

RELACION MEDICO - PACIENTE (RMP)

Conceptos básicos

Dr. Roberto Madoery *

EL CARACTER

En el marco de las relaciones interhumanas se pueden diferenciar las objetivantes y las interpersonales.

En las primeras, una de las personas que la integran intenta convertir al otro en objeto ("lo necesita para algo"). A veces ambos mutuamente pretenden sacar beneficio uno de otro, ese beneficio puede ser contemplación o manipulación amorosa y aún odiosa, otras veces el objetivo es económico o el poder.

En las interpersonales, dos personas se conocen y se tratan como personas, cada una con su individualidad (dada). Si el amor es el fruto se denomina unidad diádica.

Cuando un enfermo busca (o lo envían) a determinado médico se establece una relación interhumana que no es de naturaleza sencilla ni se la comprende fácilmente. Es una relación de ayuda a una persona que viene en estado de enfermedad. No puede ni debe ser objetivante ("tengo un hígado..."). Tampoco puede ser pura y exclusivamente interpersonal. Para Laín Entralgo, es una relación de "consejo, educación y asistencia médica".

El Dr. Agustín Caeiro decía: "es el acto por el cual se realiza la conjunción de dos personas: el enfermo que necesita ayuda para la salud, y el médico, dotado de capacidad técnico-científica y vocación para ayudarlo".

Más recientemente se le ha tratado de atribuir al médico el carácter de fiduciario (ver más adelante).

LOS COMPONENTES. Es una relación que incluye tres componentes: emocional, integral y social.

a) Emocional: ocurre durante la relación un intercambio de esta naturaleza. El paciente transfiere al médico sus emociones y éste las suyas. El material del paciente está cargado de ansiedad y temores fundamentalmente. El médico contratransfiere al paciente su caudal emotivo movilizado a raíz de la consulta, en relación o no con el motivo de ella. Pueden haber identificaciones, temor a la muerte o aún al desprestigio por no poder quizás diagnos-

ticar y/o solucionar el problema (o problemas) del enfermo; también traducen sus penas o alegrías del día. La ecuanimidad emotiva debería ser la regla, no fácil siempre de cumplir.

b) Integral: el paciente no trae una víscera enferma ya que todo su ser lo está. El médico no debe centrar su atención sólo en la enfermedad, sino en la persona total del enfermo. Ambos son personas totales.

c) Social: ambos (M y P) tienen un entorno: provienen o se deben a un grupo social o humano. A veces son portavoces de los mismos; para el enfermo, el lugar de trabajo por ejemplo; para el médico, su entorno institucional.

LOS MOMENTOS. Existe un momento cognitivo, otro operativo, el afectivo y el ético.

a) Cognitivo: desde que se inicia (mente activa) la entrevista, la misma se convierte por parte del médico en un "tratar de conocer a" y "pensar en un diagnóstico como...", y del paciente (mente considerada hasta hace algunas décadas como pasiva, hoy no debe serlo ya que es un ser humano dotado de libertad), en "qué puedo padecer y qué trascendencia tendrá para mi vida" o "me podrá ayudar o no este médico?".

b) Operativo o corporal: lo constituyen las medidas que el médico aconseja o arbitra para el diagnóstico y tratamiento. El médico **accede al cuerpo enfermo**, para explorarlo, para examinarlo, para tratarlo. Puede ser un acceso incruento o cruento.

c) Afectivo: la relación adquiere (o no) un carácter afectivo paulatinamente, conforme a múltiples variables de los actores principales (sin excluir el tercer elemento: la familia y el entorno). Su trama personal y cualitativa es heterogénea.

d) Ético: el paciente quiere la salud ("no sólo para vivir, sino también para obrar"). El médico deberá tender a conseguir "lo que más convenga al paciente (en ese momento y allí). Impregna toda la relación. La moral médi-

* Médico del servicio de Cardiología del Hospital Privado.

ca es invariable, aunque la ética puede ser diferente en cristianos, ateos o musulmanes.

QUE MODELOS EXISTEN.

TIPOS DE RELACION. No hay recetas fijas, ya que habrá tantos tipos de relación como hombres existan.

Por muchos años y hasta hace dos o tres decenios, primó el **paternalismo**. Era un acto fiduciario casi total, inspirado en una actitud "filial" de parte del enfermo y "paternal" del médico, nacidas de la conjunción de una necesidad genuina de la persona (la de la relación hijo-padre, con sus realidades sagradas, humanas y simbólicas) y una cultura de delegación casi ciega, que no veía claro aún en cada persona el espacio de responsabilidad y de la decisión.

Con el reconocimiento de los derechos de los pacientes, emerge el concepto de **autonomía**. El paciente es parte activa de su curación.

Para algunos estudiosos en la materia, la autonomía, al menos en términos absolutos, no es el ideal como tipo de RMP y estipulan una intermedia: **la distancia adecuada**. Distancia que no desecha rasgos de paternalismo en ciertos momentos de la RMP y/o ante determinados enfermos, pero en ningún momento descarta la activa participación del enfermo en todo el proceso de diagnóstico y tratamiento.

CRISIS DE LA RMP - AREAS CONFLICTIVAS: MOTIVO DE LA CONVOCATORIA

Ante una medicina pujante y arrolladora, maquinista y científicista, fruto de profundos movimientos, la relación interpersonal, la RMP que le da color y calor humano, también ha sufrido cambios.

Siempre la medicina estuvo enmarcada en el contexto de fenómenos sociales, históricos, económicos y aún ecológicos. Sólo una mirada retrospectiva no muy lejana nos recuerda que vivimos tiempos de barbarie, intolerancia, violencia, destrucción. Pero negar el impacto tecnocientífico positivo sería de ciegos o necios. No es menos real la mentalidad robótica que ha creado el fetichismo de la máquina en generaciones de jóvenes.

De la resurrección del cuerpo (Ortega y Gasset, 1920) a la intercorporeidad (Lahitte, 1995) fenomenolo-

gía que conlleva el trasplante de órganos, la donación de gametos y embriones y la ingeniería genética.

De la defensa de la vida, su norte paradigmático, la medicina ha agregado hoy el derecho de una muerte digna, pasando por la consideración de horrores como la eutanasia y el suicidio asistido.

De una actitud del médico **paternalista** autoritaria en su relación con el paciente, a considerarlo ser humano, como hombre libre partícipe de su curación; él mismo, el médico, valida su imagen de ser humano tan humano como respetable y aún punible en su accionar profesional, hoy en un ambiente de candente litigiosidad.

De una RMP que como interpersonal era considerada una **díada** (o cuasi-díada) hasta ayer, no hace mucho se le ha agregado la **familia y los allegados** y entonces se transformó en **triada**; y hoy, dado el peso de las **instituciones**, podría asignársele la calificación de **tetrada**: Médico-Paciente-Familia-Institución.

De la atención individual, personalizada siempre, a la atención institucionalizada, con centralización de servicios y trabajo médico en equipos.

Del factor económico, que de alguna manera debe tenerse en cuenta hoy en los modelos de atención con sistemas sanitarios que exigen eficiencia y rapidez.

En fin, de la **medicalización de la vida** (Mainetti, JM, 1995), con ciertos comunicadores sociales que tienen en la mira a la medicina., de la dirigencia con su racionalidad económica, que entra en conflicto con la racionalidad médica o sanitaria. Y cuántos factores más.

Analizarlos, al menos en ciertas áreas (vulnerables, críticas, controvertidas del quehacer médico) nos motivó a efectuar la convocatoria del día 02-12-95; establecer en la RMP la situación actual, hechos y circunstancias conexas y elaborar en lo posible propuestas para su mejora.

"Si el conocimiento supone una relación, el verdadero problema del conocimiento consiste en el estudio de esa relación".

Bibliografía consultada

* Laín Entralgo P., *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Revista de occidente. Madrid, 1954.

* Mainetti, J.A., *Fenomenología de la intercorporeidad*. Quirón, 38; 26:1, 1995.

* Mainetti, J.A., *Bioética Fundamental. La Crisis Bioética*. Ed. Quirón. La Plata (RA), 1990.