

La relación clínica en las sociedades democráticas

Es habitual escuchar la afirmación de que la relación clínica ha cambiado más en los últimos decenios que en los veinticinco siglos anteriores, y así se evidencia tras la lectura del devenir histórico de esta relación humana tan peculiar (1, 2). Para entender dichos cambios se suele recurrir a análisis pormenorizados realizados, en su mayoría, desde los profesionales de la salud. Pero es probable que tanto el cambio de paradigma - del tradicional paternalismo a la deliberación compartida -, como las repercusiones de esos cambios, sólo se comprendan si se modifica el punto de enfoque.

Quizás analizando los cambios sociales, el tipo y las características de la sociedad occidental del siglo XXI, se pueda entender mejor cómo afectan a la relación médico-paciente, y que estrategias son las mejores para afrontarla.

Los cambios sociopolíticos

Nuestras sociedades se caracterizan por otorgar capacidad de decisión a sus ciudadanos en todo aquello que les afecta en la construcción de la *polis*, de la vida en común. Entendemos que cada individuo es un agente moral, con la capacidad y responsabilidad de dar un contenido concreto al contrato social que rige para todos los sujetos, de generar las normas de convivencia social, y de debatir todo aquello que nos afecte como ciudadanos. Este *a priori* de la vida pública no ha llegado a la vida

privada hasta hace muy poco, y no sin enormes dificultades. Por ello la relación clínica seguía, y sigue siendo en muchos casos, jerárquica y paternalista, y son evidentes las enormes dificultades de los profesionales sanitarios en reconocer en el paciente o usuario de la sanidad las mismas capacidades que en el ciudadano común.

■

Los profesionales sanitarios valoran más la asistencia adecuada en el plano humano que el derecho a decidir libremente sobre la aceptación del tratamiento, ya que el primero de los derechos depende del profesional, mientras que el segundo es probablemente, la concreción más genuina de la autonomía de un ciudadano capaz

■

Asumir una relación de respeto a la autonomía está siendo complejo, y ello pese al refrendo normativo que en materia de derechos de los pacientes existe ya en nuestro país (3). Es llamativo que, todavía hoy, ni los profesionales ni los pacientes muestren, en general, demasiado interés por los mismos. Los primeros valoran más la asistencia adecuada en el plano humano que el derecho a decidir libremente sobre la aceptación del tratamiento, siendo así que el primero de los derechos depende en su puesta en práctica del profesional, mientras que el segundo es, probablemente, la concreción más genuina de la autonomía de un

ciudadano capaz (4). Respecto de los segundos, desde la *Fundación Biblioteca Josep Laporte* se han realizado diferentes estudios en pacientes y usuarios de la sanidad. Los resultados de la encuesta sanitaria realizada en el 2002 sobre una muestra de 2.700 pacientes señalan, entre otros, que el 70% de los entrevistados no conocen sus derechos como pacientes, y sin embargo exige un trato más personalizado, con más tiempo y mayor información (5).

Es probable que nuestra cultura mediterránea influya decisivamente a la hora de primar la calidad de las relaciones humanas a las exigencias contractuales que marcan las leyes, pero sigue siendo llamativo que ni tan siquiera en aspectos tan importantes para la ética cívica como los derechos de las minorías -y los pacientes son uno de estos colectivos- se haya transitado hacia la incorporación definitiva de los valores que subyacen a tales derechos.

La supremacía de la tecnología

Otra de las características de nuestra sociedad es el imperialismo tecnológico. La vida de nuestras sociedades está marcada por la tecnología, de la que dependemos para llevar a cabo la mayor parte de nuestras actividades diarias. Pero su poder va mucho más allá. En los últimos siglos de la historia de Occidente la cultura científico-técnica se ha extendido de tal manera entre la población

que ha llegado a convertirse en una mentalidad, en una forma de vivir y abordar los problemas, y casi en la única perspectiva racional e instrumental desde la que analizar toda la vida.

■
La aparición de conceptos como la “adecuación al esfuerzo terapéutico”, basado en un juicio clínico, o el “rechazo de tratamiento”, basado en la decisión autónoma del paciente, comienzan a reubicar la tecnología como lo que realmente debe ser, un medio y no un fin

La técnica ha llegado a convertirse en un fin en sí misma, y por ello se utiliza siguiendo un paradigma que podemos denominar “imperativo tecnológico”, sin pensar en los objetivos de ese uso. Las unidades de cuidados intensivos han sido el escenario paradigmático del poder tecnológico de la Medicina, y de las contradicciones y sufrimiento que puede acarrear el uso poco reflexivo del poder técnico (6). Pero más allá de ese escenario tan peculiar, todo aquello que se utiliza para el tratamiento de los enfermos, desde la diálisis renal hasta una simple sonda nasogástrica, desde un protocolo oncológico hasta un psicofármaco, constituyen posibilidades tecnológicas de intervención en el ser humano.

Esto, sin duda, ha generado cambios en la relación clínica. El enfermo, acostumbrado a vivir en el interior de la mentalidad tecnológica, cree que todo se puede modificar. El médico, que tiene enormes posibilidades de intervención sobre el cuerpo humano, cree que

debe utilizarlas en todo momento. Y hasta ahora así lo ha hecho, sin pensar en los fines que persigue, y haciendo de la técnica un fin en sí misma (7,8). Poco a poco, y no sin esfuerzo, se va modificando esta mentalidad. La aparición de conceptos como la “adecuación del esfuerzo terapéutico”, basado en un juicio clínico, o el “rechazo de tratamiento”, basado en la decisión autónoma del paciente, comienzan a reubicar la tecnología como lo que realmente debe ser, un medio y no un fin.

Hay que valorar los fines antes de actuar a través de los medios, y utilizar una racionalidad valorativa que cambia totalmente la perspectiva del análisis. Es importante percatarse de que no existen unos fines u objetivos implícitos en la actividad tecnológica, sino que son los sujetos de la relación clínica quienes los valoran como tales.

La nueva tecnología de la información

Es otro de los elementos de gran influencia en la relación clínica. Por una parte se está convirtiendo en una herramienta de trabajo fundamental para los profesionales. La historia clínica informatizada aporta importantes beneficios a la asistencia sanitaria, al tiempo que despierta recelos por la posible falta de confidencialidad derivada de la accesibilidad a la información (9). Pese a la protección legal que tienen los datos de carácter personal, es bien sabido el desconocimiento por parte de los profesionales de las leyes y penas que conlleva vulnerar la confidencialidad, y es elevado el porcentaje de profesionales que reconoce llevar

a cabo prácticas contrarias a lo establecido legalmente, bien por accesos indebidos a las historias clínicas, o bien por compartir información de los pacientes con compañeros de trabajo o con la familia de éste sin su permiso (10).

Otro cambio sustancial es la transformación del secreto médico en un derecho del ciudadano. Durante siglos ha sido el médico quien decidía, con un criterio beneficente, los aspectos y datos del paciente que el profesional debía guardar como secreto. Hoy esa potestad no le corresponde al clínico. No es él quien puede definir el perímetro de la intimidad del paciente, sino que es el mismo paciente quien tiene el derecho a definir el perímetro y límites de su intimidad, el núcleo de cada ser humano, constituido por los valores personales que son su seña de identidad (11).

■
La historia clínica informatizada aporta importantes beneficios a la asistencia sanitaria, al tiempo que despierta recelos por la posible falta de confidencialidad derivada de la accesibilidad a la información

El último aspecto de sociedad de la información se refiere al paciente y a su posibilidad de acceso a información sobre temas de salud. Este es un punto que puede generar gran ansiedad en el profesional, por más que no debería hacerlo. *En primer lugar*, porque el acceso se produce a gran cantidad de información, pero no siempre a información de calidad, punto éste que debe ser trabajado minuciosamente en el encuentro

clínico. *En segundo lugar*, y esto es lo verdaderamente relevante, porque mayor información no es sinónimo de mejor conocimiento. Para que esto ocurra la información debe ser comprendida y analizada en el contexto de la patología y del paciente concreto, tarea que sólo un profesional puede llevar a cabo y para la cual su participación es imprescindible.

Los resultados de la encuesta previamente mencionada pone de manifiesto que, en España, el médico sigue siendo la principal fuente de información de los pacientes, y que sólo el 30% de los pacientes buscan otros medios de información fuera de la relación clínica. Es previsible que este porcentaje vaya en aumento, lo que acentuará todavía más la necesidad de un profesional atento para contrastar la calidad de esta información.

Los sistemas sanitarios públicos

Otro factor que ha modificado la relación sanitaria se vincula al derecho a la asistencia sanitaria y el acceso igualitario de todos los individuos a los servicios sanitarios. España ha vivido las últimas décadas con el convencimiento de que el Estado benefactor o *welfare state* debe proteger a todos los ciudadanos de las contingencias negativas de la vida, y la enfermedad es precisamente una de esas contingencias. Además, se ha producido en la sociedad actual un hecho inédito en la historia de la medicina, como es la extensión del derecho a la asistencia sanitaria a toda la población.

En la actualidad no cabe duda de que la sanidad tiene que ser una

empresa. Se entiende como tal una organización económica, integrada por el capital y el trabajo como factores de producción, dedicada a actividades industriales, mercantiles o de prestación de servicios, generalmente con fines lucrativos, y con la consiguiente responsabilidad. Una de las características diferenciales más importante de las empresas sanitarias públicas es que su prestación de servicios no tiene fines lucrativos. La segunda característica es que presta un servicio –la consecución o mantenimiento de la salud– que es un bien de consumo, pero también un bien público. Forma parte de lo que Rawls denominó bienes sociales primarios, y por ello un bien exigible en justicia, que debe ser garantizado por el Estado. Ambas características van a configurar el sistema sanitario público como una empresa muy peculiar, que presta sus servicios a toda la ciudadanía, gestionando para ello recursos que también son públicos.

El sistema sanitario público se configura como una empresa muy peculiar, que presta sus servicios a toda la ciudadanía, gestionando para ello recursos que también son públicos

Cada vez más, se empieza a asumir que las empresas públicas tienen que ser eficientes y optimizar los recursos, sacando de ello el máximo beneficio posible, y que ser eficiente es una obligación de justicia, porque es injusto no optimizar el uso de los recursos escasos con los que se cuenta (12). Pero esto plantea un escenario que el profesional de la medicina des-

conocía por completo, pues siempre ha considerado que el fin de su actividad es el bien del enfermo, y que ese fin puede entrar en conflicto con intereses meramente economicistas. Y efectivamente así es. Si los sanitarios se ven abocados al llamado *managed care*, convertidos en meros gestores de recursos y controladores del gasto; si se establecen incentivos de tipo económico proporcionales al porcentaje de ahorro o gasto realizado, es posible que se pierda la relación de confianza en la que se ha basado la relación clínica tradicional, y que al mismo tiempo se perviertan los fines de la medicina. En esto tienen razón los clínicos. Si sólo se busca el ahorro se llega a una mercantilización de la medicina.

Debemos asumir que hoy los profesionales nos convertimos en gestores a través de la efectividad clínica, y además en buenos gestores si proporcionamos los recursos disponibles a quien realmente se puede beneficiar de ellos

Pero eso no quiere decir que el médico no tenga un papel fundamental como distribuidor de recursos de los sistemas sanitarios públicos, y que esa constituya también otra de las obligaciones morales de los profesionales. Lo que ocurre es que el clínico se debe limitar a establecer prioridades con criterios clínicos, de manera que cuanto más se trabaje la forma en que se toman estas decisiones y el fundamento en el que se basan, más se logrará el objetivo de una buena gestión. Dicho de otra forma, para el clínico el camino hacia la eficiencia pasa por asegurar la

consecución de la efectividad clínica (13).

Y esto es todavía algo difícil de entender para una profesión que tradicionalmente ha considerado que la buena práctica clínica, aquella que beneficiaba al paciente, era incompatible con el análisis económico de los recursos disponibles. Debemos asumir que hoy los profesionales nos convertimos en gestores a través de la efectividad clínica, y además en buenos gestores si proporcionamos los recursos disponibles a quien realmente se puede beneficiar de ellos, y aprendemos a cuestionarnos nuestra práctica clínica preocupándonos cada día sobre su efectividad (14).

La profesión médica ha perdido la impunidad jurídica, trabaja para los sistemas sanitarios públicos, y tiene que gestionar valores que le han venido dados por la sociedad ..., que no proceden de la su tradición, y que nunca antes había contemplado

Si volvemos al principio de este artículo, e incluimos los elementos modificadores de la relación clínica en una matriz contextual más amplia -la sociedad del siglo XXI-, podremos comprender mejor lo que ha ocurrido en las tres últimas décadas. Los sociólogos hablan de la posmodernidad, de la sociedad del riesgo, aquella en la que la búsqueda de la certeza genera aún más incertidumbre (15). También de un modelo de sociedad en el que los acontecimientos tienen lugar con gran rapidez, de forma tan inmediata y continuada que dificultan la capa-

cidad de análisis y reacción.

Sin duda la relación clínica no ha sido ajena a este marco. Hasta hace poco ni la profesión médica como tal, ni cada uno de sus actores particulares, han tenido la capacidad de respuesta necesaria. Demasiados cambios en poco tiempo, y muy alejados de lo que ha constituido la tradición de la profesión.

Entre el paternalismo tradicional y el autonomismo extremo hay un abanico de posibilidades para la relación clínica.

La profesión médica ya no está socialmente privilegiada como lo ha estado durante siglos, y ello a pesar de que los resultados del estudio “Confianza en el Sistema Nacional de Salud” evidencian que la población española tiene una elevada confianza en las profesiones sanitarias respecto de otras profesiones, y también que esta confianza se mantiene incluso en medio de las quejas en torno a la atención sanitaria recibida. La profesión médica ha perdido la impunidad jurídica, trabaja para los sistemas sanitarios públicos, y tiene que gestionar valores que le han venido dados por la sociedad, como el valor del respeto a la autonomía, o el de la justa distribución de los recursos sanitarios, que no proceden de su tradición, y que nunca antes había contemplado.

Estos cambios han impregnado y modificado el concepto actual de “profesión”, y para expresarlo se ha acuñado hasta un nuevo concepto, el de “profesionalismo”. Se entiende por tal el conjunto de principios y compromisos para

mejorar los resultados en salud del paciente, y maximizar su autonomía, creando relaciones caracterizadas por la integridad, la práctica ética, la justicia social y el trabajo en equipo (16, 17). Como puede apreciarse, se han ido introduciendo nuevos aspectos del “buen hacer” en la profesión médica, al compás de los cambios acaecidos en el mundo sanitario y en la sociedad que lo sustenta. Una nueva profesión para una nueva sociedad.

Se ha acuñado el concepto de «profesionalismo»... como conjunto de principios y compromisos para mejorar los resultados en salud del paciente, y maximizar su autonomía, creando relaciones caracterizadas por la integridad, la práctica ética, la justicia social y el trabajo en equipo

También los profesionales han vivido, y todavía viven, una etapa de desconcierto. Baste para ello con observar lo que ha supuesto la introducción del consentimiento informado en la relación clínica, que se ha reducido a la firma de un documento cuyo contenido, en tantas ocasiones, nadie ha explicado al paciente (18). Y es que para responder a estos retos se requiere, como mínimo, formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación, en técnicas de entrevista clínica, de apoyo emocional y relación de ayuda, en el análisis de conflictos de valores, etc. Solo así podrán los profesionales llevar a cabo una gestión adecuada de los hechos y también de los valores que conlleva la relación clínica, transitando

definitivamente hacia el modelo deliberativo que las sociedades democráticas exigen en las relaciones entre ciudadanos adultos (19).

Entre el paternalismo tradicional y el autonomismo extremo hay un abanico de posibilidades para la relación clínica. En los últimos tres decenios hemos pasado de un paternalismo social, en todas las áreas de la vida, a hábitos más democráticos. Si bien es cierto que la evolución de la relación clínica no ha sido tan rápida, también lo es que tanto los ciudadanos como los profesionales son producto de esta misma sociedad. Cada día juegan con muchos factores: pacientes más o menos activos, profesionales con formaciones diversas, y estructuras institucionales que no suelen facilitar activamente este cambio de paradigma.

■
No es fácil predecir hacia dónde se moverá la práctica diaria de los clínicos en nuestro país, pero si lo es afirmar que ya no hay vuelta atrás hacia el tantas veces añorado paternalismo y que una mejor formación de los profesionales debería conducirnos a la etapa adulta de esa relación
■

No es fácil predecir hacia dónde se moverá la práctica diaria de los clínicos en nuestro país, pero si lo es afirmar que ya no hay vuelta atrás hacia el tantas veces añorado paternalismo, y que la mejor formación de los profesionales, unida a las exigencias que demanda una sociedad democrática, debería conducirnos a la etapa adulta de esa relación. Probablemente estemos en el camino, pero aún no ha sido alcanzada ni generalizada

en todas y cada una de las relaciones clínicas que a diario se establecen en este país.

AZUCENA COUCEIRO

PROFESORA DE HISTORIA Y TEORÍA
DE LA MEDICINA Y BIOÉTICA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA MADRID

Bibliografía:

1.- Laín P. *El médico y el enfermo*. 2ª ed., Madrid: Triacastela, 2003.

2.- Lázaro J, Gracia D. *La relación médico-enfermo a lo largo de la historia*. An Sist Sanit Navar 2006; 29(supl.3): 7-17.

3.- Boletín Oficial del Estado. *Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. BOE núm 274, de 15 de noviembre de 2002, p. 40126-40132.

4.- Pérez MD, Pereñíguez JE, Pérez D, Osuna E, Luna A. *Actitudes de los médicos de familia hacia los derechos de los pacientes*. Aten Primaria 2007;39(1):23-28.

5.- Jovell, AJ, ed. *Confianza en el Sistema Nacional de Salud. Resultados del estudio español*. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte, 2006. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org> [Visitada el 23 de octubre del 2007].

6.- Couceiro A. *Tecnología, dolor y sufrimiento en las unidades de críticos*. En: Bayés R, editor. *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas 2004; p.53-68.

7.- Casell, E.J. *La escoba del brujo: el desenfreno de la tecnología*. En: Thomas D, Kushner T, editores. *De la vida a la muerte: ciencia y bioética*. Madrid: Cambridge University Press, 1999; p. 196-210.

8.- Hottois, G. *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*. Barcelona: Antrophos 1991.

9.- Alonso A, Iraburu M, Saldaña ML, De Pedro MT. *Implantación de una*

historia clínica informatizada: encuesta sobre el grado de utilización y satisfacción en un hospital terciario. An Sist Sanita Navar 2004; 27:233-239.

10.- Iraburu M, Chamorro J, Hernando A, Quintana S, García A, Herrero A, Rodríguez JL, Rodrigo P. *Estudio multicéntrico de investigación sobre confidencialidad*. Med Clin (Barc) 2007; 128(15):575-578.

11.- Iraburu M. *Confidencialidad e intimidad*. An Sist Sanit Navar 2006; 29(supl 3):49-59.

12.- J Conill, *Horizontes de economía ética*. Madrid: Tecnos, 2004.

13.- Ortún V, Rodríguez Artalejo F. *De la efectividad clínica a la eficiencia social*. Med Clin(Barc) 1989; 95:385-388.

14.- Couceiro A. *Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos*. An Sist Sanit Nav 2006; 29(supl 3):61-74.

15.- Prigogine, I. *La fin des certitudes*. Paris: Éditions Odile Jacob, 1996.

16.- Borrell-Carrió F, Epstein RM, Pardell H. *Profesionalidad y profesionalismo: fundamentos, contenidos, praxis y docencia*. Med Clin (Barc) 2006;127(9):337-342.

17.- Pardell H. *El nuevo profesionalismo médico. Una ideología expresada en conductas*. En: Oriol Bosch A, Pardell H, editores. *La profesión médica. Los retos del milenio*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas 2005; p.11-22.

18.- Simon P. *Diez mitos en torno al consentimiento informado*. An Sist Sanit Navar 2006; 29(supl.3): 29-40.

19.- Emanuel EJ, Emanuel LL. *Cuatro modelos de la relación médico-paciente*. En: Couceiro A, editora. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999; 109-126.