

La relación Médico Paciente. Una lectura desde algunas propuestas de orden filosófico

RAFAEL EDUARDO BREDY DOMÍNGUEZ
Departamento de Humanidades
Universidad Metropolitana

Resumen

La relación médico-paciente es una particularización de la gran relación humana. Por "relación", tiene una dimensión operativa; por "médico-paciente", una de identidad; por "humana", una filosófica.

En la dimensión operativa, nos aproximamos, entre otras, a dos posibles concepciones de relación: la paternalista y la autonomista.

En la dimensión de identidad, definimos salud como un "estado de bienestar"; y la comprensión de "estado" y la de "bienestar", tienen un marcado componente de orden metafísico.

En la dimensión filosófica, se interpreta la relación médico-paciente desde el concepto de "el hombre como ser para el encuentro", señalando que dicha relación se inicia en la indigencia de ambas partes, que se satisface desde la alteridad, en una dimensión de intersubjetividades, concluyéndose que el éxito terapéutico obliga dos elementos: el estado de bienestar producto de la solución del problema biológico, psicológico y/o social y el crecimiento en la dimensión humana de ambas partes, tanto del médico como del paciente.

Palabras claves: Relación médico-paciente, hombre, aproximación filosófica, éxitos terapéuticos.

Abstract

The physician-patient relationship is particularization of the broader human relationship. As "relationship," it has an operating dimension; as "physician-patient," it has an identity, and as "human," it is philosophic.

In the operating dimension, we approach two major possible conceptions of relationship-paternalism and autonomy.

In the identity dimension, we define health as a "state of well-being," with the understanding of "state" and "well-being" containing a remarkable metaphysic component.

In the philosophic dimension, we understand the physician-patient relation from the notion of "man as a being for encounter." Such a relationship begins in the indigence of both parties, which is satisfied by the other, in an inter-subjectivity dimension. The study concludes that the therapeutic success requires two elements: the state of well-being that derives from the solution to the biological, psychological or social problem, and the growth in the human dimension of both the physicist and the patient.

Keywords: Physician-patient relationship, man, well-being, philosophical approaches, therapeutic success.

1. En primera instancia, al pasar la mirada sobre el título del siguiente artículo, ustedes pudieran pensar que el tema está destinado a los profesionales de la salud. De ser así, se sorprenderían de lo alejados que pueden estar de la realidad al respecto.

¿Alguna vez, en la consulta médica –a la que no dudo que la mayoría hayamos acudido en alguna oportunidad–, el médico, después de saludarle y antes de empezar su interrogatorio, le ha leído la lista de sus Derechos como Persona Enferma?

¿Alguna vez el médico ha consultado su opinión o la de sus familiares sobre las distintas actividades de orden médico que piensa llevar a cabo sobre su cuerpo?

¿Tiene usted plena certeza de que todos los miembros del personal de salud que alguna vez le hayan atendido (o le atenderán), médicos, bioanalistas, enfermeros, personal de mantenimiento, sabrán guardar la discreción y el secreto profesional sobre la patología que usted padezca?

¿Usted, algún familiar o algún conocido suyo, ha sido víctima de mala práctica médica y no ha podido o se ha sentido impotente en reclamar sus derechos?

Si la respuesta a estas cuatro preguntas es: no, el tema del que vamos a tratar, sin lugar a dudas, es de su interés.

2. La consideración fundamental de la que se debe partir es que la relación médico-paciente es la expresión particular de una realidad superior: las relaciones humanas. Decimos, en consecuencia, que la relación médico-paciente es una de las tantas formas como se especifica la gran relación humana. Por lo tanto, lo humano es el contexto en el que se enmarca la relación médico-paciente.

3. Estas líneas introductorias tienen como finalidad dar ubicación adecuada al tema. Al hablar de la relación médico-paciente, como una forma particular de expresarse la gran relación humana, estamos obligados, a reconocer en dicha relación, una dimensión filosófica.

Hemos optado por tres puntos como ejes dinamizadores de dicha dimensión:

- La ética en el ámbito de lo natural.
- La ética como realidad de orden material y práctico.

- La aproximación pedagógica del hombre desde una visión sintética.
- 4. Avancemos. El primer elemento que se debe sustentar es que por naturaleza, el hombre está ligado a lo ético. Presentamos pues el siguiente silogismo. La naturaleza posee leyes; el hombre pertenece a la naturaleza; por lo tanto, el hombre está sujeto a leyes. Y la naturaleza pone al servicio del hombre, entre otros, dos grandes grupos de leyes. Las generales y las específicas. Las primeras, hacen referencia a la existencia: nacer, crecer, vivir, reproducirse y morir. Las segundas, y es donde entra la ética, aluden al sentido de la existencia: nacer, crecer, reproducirse, vivir y morir, pero no como una planta, no como un ave, no como un perro; como un ser humano. Si bien es cierto que para las primeras hemos sido dotados del instinto, para las segundas, además del instinto, hemos sido dotados con la capacidad de la autoconciencia para ejercer la voluntad en un clima de libertad.
- 5. El segundo elemento dinamizador de esta dimensión filosófica se afianza en la ubicación de la ética dentro de dos de las muchas clasificaciones que se hacen de la filosofía. Y quiero resaltar que de ambas se concluye que la ética es una realidad de orden material y de implicaciones prácticas. Hablar de ética no es hablar de una entelequia o de la experiencia de echarse sobre el césped a comer flores y ver las formas caprichosas que hacen las nubes mientras se medita sobre la inmortalidad del cangrejo. No. La ética es para el aquí y el ahora del hombre que busca alcanzar la perfección de su dignidad. Y una de las formas como se concreta dicho aquí y ahora es en el desarrollo de la relación médico-paciente. En el conocimiento de la ética y dentro de ella, en la reflexión de la axiología, la ciencia de los valores, descubrimos las herramientas que nos ayudan a estructurar nuestro constitutivo intrínseco como seres humanos.
- 6. El tercer elemento al que queremos hacer referencia en el desarrollo de la dimensión filosófica de la relación médico paciente, alude a una aproximación pedagógica en el estudio del hombre. Una de las muchas maneras de estudiar al hombre es desde una visión sintética y desde una visión analítica. Quiero centrarme en uno de los elementos constitutivos de la visión sintética: el hombre como un ser para el encuentro, elemento en el que incidiremos en la reflexión filosófica sobre la experiencia que nos ocupa: la relación médico-paciente.
- 7. Tres fases configuran, dentro de la visión sintética de hombre, a éste como un ser para el encuentro: el hombre como realidad indigente, el

hombre como realidad de alteridad y el hombre como realidad intersubjetiva. Estas fases deben ser vistas conformando tres momentos sucesivos integrantes del gran evento: el hombre como ser para el encuentro; evento en el que, entre otros queremos, en forma práctica, fundamentar filosóficamente, la relación médico-paciente. El orden de su escritura no es fortuito; una lleva a la otra para finalmente alcanzar nuestra condición humana.

8. El hombre no es una realidad que se baste a sí misma; precisa de la naturaleza y de los demás hombres. Desde que nacemos, nos encontramos en la indigencia total. No podemos bastarnos por nosotros mismos para subsistir. Requerimos del otro, debemos movernos en el mundo de la alteridad, del ser gregario, para poder satisfacer lo más elemental de la subsistencia. Surge de nuevo aquí otro elemento dotado por la naturaleza, la alteridad, la condición gregaria, para la construcción de nuestra condición humana.

Y esta indigencia también se pone de manifiesto en la relación médico paciente. Ambos, paciente y médico, somos indigentes. En la parte médica, la indigencia apunta a construir y enriquecer la condición humana en el ejercicio de una potencialidad y de una opción académica y profesional. En el caso del paciente, la indigencia, tal vez más evidente pero no por ello, mayor indigencia, se ubica en la condición de la fragilidad humana ante la discapacidad ocasionada por la pérdida de la salud.

Como consecuencia de lo precedente se deriva la implicación de la alteridad. Sólo reconociéndonos indigentes, podemos volcar la mirada al Otro. Pero un reconocimiento mutuo. Un reconocimiento de igualdad de dignidades. Si no es así, la relación se torna vertical, desigual, se mira al otro, sí, pero de arriba hacia abajo, ya que el médico no es el indigente, el médico no es quien necesita del paciente; es el paciente quien acude al médico, para que éste lo cure. Y tan desigual es la relación cuando no es encuentro de indigencias, que no hay dinero suficiente que se pueda pagar para retribuir lo que el médico ha hecho por mí, en consecuencia, lo honro con una suma simbólica, De ahí el término de honorarios profesionales y no tarifa médica. Como para reflexionar.

Esta forma de concebir la relación médico-paciente tiene también implicaciones de orden socio-económico. Si es el paciente quien debe acudir al médico y no es el médico el que debe acudir al paciente, los programas de salud, inevitablemente, serán de corte curativo y no de

orden preventivo, teniendo en cuenta que la medicina preventiva, económicamente hablando, representa tan sólo un décimo de los costos de los que representaría el presupuesto de la medicina curativa.

Vemos pues que tenemos necesidades y que somos indigentes. Descubrimos también la necesidad de tener que recurrir al “otro” para poder subsistir. Dos indigencias hacen uso de la alteridad y se encuentran. Ahora bien, dichas indigencias se encuentran encarnadas en dos sujetos concretos y es aquí donde se da el encuentro de dos subjetividades, es aquí donde se da la dimensión de la intersubjetividad, y es aquí también donde comienza el problema ¿De qué manera, humanizante o no, dignificante o no, me aproximo yo al otro para satisfacer mis necesidades? ¿Es el otro un Otro con mayúsculas, al igual que yo soy un Yo con mayúsculas que hace de la relación de intersubjetividades una relación entre iguales que comparten la misma dignidad y merecen en consecuencia admiración y respeto mutuo?

Como vemos, esa experiencia de tener que satisfacer una necesidad primaria puede, más aún, debe tener una doble repercusión. Por un lado, satisfacer la carencia que se sufre y por el otro, construir la humanidad de quienes intervienen en dicha experiencia. No podemos satisfacer la necesidad primaria de cualquier manera. Hay que hacerlo humanamente.

Además, en ello se nos va la vida pues, filosóficamente hablando, nadie tiene en su mano la verdad verdadera de lo que es lo humano. Los hombres y las mujeres, en el encuentro sincero de nuestras intersubjetividades, sin máscaras y sin prejuicios, vamos construyendo la estructura que nos identifica como humanos, estructura codificada en la naturaleza y estructura de la que somos poseedores en potencia y debemos realizarla en acto, y la relación médico-paciente es un escenario privilegiado para tal fin. Repito: de dicho encuentro deben obtenerse dos resultados: uno, la restitución de la salud, y otro, el crecimiento en la condición humana de quienes participan del mismo. Como vemos, la relación médico-paciente va más allá de una asertiva actuación de los profesionales de las ciencias de la salud y de una responsable actitud del enfermo.

9. Pasamos a la segunda dimensión de la relación y es la que se deriva, no ya del hecho de ser una relación, sino del hecho de que esta relación se especifica en el ámbito del médico y del paciente. Desde dos perspectivas haremos esta aproximación:

- Algunos elementos conceptuales
- El Objeto (con mayúscula) físico de la relación.

Como señaláramos anteriormente, la relación médico-paciente es una forma específica de manifestarse las relaciones humanas. De aquí se deriva la pregunta ¿Qué le da la especificidad a la relación médico-paciente que le otorga identidad propia respecto a los demás tipos de relaciones humanas?

Varios elementos se toman en cuenta. El primero es el del “ámbito”. La promoción, el sustento y la restauración de la salud es el ámbito en donde se da la relación. Cabe en consecuencia definir qué se entiende por salud. Según la Organización Mundial de la Salud, salud se *define no como la ausencia de enfermedades o invalidez, sino como un estado de bienestar físico, mental y social al que tiene derecho todo ser humano sin distinción de raza, religión, condiciones económicas o sociales y creencias políticas*. Por lo tanto, la relación médico-paciente debe ir más allá del mero problema técnico de restituir el equilibrio estructural y funcional de un tejido, órgano o sistema alterado. Más aún, la definición alude a la salud como un “estado de bienestar” y no como la integridad fisiológica y funcional, repito, de un tejido, órgano o sistema alterado. Y esto es importante, ya que, según el diccionario, estado se define como la situación en que está una persona o cosa, y especialmente cualquiera de los sucesivos modos de ser de una persona o cosa sujetos a cambios que influyen en la condición, índole o propiedad. Y como vemos, esta condición de “estado de bienestar”, va ligada íntimamente a la dimensión subjetiva del ser humano, sin desconocer la fundamental importancia que la dimensión objetiva tiene en el asunto que nos ocupa.

Junto al “ámbito”, un segundo elemento que entra en juego en lo específico de la relación médico-paciente es el “rol de sus protagonistas”: médico y paciente.

La Organización Mundial de la Salud define al médico como la persona que, *después de haber concluido su educación secundaria, realiza una carrera oficial de Medicina en una Universidad o Escuela de Medicina autorizada, y tras acabarla con éxito, queda legalmente facultado por parte de las autoridades competentes para el ejercicio profesional, con jurisdicción para hacerse cargo de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas en aplicación de su libre criterio y sin que medie supervisión ajena*. Dos puntos álgidos, para el caso que nos ocupa, se presentan en esta definición: acabar la formación con éxito y la aplicación del libre criterio.

¿Puede ser considerada exitosa la formación de un médico que ha adolecido de la fundamental instrucción en los ámbitos del humanismo? La respuesta huelga: ¿Qué se entiende por libertad? No pocas son las definiciones, no obstante, nos inclinamos por aquella que define la libertad como la capacidad de toda persona de optar por aquello que lo humanice. La pregunta es obligada: con esta calidad de formación ¿puede ser libre el criterio del médico? Saquen ustedes sus conclusiones.

Siguiendo con la dimensión de identidad, señalamos que el objeto que pone a interactuar dos subjetividades, la subjetividad del paciente y la subjetividad del médico, es el cuerpo humano doliente. Y este "Objeto" especialísimo, razón de ser del encuentro entre estas dos subjetividades tiene dos aspectos: el de cuerpo humano y el de doliente.

Como cuerpo humano, entra en juego la realidad primaria e inmediata de expresar nuestra humanidad: el cuerpo. En la relación médico-paciente se manipula la realidad concreta en la que toma asiento la humanidad de cada hombre y mujer.

Ese cuerpo lleva además la impronta de ser doliente, es decir, en condición de discapacidad con respecto a los demás. Esta condición de discapacidad inclina el fiel de la balanza de la centralidad de relación hacia la fragilidad de la condición del paciente. ¿Qué se quiere decir con esto? Que la prioridad en la relación es, entre otras, rescatar la condición humana del hombre que sufre, deteriorada en cierta medida por la enfermedad. Los protagonistas de dicha relación nunca deben olvidarlo.

10. Para finalizar, en la dimensión operativa, señalamos que pueden darse formas adecuadas o inadecuadas en la realización de la relación médico-paciente. Dicha adecuación dependerá del grado de humanización que a la misma se imprima.

Son varias las formas de agrupar la adecuación de la relación médico paciente.

Una primera categorización es el modelo de relación médico-paciente de Veatch en el que se plantean tres tipos de relación: la matemática, la sacerdotal y la contractual.

En una segunda categorización encontramos el modelo político de la relación, configurada por la relación médico-paciente tipo monárquica, oligárquica y democrática.

Una tercera categorización y que en cierta medida busca resumir las precedentes y muchas veces existentes, es la que presenta a la relación médico paciente desplazándose entre dos polos que van desde el paternalismo a la autonomía.

Al reflexionar sobre esta categorización, aludimos a los siguientes elementos constitutivos de la relación médico-paciente: universo valorativo, fines, aproximación, protagonistas, roles, tipo de comunicación, sentido y veremos cómo se manifiesta cada una de ellas dependiendo del tipo de relación.

Observemos el siguiente cuadro comparativo:

Relación Paternalista Mono/Oligo Valorativa	Elementos Constitutivos	Relación Autónoma Abierta a los Valores
Solucionar un Problema	UNIVERSO VALORATIVO	Humanizar una dimensión de la existencia. Deliberativa Equipo Médico/ Equipo Paciente Paciente Protagonista Diálogo Horizontal
Consultiva	FINES	
Médico-Equipo Médico/Paciente	APROXIMACIÓN	
Paciente Espectador	PROTAGONISTAS	
Monólogo Vertical	ROLES	
	COMUNICACIÓN SENTIDO	

Ahora bien, hay que reconocer que son polos, extremos entre los que se desplaza la relación. De dichos polos pueden darse múltiples combinaciones. O también se puede dar la hipertrofia de uno de los elementos. La relación médico-paciente es tan florida como hombres hay, aunque siendo más específico, la riqueza de la relación va a depender más que del número distinto de personas, de las variadas concepciones del hombre que se tengan, acertadas o no.

- Una vez más, volvemos al problema filosófico del principio. Tenemos que comprender que más que un recetario de modelos con fórmulas adecuadas, en la relación médico paciente, hay que centralizar el foco de atención, de manera fundamental, en nuestras bases humanísticas, en nuestra aproximación a la filosofía y en el conocimiento de la ética, amén de nuestra capacitación técnica.

Referencias bibliográficas

- ESCOBAR, Gustavo. Ética, McGraw-Hill, México, 7-11, (1992), 34-36.
- FARRERAS-ROZMAN (ed.), Medicina Interna, Mosby/Doyma Libros, Madrid, 33-38.
- FAUCI, Anthony. et al (ed.), Harrison's Principles of Internal Medicine, Vol. 1, McGraw-Hill, EEUU, (1998), 1-8.
- GRACIA, Diego. Bioética Clínica, Vol 2, Ed. Ética y Vida, 53-59.
- LEÓN, Augusto. Ética en Medicina, Editorial Científico-Médica, España (1973), 1-4.
- LÓPEZ, Eduardo. Ética y Vida, Paulinas, Madrid (1990), 5-10.
- MALHERBE, Jean-Françoise. Hacia una Ética en Medicina, Ediciones San Pablo, España (1993), 117-137.
- MARTÍNEZ, Antoni. Diccionario de Filosofía en CD ROM, Herder, España (1998)
- VIDAL, Marcian. Moral Fundamental, Tomo I, Ed. P.S., Madrid, (1990), 303-357.

