

Relación Médico – Paciente y Modelos de atención

Dr. Jesús Humberto Del Real Sánchez

Introducción

La relación médico paciente (RMP) es la piedra angular sobre la que descansa el ejercicio de la práctica médica, ya que de ella depende, en buena parte, el apego al tratamiento y la curación de la enfermedad, en los casos en que ésta sea curable o el control de ésta en el caso de que no lo sea.

La falta de apego al tratamiento es debida, entre otros motivos, a las diferencias entre lo que piensa el médico y lo que piensa el paciente de la enfermedad (Sweeney K.G. - Edwards K.- Stead J.- Halpin, D., *A comparison of professionals` and patients of asthma. Evidence of emerging dualities?* Journal of Medical Ethics: Medical Humanities 2001; 27: 20-35) a que el médico no toma en cuenta los puntos de vista del paciente y no proporciona la suficiente información sobre la enfermedad, y que esta información no es comprendida por el paciente para que pueda ejercer su autonomía y corresponsabilidad para cumplir las indicaciones (Schwartz N., *Medical compliance and childhood asthma on Mexican Border: They think you are God.* Frontera Norte 2002; 14 (27): 155-179).

En la mayoría de las ocasiones la toma de decisiones es vertical, asimétrica y sin verificar que el paciente haya entendido las indicaciones como lo demuestran los resultados de un estudio llevado a cabo en Fortaleza, Brasil (Caprara A.-Rodríguez J., *A Relacao assimétrica médico-paciente: repensando o vinculo terapêutico.* Ciencia e Saúde Colectiva 2004; 9 (1): 138-146) en el cual el 39% de los médicos no explicaron en forma clara y comprensiva el problema por el que acudieron a consulta, el 58% no verificó el grado de entendimiento de los pacientes sobre el diagnóstico dado y finalmente el 53% no verificó la comprensión del paciente sobre las indicaciones terapéuticas. Para algunos, el apego al tratamiento depende de una buena comunicación entre el médico y el paciente (Gillissen A., *Patient`s adherent in asthma.* Journal of Physiology and Pharmacology 2007; 58, Suppl. 5: 205-227).

Estudio de la relación médico paciente

La RMP es la interacción cara a cara que se establece entre el médico, quien pone en juego su capacidad técnica y su formación profesional en la atención del individuo con algún problema de salud, y el paciente, quien demanda atención. Las expectativas con las que ambas partes llegan a la consulta son diferentes, se fueron formando conforme a su posición en el contexto social al que pertenecen, sus condiciones de vida, sus vivencias pasadas en la atención de la salud, sus experiencias profesionales, el marco institucional en que se ubican y las percepciones sobre el otro.

El estudio científico de la RMP desde las ciencias sociales se inicia desde la perspectiva del estructuralismo funcional de Talcott Parsons quien consideró al paciente enfermo como un desviado que debería buscar la ayuda de un profesional de la medicina y al médico como el encargado de tratar de devolverle el estado de salud y reintegrar al enfermo a las actividades normales. Ver cuadro 1. (Parsons, T. *The Social System*, Free Press, New York, 1951).

A partir de la segunda mitad del siglo XX han ocurrido una serie de cambios en la RMP, motivados por los movimientos de los derechos civiles en los Estados Unidos y los derechos de los pacientes en ese mismo país. De acuerdo con Lázaro y Gracia, el paso del modelo paternalista al modelo autonomista supuso una serie de cambios tales como:

1. El enfermo que tradicionalmente había sido considerado como receptor pasivo de las decisiones del médico se convirtió a finales del siglo XX en un agente con derechos y capacidad de decisión autónoma sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que le eran ofrecidos y que ya no se le pueden imponer como antes.
2. El médico que de ser un padre sacerdotal se fue transformando en un asesor técnico de sus pacientes, a los que les ofrece sus conocimientos y consejos, pero cuyas decisiones ya no asume.
3. La relación clínica, que de ser vertical e *infantilizante* como si el enfermo fuera un menor de edad, se fue *horizontalizando* y adaptando al tipo de relaciones propias de sujetos adultos en sociedades democráticas (Lázaro J. - Gracia D., *La relación médico enfermo a través de la historia*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2006; 29, Supl.: 7-17).

Modelo basado en la relación centrada en el paciente

Michele Balint (Balint M., *The doctor, his patient, and the illness*. Pitman Medical, London, 1964) fue el primer autor en utilizar este término. En el “modelo biomédico”, los datos del padecimiento son tomados para indicar la existencia de un proceso de enfermedad, para establecer un método clínico enfocado en la identificación de entidades clínicas o enfermedades. Para este fin, el padecimiento del paciente es reducida a una serie de signos y síntomas que son investigados e interpretados dentro de un marco biomédico positivista.

Mead y Bower (Mead N. & Bower P., *Patient centredness a conceptual framework and review of empirical literature*. Social Science and Medicine 2000: 51: 1087-1114) establecen cinco dimensiones para la valoración de la relación centrada en el paciente, cada una de las cuales representa un aspecto particular de la relación médico paciente. Estas dimensiones son: 1) Perspectiva biopsicosocial, 2) El paciente como persona, 3) Compartiendo poder y responsabilidades, 4) Alianza terapéutica, y 5) El médico como persona.

1. Perspectiva biopsicosocial. La perspectiva biopsicosocial es un tema central que señala la necesidad de la “voluntad” para involucrarse en un amplio rango de dificultades que trae al paciente al consultorio médico, y que no son propiamente problemas médicos.
2. El paciente como persona. La perspectiva biopsicosocial por sí sola no es suficiente para un completo entendimiento de la experiencia del padecimiento del paciente que depende de sus aspectos biográficos particulares. Por ejemplo, una misma enfermedad, como una fractura de una pierna, tiene significados diferentes, un oficinista puede continuar con su trabajo mientras que para un deportista profesional puede representar el final de su carrera.
3. Compartiendo poder y responsabilidades. La medicina centrada en el paciente promueve el ideal de la igualdad en la relación médico-paciente, la cual difiere de la visión paternalista delineada por Parsons (1951), la cual ha sido muy criticada.
4. Alianza terapéutica. En el “modelo biomédico” el valor de la relación médico paciente es ambigua, aunque se reconoce que una buena relación médico paciente puede llevar a cabo un mayor apego al tratamiento. Una relación basada en el paciente ofrece una

mayor prioridad a la relación personal entre el médico y el paciente basada en el desarrollo de una psicoterapia alrededor del concepto de una alianza terapéutica.

5. El médico como persona. En el “modelo biomédico”, la aplicación de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, es fundamentalmente un problema objetivo.

Entre el paternalismo y autonomismo

Entre el paternalismo más tradicional, el autonomismo más extremo y la burocratización más rígida se encuentra un amplio abanico de posibilidades en las que se desarrolla la práctica clínica. No es frecuente encontrar hoy en día textos teóricos que defiendan abiertamente el paternalismo, aunque no es raro escuchar en privado opiniones de clínicos de amplia experiencia que lo justifican o lo añoran (Chin J. J., *Doctor patient relationship: from medical paternalism to enhance autonomy*. Singapore Medical Journal 2002; 43 (3): 152-155). Hay teóricos de la medicina –como Thomas Szasz- y pensadores sin actividad clínica que defienden al autonomismo radical como la única opción adulta en una sociedad democrática.

Modelo de atención dominante en México

De acuerdo con Lourdes Campero-Cuenca, (Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: El caso Oaxaca, México. Salud Pública de México, 1990; 32 (2): 192-204. 1989) y Javier García de Alba (García de Alba J. E. - Rubel A. J. - Moore C. C. - Márquez-Amézquita M. – Cassola S. - Von Glascoe C., *Algunos aspectos antropológicos del encuentro medico paciente con tuberculosis pulmonar en el Occidente de México*. Gaceta Médica de México 2002; 138 (2): 211-216), la gran mayoría de los casos estudiados correspondió al modelo centrado en el médico que corresponde al modelo paternalista tradicional.

Cuadro 1. Análisis de la relación médico paciente de Parsons:

Rol del paciente	Rol del médico			
Obligaciones	Obligaciones			
1. Tiene que ponerse bien lo más pronto posible	1. Aplicar sus conocimientos para mejorar el problema del padecimiento o enfermedad			
2. Debe buscar consejo del médico y cooperar con él	2. Actuar en bien de la comunidad y el paciente más que en sus propios intereses			
3. Estar exento de trabajar	3. Ser objetivo y no emocional			
4. Ser considerado como alguien que necesita ayuda	4. Debe de guiarse por las reglas de la práctica médica.			
Derechos	Derechos			
No se mencionan.	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>1. Examinar físicamente a los pacientes</td> </tr> <tr> <td>2. Tener autonomía en sus decisiones</td> </tr> <tr> <td>3. Posición de autoridad ante el paciente</td> </tr> </tbody> </table>	1. Examinar físicamente a los pacientes	2. Tener autonomía en sus decisiones	3. Posición de autoridad ante el paciente
1. Examinar físicamente a los pacientes				
2. Tener autonomía en sus decisiones				
3. Posición de autoridad ante el paciente				

Fuente. Morgan, M. *Doctor patient relationship*. In Scambler, G. (editor), *Sociology as Applied to Medicine*. W. B. Saunder, London, 2008, pp 45-70.