácil. Sin embargo si la anamnesis no cumple con exigencias mínimas, se convierte en rutina pasajera (60).

Es así como en un estudio latinoamericano, Dupuy investiga cuál es el modelo médico que se imparte en pregrado en la Universidad de Buenos Aires en Argentina, esta autora realiza un estudio en los distintos textos clásicos de semiología, en una extensión que abarca casi 100 años, observando que el capítulo de la anamnesis, no ha sufrido ningún cambio en la redacción, ni en el modelo médico subyacente, en diferentes ediciones mostrando una presentación somera, en estos textos de semiología bien conocidos (ej. Clásicos argentinos

son Araoz Alfaro, Udaondo, Padilla, Cossio Sanguinetti, Esper-Mazzei, Lasala, Alvarez-Argente y otros). Lo anterior considerando que el modelo médico o biomédico, se ha mantenido como el modelo médico hegemónico, hasta nuestros días, lo que ha influido en la mantención de prácticas clínicas, basadas exclusivamente en éste modelo.

Para comprender mejor a lo que nos referimos por modelo médico hegemónico, diremos que éste se asienta en el modelo biomédico, que surge con base filosófica en el positivismo, consolidándose durante el siglo XIX a principios del siglo XX. Se trata de un modelo patologista, ya que considera las enfermedades, independiente de quién las padece, reduccionista, ya que implica una división del objeto en tantas partes como sea necesario, dualista, al considerar la idea cartesiana de la división mente/cuerpo. Y también biologicista, planteando que la enfermedad tiene solo una etiología biológica, que no se podría explicar en ausencia de sustrato orgánico identificable (40).

El estudio de Dupuy, demostró un porcentaje escaso de dedicación a la anamnesis en éstos textos, así como también que la mayoría de las obras de semiología que fueron escritas desde 1922 lo fueron con un enfoque en el modelo médico hegemónico, el modelo biomédico, sin mostrar cambios en extensión, ni en el sentido de incorporar en la entrevista clínica o anamnesis, aspectos psicosociales, es decir, sin la introducción del modelo biopsicosocial, aun cuando sus últimas ediciones fueron desde 1990 en adelante. Considerando que el modelo biopsicosocial de G. Engels emerge en 1977, éste enfoque no se ve reflejado en actualizaciones o cambios en relación a la enseñanza de la anamnesis y relación médico paciente en textos de semiología posteriores (40).

Otro ejemplo ilustrativo del escaso tratamiento que los textos clásicos en medicina le asignan a la relación médico-paciente, lo encontramos en el texto “Principios de medicina interna” de Harrison. En su edición XVIII, de 2012, presenta en su capítulo número 1, en forma somera, lo referente a “la práctica de la medicina clínica”, presentando algunos párrafos respecto a la ciencia y el arte de la medicina. En este mismo primer capítulo algunos conceptos respecto a las habilidades clínicas, dedicando escasas líneas al arte de la anamnesis y el examen físico. En tanto, el tratado de medicina: “Medicina de Farreras-Rozman” en su edición XVIII de 2016, nos presenta en su capítulo número seis, un capítulo más extenso y mejor estructurado, aunque refiriéndose a la ética médica, muy

probablemente considerando que su autor es D.Gracia. El filósofo español se mantiene cercano al modelo biomédico, no se extiende en conceptos de comunicación, relacionales, ni hermenéuticos, sino que se trata más bien de un capítulo, en relación a la metodología de análisis de problemas éticos, proponiendo un método de trabajo deliberativo de carácter decisional, incorporando y proponiendo el análisis de los valores en las decisiones clínicas. Este aspecto de una escasez relativa, referente a la relación médico-paciente propiamente tal, en textos clásicos de medicina, ha traído como consecuencia, una práctica cada vez menor del arte clínico o semiología médica, contribuyendo también entre otros factores al deterioro de la relación médico-paciente (60). Debemos aquí mencionar que estos conocimientos referidos a la relación médico-paciente y su importancia, parece ser que se han desarrollado con mayor profundidad, en el área de las humanidades o de la literatura, es decir, fuera del ámbito de los textos médicos clásicos propiamente tales.

Otro ejemplo de cómo se han desarrollado las humanidades médicas con mayor preponderancia en textos extra médicos lo encontramos en un texto de J. Rof Carballo, el cual relata, que cuando un estudiante solicitó a Sydenham que le recomendara el mejor libro para entrenarse en la práctica de la medicina, Sydenham replicó y sugirió: “Leed el Quijote” (61), (62). Probablemente como parte de la formación general de cualquier médico, para facilitar la comprensión de lo vivencial y de lo humano.

Con especial precisión y en el mismo sentido, F. Navarro, experto en temáticas de medicina y literatura, nos plantea:

“No es nada raro que en el ejercicio de su profesión el médico busque, los aspectos más profundos de la enfermedad el dolor, el sufrimiento, la locura y la muerte, los sentimientos o sensaciones más íntimas. En ésta búsqueda, los libros de texto son de escasa utilidad: es necesario acudir a la literatura universal”(61), (63), (64).

De este modo, el médico en formación podría obtener una comprensión más profunda de la condición humana, mayor sensibilidad ética y con un mejor dominio del arte hermenéutico. Ésta fue también la creencia de uno de los médicos más relevantes del romanticismo alemán, Carl Gustav Carus, respetado en vida como profesional, pionero en el estudio de la vida psíquica, biógrafo de Goethe, quien escribe y nos plantea:

“El médico debe poseer ante todo un conocimiento del hombre, pero no solamente de orden fisiológico anatómico y patológico. Debe conocerlo desde todas las dimensiones de su vida, en sus debilidades y en sus fuerzas, en su prudencia y en su locura. Sin ninguna duda, podemos sacar más provecho en este dominio, de los libros de los poetas, quienes con una auténtica mirada de vidente, penetran en las profundidades de la naturaleza humana, mejor que los libros de antropología.” (65).

Como hemos visto en lo relativo a la comprensión de la relación médico-paciente, se refuerza con estos textos, que ésta parece haberse desarrollado más y mejor, principalmente en textos de literatura, de poesía o extra médicos, que en textos clásicos de medicina, resaltando también en aquellos, la práctica del diálogo y la observación.

No solo la relativa insuficiencia de las temáticas de relación médico-paciente, en tratados o textos de medicina, sino que además la disminución paulatina de las prácticas semiológicas, también han influido, en el sentido que éstas han ido perdiendo espacio a través del tiempo, lo que ha redundado en disminución en los tiempos de interacción, es decir, en el propio acto relacional que implica la relación médico-paciente, resintiéndose la práctica de todo el método semiológico en su conjunto.

Es importante recordar aquí que la relación médico-paciente, se inicia con una anamnesis que representa un diálogo, en el que el médico en forma prudente, escucha al paciente permitiendo un relato repleto de significados. Es así como inicialmente y producido el encuentro médico-paciente, se considera que lo esencial es la escucha activa, que debe ser intentando en lo posible, no interrumpir el relato. Debemos mencionar que existe un estudio en que se demostró que el médico habitualmente interrumpe al paciente antes de los 24 segundos, lo que constituye un obstáculo, no permitiéndole una expresión fluida en su relato (66). A continuación y solo una vez que se ha completado el relato, debe paulatinamente sistematizarse el interrogatorio, palabra a palabra, diálogo a diálogo, constituyéndose así una “literatura de enfermedad”, aclarando vivencias y significados, luego el examen clínico prolijo, sistemático, siguiendo en forma ordenada, secuencial, coherente y rigurosa, todas las etapas del método clínico. Siempre respetando al enfermo en su dignidad, considerando el contexto, pudor, derecho a la intimidad y confidencialidad. Como es lógico, todas éstas son actividades diagnósticas, requieren un tiempo, el cual se

considera bien invertido. El médico es clínico porque sabe realizar bien un conjunto de gestos artesanales (37), (51). Dada la disponibilidad, los médicos actuales se ven tentados tempranamente con los exámenes tecnológicos en sofisticados equipos y que muchas veces resultan innecesarios, practicando cada vez menos la semiología o el arte clínico. Debemos preservar y recuperar los aspectos humanos de la relación e ir al rescate del “arte médico” o “arte clínico”, dado que gran parte de este arte se ejerce a través de la semiología (*semeyon* signo, *logos* discurso) y la práctica clínica, (*kline*: cama) es decir al lado de la cama del paciente.

En este sentido si bien la semiología debe exponerse en los textos, no solo debe estar orientada a la pesquisa de síntomas y signos de enfermedad, como su enfoque principal, sino que toda su metodología y su enseñanza, debe estar complementada con el enfoque hacia la curación y de los cuidados del enfermo propiamente tal, imprimiéndose así un mayor énfasis en la diferencia esencial entre la enfermedad (curar) y el enfermo propiamente tal (cuidar).

La semiología es la disciplina a través de la cual, el estudiante adquiere conocimientos y habilidades para establecer una adecuada relación médico-paciente. Se inicia de este modo, en la maravillosa experiencia, de la atención del paciente y del diagnóstico clínico, que es en realidad una creación científica, técnica y artística, donde el médico accede a ese descubrimiento a través del método complejo propio de su profesión (67).

Refiriéndose a la oposición y al contraste que existe de las prácticas tecnológicas (que deshumanizan), con la semiología (el método exploratorio tradicional de la medicina), ejemplificamos aquí una sentencia de A. de Saint-Exupery, que no sólo a modo de escritor, sino que además como futurólogo, nos deja ésta reflexión, que consideramos muy atinente y que ejemplifica muy bien la importancia de la semiología y lo acelerada, deshumanizada y fría que resulta la tecnología:

“Yo creo que llegara el día en que el enfermo, de no sé qué, se abandonara a las manos de los médicos. Sin preguntarle nada, ellos le extraerán sangre, calcularán variables, multiplicaran unas con otras y finalmente curaran al enfermo con una sola píldora maravillosa. Pero si yo caigo enfermo, quisiera que llamaran a mi viejo médico de familia.

Él me mirará el ángulo del ojo, me tomará el pulso, palpará mi vientre, pondrá su oreja cálida sobre un blanco paño y me auscultará. Después toserá,... encenderá su pipa,... se frotará la barba,... y con una sonrisa,... calmará mi dolor. Desde luego yo admiro la ciencia, pero también admiro la sabiduría” (13).

Respecto a esta clarividente sentencia, la expresión “...sin preguntarle nada...” parece aludir y nos recuerda una idea que impresiona configurar, la prehistoria del consentimiento informado actual y por otro lado, ésta reflexión nos evoca la etapa de la medicina, en relación al modelo paternalista, que se sustentaba en la semiología y su arte. Con el objeto de evitar el reduccionismo, la relación ideal hoy, se consideraría, la de las decisiones compartidas de Siegler, tal como comentábamos en la sección 2. Al mismo tiempo, se deja entrever también como Saint-Exupery ya avizoraba para el futuro (hoy), una importante cuota de reduccionismo, lo que se reflejado mediante la expresión “... y sin preguntarle nada... extraerán sangre, calcularán variables y finalmente curarán al enfermo con una sola píldora maravillosa...” y como la técnica avasalladora influiría en la relación médico-paciente (13).

La segunda parte de la sentencia que expresa desde “... pero si yo caigo enfermo...”, hasta “... también admiro la sabiduría...”, se concentra en exponer la secuencia y cadencia de finos gestos semiológicos artesanales, por parte del médico de familia o tratante, en que se percibe claramente la confianza del paciente hacia su médico y la admiración que siente por su sabiduría. Es así como ésta sentencia sintetiza muy bien como ésta falta de equilibrio entre factores, como consentimiento informado, reduccionismo, tecnología, por una parte, y semiología, confianza, prudencia y sabiduría por otra, es capaz de ejercer su influencia provocando una tendencia hacia la gestación de una crisis.

Como veremos a continuación, en general en la conciencia de los médicos, persiste como una idea latente, la convicción de la utilidad de la práctica semiológica, la que en ocasiones puede no completarse con un adecuado rigor metodológico, por estar interviniendo factores extramédicos que influyen en la falta de ésta práctica y el modo de ejercicio médico.

Así, en lo relativo a las prácticas semiológicas, si revisamos un estudio que representa un análisis de opinión de más de 2.500 médicos clínicos, éste demuestra que más del 70% de

ellos, estima que la exploración semiológica, ofrece información relevante desde el punto de vista clínico. En este estudio además, entre el 75% al 100% de los pacientes, requieren una exploración semiológica detallada y sistemática. Adicionalmente al ser consultados respecto de las maniobras semiológicas, consideradas de mayor utilidad, o aquellas utilizadas en forma rutinaria, ellos son capaces de responder las que combinan una elevada frecuencia en su ejecución, con una elevada utilidad. Este estudio al que hacemos referencia, señala que hay algunas técnicas de extraordinaria utilidad, a pesar de su escasa utilización, como por ejemplo, el examen de fondo de ojo. Otras técnicas en cambio, son empleadas en forma muy frecuente con limitada eficiencia diagnóstica: ej. Palidez conjuntival, auscultación cardíaca (para caracterizar origen y severidad de un soplo cardíaco), palpación abdominal (para determinar tamaño y posición de los riñones). Existen también otras maniobras, que no se utilizan y no resultan de utilidad: ej. Examen de ondas de pulso venoso. Sin embargo existen algunas maniobras semiológicas que se emplean rutinariamente y que son de extraordinaria utilidad: ej. auscultación pulmonar para detectar ruidos patológicos, palpación abdominal en el caso de un abdomen agudo, las que como pruebas semiológicas resultan de gran rendimiento (65), (66).

Como se desprende de este estudio, existe por tanto en los médicos, la convicción de la utilidad de algunas maniobras semiológicas las que en algunas ocasiones, pueden no realizarse en su totalidad, en el contexto del examen clínico y por diversos motivos. Lo que se explica muy probablemente por razones extra médicas, propias del sistema o la institución, tales como, instituciones burocráticas, con múltiples formularios, el reduccionismo del modelo biomédico, la disponibilidad de tecnologías de utilidad diagnóstica, la influencia del complejo médico-industrial y en gran medida por la disminución en los tiempos de consulta, etc. (70).

Es importante hacer notar, como puede inferirse de los párrafos anteriores, que ambos factores, por un lado la relativa insuficiencia del abordaje de la relación médico-paciente en textos clásicos de medicina y de semiología médica, por un largo periodo y por otro la práctica cada vez menor de la semiología, por las razones expuestas, ambos factores se han potenciado, dando como resultado un deterioro aun mayor de la relación médico-paciente.

3.4- La incorporación de múltiples actores en la relación médico-paciente y la tendencia burocrático-mercantil de las organizaciones sanitarias.

Además de los cambios históricos por los que ha transitado la relación médico-paciente, con sus diferentes etapas, se han incorporado en la actualidad múltiples actores a la misma, en la que todos los individuos son agentes morales autónomos, con capacidad de tomar decisiones, lo que ha contribuido a complejizar aún más la relación médico-paciente. Paradójicamente, la suma de actores acaba muchas veces haciendo ésta relación todavía más impersonal. Incluso, ésto ha determinado paulatinamente un cambio de denominación de “relación médico-paciente”, al de su término más actual y representativo de “relación clínica” (18),(35).

Todos éstos cambios que se han venido produciendo en la sociedad actual, asociados al tiempo histórico que vivimos (postmodernidad), y contribuyen como factores para un progresivo deterioro de la relación médico-paciente, de lenta factura, sin embargo muy persistente en el tiempo, lo que lo ha hecho casi imperceptible para los médicos en su ejercicio clínico cotidiano. Existe además un correlato histórico para este cambio, en el sentido que todos los cambios sociohistóricos y revoluciones sociales han impactado también en la forma de ejercer la medicina y en la clínica.

Así como lo expusimos en la sección dos, en relación a la evolución histórica de la relación médico-paciente, varios autores han propuesto su propia clasificación, que en general se interpretan como relativamente equivalentes, con la intención de mostrarnos la dirección de éstos cambios, en el sentido en que éstos se manifiestan, insinuando lo que puede entenderse como el proceso de incubación o el germen de una crisis, secundario a éstos profundos cambios. Entre estos autores destacan, M. Siegler (actualmente la era de las decisiones compartidas), J. Lázaro (desde una relación vertical hacia una horizontal), E. Emanuel (el médico ideal es el humanista que ejerce el modelo deliberativo), que han desarrollado esta temática con gran profundidad (3), (16), (62). Cabe reiterar que la introducción de múltiples actores en la relación médico-paciente, hoy relación clínica, así como su práctica en organizaciones burocráticas e insertas en sistemas complejos, hace que se encuentre influida por amplios y variados factores. La práctica clínica, con toda su inherente complejidad, además se encuentra inmersa en el contexto de una sociedad de

consumo, cuya tendencia burocrático-mercantil, hace considerar la salud como un bien de consumo, además estos elementos se combinan, en una sociedad democrática en donde los cambios organizacionales sociológicos e históricos hoy ya se encuentran profundamente arraigados.

La complejidad de la relación clínica actual, que se encuentra inmersa en este contexto, es decir, con múltiples actores, en un entorno burocrático-mercantil, se hace más compleja todavía, considerando además que el médico se encuentra cumpliendo al mismo tiempo, más de un rol en su quehacer profesional, posibilitando con ello la existencia de conflictos de interés.

En éste mismo sentido, otro factor de influencia sobre la relación médico-paciente actual es la “doble agencia” del médico. Es así como el médico se encuentra ejerciendo el arte de su actividad profesional, como ya insinuamos, entre dos flancos, (que representan una delgada línea en equilibrio), quien debe por un lado, su lealtad hacia el paciente y por otro, al intento de contención de costos en estas organizaciones burocráticas. En estas circunstancias el médico, siendo sometido a las presiones del sistema, se encuentra formando parte de todo un engranaje, ejerciendo su profesión solo como un médico asalariado (21), (72).

El tiempo que éste médico funcionario invierte en el acto médico, en estas organizaciones, es cada vez más breve, en un mundo que valora la eficiencia y el pragmatismo. Cada vez las grandes compañías aseguradoras de financiamiento y gestión clínica, están exigiendo a los médicos, mayores rendimientos y con menor tiempo disponible para la atención de los pacientes (70). El médico de esta forma se encuentra bajo la permanente tensión, de tener que atender a un paciente en escasos minutos y con la precisión de una ciencia exacta, sin poder invertir algunos minutos en mirar el rostro del enfermo, viéndose obligado a dirigirse pragmáticamente a la dolencia específica, más que a la totalidad de la persona en forma integral. Vivimos en una época en que el ideal, se reduce a la eficacia y cada pieza del sistema debe funcionar en el nivel más eficaz posible (70).

De esta forma este desplazamiento del arte curativo del médico, hacia una suerte de gestor técnico-administrativo, nos permite visualizar la instalación de ésta carencia afectivo-comunicativa, como un elemento decisivo para el arte de curar, aquel encuentro profundo y

personal, dialógico e intersubjetivo propio de un adecuado encuentro médico-paciente. Adicionalmente el complejo médico-industrial, integrado en su conjunto por la industria farmacéutica con sus profundas influencias, la industria de variadas tecnologías médicas, junto a instituciones sanitarias diversas, con sus profesionales y altos directivos, han mercantilizado las prácticas y han dejado al médico expuesto a los conflictos de interés. Lo anterior ha traído como consecuencia, que al médico se le ha restado parcialmente su autonomía profesional, convirtiéndolo en un médico funcionario, lo que adicionalmente tiene el potencial de generar sesgos y corromperlo, afectando la relación médico-paciente y resultando mediante éste mecanismo un daño para el paciente. De esta forma, la salud se está convirtiendo en una gran y compleja industria donde los procedimientos solo deben ser rentables (21).

También el carácter complejo y burocrático de las organizaciones sanitarias ha influido en la pérdida de la figura del médico tratante, sea éste en pacientes hospitalizados o ambulatorios en los policlínicos de salud, dando paso a una relación sanitaria impersonal, en que los pacientes son atendidos por un equipo de salud, perdiéndose la nitidez de la figura del médico tratante. Esto deja muchas veces al paciente insatisfecho en sus demandas y sobretodo en una situación de permanente anonimato siendo absorbido por una estructura compleja, burocrática y deshumanizada.

Esta combinación de burocracia, doble agencia, mercantilización y deshumanización, nos la expresa en forma muy clara y a la vez dramática Kusminsky, al plantearnos la siguiente reflexión:

“En el mundo masivo y globalizado, la persona se encuentra condenada a una existencia silenciosa y anodina. La enfermedad, el padecimiento le otorga al individuo, devenido ahora en paciente, la posibilidad de adquirir una singularidad que antes era inexistente. Se accede a la fortuna de hablar extensamente de sí mismo, de los padecimientos, del desequilibrio de la salud: El sufrimiento se aplaca algo, ante la apertura de grandes expectativas centradas en poder ser escuchado. Pero esas esperanzas se arrancan de cuajo cuando el paciente colisiona con la realidad de un médico que dispone de escasos minutos, que no genera ninguna corriente de empatía y casi sin levantar la mirada, condena a la persona al nuevo anonimato de haberse convertido en una enfermedad, más que un

enfermo. Ha comenzado el malestar, pues se pone en evidencia el conflicto entre el deseo del paciente, que es ser mirado y escuchado como enfermo y el deseo del médico que tiene como objeto de su interés, a la enfermedad, no al enfermo, ya que desde algunas perspectivas, es la enfermedad la que constituye al médico como tal” (73).

En la actualidad los hospitales se han convertido en organizaciones con una gran carga asistencial, burocráticas, con múltiples formularios y con escaso tiempo por parte de su personal, lo que aumenta la posibilidad de cometer errores y fomenta el desgaste profesional (74). Cada día y con mayor frecuencia, vemos que los hospitales son estructuras más complejas, en lo referente a recursos humanos y administrativos, en lo económico y en lo técnico, lo que asociado al pragmatismo y a la celeridad de la vida actual, hacen que el personal sanitario se mecanice en sus actividades cotidianas, lo que redundará en un trato rutinario e impersonal y en la consecuente deshumanización de la práctica médica.

3-5: Factores relacionados con el paciente y el contexto sociocultural:

3-5-1: Cambios en el paciente, la sociedad y las comunicaciones:

Como ya se ha comentado anteriormente, no solo ha cambiado el médico como agente sanitario en sus concepciones de enfermedad, en la forma de percibir la realidad cotidiana, de practicar la medicina, haciéndolo con una mentalidad pragmática e individualista. Sino que también por otra parte, se han producido todo un conjunto de cambios sociales, culturales e históricos, destacando principalmente el fenómeno de la globalización (p. ej. la pérdida de las fronteras, inmediatez en las comunicaciones, internacionalización de los mercados) y sus consecuencias, produciendo importantes cambios e influyendo en forma profunda, también en los pacientes, ya que éstos visualizan la medicina de hoy como un producto de consumo (75).

El paciente del siglo XXI es un paciente mucho más exigente, que ha transitado desde una actitud más bien pasiva, hacia un paciente empoderado y activo. Un paciente con muchos más recursos, mejor informado y con acceso a las tecnologías de información y

comunicación y toda la profusa información de que se dispone en forma instantánea en la red digital (31), (76).

Los sociólogos modernos plantean que vivimos en la sociedad de la incertidumbre, de cambios sociales y del exceso, y que estos cambios se reflejan también en las actitudes de los ciudadanos, respecto a la salud y los sistemas sanitarios. Así profundizando más en detalle se ha caracterizado al paciente del siglo XXI, como un usuario con las siguientes características (31):

- a) Posee un aumento del nivel de alfabetización formal.
- b) Tiene mayor nivel de educación reglada.
- c) Presenta mayor requerimiento de las necesidades de atención social y sociosanitaria.
- d) Presenta escasa educación cívica, en relación al uso de los bienes públicos.
- e) Demuestra un cambio de conducta, desde la categoría de paciente a la de cliente.
- f) Posee facilidades de acceso a la información de forma muy rápida en la web (47).

Este paciente del siglo XXI se presenta por tanto, mucho más informado y con facilidades de información, relativa a su salud, más empoderado, más demandante, mejor conocedor de sus derechos, percibiéndose a sí mismo en un ámbito más contractual y en algunas ocasiones cuestionando las indicaciones médicas (31). Todo esto también ha contribuido a la práctica de la medicina defensiva, producto de la judicialización y la reafirmación de los derechos del paciente.

Esta conflictividad se explicaría considerando que hoy día, en la co-responsabilidad o relación médico-paciente sustentada en decisiones compartidas, siempre frente a una indicación médica, nos encontramos que siempre existe asociado un juicio de valor, por parte del paciente y en cada decisión que le compete. De este modo, estos juicios de valor, con llevan ocasionalmente a decisiones, por parte de un paciente con todas las características mencionadas y además autónomo, que no siempre coinciden con las indicaciones técnicas médicas, lo que en su conjunto e imperceptiblemente ha contribuido a generar tensión en la relación médico-paciente.

3-5-2: Irrupción de las tecnologías de la información y comunicación:

En los últimos años se ha producido una explosión tecnológica en la comunicaciones a nivel global y en los distintos países en diferentes áreas, situación que también ha permeado el área médica, posibilitando comunicaciones instantáneas, entre lugares remotos, por medios digitales y electrónicos. Éstas comunicaciones se han integrado y se encuentran representadas por redes y servicios que conforman todo un amplio sistema, basado en las telecomunicaciones, la informática y la tecnología audiovisual. Todos estos elementos han permitido acceder, distribuir y compartir el conocimiento. De este modo las tecnologías de información y comunicación, han influenciado en la educación médica, como también en la comunicación y relación médico-paciente (77), (78).

Lo anterior ha dado como resultado grandes cambios que se han producido en la actualidad, y se continúan produciendo en la comunicación y en la relación médico-paciente, la que mediada por tecnologías tales como portales digitales, e-mail, WhatsApp, ha permitido mensajes instantáneos de uso masivo y de bajo costo.

Estos cambios indudablemente han influido en el sentido de facilitar la comunicación aumentando la inmediatez en las comunicaciones, produciendo múltiples aferencias entre los participantes de la comunicación, despersonalizando la relación médico-paciente, esencialmente eliminando lo presencial, tan importante en lo hermenéutico, en el diálogo y la comunicación. En especial si consideramos los componentes verbales y no verbales de la comunicación. Si bien se han hecho mucho más expeditas las comunicaciones a distancia, existe el riesgo de exponer información sensible, poniendo en riesgo la confidencialidad, por lo que algunos países por esta razón no recomiendan el uso de aplicaciones de mensajería (ej. WhatsApp), para el envío de información médica (78).

Existen ventajas y desventajas de la comunicación médico-paciente, mediada por estos dispositivos. Entre las ventajas, podemos señalar que se establece una comunicación muy veloz, se encuentra accesible la comunicación desde cualquier dispositivo y en forma remota, lo que ha representado amplias ventajas especialmente en telemedicina y situaciones de urgencia. También estas tecnologías posibilitan agendar una consulta con facilidad y online. Adicionalmente permiten mantener una comunicación fluida, fuera de

los horarios de atención, trasponiendo los límites geográficos y favoreciendo el intercambio informativo entre médicos.

Por otra parte, podemos señalar que existen también desventajas, como por ejemplo, pueden generarse malos entendidos por errores de interpretación o dactilográficos, como también, el hecho, de que este tipo de comunicación, no garantiza la privacidad y confidencialidad de los datos transmitidos (78).

En general y dado que la evolución jurídica es generalmente más lenta que el avance tecnológico, no existe en los diferentes países un claro marco regulatorio actual en este sentido.

Todos estos avances y cambios tecnológicos de la comunicación también están influenciando en forma negativa la relación médico-paciente propiamente tal, con desventajas que consideramos determinantes, tales como, contribuir a una despersonalización, situación que en ocasiones ha calado hondo, en la satisfacción de los pacientes, restando un ingrediente esencial, que representa lo presencial en el acto médico que siempre debe facilitar el diálogo cara a cara e integrando la comunicación verbal, no verbal y táctil .

3-6: Medicalización de la sociedad y mercantilización de la medicina.

Hoy día en la sociedad del conocimiento por una parte y la del consumo por otra, existe una tendencia generalizada a la medicalización de la vida y de la sociedad en su conjunto, lo que trae como consecuencia una especie de consumidor insatisfecho, resultando de este modo, un modelo consumista de la salud. Se está imponiendo el concepto “disease mongering”, que se traduce como una venta o mercantilización de enfermedades o enfermedades inventadas, cuyo objetivo es acrecentar los mercados para los que proveen o bien, venden tratamientos (79),(80). En este sentido, lo anterior está influyendo directamente sobre la actitud de doble agencia del médico y en consecuencia, generando tensión y contribuyendo también a la crisis que experimenta la relación médico-paciente.

Es así como aspectos emocionales normales de la vida ordinaria, como pueden ser fluctuaciones leves del ánimo, constituyendo solamente un estado de tristeza, son presentados como una seria enfermedad, etiquetándolos como una depresión, llevando a que se concluyan sobrediagnósticos, o bien la transformación de factores de riesgo en enfermedades propiamente tales, lo que acaba generando ansiedad en los pacientes. De esta forma se produce una categorización de procesos normales de la vida, como si fuesen serios procesos patológicos. La medicalización puede comprenderse como un proceso social, un cambio o transformación de la medicina, que la convierte en una estrategia biopolítica, para el control del cuerpo social, produciendo importantes consecuencias socio económicas. Algunos ven como objetivo final de esta estrategia, la explotación económica de los individuos, vía industria farmacéutica (77),(78).

Como una forma de reducir o paliar el daño producido a los pacientes por esta corriente estratégica, surge el concepto de “prevención cuaternaria”, como el intento de evitar o paliar el daño provocado a los pacientes, por la intervención médica o identificar y proteger a los pacientes, que están en riesgo de sobre atamamiento. Sin embargo, creemos que el concepto de prevención cuaternaria rebasa los límites de la medicina, ya que comprende aspectos de la sociedad en su conjunto, incluyendo componentes éticos, políticos, económicos y científicos. Si bien el paciente en la actualidad, como ya se ha mencionado anteriormente, se encuentra más informado, más empoderado y consciente de sus derechos, también se encuentra sometido a fuerzas de poder o control social, que por otra parte lo limitan, afectando también a la relación médico-paciente.

Debemos orientar nuestra forma de interpretar y nuestra definición de salud, no solo desde lo normativo, sino considerando también lo subjetivo, de tal modo que incorpore la dimensión humana, como también los aspectos sociales, políticos y económicos. Es decir, una definición de salud más vinculada con la vida (81),(82).

De este modo se está produciendo una cadena de consecuencias, a saber, medicalización de la sociedad y de la vida, influencias en lo económico, control social, doble agencia del médico, medicina defensiva, factores que han generado distorsión en la relación médico-paciente contribuyendo también entre otros factores para esta crisis.

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Considerando el devenir histórico de la relación medico-paciente, el binomio hipocrático muestra una tendencia a cambiar radicalmente en la sociedad actual, dado el número de actores que se han agregado en la relación sanitaria y por otra parte, hoy día vivimos en una época de afirmación de derechos, lo que también ha influido profundamente en la práctica médica, en que los valores y creencias de los pacientes de hoy son de extraordinaria importancia y distintos a épocas pasadas. Por otra parte, el avance tecnológico, según hemos visto, es siempre continuo y acelerado y las organizaciones sanitarias se han tornado cada vez más complejas y burocráticas, como asimismo la práctica médica se ve cada vez más influenciada por la economía de mercado, generando costos progresivamente más difíciles de contener. La economía en salud con estos altos costos, también ha posibilitado la existencia de conflictos de interés, afectando al paciente y contribuyendo en forma importante a esta crisis. Todos estos cambios en conjunto han generado un proceso cambio civilizatorio y han contribuido a generar esta crisis. Su impacto e influencia se ha visualizado a todo nivel en la práctica médica, influyendo a pacientes, médicos, la forma en que estos se relacionan, impacto también en la sociedad, medicalización, mercantilización, reduccionismo y uso desmesurado de la tecnología. Cabe hacer notar que todos estos cambios, se han producido solo en aproximadamente los últimos 40 años, es decir, en un periodo relativamente corto de tiempo, generando todo tipo de influencias en la medicina como práctica y al unísono. En este contexto la gran influencia que ha tenido la economía y los altos costos en salud, ha generado un proceso que algunos consideran difícil de afrontar.

Como se comentó en el desarrollo de este trabajo, algunos autores internacionales fundamentalmente en el ámbito anglosajón, ya han manifestado que la medicina actualmente está enferma, planteándose si ésta puede ser curada, ya que nos encontraríamos en una etapa histórica, de corrupción de nuestra profesión, influida por amplios y variados factores actuales, principalmente la influencia del modelo económico que junto a otros factores están actuando en conjunto y sinérgicamente. También médicos y académicos

chilenos considerados líderes de opinión en temas de ética médica y bioética, están actualmente percibiendo que efectivamente hoy nos encontramos en una crisis, en variados aspectos del quehacer médico, en que somos testigos y participantes, a saber, crisis en la relación médico-paciente, crisis en el modelo médico actual o también llamada por algunos crisis de la medicina, planteando que la medicina hoy se encuentra enferma e introduciendo la interrogante de si ésta puede de algún modo ser curada. La sensación es que estamos frente a una situación de difícil abordaje, por la fuerza de la tendencia, dado que según algunas opiniones de expertos, sería relativamente poco eficiente como solución, enfocarse preferentemente solo en educar a los médicos en valores, como compasión, empatía, etcétera, considerando que existen factores más amplios y generales, como cambios a todo nivel en la sociedad actual (médico, paciente, relaciones sociales, reafirmación de derechos, mercantilización, consumismo), difíciles de afrontar, que están influenciando en forma desfavorable a la relación médico-paciente.

Considerando que dentro de la tradición médica, la relación médico-paciente, ha sufrido cambios históricos que se comprenden a la luz de macro-cambios económicos, sociales y culturales, ya establecidos, proponemos que se fundamenta y justifica la importancia de influir positivamente en lo que está nuestro alcance, interviniendo sobre el agente sanitario. Proponemos realizarlo con todos los esfuerzos que estén a nuestra disposición, para lograr una adecuada formación ética de nuestros estudiantes de pre y postgrado. El objetivo que se busca al intervenir en el agente, es formar médicos con sensibilidad ética, compasivos, empáticos, humanos, prudentes, dialogantes y con alto grado de responsabilidad en las decisiones, sin olvidar que aun en la actualidad, la relación médico-paciente sigue siendo una relación de ayuda. El *ethos*, el carácter fiduciario y la relación de ayuda no han cambiado en el transcurso de la historia y la relación médico-paciente se mantiene como núcleo esencial de la medicina, por lo que nosotros los médicos debemos cuidarla ya que constituye un patrimonio universal.

En este sentido como médicos debemos reconocer y tomar conciencia de nuestra responsabilidad social y ética, para que en ésta relación interhumana, médico-paciente, hoy relación sanitaria, logremos por sobretodo, satisfacer las necesidades específicamente humanas de nuestros pacientes, fundamentado especialmente en los actuales fines de la

medicina y al mismo tiempo satisfacer sus expectativas en el proceso (de enfermar-sanar-cuidar-acompañar) terapéutico. Esta satisfacción de sus expectativas debemos realizarla con la mayor eficacia, tanto en lo referente a la eficacia biológica, como también a la eficacia simbólica, prestando especial atención a los relatos del padecer y a los dominios que se encuentran más allá de la ciencia y así de esta forma lograr cumplir con los postulados de una tradición médica milenaria.

En las últimas décadas se percibe una crisis en la práctica de la relación médico-paciente y un desplazamiento de las habilidades clínicas y de la exploración física, con tendencia a excluirlas o subestimarlas, sin embargo no podemos ignorar los grandes progresos de la tecnología y los grandes logros alcanzados, tanto en diagnóstico como en tratamiento. La fórmula que nos parece la más adecuada no es oponer la relación médico-paciente y sus componentes afectivos y humanos, frente a frente con la tecnología, sino buscar la mejor fusión e imbricación logrando un adecuado equilibrio de ambos aspectos, que permita una práctica médica, con base científica en la aplicación de los conocimientos, pero al mismo tiempo empática y humanizada, dentro del ámbito del diálogo y respetando siempre la dignidad del paciente. Lo anterior debe ir asociado siempre a un uso criterioso y prudente de las tecnologías y evitando el reduccionismo por parte del médico y agentes sanitarios, considerando las que hayan demostrado su utilidad y eficacia en ayudar a un mejor diagnóstico o tratamiento, sin que éstas se conviertan en un fin en sí mismas, ni corrompan al médico ni las instituciones. También otro aspecto de las tecnologías de información y comunicación, también han debilitado la relación médico-paciente, prescindiendo en ocasiones de lo presencial, tan importante en los aspectos de la comunicación.

Varias de estas causas o factores enumerados, fundamentalmente los que se refieren a los de orden sociohistórico, como se comprende son difíciles de revertir, dado que son situaciones que ya están instaladas en la idiosincrasia de la sociedad postmoderna, la economía, la tecnología, el carácter burocrático de las instituciones, el momento histórico actual asociado a los valores, significados y creencias de los médicos y pacientes. Sin embargo pensamos que el factor en que podemos y debemos intervenir, es precisamente en el agente moral, en el médico e intentando aspirar a la excelencia en su quehacer cotidiano,

mediante el ejercicio de las virtudes. Los factores que dependen del médico son los que debiéramos modificar para intentar revertir esta tendencia.

Es importantísimo y fundamental influir positivamente en las universidades en lo referente a la educación médica, con permanentes innovaciones curriculares, mediante el cultivo de las humanidades medicas tales como, literatura, formación ética, filosófica y sobretodo en la conciencia del médico, lo que constituye una urgencia médico-social. Consideramos que precisamente es el médico con conciencia, el que reclama la sociedad contemporánea, conciencia social, conciencia humanitaria, conciencia económica, conciencia en las decisiones relativas a la práctica médica, para evaluarlas y ponderarlas, incorporándole conciencia a la ciencia, logrando supeditar la técnica a la ética. En definitiva el aspecto que queremos destacar es la ética y la conciencia global del médico, como agente moral para lograr decisiones prudentes y con responsabilidad. También es importante señalar, que otro factor que introduce complejidad y deteriora la relación médico- paciente o la modifica sustancialmente, es la incorporación de múltiples actores en este vínculo, dando paso a un cambio de denominación, es decir, hoy denominada relación clínica, que iría mucho más allá de lo semántico, determinando amplias implicancias e introduciendo otras variables que la harían más compleja. La medicina tiene un estatuto moral y una responsabilidad necesariamente distinta a la ciencia, considerando que su objeto de estudio es el hombre y su misión más que la búsqueda del conocimiento, propio de la ciencia, es fundamentalmente una misión de proporcionar ayuda al paciente, siendo una empresa de carácter moral.

En ésta misma línea de acción la práctica de la ética de la virtud (17) o las virtudes del agente cobran en éste sentido la mayor importancia, dado que son un factor en el cual efectivamente no solo podemos, sino que debemos intervenir con el objetivo de realizar un verdadero cambio de actitudes y de conductas. La formación en ética médica y en las humanidades médicas de los estudiantes es realmente el factor que podemos y debemos intervenir, especialmente insistiendo en el modelo bio-psico-social, para lograr un efecto multiplicador en lo relativo a la más amplia comprensión de la condición humana y así con la enseñanza de estos ideales, que éstos graduados a su vez retransmitan estos valores.

Cada estudiante de pregrado y postgrado debe recibir una sólida formación en valores, con estudios sistemáticos en distintas disciplinas humanísticas que van a complementar los estudios científicos médicos, representando un amplio saber de lo humano e intentando evitar que el producto sea un médico tecnócrata. Debemos enseñarle asimismo a los estudiantes de medicina a tener una actitud crítica, a hacer siempre lo adecuado, lo necesario, lo correcto, lo prudente replanteándose cada vez que sea necesario, una y otra vez, la pregunta ética por excelencia, ¿Qué debo hacer? Así, la ética o la respuesta a ésta pregunta, al igual que la ciencia, también representa un saber, el saber ser, es decir, el comportamiento, las actitudes y las conductas, tan relevantes en la práctica clínica de hoy. Todo esto, que constituye este saber ser, se verá representado en todas las decisiones que el médico debe tomar. Y así armonizando hechos y valores, dándose respuesta a sí mismo, con las herramientas y metodologías que se le han enseñado.

La relación médico-paciente que proponemos es aquella que considera al paciente en todo su contexto, en sus aspectos bio-psico-sociales, poseedor de su dignidad inalienable, basada en una relación de escucha activa, confiriendo especial relevancia al dominio antropológico y narrativo, basado en el relato, interpretación y experiencia de padecer, permitiendo un diálogo terapéutico y fecundo, que se va construyendo lentamente, palabra a palabra, diálogo a diálogo, que se basa en la confianza, que comparte decisiones y por sobre todo, que se alcance la beneficencia en confianza y que siendo empático, respete la autonomía y dignidad del paciente.

De capital importancia para lograr revertir esta lenta, prolongada, pero persistente tendencia del deterioro o crisis de la relación médico paciente, es llenar el relativo vacío que se ha ido instalando en la formación humanista y filosófica de los estudiantes de medicina y de las ciencias de la salud en general, que es un factor de primordial importancia a tener en cuenta. A pesar de ello nos consideramos optimistas en pensar, que se puede remontar ésta situación, para así en lo posible lograr revertir ésta tendencia. La formación en humanidades médicas, mejorar la práctica semiológica, así como el estudio sistemático de la relación médico-paciente, en combinación con las ciencias, representan una complementación de saberes, para lograr un médico virtuoso e íntegro, tan necesario en nuestra sociedad actual. Ahora, ¿cómo podemos lograrlo?, debemos hacerlo con todo al

aparataje académico, recursos, textos actualizados, técnicas docentes, educativas y formativas para tratar estos temas, que estén a nuestro alcance y muy en especial, enseñando a través de nuestro ejemplo. Debemos también proponer los cambios y las innovaciones curriculares necesarias en las distintas universidades, insistiendo en forma sistemática en la docencia en la ética, bioética y humanidades médicas. Entre estas disciplinas mencionamos la literatura, la historia de la medicina, la filosofía de las ciencias, la filosofía, la ética (la filosofía de la conducta) y bioética, impartiendo a los estudiantes y médicos, los conocimientos teóricos y prácticos, propendiendo a la perfección de las competencias, habilidades, destrezas y fundamentalmente a la prudencia en las decisiones, actitudes y comportamientos. Éstas materias, que derivaran en éstas decisiones y comportamientos, deben ser enseñadas a los médicos, con el mismo rigor metodológico con textos y capítulos en profundidad, que otras materias, tales como fisiopatología, biología, patología etcétera. En síntesis, es en las actitudes (saber ser), donde debe verse reflejado un adecuado aprendizaje, un cambio de conducta y perspectiva, que nos estimule a actuar con responsabilidad, así como el amplio dominio de estas disciplinas y su perfecta aplicación a la *praxis* médica diaria y a cada ideal de “acto médico”. Dado que la medicina es una ciencia social y humana, el médico debe conocer también los aspectos psicológicos, antropológicos y sociales del paciente.

Por supuesto que el paciente del siglo XXI es también un paciente distinto, que también ha cambiado, más exigente y empoderado, consciente de sus derechos como persona, dueño también de sus propios juicios de valor, respecto de procedimientos o tratamientos, que le competen en relación a su salud. Las condiciones y características de este paciente, están indudablemente influenciadas por el tiempo histórico que le ha tocado vivir, ya que el contexto social en que se encuentra inmerso también ha cambiado notablemente. Proponemos también que otra forma de enfrentar esta crisis, aparte de influir positivamente en el agente, es que como médicos debemos adaptarnos a ésta circunstancia, comprendiéndola no solo como una crisis, sino también como una re-definición de la relación-médico paciente, dado que en general, salvo educarlo en el seno de la relación, no es posible en la actualidad, propender a cambios en el paciente. Son características del paciente del siglo XXI, ya instaladas, el de ser un paciente influenciado en su conjunto por los valores de la sociedad actual.

En este mismo sentido aparte de los cambios en el paciente, el médico, la forma de relacionarse, también ha cambiado en su conjunto la sociedad actual, que se caracteriza por ser una sociedad medicalizada, basada en una economía de consumo, una sociedad del conocimiento, de las comunicaciones instantáneas, digitalizada, de la inmediatez, globalizada, materialista, consumista, hedonista e individualista.

Estos aspectos que ya no dependen directamente del médico, que llamaremos los factores extra médicos, como los de carácter sociohistóricos, sociales o culturales, son más difíciles de intervenir, pues ya se encuentran profundamente arraigados en la sociedad actual y escapan al dominio del médico clínico, por encontrarse además en una esfera que va más allá de su ámbito de competencia y fuera del microespacio de la relación medico- paciente, hoy relación clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín L, Lechuga B. La Problemática Actual en la Relación Médico-Paciente: Una Visión Reduccionista vs. Una Visión Integradora. Julio-Septiembre Vol [Internet]. 2005 [cited 2018 Feb 24];6(3). Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2005/spn053g.pdf>
2. Follari R. Revisando el concepto de postmodernidad. *Quor Acad.* 2006;3(1):37–50.
3. Siegler M. Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente. In: *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*. 2011. p. 1–65.
4. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 2007;5(1):57–65.
5. Ciriani Cernadas J. ¿Podemos revertir el deterioro de la relacion medico- paciente? *Arch Argent Pediatr.* 2016;114(4):290–1.
6. Goic A, Chamorro G, Reyes H. *Semiología Médica 3a Ed.* 3rd ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2010.
7. Posada GS, Ochoa LFF, Zuluaga CG, Bayron León Osorio Herrera. Las humanidades encierran un tesoro. *Rev Lasallista Investig [Internet]*. 2017 Nov 9 [cited 2018 Mar 5];14(2):180–91. Available from: <http://repository.lasallista.edu.co:8080/ojs/index.php/rldi/article/view/1533>
8. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care. *Ann Intern Med [Internet]*. 1978;88(2):251–8. Available from: <http://www.annals.org/content/88/2/251.abstract>
9. Ángel Sánchez González M. *Bioética en ciencias de la salud*. Elsevier, editor. 2012.
10. Gadamer H-G. *EL estado oculto de la salud*. Gedisa; 1996.
11. Rillo A. Aproximación ontológica al sentido originario de la salud desde la hermenéutica filosófica. *Rev Hum Med.* 2008;

12. Posada R. Hermenéutica y medicina [Internet]. 2009 [cited 2018 Feb 24] p. 103–13. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v23n1/v23n1a11.pdf>
13. Artacho JA. Relación médico paciente y subjetividad. 2013;
14. Gomez Esteban R. Reflexiones sobre la relacion medico paciente. Rev la Asoc española Neuropsiquiatr. 1989;9(29):181–90.
15. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia* The doctor-patient relationship in history*. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2006 [cited 2018 Feb 24];29(3). Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original1.pdf>
16. Laín Entralgo P. La Relación Médico-Enfermo. Revista de Occidente. Madrid: Revista de Occidente; 1964. 508 p.
17. Pellegrino E. For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care [Internet]. Ethics. Oxford University Press; 1988 [cited 2018 Feb 24]. Available from: <http://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/293201>
18. Hoyos J. La relación médico paciente: entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma. IATREA [Internet]. 2001 [cited 2018 Feb 24];14(9):141–8. Available from: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2734/1/HoyosJulio_relacionmedicopacientesupremciasignoexclusionsintoma.pdf
19. Simon P. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. 1995;105(14):583–97.
20. Simón Pablo. Diez Mitos en Torno al Consentimiento Informado. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2006 [cited 2019 Apr 29];29–40. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600004
21. Ortiz Pommier A. Gestión Clínica y Conflicto de Intereses. Acta Bioeth. 2009;15(8):157–64.

22. Smith Richard. ¿Se puede curar la medicina? La corrupción de una profesión - Plataforma por la Salud y la Sanidad Publica de Asturias. Plataforma por la Salud y la Sanidad Publica de Asturias [Internet]. 2019 Feb 20 [cited 2019 Mar 29];1. Available from: <http://www.sanidadpublicaasturias.org/se-puede-curar-la-medicina-la-corrupcion-de-una-profesion/>
23. Koppmann A. ECONOMIA y NEGOCIOS: ¿Puede la medicina ser curada? El Mercurio [Internet]. 2019 Feb 3 [cited 2019 Mar 28];2. Available from: <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=549032>
24. Vukusich A. ECONOMIA Y NEGOCIOS: ¿Puede la medicina ser curada? El Mercurio [Internet]. 2019 Feb 25 [cited 2019 Mar 28];2. Available from: <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=549312>
25. Zalaquett R. ECONOMIA Y NEGOCIOS: ¿Puede la medicina ser curada? El Mercurio [Internet]. 2019 Feb 26 [cited 2019 Mar 28];2. Available from: <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=549563>
26. Beca JP OM. ECONOMIA Y NEGOCIOS: ¿Puede la medicina ser curada? El Mercurio [Internet]. 2019 Feb 27 [cited 2019 Mar 28];2. Available from: <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=549803>
27. Valenzuela P, Pezoa M. Estudio de opinion a usuarios del sistema de salud, reforma y posicionamiento de la superintendencia de salud [Internet]. 2015. p. 35–7. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-12432_recurso_1.pdf
28. Osler W. Aequanimitas with other adresses to medical students, nurses and practioners of medicin. P. Blakiston, editor. 1922.
29. Von Weizaecker V, Sarro R, Scholz V, Enrich J. El hombre enfermo: una introduccion a la antropologia medica. Luis Miracle, editor. 1956.
30. Goldman, Ausiello. Cecil: tratado de medicina interna. 23ava ed. 2009. Cap 1, pag 3-6.

31. Jovell AJ. El paciente del siglo XXI The XXI century patient. 2006;29:85–90.
32. Donohoe M, Danielson S. A community-based approach to the medical humanities. *Med Educ.* 2004;38(2):204–17.
33. Mathiasen H. Literature and medicine: The human experience. *Am J Cardiol.* 1997;79(9):1222–5.
34. Lazaro J, A P. Las humanidades en medicina del siglo XXI. *Eidon.* 2009;29:22–7.
35. Gracia D. Contribucion de las humanidades medicas a la formacion del medico. *Humanitas (Monterey N L)* [Internet]. 2006 [cited 2018 Mar 19];1:1–32. Available from: <http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/TM1.pdf>
36. Lazaro J. Las humanidades medicas en la España actual. *Eidon.* 2005;18:36–40.
37. Molina N. Bioethics training in health sciences. *Cienc y Tecnol para la salud Vis y Ocul.* 2016;14(1):117–32.
38. Menéndez E. Modelo Hegemonico y Atencion primaria, Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1998. p. 30 ; 451-464.
39. Peña D. Etica, humanismo y espiritualidad en la conduccion del sistema de salud: de los conceptos a la practica. *Panor Cuba y Salud.* 2016;11(3):31–42.
40. Dupuy L. Anamnesis de la anamnesis Anamnesis of the anamnesis. *Arch Med Fam y Gen.* 2012;1(9):25–36.
41. Ruiz Schneider C. Humanidades Y Educación: El Papel De La Crítica. *Rev Chil Lit.* 2013 Nov 27;(84):163–8.
42. Maglio F. Los pacientes me enseñan. Libros el Zorzal buenos A, editor. 2011.
43. Fred HL. Hyposkillia: deficiency of clinical skills. *Texas Hear Inst J* [Internet]. 2005 [cited 2018 Mar 5];32(3):255–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16392201>
44. Lizaraso F. Humanismo médico, una competencia a desarrollar. *Rev Horiz Médico.*

2011;11(2):64.

45. Romero Leguizamón CR. ¿ Medicina : arte o ciencia ? Una reflexión sobre las artes en la educación medica. *Educ Médica* [Internet]. 2018;19(6):359–68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.04.005>
46. Guardiola E, Baños J-E. “Del medico que no sabe mas que Medicina...” o la publicacion de articulos no medicos en revistas medicas. *Med (Buenos Aires)*. 2016;12(4):193–5.
47. Patiño-Restrepo José. La tecmología afecta la relación médico-paciente. *Cir Cir* [Internet]. 2016 [cited 2019 May 25];84(80–87):8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-pdf-X0009741116539978>
48. Sanchez Gonzalez MA. *Bioetica en ciencias de la salud*. Elsevier, editor. Barcelona; 2013.
49. Camejo Ramos L, Valdes I. Sociedad y medicina: paradigmas medicos en la coordenadas de la modernidad. *Panor Cuba y Salud*. 2016;11(1):40–6.
50. Lopez-Garcia R. Cirugía: una meditación hacia el futuro. *Cir Ciruj*. 2001;69(2):107–8.
51. Flichtentrei Daniel. La soledad de los datos (conferencia IntraMed) - Puntos de vista - IntraMed [Internet]. www.intramed.net/93489. 2019 [cited 2019 May 1]. p. 1:01:52. Available from: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93489>
52. Edgardo Moretti. Challenges of Biochemistry in the hyper technological era Desafios da Bioquímica na era da hipertecnologià hipertecnologià Edgardo Moretti 1a. *Acta Bioquímica Clínica Latinoam Inc al Chem Abstr Serv* [Internet]. 2016 [cited 2019 May 28];50(4):791–6. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/abcl/v50n4/v50n4a27.pdf>
53. Aguilar Baltasar. Humanidades Médicas. Su vigencia para la práctica clínica. *Rev Uruguay Cardiol* [Internet]. 2014 [cited 2019 May 25];29(2):169–72. Available

from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202014000200003

54. Benzaquen Perosa G. Relación clínica: Guía para aprender, enseñar e investigar. *Interfase Comun salud y Educ.* 2008;12(24):211–3.
55. Moral RR, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿ Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación. *Atención primaria [Internet]*. 2003;32(10):594–602. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79339-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79339-1)
56. Cabrera AP, Mendoza J, Armas R, Cluzet O. Latin American perspectives on person-centered medicine. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016;33(4):801–10.
57. Bensaid N. *La consulta médica*. XXI S, editor. 1976.
58. Dörr A. Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Rev Med Chil.* 2004;132:1431–6.
59. Peabody F. *The Care of the Patient*. *jama.* 1927;313:877–82.
60. Rodríguez-Montes JA. Decadencia del arte clínico y auge de la medicina high-tech. *Rev Clínica Española [Internet]*. 2009 Sep 1 [cited 2018 Mar 5];209(8):361–3. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014256509723380>
61. Barbado Hernandez F. Medicina y literatura en la formación del médico residente de medicina interna. *An Med interna.* 2007;24(4):195–200.
62. Rof Carballo J. *Desarrollo de la patología psicósomática*. Motalvo P, editor. Madrid; 1955. 25-44 p.
63. Navarro F. Biblioteca literaria para médicos (I). *Med y Cine.* 2015;11(2).
64. Navarro F. Biblioteca literaria para médicos (II). *Med y Cine.* 2015;11(3).
65. Montiel L. Medicina y Literatura. Conf Inaug del XXI Congr Nac Semer. 1999;nº extraor(5):21–6.

66. Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med*. 2001;33(7):528–32.
67. Olivero R, Barráez C. Importancia de la semiología médica en la adquisición de las competencias del médico. *Salus*. 2011;31–6.
68. Elder A, McManus C, Patrick A, Nair K, Vaughan L, Dacre J. The value of clinical examination in clinical practice. *Clin Med*. 2017;17:490–8.
69. Millan Nuñez-Cortés J. Semiología clínica: ¿Quo vadis? *Educ Medica*. 2018;19(6):319.
70. Braddock III CH, Snyder L. The doctor will see you shortly: the ethical significance of time for the patient-physician relationship. *Jourgen Gen Intern Med*. 2005;20(11):1057–62.
71. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship [Cuatro modelos de relación médico-paciente]. *JAMA J Am Med Assoc* [Internet]. 1992 Apr 22 [cited 2018 Feb 24];267(16):2221–6. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1992.03480160079038>
72. Jaim Etcheverry Guillermo. La misión del médico en la sociedad actual. *Rev Front en Med* [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 29];3:100–3. Available from: <http://www.revistafronteras.com.ar/contenido/art.php?recordID=MTM1NQ==>
73. Kusminsky G. Modelos ficcionales en la relación paciente médico. *Med (Buenos Aires)*. 2017;77(9):247–9.
74. Brea Feijo JM. Decálogo para una buena relación médico-paciente [Internet]. Vol. 14, *Cadernos de atención primaria*, ISSN-e 1134-3583, Vol. 14, N°. 4, 2007, págs. 240-244. Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria; 2007 [cited 2019 Mar 4]. 240-244 p. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2528382>
75. Oyarzun Ebensperger E. Crisis del modelo médico actual. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2017 Dec [cited 2018 Mar 5];82(6):659–65. Available from:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000600659&lng=en&nrm=iso&tlng=en

76. Beca-Infante JP. La relación médico-paciente en el siglo 21. *Rev Chil enfermedades Respir* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 29];34(4):209–11. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482018000400209&lng=en&nrm=iso&tlng=en
77. Perez Martinot M. Uso actual de las tecnologías de informacion y comunicacion en la educacion medica. *Rev Medica Hered*. 2017;28:258–65.
78. Krynski L, Goldfarb G, Maglio I. La comunicación con los pacientes mediada por tecnología: WhatsApp, e-mail, portales. El desafío del pediatra en la era digital. *Arch Argent Pediatr*. 2018;116(4):554–9.
79. Aguilar Fleitas Baltasar. Medicalización de la vida. *Rev Uruguaya Cardiol* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 29];30(3):262–7. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202015000300003
80. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* [Internet]. 2002 Apr 13 [cited 2019 Apr 29];324(7342):886–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11950740>
81. Valle R La. Sobre la medicalización orígenes , causas y consecuencias Parte I. *Rev Hosp Ital BAires*. 2014;34 (2)(6):67–72.
82. Valle R La. Sobre la medicalización orígenes , causas y consecuencias Parte II. *Rev Hosp Ital BAires*. 2014;34 (3)(5):1–5.
83. SZASZ TS, HOLLENDER MH. A Contribution to the Philosophy of medicine. *AMA Arch Intern Med* [Internet]. 1956 May 1 [cited 2019 Apr 22];97(5):585. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.1956.002502300>

79008

84. Gonzalez J., Antolin F. Concepto y marco de la relacion medico-paciente. *Semin Med.* 46(2):61–6.
85. Balint M. *The doctor, his patient and the illness.* 1955;
86. Oprea L. An analytic review of the doctor-patient relationship (part I). 2013 [cited 2019 Apr 22];7(3):142–53. Available from:
<https://www.mendeley.com/catalogue/analytic-review-doctorpatient-relationship-part-i/>