

Relación Médico Paciente: Interacción y comunicación

Jorge A. Fernández V.*

La relación médico paciente (RMP), establece el vínculo esencial entre el profesional médico y el paciente demandante de servicios relacionados con aspectos de salud y enfermedad. El concepto puede ser ampliado al de “*interacción cliente - proveedor*” (ICP), para denotar también las acciones realizadas por personal paramédico como enfermeras, microbiólogos, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos y otros, con las personas o clientes que buscan el servicio de salud. Término este que conlleva el sabor burocrático de ver a las personas inmersas en un negocio de oferta y demanda, que si bien es cierto que ocurre como tal, ignora o al menos invisibiliza los componentes de la moral social que sustenta la medicina clínica. Técnicamente, la ICP es un concepto válido que permite valorar todo el proceso administrativo y gerencial en las unidades productoras, desde la formulación de políticas y la planificación hasta la implementación de acciones en la red constitutiva de los servicios. De todas maneras, se reconoce que la buena comunicación *vis a vis* es la base de interrelación entre el médico y la comunidad demandante de pacientes. Nosotros preferimos el término de *relación médico - paciente*, puesto que expresa el significado más noble de la profesión médica y nos recuerda la devoción y entrega al servicio de las personas.

Son muchos los factores que condicionan la RMP, van desde el ambiente sociocultural dominante, abarcando emociones y sentimientos particulares de ambos actores (paciente y médico), que se constituyen en demandas y contrademandas, transferencias y contratransferencias,

hasta aspectos de preferencias a las diferentes opciones de manejo que se pueden presentar para el adecuado manejo en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento. La urgencia de la necesidad de atención es un factor esencial a ponderar en cada momento, incluso condiciona algunas variantes de RMP, e.g., en pacientes ingresados en cuidados críticos que requieren decisiones urgentes, inmediatas, el médico con frecuencia recurre a los planteamientos de la *ética paternalista* para operar acciones que sobrepasan el consentimiento informado, con el fin único de salvar la vida. Así que el factor de decisión pudiera ser en sus extremos, principalmente por prescripción médica o esencialmente por voluntad del paciente, basado en preferencias o situaciones particulares, la disponibilidad de opciones para el diagnóstico o el tratamiento, y la influencia de valores y actitudes de ambas partes en el proceso de comunicación/decisión. La ruta principal de la RMP es la toma de decisiones clínicas que tendrán un impacto sobre la salud, así que las expectativas del paciente respecto a tales resultados son otro factor muy influyente a tener en consideración. También pueden ocurrir implicaciones más amplias en la salud de otras personas o la comunidad, tal el caso de enfermedades infectocontagiosas o tóxicoambientales, aspectos que el médico debe valorar en el contexto epidemiológico y social. Un aspecto fundamental en la RMP es el respeto que se debe guardar a los derechos del paciente y a su capacidad de hacer elecciones informadas con buen fundamento respecto a su salud, para lo cual hace falta fortalecer el equilibrio de los roles de médico y paciente en la toma de decisiones, indagar sobre pensamientos, sentimientos y emociones del paciente, abordando sus inquietudes personales, sociales y hasta económicas sobre tales medidas, alentando la asunción por el paciente de un papel activo durante la consulta.

* Inmunoalergólogo. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
Dirigir correspondencia a: joralf@hotmai.com

Para que el médico tenga la capacidad de dominio del proceso, hace falta que se instrumente del conocimiento técnico suficiente de la medicina clínica y adquiera las destrezas de manejo de las relaciones interpersonales para interactuar mejor con el paciente; por tanto, la autoridad política superior debe definir claramente las expectativas de una buena RMP, lo que implica el diseño e implantación de políticas, estrategias, normas, perfiles de trabajo, y modelos prácticos de monitoria, evaluación y supervisión en servicio, que promuevan la buena práctica en el desempeño. Al mismo tiempo, los médicos deben recibir retroalimentación sobre los productos de su trabajo en el servicio público y mantenerse en un perfil mínimo deseable de actualización, por medio de la educación médica continua. La base del conocimiento de la RMP es adquirida en el ciclo de formación del pregrado y postgrado, pero hace falta redoblar esfuerzos en contenidos de educación permanente, que faciliten el perfeccionamiento de contenidos curriculares, metodologías eficaces de formación, innovación de destrezas y motivación al desarrollo de la excelencia en el desempeño. Es indudable que se debe proporcionar el recurso físico, insumos y tiempo suficiente para que el clínico cumpla a cabalidad su cometido.

En la RMP se contextualiza un vínculo humano vital en dirección a satisfacer las demandas conscientes o inconscientes del paciente. Es una interacción que influye en la percepción del paciente sobre la calidad de la atención y su disposición de regresar a una consulta siguiente, facilitando la toma de decisiones consensuadas, dejando al final una satisfacción de ambas partes por el servicio prestado/recibido. Es la comunicación convertida en comunión, en la identificación de carencias, necesidades o problemas del cuerpo o la mente de quien los sufre y del facilitador, del aconsejador, ayudando a aclarar situaciones, tomar o reafirmar decisiones, llenar vacíos, modular emociones y sentimientos; en fin, un diálogo entendido como *“la apertura del yo a las necesidades concretas del tu”*, en un ambiente de respeto mutuo y colaboración compartida. Abarca todo tipo de comunicación biunívoca en la que el médico y el paciente interactúan bajo la conducción profesional por parte de aquél, centrada en las necesidades, prioridades, preferencias e inquietudes de éste, promoviendo su participación más activa en el proceso de toma de opciones y decisiones fundamentadas en la suficiente información que debe proveer el facultativo en base a sus conocimientos, habilidades y experiencias. La decisión informada es un derecho fundamental que consiste

en la toma voluntaria de una decisión bien reflexionada, basada en el conocimiento y la comprensión cabal de todas las alternativas posibles. Conlleva en sí la respuesta de cumplir con la decisión elegida, lo que implica equilibrar las necesidades personales, responsabilidades familiares y expectativas sociales, por parte del paciente. Por ello se le debe considerar en los contextos más allá de su identidad personal, como miembro de una familia, inmerso en redes sociales informadas o no y la comunidad en general, se deben percibir las presiones económicas, cuestiones sociales y creencias locales- que a veces discrepan con el modelo médico ortodoxo- que dan forma y carácter a sus decisiones. Encontrar un equilibrio entre lo que aportan paciente y médico a la toma de decisiones es un *continuum*... en un continuo desafío. El modelo paternalista ha sido superado por los conceptos de decisión informada y compartida, que son nuevos para muchos médicos y estudiantes y aún más ajenos para los pacientes, particularmente en entornos como los de nuestro país. Es el posicionamiento de la ética humanista moderna que ha venido a desplazar, aunque no necesariamente a sustituir la ética paternalista que por siglos ha influido el quehacer clínico; en ella prepondera el respeto irrestricto a los derechos humanos de la persona, del paciente y sus familiares, particularmente en lo que se refiere a sus decisiones sobre los problemas que le aquejan.

El mejoramiento continuado de la RMP se ve influido por el rol del paciente en la consulta, pero es el médico quien tiene los instrumentos principales para su consecución, que se ve influida por factores técnicos, cognitivos, de supervisión, políticos, administrativos y de financiación. En buenas cuentas, en el nivel de macroactividades, los hacedores de políticas públicas de salud y los encargados de la conducción y gerencia, deben identificar las directrices político - estratégicas, elaborar los estándares y normas nacionales que definan claramente los perfiles de desempeño de la práctica médica, descripción de los puestos, protocolos y procedimientos en los servicios públicos, así como procesos de evaluación, retroalimentación y capacitación, al tiempo que faciliten el ambiente idóneo para la exploración clínica del paciente.

La educación médica de pregrado ofrece la mejor oportunidad para desarrollar buenas actitudes y destrezas para la comunicación y adquirir adecuados y suficientes conocimientos técnicos; sin embargo, la enseñanza tradicional de la clínica en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH,

ha centrado sus esfuerzos en el entrenamiento técnico de “*pesquisar síntomas y signos*”, quizás bajo el presupuesto de que el estudiante cursa materias que abordan el comportamiento humano por antonomasia, como psicología, psicopatología, psiquiatría, que tampoco enfatizan sobre los procesos de comunicación interpersonal y grupal en el entorno de la clínica. Varias preguntas surgen de inmediato: ¿Cómo mejorar la integración de conocimiento técnico y destrezas de comunicación? ¿Cómo enseñar a establecer y mantener la comunicación preactiva? ¿Cómo intercambiar información para compartir la toma de decisiones y planificar los pasos siguientes? ¿Cómo adaptar la interacción a la situación concreta del paciente, su estado de salud y la información que precisa? ¿Cómo evitar la sobrecarga de información y orientar sobre la información errónea y los rumores? Téngase en cuenta además la situación sociocultural del paciente, las diferencias sociales, aspectos de género y de salud sexual y reproductiva. El *currículum* de la Facultad de Ciencias Médicas debe incluir elementos dirigidos a cultivar destrezas de comunicación que sirvan para averiguar y satisfacer las necesidades y demandas del paciente. El estudiante debe aprender cómo ayudar a los pacientes a identificar sus necesidades, prioridades, fortalezas y debilidades, responder a todas sus inquietudes e ideas correctas o erróneas, e indagar- sin que el paciente se incomode- sobre temas tan delicados como las prácticas sexuales o actos de violencia. Evidentemente, este enfoque de abordaje de personas y no de enfermedades o patologías, se acompaña de una visión que comprende un

abordaje amplio, desde la inserción en determinado grupo social hasta aspectos de la vida íntima de relación del paciente; comprender desafíos específicos de ciertos grupos de pacientes, sea por género, edad, orientación sexual o circunstancias de la vida, y responder en forma apropiada sin hacer ninguna valoración de juicio. En el proceso formativo, se puede hacer entender de qué forma los valores propios del médico influyen en la relación, aprender estrategias y tácticas para contrarrestar sus propios prejuicios, preservar en situaciones difíciles o embarazosas y considerar su nerviosismo de neófito, un desafío en lugar de una debilidad. Explorar sus valores, sentimientos e ideas personales ayuda a desarrollar habilidades para conectarse con el paciente y que este confíe rápidamente sus necesidades, demandas e inquietudes. Ello requiere tener autoconciencia y empatía, es decir, comprender el origen de sus propios sentimientos y al mismo tiempo experimentar y apreciar los sentimientos del paciente; es como “*ponerse en los zapatos del paciente*”. El dominio de las destrezas y conocimientos técnicos brindan la base para saber qué hacer y tomar determinado curso de acción, estos son factores esenciales que favorecen la autoeficacia del médico.

La ICP seguirá siendo un término de los burócratas que planifican y manipulan las políticas en salud, pero el ambiente médico continuará usando la categoría social de RMP, al ser el calificativo pertinente a la moral médica que prevalece en el planeta.