

La relación con el enfermo. Se imponen cambios

Prof Jaime Merino Sánchez

Jefe del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de San Juan. Alicante. Expresidente de la SEMI y EFIM.

Los fines del médico y sus roles

Ya un proverbio español antiguo señala que el objetivo del médico, su meta, es curar, aunque no siempre puede, y por ello debe aliviar, lo que le es más fácil y desde luego siempre reconfortar. Para hacerlo requiere disponer de remedios, hacer una oferta terapéutica que será la adecuada a la enfermedad que ese enfermo padece, por lo que debe reconocerla, es decir debe diagnosticarla.

Para diagnosticar le hará una historia clínica, en la que recoge las manifestaciones o síntomas que esa enfermedad le ocasiona; luego le hace una exploración física, usa su vista, el oído, el tacto, a veces el olfato, bien de forma directa o con la ayuda de algunos instrumentos (estetoscopio, termómetro, tensiómetro, etc.) y con ellos busca las señales que la enfermedad ha dejado en el enfermo: sus signos.

Todo lo anterior le permite imaginar cual pueda ser el padecimiento, y para asegurar su juicio solicita que el enfermo se someta a algunas pruebas complementarias: análisis, técnicas de imagen, registros, que apoyan o descartan la que era su idea acerca del diagnóstico de la enfermedad. En todas esas fases es clave la relación que establece con el enfermo. Así pues partimos de un hecho: la relación médico enfermo es decisiva en la actividad médica.

El médico, es un curador, un sanador, que ejerce ese rol desde los tiempos de Hipócrates; en su actividad busca las causas de lo que sucede al enfermo, trata de entender que es lo que se alteró en él y que remedios pueden ayudarle. Su práctica clínica se basa en la razón, trata de ser científico (quiero decir que trata de serlo, no que lo sea). En esa

dirección van los caminos que ha tomado en su historia como el método científico o la medicina basada en la evidencia (científica). Pero al mismo tiempo ese médico es miembro de una profesión. Este papel se definió mejor en la Edad Media. Y tiene como principales rasgos que los profesionales (médicos). a. Daban más de lo que se les exigía, b. Estaban bien formados c. Tenían experiencia, d. Eran capaces de producir nueva información y de transmitirla, e. En su actividad perseguían y persiguen la excelencia, f. Valoraban su formación sobre la ganancia personal, g. Se auto controlaban, es decir auto regulaban sus actividades y h. Solían estar socialmente bien valorados

Modelo tradicional de la práctica médica centrada en el médico.

No voy a hacer un análisis de cómo ha sido la relación médico enfermo a lo largo de la historia pero si quiero reflexionar sobre el hecho que esa relación en la medicina que llamamos occidental, tradicional, la que surgió en Grecia ha cambiado, y debe cambiar. La forma actual de entender la enfermedad y por tanto de relacionarse los médicos con los enfermos es el resultado de múltiples aportaciones. La idea actual de la enfermedad resulta de la aportación de muchos médicos, encuadrados según ciertas formas de pensar o mentalidades. Por ejemplo la Anatomoclínica (Vesalio, Morgagni) que mantenía la idea que la enfermedad es daño estructural, en los órganos o sus células, la Fisiopatológica (Claude Bernard, Magendie) que insistía en que la enfermedad puede ser una alteración en las funciones de los órganos, la Etiopatogénica (Pasteur, Koch) que refuerza la importancia de las causas en el desarrollo de la enfermedad, la mentalidad Psicomatica (Freud, Dumbar) que incluyó al mundo psíquico como sujeto de enfermedad, la Respuesta vital (Canon, Selye, Jiménez Díaz) que subrayaba la importancia que tiene la respuesta del sujeto en la enfermedad, por ejemplo en la alergia.

A esa forma de práctica clínica podríamos calificarla de Centrada en el médico porque, como si fuera un “despotismo ilustrado” el médico se ha desvivido por el enfermo, pero sin contar mucho con él, sin valorar su propia visión de los padecimientos.

Ventajas y limitaciones de la práctica médica tradicional o centrada en el médico.

A lo largo de la historia las ventajas han sido muchas: a. Ha ayudado a aumentar la longevidad de los ciudadanos pertenecientes a las sociedades que la han aplicado, b. Ha prevenido no pocas enfermedades, a través de vacunas o la aplicación de los conocimientos generados: para desinfectar, eliminar excretas, etc... c. Ha curado muchas enfermedades agudas, d. Ha contribuido a controlar muchas enfermedades crónicas, e. Ha favorecido el pensamiento científico y la investigación, f. Ha generado códigos de conducta ética, g. Ha facilitado el desarrollo y la formación de profesionales sanitarios e Instituciones (Hospitales, laboratorios, etc.) y h. Ha favorecido que la sociedad desarrollara industrias relacionadas con la salud: sanitarias, farmacéuticas, de control alimentario, etc..

Pero pese a sus innegables ventajas, ese modelo de práctica clínica ha comportado numerosas limitaciones: a. Está centrada en el médico, con lo que favorece la dependencia del enfermo. b. No tiene en cuenta la visión de aquel y en general es muy organicista, no valora bien los componentes psicológicos o sociales que la enfermedad tiene para el enfermo. c. Se la considera muy agresiva y con frecuencia etiqueta a las personas. d. Es muy costosa y burocratizada. e. Los profesionales que la ejercen gozan de excesiva discrecionalidad, f. Genera desconfianza y facilita la judicialización del acto médico y g. A veces frustra y quema al médico y a otros sanitarios.

Es probable que esas limitaciones se relacionan con los diferentes roles o papeles que médico y enfermo han tenido en ese modelo de práctica clínica o de la relación entre ambos, que ya hemos señalado que no es igualitaria. En ella el enfermo: a. Se presenta disminuido, demanda, b. Es ignorante en temas de salud, c. Es dependiente y pasivo, necesita ayuda, d. Acude con molestias físicas, trastornos psíquicos y/o problemas sociales que a veces no se entienden o valoran ya que tiene su propia forma de ver y valorar sus padecimientos, e. Tiene dificultad para juzgar la calidad del médico. Y en la otra cara del espejo, el médico: a. Tiene las soluciones, b. Posee los conocimientos, c. Ofrece ayuda pero sin contar con el enfermo y no valora sus percepciones, d. Habitualmente

se interesa más por la enfermedad orgánica y f. Es él o su grupo quien define la propia calidad de sus actuaciones.

La tabla siguiente recoge de forma esquemática las características de los diferentes roles que el médico adopta en su relación con el enfermo.

Técnico	predomina la profesionalidad y criterios técnicos	falta de cordialidad, respeto y empatía. Infravalora la visión del enfermo y no le trata como humano
Sacerdote, padre	Aporta tranquilidad y cordialidad	Falta respeto, actúa invadiendo. Transmite las propias convicciones. Autoridad excesiva. Falta de empatía y concreción
Compañero camarada	Conlleva asertividad hay cordialidad, respeto, respeto empatía	Los contenidos profesionales son pobres, no hay concreción ni análisis de los problemas, hay pérdida de distancia terapéutica y objetividad
Contractual centrada en el enfermo	interés por la visión y opinión del enfermo	Es el más completo

Crisis en la práctica médica

Posiblemente en base a todo lo expuesto por algunos enfermos se ha cuestionado al médico como sanador. Ello se expresa con desconfianza hacia él o sus actuaciones, la judicialización de lo realizado, solicitud de segundas opiniones, necesidad de firmar consentimientos, aumento de la burocracia y posiblemente mayor consumo de medicinas alternativas

Y también se ha cuestionado al médico como profesional: algunos miembros de la sociedad entienden que la profesión médica goza de autonomía excesiva, que llega a caer en el monopolio, que hay elitismo,

credencialismo, corporativismo y una discrecionalidad excesiva, lo que podemos calificar de arbitrarismo.

Surge así una crisis en la práctica clínica tradicional, la que podríamos llamar “centrada en el médico”. Su cronología es diferente en los distintos países: tanto en tiempo, como intensidad y características; probablemente se inicia en los años 60-70, y un exponente claro se produce cuando en USA, el presidente Bill Clinton ignora a la profesión médica al legislar sobre temas de salud.

Factores que han favorecido la crisis

Podemos plantear que hay factores que: a. Dependen del médico, b. Del enfermo, c. O se relacionan con cambios habidos en la sociedad en su conjunto. Y d. Otros dependen de las estructuras profesionales.

a.- factores que dependen del medico.

C.HUMANAS	ETICA	FORMACION	PRACTICA CLINICA
Arrogancia / paternalismo	Beneficios personales	Insuficiente	Variabilidad excesiva
No rendir cuentas	Abusos Falta honestidad	Incompetencia	Centrada en el medico
Falta empatia	Conflictos de interés no declarados	Excesivamente tecnica	No aceptar nuevo modelo
	Errores	No orientada al enfermo	

b.- factores que dependen del enfermo

Podemos considerar que en los enfermos ha existido: a. Mayores exigencias, a veces insaciables b. Expectativas crecientes sobre su curación, a veces inadecuadas, c, Exigencia y garantía sobre los

resultados, más que sobre las atenciones, d. Mas confianza en la ciencia o la tecnología que en los profesionales, e. Aumento de la información que poseen en los temas de salud y e. No aceptación de un papel pasivo en estos temas.

c.- factores que dependen de los cambios sociales

La sociedad en su conjunto también ha influido en la crisis. Lo ha hecho porque: a. Existe o ha facilitado un fácil acceso del enfermo a la información, lo que lógicamente ha facilitado el cambio, b. Las sociedades democráticas definen como un derecho importante que el individuo pueda decidir sobre sus cuidados y la necesidad de una auto implicación sobre ellos, c, El médico no es ya un elemento central en el sistema; la relación médico- enfermo se ha hecho muy compleja, incluye ahora a muchos intermediarios. Y en este apartado podemos considerar su mal uso por políticos y gestores, que con frecuencia ofrecen a los ciudadanos beneficios o derechos inexistentes en la realidad y a la hora de la realidad son los sanitarios quienes deben ofrecerla a los pacientes d. También importa la influencia de la informática sobre la salud. Y finalmente e, La medicina moderna se tecnifica y con frecuencia el médico se ocupa más de enfermedades que de enfermos. Hay super-especialistas en una técnica o enfermedad y se desatiende a la persona como una globalidad.

d.- factores achacables a la estructura profesional

Debemos aceptar que las Instituciones profesionales (Colegios de Médicos, Sociedades Científicas) no han explicado bien a la sociedad sus propias limitaciones. A ello se añade que a veces ha existido un corporativismo mal entendido que ha ofrecido soluciones inadecuadas a los conflictos y/o errores médicos. Deberíamos haber explicado mejor que la Autonomía o el Monopolio en la práctica médica no es una cesión social gratuita, se basa en capacidad, en eficacia; que el Credencialismo garantiza la competencia, de igual forma que el Elitismo expresa desigualdad, pero en la formación y ello es una garantía para la sociedad de ser atendida por los mejores y que la Discrecionalidad en los actos médicos, que sin duda existe y puede ser excesiva, es clave para decidir

en situaciones no normalizadas, algo frecuente en la práctica clínica, en la que cada enfermo es único.

El núcleo del problema

Estimo que es la pérdida de la confianza. Y esta se expresa en ambas direcciones. Hay desconfianza del enfermo en el médico, probablemente porque: a. Le ve joven e inexperto, b. Es la primera vez que le atiende y carece de referencias de él, c. Acaba de incorporarse al puesto de trabajo, representa un cambio, d. Su aspecto externo (vestimenta, cuidados) no cubre sus expectativas, y e. Personaliza en él la desconfianza en el sistema.

Y también hay desconfianza del médico en el enfermo. Es posible que: a. Le estime incumplidor, b. Crea que su mala socialización favorecerá el fracaso terapéutico. c. Desconfía de su interés en curarse. d. Su psicología propia le supera, e. No acepta el nuevo modelo de practica clínica que le asigna cambios en sus tareas y ofrece nuevos derechos al enfermo, y f. Se deja llevar por prejuicios de raza, religión u otros.

La respuesta a las insuficiencias previas: ¿Cómo avanzar y corregir esas limitaciones?

Si nos planteamos que el médico como sanador está cuestionado, que sufre de críticas, en el campo de la práctica clínica, debemos cambiar el modelo y pasar de “una práctica centrada en el médico” a una “medicina centrada en el enfermo” o mejor en la persona, lo que incluye a los sanos pues en el nuevo modelo la enfermedad se debe prevenir y en ello el medico debe tener un papel importante. Todo conlleva la necesidad de un nuevo profesional de la medicina.

Si nos referimos al médico como profesional: podemos plantearnos como solución un nuevo profesionalismo médico.

Una nueva forma de práctica clínica: la práctica clínica centrada en la persona.

Sus principales rasgos serían: a. Que implica a todos los ciudadanos, no solo a enfermos, b. Que realiza en ellos un abordaje amplio, que

incluye las esferas biológica, psicológica y social, c. Es una práctica de la Medicina basada en la evidencia científica y también en la afectividad o humanidad, d. En ella el enfermo participa en la toma de decisiones sobre su salud, lo que implica que debe hacerse co-responsable de sus cuidados y por tanto precisa información.

Características que precisa el nuevo profesional para trabajar en el nuevo modelo.

Se recogen en la siguiente tabla

C. Humanas	Ética	Formación	Practica Clínica
Empatía Comprensión Respeto	Altruismo	Buena , Continuada y verificada	De calidad , costo eficiente, segura
Disponibilidad y asertividad	Integridad, honestidad	Competencia mantenida	Rindiendo resultados
Esforzado, Trabajador	Declarando conflicto de interes	Gran plasticidad	Con menor discrecionalidad
	Respetando confidencialidad		Orientada a la excelencia

Necesitamos un nuevo médico que posea unas determinadas competencias, que serían:

- conocimientos sólidos, basados en la evidencia
- habilidades humanas para cuidar adecuadamente al paciente (empatía)
- habilidades de comunicación
- formación ética, legal y profesionalismo médico
- habilidades organizativas para la planificación, la gestión y el trabajo en equipo

- capacidad para desarrollar actividades académicas, tales como:
- hacer enseñanza al pre y postgrado y a otras profesiones sanitarias
- que se implique en la formación médica continuada, propia y ajena y desarrolle el autoaprendizaje
- interés en la investigación y análisis crítico de los datos científicos

Para todo ello se necesita además asumir nuevos paradigmas: De igual manera que de la medicina centrada en el médico se pasa a la medicina centrada en la persona, en la eficiencia y en la afectividad, hay que pasar de la “docencia centrada en el profesor o el programa” al “aprendizaje centrado en el alumno” y ambicionar que éste no sólo conozca sino que sea capaz de reconocer las enfermedades, saber hacer, es decir, tener habilidades prácticas suficientes y adoptar actitudes correctas

¿Qué cambios deberían implementarse? ¿Cuáles se sugieren?

Para alcanzar los fines antedichos se precisan cambios a nivel de la formación tanto en el pre como en el post grado (especialización y formación médica continuada):

Los currícula en el pre-grado están trasnochados, son insuficientes y están mal orientados: son excesivamente teóricos, formales

Hay que implementar nuevas tecnologías formativas. El nuevo paradigma: el aprendizaje centrado en la persona, precisa de desarrollar el “e learning”, laboratorios de habilidades, incrementar el número de tutores/profesores, hacer un continuo del pre y post grado, y para los médicos desarrollar los sistemas de acreditación y re acreditación. De forma más específica ello supone:

- a.- cambios a nivel de la información que el nuevo médico precisa

Hay que dimensionar bien y definir los contenidos informativos; sobre los actuales se deben dejar los conceptuales que favorecen el

desarrollo y el pensamiento científico y a la vez favorecer su conexión y relevancia con los contenidos más aplicativos o clínicos.

Conviene definir mejor los que son aplicativos. Ello supone decidir cual de los existentes, si son excesivos, si pecan de minuciosidad, o de poca relevancia y si se precisan para ser médico generalista. Aproximarlos a la realidad de la práctica médica.

Se debe reflexionar sobre la necesidad de nuevos contenidos informativos: tal vez se requieran algunos relacionados con la gestión de la enfermedad y de la actividad sanitaria en general, sobre calidad, costo eficiencia, profesionalismo médico, etc.... Y algo que es más importante, adquirir una actitud abierta para obtener nuevos conocimientos.

b.- ¿qué habilidades precisa este nuevo profesional?:

El nuevo médico debe ser capaz de: a. Obtener la historia clínica y la exploración física de todos los enfermos, b. Realizar con soltura ciertas maniobras instrumentales, que se deben definir. c. Hacer una solicitud ordenada y valorar las pruebas diagnosticas, d. Documentar bien los procesos y actuaciones que atiende, e. Elaborar juicios diagnósticos, sentar el pronóstico y realizar una indicación terapéutica, f. Precisa habilidades de comunicación, informar con claridad y al nivel de su audiencia, g. Ser capaz de relacionarse bien, hacer trabajo en equipo, ejercer liderazgo.

Ello supone adquirir nuevos paradigmas: pasar del “haberlo visto hacer” al “saber hacerlo”, supone cambiar el modelo de las prácticas clínicas por integración en la clínica, definir lo alcanzable y medir lo conseguido.

c.- ¿que actitudes debe adquirir el nuevo médico en este período?

Al nuevo médico se le exigirá que adquiera: a. La cultura del auto aprendizaje, b. el rol de ser buen clínico: ser capaz de ayudar y de solicitar ayuda, de trabajar en equipo e informar, c. Comportamientos éticos, el respeto por la norma y el derecho, d. Actitudes positivas hacia la investigación y capacidad de análisis crítico hacia la nueva información, e. Apertura mental hacia los avances científicos, la

incorporación de nuevas verdades científicas y la innovación, y f. Apertura hacia la calidad en la práctica clínica y con ella búsqueda de la excelencia.

¿Cómo deberá realizar el nuevo médico esas misiones?

Se expresan en la siguiente tabla:

CURAR	CON CALIDAD, SEGURIDAD Y COSTO EFICIENCIA
SER PROFESIONAL	RESPETANDO Y ASUMIENDO COMPROMISOS CON EL ENF, LA SOCIEDAD Y UNO MISMO
EDUCAR, INFORMAR, ALENTAR AUTOCUIDADOS	CON CLARIDAD, EMPATIA, SUPERANDO BARRERAS
ENSEÑAR	DE FORMA ACTUALIZADA, A COLECTIVOS DIVERSOS
INVESTIGAR	APLICATIVA/ TRANSACCIONAL Y SER CRITICO CON LOS CONOCIMIENTOS. ABIERTO A LA INNOVACION

Soluciones para la crisis de la profesión: El profesionalismo médico

Otros hablan de Profesionalidad, pero lo importante es conocer en que consiste. Los profesionales que voluntariamente lo suscriben aceptan una serie de contenidos, se auto adjudican una serie de valores, y a la vez adquieren una serie de compromisos: con el enfermo, la sociedad y con ellos mismos. Los médicos que lo asumen dan más de lo que reciben. Los “ismos”, como en el amateurismo, son una forma de actuar, son una cultura, en nuestro caso supone que la actividad de la profesión trasciende al acto científico.

Sus actuaciones se basan en que la Medicina es una profesión moral. Los profesionales deben hacer bien su trabajo y hacer el bien. Voltaire

decía: hacer el bien y hacerlo bien. Y esa idea sería la base de un contrato social. Recordemos que esta forma de relación entre el individuo y la sociedad, en un Contrato Social ya fue planteada por Rousseau.

En realidad no es algo nuevo, hace muchos siglos un médico definió el primer código por el que un médico aceptaba responsabilidades y limitaba sus derechos: Hipócrates, en su Código. En el nuevo Profesionalismo médico los profesionales establecen voluntariamente un Contrato Social, no escrito y sujeto a adaptaciones entre ellos, el enfermo y la sociedad, por el que se comprometen a algo... Sería una forma de entendimiento moral entre el profesional y su sociedad.

Ya R. M. Kidder señaló que no sobreviviremos al siglo XXI con la ética del siglo XX. Por ello tres organizaciones médicas muy sólidas: La European Federation of Internal Medicine (EFIM), el American Board of Internal Medicine (ABIM) y el American College of Physicians (ACP) desarrollaron hace pocos años esa propuesta, la de un profesionalismo para el siglo XXI. Es decir pusieron al día el Código de Hipócrates y ofrecieron a los profesionales médicos que deseen aceptarlo un nuevo contrato social. Este Profesionalismo médico incluye 3 principios y 10 compromisos.

Principios:

Primero: **Altruismo** Supone aceptar que la primacía en la actuación médica es buscar el bienestar del enfermo y por tanto todas las decisiones se toman en base al mayor interés para él.

Segundo: **Autonomía**. Expresa que es el enfermo quién decide y que, además, el médico le ayudará a tomar esas decisiones.

Tercero: **Justicia Social**. Implica que el médico no debe discriminar nunca y que debe colaborar en la distribución justa de los recursos disponibles, y también implica reconocer el derecho de los enfermos a cuidados dignos.

Compromisos:

Primero: **Competencia.** El médico se compromete a mantenerla a lo largo de toda su vida profesional.

Segundo: **Confidencialidad.** Implica mantener reservada la información que se tiene del enfermo (documentos, en muestras, etc...), si bien tiene límites: el interés público.

Tercero: **Honestidad.** Supone respetarle y el compromiso de informar al enfermo con la verdad, e incluye los posibles errores que puedan cometerse, pronto y completamente. Y también facilitarle para que pueda decidir en temas de salud.

Cuarto: **Establecer una relación adecuada con el enfermo.** Por él se reconoce que los enfermos son débiles y hay un compromiso explícito de no explotarles en ningún terreno. En este compromiso llega a definirse que el acto médico nunca tiene como primera meta ganar dinero.

Quinto: **Compromiso por el que se adquiere responsabilidad profesional.** Implica que el médico va a colaborar en establecer estándares para valorar su formación y/o actividad, participar en los procesos de evaluación y en aceptar controles externos.

Sexto: **Aumentar los conocimientos científicos.** Se asume que se promoverá la investigación, y se investigará, pero también se implica en asegurarse que el uso de los conocimientos es adecuado y además en enseñar a otros.

Séptimo: **Mejorar la calidad de los cuidados.** Lleva implícito el compromiso en optimizar su uso, evitar abusos y/o mal uso. También en aumentar la seguridad del enfermo: disminuir los errores y en desarrollar e implementar actuaciones tendentes a la calidad.

Octavo: **Favorecer la accesibilidad a los cuidados.** Se asegura el esforzarse en disminuir las barreras para facilitar un acceso más justo a los cuidados sanitarios y en eliminar los retrasos injustificados.

Noveno: **Distribución más justa de los recursos.** Se adquiere el compromiso de trabajar de forma costo-eficiente y de no utilizar técnicas o recursos superfluos.

Décimo: **Declarar los conflictos de interés.** Supone reconocer las muchas posibilidades existentes, y se asegura que si existen, se harán públicos.

¿Qué aporta este nuevo profesionalismo?

Sin duda actualiza las situaciones de posible conflicto en la práctica clínica, puede ofrecer una vía adicional de entendimiento entre políticos-gestores-mercado y la sociedad para resolver los problemas de la asistencia sanitaria, ya que sin duda el profesional médico es un contrapunto entre todos ellos. El médico es capaz de ofrecer opiniones moralmente independientes, expertas y de evaluar las políticas sociales.

Pero también se plantean grandes incógnitas, que no sólo implican a los médicos, y que convendría despejar:

¿Qué parte de los médicos prefieren profesionalismo a oficio, entendido sólo como un sistema de ganarse la vida?

¿Qué parte de la sociedad prefiere resultados técnicos inmediatos, una “fast medicine”, a una relación humana de ayuda?

¿Qué colectivos están dispuestos a asumir sus responsabilidades en el plano de garantizar la salud o ayudar a recuperarla? Ello incluye políticos, gestores sanitarios, aseguradoras, periodistas, industriales, docentes, etc.

¿En qué medida la sociedad priorizara los recursos precisos para eliminar las disfunciones?

Una reflexión final

Creo que debemos aprovechar la crisis de la práctica médica en nuestros días para acelerar el cambio e implicarnos en hacerlo bien. Debemos recordar que:

Si haces lo que siempre has hecho no llegarás más lejos de donde siempre has llegado. (anónimo). Que hoy estamos en el lugar en el que nuestros pensamientos nos han traído, mañana estaremos donde nuestros pensamientos nos lleven y dentro de unos años seremos el resultado de nuestros pensamientos de hoy.