

LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN EL CUADRO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

Comunicación presentada en la 17ª Semana de Ética y Filosofía. Congreso Internacional de la Asociación Española de Ética y Filosofía Política (AEEFP). Donostia-San Sebastián, 1-2-3 de Junio de 2011

Francisco Roger Garzón

Doctor en filosofía

franciscorogergarzon@hotmail.es

Introducción

La relación que establecen un médico y un enfermo, durante el proceso de enfermedad es de extrema importancia. Es una relación rica y compleja., que influye en el curso de la enfermedad, en la eficacia del tratamiento y tiene por sí misma un valor curativo.

Para la organización sanitaria la relación médico - enfermo debe ser objeto de estudio debido a que aumenta la calidad asistencial y por ser esta relación esencial en la actividad clínica. La hegemonía de la medicina científica ha relegado hoy en día la investigación de cómo llevar a cabo adecuadamente una relación entre el médico y el enfermo.

En la actual asistencia hospitalaria médicos, enfermeros y otros profesionales se relacionan con el paciente que acude en busca de ayuda para su enfermedad. Pero la relación no debe ser una relación impersonal.

Esta relación ha sido estudiada en profundidad por Pedro Laín Entralgo en su libro *La relación médico-enfermo. Historia y teoría* (1964)¹, Constituye este libro junto a *La*

historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico (1950), La espera y la esperanza. Historia y teoría del esperar humano (1956), Teoría y realidad del otro (1961), Sobre la amistad (1972), El diagnóstico médico. Historia y teoría (1982), Antropología médica para clínicos (1986) sus libros mayores o más importantes.

En este libro de *La relación médico-enfermo* analiza Laín los siguientes aspectos: La relación médica en la Grecia clásica; El cristianismo y la relación médica; La relación médica en la sociedad moderna secularizada; Teoría de la relación entre el médico y el enfermo; La relación médica en el cuadro de las relaciones interhumanas; Los motivos determinantes de la relación médica; La comunicación entre el médico y el enfermo; El momento afectivo de la relación médica; El momento cognoscitivo de la relación médica; El momento operativo de la relación médica; El momento ético-religioso de la relación médica; Consistencia social de la relación médica.

Había publicado anteriormente *La amistad entre el médico y el enfermo en la medicina hipocrática* (1962). Pero es también en el año 1964 cuando nuestro autor hace su discurso de ingreso en la Real Academia de la Historia con *La amistad entre el médico y el enfermo en la Edad Media*.

El fundamento antropológico sobre el que descansa el encuentro terapéutico lo hace Pedro Laín en su libro *Teoría y realidad del otro* (1961). En esta obra estudia el encuentro interpersonal en profundidad.

Breve historia de la relación médico – enfermo

La relación médico – enfermo ha ido cambiando a lo largo de la historia según han sido las transformaciones sociales y culturales.

En civilizaciones antiguas la asistencia al enfermo era realizada por magos y brujos. La enfermedad era considerada como maldición, pecado, castigo de los dioses y la salud como un don también de los dioses. La enfermedad y la salud eran interpretadas sobrenaturalmente. El tratamiento al enfermo era el rito mágico, el exorcismo, el abandono, la muerte, la plegaria, el sacrificio u ofrenda a los dioses. El médico tenía un carácter sacerdotal.

En el siglo XVIII antes de Cristo el Código de Hammurabi, rey de Babilonia regula ya el ejercicio de la medicina con diecisiete leyes, aparece por primera vez en este código la relación médico – enfermo y el ejercicio médico. Dispone también penas para los errores médicos.

La medicina científica comienza en Grecia en los siglos VI y V antes de Cristo. Se excluye ahora la medicina mágica y se adopta una explicación racional de la enfermedad. Surge el concepto naturalista de salud y la enfermedad se ve como un desorden natural. El gran médico griego Hipócrates señala que hay en la medicina tres elementos: la enfermedad, el enfermo y el médico. Insiste en la fuerza potencial de la relación médico – enfermo en el proceso curativo y considera que el paciente es, ante todo, un hombre que hay que respetar y cuidar.² El *Corpus Hippocraticum*, colección de 70 textos médicos escritos por Hipócrates indica como uno de los cuatro principios fundamentales el: “Estudiar más al paciente que a la enfermedad”. Hipócrates abandona la idea de que la enfermedad es producida por causas mágicas y defiende que la enfermedad es producida por la alteración de los cuatro humores del organismo: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra. En el *Corpus Hippocraticum* se incluye el Juramento hipocrático, indica como debe ser la enseñanza de la medicina y se habla de la eutanasia, el aborto, la sexualidad, el secreto profesional.

En la cultura griega se da un fuerte vínculo entre la acción de la palabra y la curación de las enfermedades. Para Aristóteles la acción de la palabra del médico opera como un verdadero medicamento y produce acciones psicológicas en ciertos enfermos. Hipócrates indicaba que el enfermo debe colaborar activamente en la curación. El médico no debe emplear sus fármacos hasta que no haya establecido con el paciente una relación terapéutica satisfactoria.

Para Platón el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad. La relación entre médico y enfermo es de amistad y, en ella, es fundamental la confianza del enfermo en la medicina y en el médico que le trata.

Durante la Edad Media, el desarrollo científico y técnico queda subyugado al criterio moral y religioso. Con el cristianismo las órdenes religiosas se hacen cargo de la asistencia sanitaria que es un acto religioso y moral. Se crean los primeros hospitales cristianos, la asistencia sanitaria es gratuita para los enfermos sin recursos y se atiende también a los enfermos incurables y moribundos. El fundamento de la relación médico-enfermo en el cristianismo es una modalidad de la amistad cristiana entre los hombres.

El médico medieval le da importancia a la comunicación verbal con el enfermo con el objetivo de darle consuelo, de aliviarle. Se concibe la enfermedad como un castigo de Dios.

Se producen unos cambios en el ejercicio de la medicina. En el siglo XII se sistematiza la enseñanza de la medicina en un currículum de cinco años en la ciudad italiana de Salerno. En la mitad del siglo XIII se crean las primeras facultades de medicina en las universidades europeas. Se adquiere un mayor nivel técnico por parte de los médicos.. La asistencia a los enfermos se recibe según la clase social a la que se pertenece.

En el siglo XVII, la filosofía racionalista de Descartes con la separación del alma y el cuerpo, el dualismo cartesiano, provoca en los médicos un cuestionamiento y les lleva a plantearse nuevos temas que antes no se habían atrevido por temor a enfrentamientos.

En el siglo XVIII los médicos empiezan a hacer un estudio natural de las enfermedades. Sydenham señala que la especie morbosa sería un conjunto de síntomas que se repiten, idénticamente y de igual modo ordenados, a lo largo del tiempo, en una serie indefinida de enfermos.

Más tarde, ya en el siglo XIX se desarrolla la medicina científica. Aparecen nuevos modelos como el anatomoclínico y el fisiopatológico que buscan las causas de la enfermedad, siendo los síntomas un efecto de ellas. La medicina consigue importantes avances, se describe mejor la enfermedad, pero se olvida del enfermo. En la medicina hospitalaria del siglo XIX el enfermo es básicamente un objeto cognoscible y una persona desconocida. La relación médico – enfermo es muy insatisfactoria.

Las luchas de los movimientos revolucionarios de los siglos XIX y XX logran la asistencia médica igualitaria. El enfermo toma conciencia de su derecho a la asistencia, aún en los casos leves. La medicina progresa en tecnificación y especialización.

El siglo XX desarrolla una medicina masificada. La sociedad de consumo provoca una superabundancia de productos farmacéuticos. En los hospitales, con mayor tamaño y tecnificación se da un uso masificado de la medicina superándose la pura relación médico – enfermo.

Como consecuencia de errores cometidos por la medicina, a pesar de los muchos aciertos, reaparece un modelo humanizador de la medicina. El enfermo no puede ser visto sólo según la estrecha idea científica sino que ha de incluir a la persona enferma con su subjetividad. Este cambio intenta recuperar el poder de la palabra como factor

terapéutico, lo cual hace resaltar la relación entre médico y paciente. A este modelo contribuye Freud con su psicoanálisis.

Sigmund Freud (1856 – 1939) supone un cambio muy importante en la relación médico – enfermo al introducir al sujeto en medicina. Considera que en el acto clínico, la relación médico - paciente es fundamental, y la historia clínica un instrumento imprescindible que permite al paciente contar lo que le pasa y relacionarlo con su historia familiar, su trabajo y su vida cotidiana. También relaciona Freud los afectos del paciente con sus procesos corporales. Cree que la palabra --- cura por la palabra --- es el mejor recurso para crear en el enfermo un estado anímico favorable a la curación. En los diagnósticos freudianos la “visión” se transforma en interpretación que consiste en la inferencia de los pensamientos latentes e inconscientes a partir de los elementos que integran su contenido manifiesto.

También otros autores como Viktor Von Weitzsäcker, Gregorio Marañón que han incluido lo psicológico en el origen de la enfermedad. Para Weitzsäcker el enfermo y la enfermedad constituyen un todo al que hay que interpretar de manera unitaria. Para Marañón hay que buscar con más ahínco al hombre en la enfermedad y no la enfermedad en el hombre. Afirma que la medicina es “ciencia, arte y oficio”.

Últimamente un grupo de autores resaltan la importancia de los factores sociales en los procesos de salud – enfermedad. Estos factores sociales pueden ser económicos, ambientales, jurídicos.

El gran progreso de técnicas específicas y la especialización de la medicina en el siglo XX, los mejores recursos de diagnóstico y tratamiento han hecho olvidar nuevamente la subjetividad del enfermo y con ello la relación médico – paciente. Brutti (1991) plantea que el “hecho” tratado por la medicina no tiene relación con la persona, de este modo al

paciente no se le reconoce el derecho a la palabra y el médico prefiere obtener la información de aparatos sofisticados que del examen físico y de lo contado por el paciente.

La relación médica en el cuadro de las relaciones interpersonales

La relación entre un médico y un enfermo señala rotundamente Pedro Laín es la relación que *vincula mutuamente a dos hombres*.

Esta relación está por encima del hecho que uno sea médico y el otro enfermo, y afirmará que: *“El más grave error de quien aspire a describir recta e integralmente la consistencia de la relación médico-enfermo sería el de olvidar o desconocer lo que en páginas anteriores llamé su “fundamento genérico”; a saber, el hecho de que en ella se articulan más o menos eficaz y armoniosamente el menester de un hombre y la capacidad de otro hombre para remediar ese menester. Antes que tal estado de enfermedad, el estado de enfermedad es una forma particular y accidental de la indigencia del ser humano; antes que técnica diagnóstica y terapéutica, la medicina --- quiero decir, la condición de médico --- es un modo peculiar y adquirido de la humana posibilidad de ayudar al semejante menesteroso. Genéricamente considerada, la relación médica es una relación interhumana y una relación de ayuda”*.

La relación médico – enfermo está formada por dos personas y el vínculo entre ellas es la palabra. En este vínculo interpersonal el comportamiento del médico sobre todo con sus palabras influye en el paciente y el de éste en el médico.

Esta relación está formada por el médico, el enfermo y la enfermedad. En su realización efectiva puede adoptar muy diversas formas que pueden llegar hasta el infinito.

Formas de relación médico-enfermo

Las formas de poder relacionarse los dos personas que la integran la relación son muchas, pudiendo oscilar de la amistad a la agresión y pasar por diferentes grados intermedios como son la indiferencia, el desdén, el menosprecio.

Esta relación podría clasificarse por la intención, la forma y el contenido. Pedro Laín considera que todas las posibilidades de relación médica podrían encuadrarse en dos: *la relación objetivante y la relación interpersonal*.

La relación objetivante

Define Pedro Laín *la relación objetivante* como: “*aquella en que uno de los dos hombres que la integran intenta convertir al otro en puro objeto; y a mayor abundamiento, cuando son los dos quienes mutuamente se tratan con tal intención. Intencional e hipotéticamente, el otro queda entonces reducido a ser cosa, realidad exterior carente de libertad personal y de fines propios*”.

Ejemplos importantes de relación objetivante son los señalados por Hegel con la relación siervo-señor y el de Jean Paul Sartre con el encuentro a través de la mirada objetivante.

El encuentro o la relación objetivante busca convertir al otro en objeto de contemplación o espectáculo o en un objeto de manejo o instrumento.

El otro como objeto de contemplación ofrece a mis fines fruición estética, curiosidad científica, interés profesional, menosprecio...

El otro como instrumento se da cuando le modifico artificialmente al servicio de mis propios fines.

Al otro le puedo contemplar con amor o con odio y puede ser instrumentalizado también con amor o con odio.

En la clasificación de formas de amor que Laín estas formas de relación objetivante serian de amor distante y odio distante.

La relación interpersonal

La relación interpersonal es aquella que se establece entre dos hombres cuando se tratan mutuamente como personas.

Laín afirma tajante que: *“El hombre es por esencia persona. Ser persona existente es la esencia del hombre”*.

Señala nuestro autor las definiciones de persona que le agradan como son las de Boecio, Kant, Zubiri. Para Boecio la persona es una sustancia individual de naturaleza racional; Kant defiende que la persona es un sujeto dotado de fines propios; Zubiri define a la persona como un ser vivo e inteligente con sustantividad de propiedad.

Añade Laín que: “Uno es persona en cuanto ejecuta actos inteligentes, libres y propios. Lo cual equivale a decir que la actividad constitutiva y definidora de la relación interpersonal será la *coejecución* de los actos en que y con que el que el otro ejecuta”.

Por tanto la relación interpersonal se dará cuando: “Él y yo nos consideremos y tratemos como seres a cuya realidad individual pertenecen la vida, la intimidad, la inteligencia, la libertad y la capacidad de apropiación”.

Será esta una relación de convivencia entre las dos personas que se realizará mediante una coejecución de actos, hacer algo en común. También podrá ser una convivencia amorosa o una convivencia odiosa.

La relación médico-enfermo

La relación médico-enfermo ha sido a todo lo largo de la historia una relación objetivante. El médico ha considerado al enfermo un objeto, una cosa de estudio. Pedro Laín escribe al respecto que: “Así ha venido concibiéndola la patología de Occidente, desde Alcmeón de Crotona hasta nuestro siglo. Según ella, el enfermo ha de ser para el médico *puro* objeto de contemplación cognoscitiva (a la postre, espectáculo, en el sentido más amplio y noble de esta palabra) y *puro* objeto de manipulación terapéutica (en definitiva, *instrumento* de la acción sanadora que el terapeuta ejecuta). El paciente debe ser, en principio, lo que la planta individual es para el botánico que la identifica y lo que es el motor averiado para el ingeniero que lo repara, objeto contemplable en un caso y objeto manejable en el otro; y cuanto en la práctica del diagnóstico y del tratamiento haya de apartarse de estos esquemas será, a lo sumo, concesión táctica y resignada --- no científica y no técnica --- a la nunca bien dominable realidad del mundo exterior”. (Laín, 1964, 238-239).

El enfermo es una persona por tanto su relación con el médico debería ser interpersonal. Debe ser interpersonal esta relación pero no total y exclusivamente interpersonal. El médico para ser buen médico tiene que necesariamente que “convertir en objeto contemplable el cuerpo del enfermo”.

Señala Pedro Laín que la relación interpersonal perfecta es *la díada* que es: “*el “nosotros” de un yo y un tú amorosamente fundidos entre sí sin mutua confusión*”

física". Y ante los dos extremos de la relación objetivante y de la relación interpersonal apunta que existen dos relaciones o realidades intermedias: *el dúo* y *la cuasi-díada*.

El *dúo* es el conjunto de dos personas unidas entre sí para lograr una meta exterior a ellos, ejemplos serían el contrato mercantil o la camaradería.

La *cuasi-díada* es una relación de ayuda con tres tipos: el consejo, la educación y la asistencia médica.

La *relación de consejo* es la que una persona ayuda a otra para que tome una decisión, mostrándole un camino hacia el futuro y dejándole en libertad para que lo siga o no.

La *educación* es la actividad en la que el maestro ayuda al discípulo para que *aprenda* y adquiera *un hábito mental*. No puede realizarse la educación sin cierta "amistad pedagógica".

La *asistencia médica* se da cuando un médico ayuda a un enfermo, y "*trata de que éste adquiera un hábito psicosomático; no otra cosa es la salud*". La amistad del médico hacia el enfermo se halla a distancia de la amistad interpersonal.

Hay que distinguir la *relación diádica de la pura amistad interpersonal* de la *relación cuasi-diádica de ayuda*.

La *relación diádica de pura amistad interpersonal* es la que se da entre verdaderos amigos y entre amantes. Aquí la objetivación del otro es necesaria como medio pero lo más decisivo e importante es la coejecución unitiva, es un "nosotros" fundidos entre sí.

La *relación cuasi-diádica de ayuda* entre un médico y un enfermo, la coejecución es necesaria como medio y la objetivación del otro como contemplación o manejo instrumental es el fin de la relación.

Las actividades de aconsejar, enseñar y curar han de ser eficaces aplicando técnicas rigurosas.

Una conclusión para Pedro Laín es que dentro del cuadro de las relaciones interhumanas *“la relación médica es una cooperación cuasi-diádica de ayuda enderezada hacia el logro del hábito psicossomático que solemos llamar salud”*.

La relación médico – enfermo en la actualidad

En el siglo XXI el modelo de asistencia sanitaria se apoya en tres principios constituidos por la *continuidad de cuidados*, la *accesibilidad y disponibilidad*, con un equipo profesional en la asistencia, la *promoción y cuidado de la salud* de una población determinada.

El primer nivel es la *Atención Primaria* que es el fundamento de todo el sistema de salud, con el objetivo de una atención integral a la salud de la población y en que la relación médico – enfermo tiene un papel importante, es central o nuclear.

La práctica clínica genera ansiedad en los médicos. Se ha descrito el llamado “Síndrome del residente de psiquiatría”, en la que se observa: ansiedad, depresión. Es indudable que el trabajo médico genera algún tipo de estrés, más agudizado en unos profesionales que en otros.

Los pacientes también tienen problemas como son la falta de información adecuada sobre el fármaco prescrito, deficiente relación entre médico y enfermo, falta de diálogo, ansiedad ante la enfermedad, asistencia masificada, incomunicación con el médico, el derecho a morir dignamente, y otros.

En la relación médico – enfermo tiene cuatro líneas de investigación como son: el modelo de comunicación, el modelo sociocultural, el modelo psicoanalítico y el humanista.

El Modelo de comunicación en la relación médico – enfermo

En los años sesenta se intenta recuperar *el diálogo* entre el médico y el paciente y se busca investigar todo el proceso referente a la comunicación entre ambos.

Se publican estudios sobre entrevistas clínicas a partir de 1968 y se aumenta el interés por el estudio de esta relación.

El encuentro entre médico y paciente es lo central o nuclear de la asistencia sanitaria, por ello para los médicos internos y residentes el estudio de las entrevistas es muy útil en el aprendizaje de esta relación.

Esta comunicación es muy importante pero también se dan tensiones entre médico y paciente e incomunicación en un 25% a 30% de todas las consultas de medicina general. (Pendleton 1991).

Para Pendleton sólo el 50% de los pacientes sigue las recomendaciones médicas, para otros autores es el del 80% (Martinez, 1985).

Cumplir la medicación está vinculado con la comunicación entre el médico y el paciente. Sólo una tercera parte de los pacientes tiene una información adecuada del fármaco prescrito. La mejor información tiene un mejor cumplimiento del tratamiento.

Anstett (1980) señala que los que el llamado “paciente difícil” es consecuencia del fracaso de la relación médico – enfermo. Hay mala comunicación por numerosas

consultas de un paciente, por el sometimiento a múltiples pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios.

El médico de familia debe conocer y responder a las necesidades psicológicas de los pacientes.

Un tema importante y delicado es la comunicación e información a pacientes y familiares en las enfermedades incurables. Especialmente significativo es la comunicación del diagnóstico de cáncer al paciente. El principal estrés del paciente se debe a como el médico transmite el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Los conflictos o dificultades en la relación médico – paciente aumenta los costes económicos de la sanidad debido a que conlleva mayor petición de pruebas, derivaciones u hospitalizaciones. Para las instituciones sanitarias es de gran interés la elaboración de estrategias para la resolución de conflictos que aporte soluciones o mejores expectativas para médicos y pacientes.

La satisfacción del paciente ha sido más estudiada, se debe a la educación o trato del médico, a la información transmitida al paciente y el tener en cuenta sus ansiedades ante la enfermedad. Este modelo debe incluir las diferentes necesidades de médicos y pacientes.

El modelo sociocultural en la relación médico – enfermo

El médico y el enfermo constituyen un sistema social. La relación médico – paciente es explicada por los roles que adoptan médico y enfermo.

El rol del médico se refiere más a la profesión médica, necesita formación técnica y científica, universalidad de la función y especificidad. El rol del enfermo es no ser responsable de su condición, tener que superar la enfermedad, cooperar con el médico.

El encuentro entre médico y paciente ha sido analizado por Lewin (1980) y Waitzkin (1990) se da una situación en la que influyen la clase, el género, la raza, la edad, la ideología y los mecanismos de control social.

Algunos autores critican a las instituciones sanitarias porque prestan poca atención a los aspectos humanos de la enfermedad y de la curación.

La mayor crítica es la despersonalización en la relación médico – paciente, al buscar el médico prioritariamente los datos necesarios para elaborar un diagnóstico olvidándose de la persona del enfermo.

El modelo psicoanalítico en la relación médico – enfermo

Freud es el introductor de la persona en medicina. Es el primero en señalar la gran importancia de la relación médico – paciente. Aporta el concepto de transferencia que es la intensa emoción afectiva del enfermo hacia el médico durante el tratamiento.

También Freud muestra las dificultades en la relación médico – paciente, los problemas de relaciones interpersonales con personas significativas de la niñez.

Un autor importante en la investigación sobre la relación médico – paciente es Michael Balint, un psicoanalista y bioquímico británico de origen húngaro. Defiende Balint la necesidad del encuentro de la medicina y el psicoanálisis. La medicina debe tener por objeto al enfermo y estudiar su subjetividad. Insiste en incluir no sólo el discurso del paciente, sino también el del médico, siendo central la ansiedad que se produce en el médico ante determinados enfermos. Insiste en la importancia de la psicoterapia para el médico general. Escribe el libro *El médico, el paciente y la enfermedad* (1961). Creador de los *Grupos Balint* que son grupos de médicos que

tienen como objetivo la investigación, enseñanza y aprendizaje de la relación médico-paciente; estos grupos se han extendidos por diversos países.

Los Grupos Balint siguiendo el modelo psicoanalítico estudian la relación médico-paciente en grupo, analizan aspectos conscientes e inconscientes presentes en el acto clínico, con la ayuda de un psicoanalista. Sus objetivos principales son enriquecer la práctica médica a través del “saber escuchar” e introducir la noción de acción terapéutica de la medicina llamada “doctor”. Pretenden aumentar las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del médico mediante el análisis. Señala que el médico es el medicamento más utilizado en la práctica clínica cuando ha aprendido a escuchar al enfermo.

Balint estaba preocupado por la escasez y limitaciones del tiempo en la consulta médica por lo cual desarrolla técnicas de apoyo psicológico a sus pacientes, basadas en entrevistas breves, así surgen la llamada “psicoterapia de los diez minutos” y la técnica del “flash”. El “flahs” es una toma de conciencia espontánea y mutua de algo importante para el enfermo. Su esposa Enid Balint también publicó el libro *Seis minutos para el paciente* (1979).

Michael Balint señala además la “contratransferencia” que son las emociones surgidas del médico hacia el paciente son de gran importancia, defiende que la terapia se da entre médico y enfermo.

En la actualidad se conoce más y mejor el cuerpo biológico pero menos el sufrimiento y la subjetividad del enfermo. Hay que dar prioridad al enfermo y no a la enfermedad. Son varios los autores los que defienden que hay que reintroducir al enfermo en el diálogo terapéutico para evitar la deshumanización, despersonalización que amenazan fuertemente a las instituciones sanitarias y a la práctica médica.

El modelo humanista en la relación médico – enfermo

Su mayor defensor es Pedro Laín Entralgo que considera que esta relación es ante todo el encuentro entre dos hombres. En su libro *La relación médico – enfermo. Historia y teoría* (1964) estudia esta relación a lo largo de la historia y la analiza dentro del cuadro de las relaciones interhumanas o interpersonales. Enfatiza que el enfermo es a la vez naturaleza y persona.

Rof Carballo partidario de la medicina psicosomática estudia los aspectos psicológicos en el enfermar humano, la afectividad que se da en la relación médico-paciente, en especial la angustia. Considera que la palabra del médico tiene mucho poder, positivo o negativo para el enfermo y puede causar iatrogenia.

Pedro Laín Entralgo señala que el siglo XX se inicia con una “rebelión del sujeto” que hace que el médico tenga que considerar los factores psicológicos y personales en la enfermedad. La relación médico – enfermo será afectiva, el encuentro entre médico y enfermo es imprescindible para la práctica humana de la medicina. Es un encuentro personal donde hay una comunicación interpersonal. Para Laín todas las enfermedades son psicosomáticas, esta es la razón por la que se debe introducir el sujeto en medicina y no caer en la exclusividad de la técnica en el ejercicio médico.

Diego Gracia Guillén, discípulo de Pedro Laín, muestra que a finales del siglo XX se une a la “rebelión del sujeto” una “rebelión del paciente”. Esta rebelión reivindica la autonomía moral, es decir, la capacidad y el derecho del paciente a tomar las decisiones que afecten a su cuerpo y a su salud. Describe tres tipos de relación médico – enfermo: la paternalista, la oligárquica y la democrática. La relación paternalista es la adoptada por la medicina occidental, extendida desde Hipócrates hasta la mitad y finales del siglo XX, en ella el médico manda y toma decisiones sobre el curso de la enfermedad y el

enfermo simplemente obedece. La relación oligárquica es la que un equipo toma las decisiones y se pierde la confidencialidad. La relación democrática es aquella en la que el paciente tiene mayor autonomía, se produce a finales del siglo XX cuando aparece el primer código de derechos y deberes de los enfermos. La relación médico – enfermo tiene una nueva dimensión que es el “consentimiento informado”, el médico tiene el deber de informar y el paciente tiene el derecho a tomar la decisión o “consentimiento”.

José María López Piñero y Luís García Ballester, también discípulos de la escuela de Historia de la Medicina de Laín Entralgo, afirman que el núcleo de la asistencia médica es la relación médico – paciente, condicionada por la clase social a la que pertenecen ambos. Para el médico es un ejercicio profesional y para el enfermo es una situación excepcional que es su necesidad de ayuda en la enfermedad.

Crisis actual de la relación médico – enfermo

Son muchos los autores, entre ellos A. Colodrón Álvarez que considera, en su libro *Crisis de la relación médico – enfermo* (1990)³, que la actual crisis se debe a la medicina defensiva, que para evitar responsabilidades legales efectúa prácticas innecesarias, alterando radicalmente la relación.

En nuestra situación actual los principios que entran en relación son: el principio de beneficencia, que aporta el médico; el principio de autonomía, que aporta el enfermo; el principio de justicia, que aporta la sociedad. La relación de estos principios en la asistencia sanitaria universal están produciendo unas relaciones médico – enfermo más conflictivas en alguna proporción.

Movimientos reivindicativos han conseguido diversos hitos, en España el *Primer Código de los enfermos* del año 1969 y la *Ley General de Sanidad* de 1980, que regula

el derecho a recibir información de la enfermedad, tratamiento y pronóstico. En Inglaterra el Tribunal del Colegio de Médicos Generales ha introducido el tema de la “comunicación interpersonal” dentro del examen para ser miembro del Royal College, que incluye la escucha, el buen trato y la participación del paciente en el proceso de toma de decisiones. En Estados Unidos ha aparecido la *Carta de los Derechos de los Pacientes de la Asociación de los Hospitales Americanos* y el documento sobre la *Unión de los Derechos y Libertades Civiles de los Pacientes*.

En muchos hospitales de todo el mundo se han creado Comités de Ética para analizar y mediar en los conflictos de la nueva relación médico – enfermo y la asistencia sanitaria. En Estados Unidos los médicos más denunciados son los que tienen peor relación con los pacientes. En España se ha constituido el *Colectivo de Afectados por errores médicos* y también una *Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*.

La relación médico – enfermo actual se ha hecho problemática por diferentes causas: sociales, políticas, morales, psicológicas y técnicas.

La relación médico – enfermo puede mejorar no obstante por diversas técnicas, entre ellas destacamos dos, la adecuada formación del médico en los aspectos generales y específicos de esta relación y a que esté fundada en una auténtica comunicación humana, en una auténtica comunicación interpersonal.

Bibliografía

1. Pedro Laín Entralgo. *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Editorial Revista de Occidente. Madrid, 1964.

2. Rosa Gómez Esteban. *El médico como persona en la relación médico – paciente*. Editorial Fundamentos. Madrid, 2002.
3. A. Colodrón Álvarez. *Crisis de la relación médico – enfermo*. Fund. Ciencia, Democracia y Sociedad, Este, Oeste Ed. y Consulting S.L. Madrid, 1990.