

6.7 Sociología de las relaciones humanas. La relación médico-paciente.



Del paternalismo, al autonomismo y a la burocratización, los ingredientes de la nueva relación.

Autora: Begoña Maestro Iturriaga

Profesora de Sociología de la Salud

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Maestro Iturriaga B. Sociología de las relaciones humanas. La relación médico-paciente.[Internet].

Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 6.7. Disponible en:

direccion url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLINICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

En éste tema se explica cómo la sociología estudia la interacción social como fundamento de las relaciones interpersonales, para continuar con su aplicación a la relación médico-paciente desde la perspectiva de la sociología de la salud. Se describen los modelos de relación médico-paciente relacionándolos con los momentos históricos y el contexto cultural en los que se han producido, se comentan los cambios mas significativos que ha sufrido y los factores que han influido en el cambio. Finaliza el tema describiendo las razones que argumentan su importancia en el contexto actual, demandada tanto por los profesionales como por los pacientes, describiéndose los factores de transformación

social a los que se enfrenta en el presente y en un futuro muy inmediato.

Introducción

- 1. Sociología de las relaciones humanas: el proceso de interacción.*
- 2. Los modelos y transformaciones en la relación médico-paciente*
- 3. Los cambios culturales mas significativos que han contribuido a su transformación: la autonomía, la participación y la burocratización.*
- 4. Factores de cambio.*
- 5. Perspectivas de futuro.*
- 6. Conclusiones.*

Referencias bibliográficas.

La relación médico-paciente es considerada como el eje central de la asistencia sanitaria y es estudiada como una relación compleja, ambivalente y paradójica, presidida, para ambos, por una tensión entre la dependencia, la autonomía y la negociación, tanto en las relaciones interpersonales como con el Sistema Sanitario. Incluye diferentes tareas desarrolladas por el profesional, como son: compartir el poder del conocimiento con el paciente, negociar acciones dirigidas a la salud y la enfermedad, conseguir la adherencia terapéutica y manifestar interés profesional por las necesidades emocionales del paciente; las tareas del paciente comprenden las siguientes: preparar una explicación racional que justifiquen haber acudido a su consulta, responder a

las preguntas, entender las explicaciones, aclarar las dudas y procurar obtener respuesta a sus intranquilidades. Complejas actividades que logran demostrar la importancia de la relación médico-paciente para ambos protagonistas y para el correcto funcionamiento del Sistema Sanitario. Esta importancia es más valorada en el momento actual, debido, entre otros factores, a las limitaciones que está sufriendo el Sistema Nacional de Salud.

La consulta es el eslabón fundamental de la actividad asistencial del médico. Las decisiones que se tomen en ella marcan, muchas veces, el destino del paciente.

Introducción

La Sociología es la ciencia que se refiere al desarrollo de un conocimiento confiable y sistemático acerca de las relaciones sociales en general y de los resultados de dichas relaciones. La podemos definir como la ciencia de la interacción social y de los productos de esa interacción.

La interacción entre los individuos produce costumbres que se transmiten de una generación a otra por medio de la enseñanza y que constituyen, junto con los valores a que responden, el aglutinante de la sociedad, determinando las formas esperadas y ordinarias de sentir y de actuar de todos los miembros que la componen. Desde este punto de partida en este capítulo trataremos la relación médico-paciente como un proceso de interacción social.

En las últimas décadas la relación médico-paciente se ha transformado más que en los veinte siglos anteriores modificando el proceso de interacción entre ambos. La transformación se debe al paso de un modelo paternalista al autonomista. Este cambio ha tenido su repercusión: 1. En el paciente que hasta ese momento se le consideraba como receptor pasivo de las decisiones del médico y que en la actualidad tiene unos derechos bien definidos, y capacidad para disponer sobre las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas que el médico le ofrece. 2. En el médico cuyo rol ha experimentado diferentes cambios profesionales y de conocimiento los cuales han cambiado su papel, conduciéndole hacia un asesor técnico de sus pacientes a los que ofrece sus conocimientos y recomendaciones, pero sin asumir las decisiones. 3. Consecuencia de ambas transformaciones una relación que de ser bipolar, vertical e infantilizante, se ha ido convirtiendo en una relación clínica más horizontal y adaptada al tipo de relaciones propias de sujetos adultos en sociedades democráticas.

Es uno de **los cambios más estudiados y de los que mayor interés ha generado en los profesionales de las disciplinas sanitarias y sociales**, debido al vínculo especial y directo que se establece entre la confianza que el paciente deposita en el médico, y el interés que éste profesional manifiesta por el paciente, interacción que favorece el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, así como un uso más racional de los recursos sanitarios.

1.- Sociología de las relaciones humanas: el proceso de interacción.

La interacción consiste en una serie continua y recíproca de contactos entre dos o más seres humanos. Los contactos pueden ser físicos, dado que una persona puede hacer algo físicamente por otra (auscultar, intervenir quirúrgicamente), pero es más frecuente que se trate de contactos simbólicos, puesto que las personas que interactúan intercambian significados simbólicos mediante palabras, gestos u otros medios de expresión. La relación médico-paciente incluye ambos tipos de contactos. Se puede definir la interacción social como: un conjunto observable de comportamientos correspondientes a dos o más individuos, cuando advertimos razones que nos hacen suponer que, en parte, esas personas se responden mutuamente. La interacción nos confirma la existencia y permanencia de la sociedad, de acuerdo con una línea de comportamientos cuyos significados están previamente establecidos. Los límites de una sociedad son los de la interacción social.

En este proceso de relación, cada persona forma parte del ambiente de aquellos con quien interactúa. Cada individuo tiene en cuenta al otro, es decir, percibe su presencia, lo enjuicia o valora, y trata de descubrir lo que piensa, requisitos fundamentales en la relación clínica. Por ejemplo, en la relación médico-paciente tanto los juicios como las valoraciones son una calle de doble dirección, el médico hace una evaluación de la conducta del paciente, y éste realiza el mismo proceso con respecto al médico. Siempre que desarrollamos un proceso de interacción reajustamos constantemente nuestra conducta, cuando nos encontramos por primera o enésima vez con una persona formamos juicios sobre nuestras mutuas relaciones, y tales juicios establecen la base para la relación que se desarrolla entre ellas.

La interacción se basa en la comunicación. En realidad es comunicación tanto verbal como gestual y cada uno ajusta su comportamiento a las reacciones del otro. Cuando las personas se comunican ejercen su capacidad más intensamente humana, lo que constituye el núcleo de la vida de una sociedad. También constituye el núcleo central en la relación médico-paciente, pudiendo atribuirse muchos de los conflictos y litigios que se producen entre ambos a una deficiente comunicación. La

La interacción hace referencia a una secuencia de relaciones y de mutuas influencias entre los individuos que facilitan el intercambio y la acción recíproca.

interacción social mediante la comunicación es la realidad social fundamental.

El proceso de comunicación actúa como el enlace de los sentidos, de tal forma que desarrolla las siguientes capacidades: 1. La de tener en cuenta las emociones y pensamientos de otras personas. 2. La capacidad de crear nuevas formas de comportamiento, por ejemplo, cambiar la conducta negativa del paciente hacia otra más positiva para su salud. 3. Posibilita el desarrollo de la conciencia, la amistad y la flexibilidad, proceso que conduce a un mejor resultado de la interacción. La aplicación de este proceso a la relación clínica puede suponer una relación médico-paciente satisfactoria, así como la carencia de alguno de los factores mencionados puede conducir a una relación pobre y deshumanizada.

Resumiendo, en las relaciones interpersonales los individuos persiguen la consecución mutua de resultados favorables, de tal manera que la interacción solo permanece, si las consecuencias que de ella se derivan logran satisfacer los objetivos que cada individuo desea alcanzar. Es un proceso de intercambio en el que el dar y recibir, componentes de toda relación, se convierten en mecanismos de cohesión a nivel interpersonal y social. Desde esta perspectiva de la interacción como proceso de intercambio, vamos a estudiar la relación médico-paciente. El paso de paciente dependiente a activo y más autónomo, ha provocado cambios en la relación clínica que los vamos a ir estudiando a lo largo del desarrollo del tema.

2.- Los modelos y transformaciones en la relación médico-paciente.

En las últimas décadas la relación entre el médico y el paciente ha sido objeto de debate, de la investigación y de las reformas sanitarias. Algunos autores la han considerado en cierto sentido irrelevante, en otros yatrogénica, y desde el punto de vista de la estructura organizativa, como un anacronismo costoso e ineficiente. Sin embargo, cada vez son más los profesionales y pacientes que insisten en resaltar su importancia y la necesidad de su continuidad (Freidson). También lo demuestran los estudios sociológicos dirigidos a indagar sobre la opinión que los usuarios-

pacientes de los países europeos incluido España (El paciente del futuro, Euro Health), tienen sobre sus respectivos sistemas sanitarios y sobre la relación médico-paciente.

La mencionada relación ha sido estudiada teniendo en cuenta el momento histórico y el contexto cultural en el que se produce. Siguiendo el curso de estos dos factores la vamos a abordar su estudio en el contexto occidental y en los últimos decenios, haciendo hincapié en los modelos normativos y empíricos. La comprensión y conocimiento de ésta relación ha pasado y pasa por una continua revisión de dichos modelos, como a continuación vamos a ver.

2.1 Modelo funcionalista de la dominación profesional.

Parsons elaboró el modelo sociológico más citado y criticado. Define la relación médico-paciente como una relación entre roles y asimétrica. Por un lado está el paciente que debe de ser motivado para salir de su estado de enfermedad, buscar ayuda técnica competente en el médico y, mostrar plena confianza, aceptación y pasividad a sus directrices. Por otro lado, está el médico que debe buscar el bienestar del paciente, guiarse por reglas de comportamiento universalistas, no particularistas, ser objetivo y aplicar estándares técnicos elevados.

Este modelo desde el punto de vista de la interacción social, ha sido criticado por la falta de reciprocidad debido al desequilibrio que manifiesta la relación, situación que conduce a una correspondencia fuertemente desequilibrada. Se la considera como una relación entre padre e hijo inmaduro, y que por tanto condiciona el proceso de intercambio y el de comunicación, centrandó éste último, fundamentalmente, en el rol del médico, aspecto que condiciona la estructura del proceso de intercambio.

2.2 Modelo normativo pero en clave de desarrollo.

Szaz y Hollender presentan un modelo que puede ser considerado como el primer paradigma alternativo al de Parsons. En él la relación médico-paciente es descrita a través de tres tipos de relación, condicionadas por situaciones clínicas diferentes según la enfermedad que sufra el paciente y, la capacidad de respuesta y colaboración que ésta le permita. Estos dos factores

La relación médico-paciente, es considerada como la piedra angular de la práctica médica. Es una relación compleja entre dos seres humanos, pero sobre todo, es un acto profundamente ético y humanitario.

El modelo parsoniano trata al paciente como un niño incapaz de tomar decisiones, en consecuencia, es el médico quien debe de decidir por el bien del paciente, y en el lugar del paciente

condicionan el modelo de relación que no solo puede ser de padre-niño, sino que puede evolucionar hacia otros estadios como el de padre-hijo adolescente y de adulto-adulto. Lo ilustran con los modelos que se citan a continuación.

- a) **La relación de actividad-pasividad.** Tiene lugar cuando el médico hace algo por el paciente debido a que éste es incapaz de colaborar, como sucede en situaciones en las que el paciente se encuentra en estado de coma o está anestesiado. El paciente en esta situación se convierte en un receptor pasivo y por consiguiente el tipo de relación clínica es de padre-niño.
- b) **La relación de guía-cooperación.** Acontece cuando el médico recomienda al paciente lo que debe de hacer, y éste obedece y lleva a cabo las instrucciones recibidas, por ejemplo, en una enfermedad aguda. Esta relación es la de un padre-hijo adolescente que tiene competencia para asimilar y exigir, pero que debe de ser orientado y motivado para realizar acciones para las que todavía no tiene la competencia suficiente.
- c) **La relación de mutua participación.** Se produce cuando el médico ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo por lo que el rol de éste es de socio, de participante que colabora en las decisiones a tomar. Se convierten en socios, el experto o médico presta ayuda al paciente para tratar la enfermedad, aunque las decisiones las toma el paciente, como sucede en las enfermedades crónicas y en el psicoanálisis. La relación es de adulto-adulto e incluye colaboración, alianza y comprensión mutua.

Este modelo trata de reducir al máximo la asimetría (o dominación profesional) cuando las condiciones del paciente lo permiten. Es un proceso de relación en la que ambos se tienen en cuenta, cada uno forma parte del ambiente del otro, produciéndose un proceso de interacción que facilita el reajuste de las conductas de sus participantes a las necesidades o recomendaciones del otro. El objetivo fundamental se centra en salir de un modelo comunicativo en el que las relaciones interpersonales (médico-paciente), únicamente tienen en cuenta el punto de vista del profesional. Es un modelo que facilita el intercambio y la interacción. Supone además el inicio de un cambio en la relación tradicional paternalista.

2.3 Modelo de confrontación.

Para **Freidson, Davis y Zola**, autores de varias investigaciones dirigidas al estudio del encuentro médico-paciente, éste es considerado como un conflicto de perspectivas. El médico espera que el paciente acepte sus consejos emitidos desde su competencia técnica y científica, mientras que el paciente busca servicios que mejoren su bienestar según su propio sistema de referencia y de sentido común. Ambos intentan lograr sus objetivos por lo que surge el conflicto. Se produce un antagonismo que está generado porque, los objetivos que cada uno persigue tienen sistemas de referencia distintos, como son: competencia técnica por parte del médico y búsqueda de servicios y de información que su sistema referencial le indican, y que pueden ayudarle a resolver su enfermedad, por parte del paciente.

En este modelo lo que se le pide al médico es que sea capaz de ponerse en el lugar del paciente para poder entender mejor su papel y situación, actitud que facilita el intercambio comunicativo. El paciente solicita ser escuchado, informado y comprendido para poder tomar sus propias decisiones. El objetivo de este modelo se centra en conseguir que la relación se convierta en **negociadora** y favorezca el intercambio comunicativo entre dos subculturas, factor, imprescindible en todo proceso de interacción e intercambio. Representa el inicio del reconocimiento de los derechos del paciente.

3.- Los cambios culturales más significativos que han contribuido a su transformación: la autonomía, la participación y la burocratización.

3.1 Autonomía.

En el modelo anterior observamos que a pesar de que se reconocen diferencias estructurales entre el médico y el paciente, éstas no deben suponer un obstáculo para el ejercicio de la **autonomía** del paciente en su proceso de toma de decisiones, como tampoco deben impedir la negociación y participación mutua. Los pacientes abandonan su pasividad para convertirse en activos con derechos, entre los que podemos mencionar: el derecho a la información, a ser tratado con respeto y a poder

El modelo normativo en clave de desarrollo favorece, progresivamente, las relaciones y la comunicación ente el médico y el paciente, y trata de reducir la asimetría entre ambos en todos los casos en que esto sea posible.

El modelo de confrontación supone el abandono progresivo de la pasividad del paciente. Deja de ser considerado como un niño dependiente y asume el papel de adulto responsable que autónomamente debe de tomar sus propias decisiones.

participar activamente en la decisión sobre el tratamiento, como quedan recogidos en la Ley General de Sanidad (1986).

Sociológicamente supone un cambio en la política y en la forma en que se entiende la interacción entre el médico y el paciente. El paso de la dependencia a la autonomía supone que el paciente puede hacer mejor uso de las recomendaciones del médico, de sus habilidades y competencias propias en beneficio de su salud. Se transforma en un paciente apto y competente que desea hacer un uso eficiente de los recursos sanitarios, mediante el ejercicio responsable de su autonomía. En su relación con el médico muestra respeto hacia sus conocimientos y experiencia, y en base a ellas demanda información para tomar sus propias decisiones.

No siempre ha sido y es bien interpretado este cambio sociológico por los profesionales sanitarios en general, y por los médicos en particular. Con cierta frecuencia el paciente activo es considerado como desconfiado, que pretende imponer su criterio o discutir los conocimientos del profesional. Por esta razón pueden ser calificados como **pacientes difíciles**. Esta percepción negativa del paciente activo puede conducir al ejercicio de la medicina defensiva, haciendo olvidar la situación de desvalimiento y vulnerabilidad en la que coloca al individuo la enfermedad. Sin embargo, para los profesionales exigentes y en los que pesa una dilatada experiencia, el perfil del paciente pasivo, el "buen paciente", anhelado por no pocos profesionales, es conceptualizado como un comportamiento negativo, incumplidor, en un gran porcentaje, de las directrices terapéuticas.

El paso de la relación paternalista a la autonomista, ha generado también cierta incertidumbre con respecto a las **necesidades sanitarias** demandadas por los pacientes, en cuanto a que han pasado de ser definidas por la medicina a ser consensuadas, en algunos casos, con los pacientes. Esta situación es considerada como la responsable de que muchos pacientes demanden acciones poco razonables y costosas.

Hay que tener presente que el cambio del paternalismo al autonomismo, supone una transformación cultural en las relaciones clínicas, poniendo el acento en el intercambio y la negociación, situación que ha obligado a reformular la relación interactiva entre el médico y el paciente. Esta situación plantea muchas dudas e incertidumbres, lógicas en todos los procesos

de cambio social, aunque se hacen mas notorias en las relaciones de servicio.

Los cambios sociológicos sumados a los normativos, han potenciado la autonomía del paciente y han transformado el modelo de interacción entre ambos. En este nuevo escenario la **información**, demandada por el paciente, se convierte en uno de los factores mas importantes y determinantes de la relación médico-paciente.

Los pacientes en general, y sobre todo los más jóvenes, demandan **información** sobre el diagnóstico, tratamiento, alternativas al tratamiento, diversidad de medidas terapéuticas, indicaciones y contraindicaciones de los tratamientos e información sobre el funcionamiento del Sistema Sanitario. En definitiva a lo que aspiran es a ser **pacientes bien informados**. La información y el respeto a la autonomía son considerados como derechos fundamentales, factores que conducen a un modo de relación en el que el médico sigue teniendo autoridad en razón de su conocimiento y experiencia, pero en el que se espera que tenga en cuenta las decisiones del paciente que las toma en base a la información recibida.

La toma de decisiones no es el resultado de un diálogo entre iguales, debido a que no es una relación completamente simétrica ni horizontal, puesto que la horizontalidad solo se ha producido con respecto a la verticalidad paternalista, sino que es el resultado de una relación clínica democrática en la que el médico respeta las decisiones que el paciente debe tomar sobre su cuerpo, de acuerdo con el **sistema de valores** en el que se basa su proyecto de vida. La decisión final en éste modelo de autonomía del paciente, es el resultado de un proceso largo y a veces no exento de conflictos, en el que concurren y se ajustan la información técnica administrada por el médico, con los deseos y valores personales del paciente. Estas dos variables guían la gestión de la información.

La gestión de la información hace referencia a la necesidad de informar adecuadamente a los pacientes y sus familiares para que éstos puedan, en base a ella, realizar las acciones necesarias para resolver su estado de enfermedad. Administrar al paciente una información mas adecuada y efectiva se convierte en uno de los principales retos para el médico.

La autonomía para el paciente supone la capacidad de poder decidir sobre las técnicas diagnósticas y terapéuticas de las que va a ser objeto, y de las que quiere ser también sujeto. Para ello demanda la información necesaria para poder participar en la toma de decisiones.

El deseo de los pacientes a ser bien informados puede entenderse mejor observando los cambios sociológicos que han quebrado muchas de las barreras sociales y de clase, favoreciendo así la reivindicación de derechos y la libertad de expresión en todos los ámbitos de la vida social, aumentando las posibilidades de información en general, y en el campo de la salud de manera especial mediante Internet. Esta situación ha convertido en inoperantes e inaceptables teorías en las que:

- 1) Se basaba la **justificación del déficit** de información suministrada a los pacientes, alegando que es difícil la explicación apropiada de complejos temas debido a que, los vastos conocimientos del médico entrañan mucha complejidad para adaptarlos a la escasa preparación de los pacientes.
- 2) La excusa de que la **carga emocional** de la enfermedad es la que impide la comunicación racional y su comprensión.
- 3) Y que, cuanto más **información** se proporciona al paciente, menos cantidad recuerda, por lo que la conclusión inevitable de algunos profesionales fue que no merecía la pena darles mucha información.

Investigaciones como las de Tuckett han demostrado que solo se olvida el 10% de la información sobre todo si es importante y, que para que la información sea efectiva y facilite su gestión, los médicos deberían: **a) Conocer** las ideas y valores del paciente, adaptar su modelo comunicativo al del paciente y, asegurarse de que ha comprendido la información facilitada, y **b) Transmitir** la información con claridad para que el paciente pueda entenderla e incorporarla al manejo de su enfermedad. Esto es posible, si es amplia sobre el padecimiento, y con sentido para el paciente. Estas exigencias no hay que tenerlas en cuenta solo porque el paciente las demande y los cambios sociales lo requieran, sino porque es el instrumento que permite obtener mejores resultados del encuentro clínico para el médico y para el paciente.

Para facilitar la gestión de la información hay que considerar además otros factores:

- **En las enfermedades crónicas** el paciente recibe información de forma gradual, mediante varios encuentros clínicos, situaciones que favorecen su comprensión y permiten

analizar las medidas a tomar.

- **En las enfermedades agudas** y novedosas para el paciente, es más importante para éste la necesidad de recibir información abundante y en el momento.
- **La información sobre las causas, el pronóstico y las posibles complicaciones** del tratamiento ofrecida por el médico, suele ser menos completa que la que facilita sobre el diagnóstico y el tratamiento, seguramente porque la considera más básica. La consecuencia a lo anterior suele ser un peor conocimiento del alcance de la enfermedad, por parte del paciente, y la falta de adherencia al tratamiento.
- **Las trabas en la comunicación** presentes en muchas consultas, son las responsables de que haya pacientes que se queden con deseos de preguntar al médico sobre ciertos aspectos de la enfermedad, o sobre aspectos de la información recibida pero no comprendida.

Una de las más frecuentes es el **tiempo medio de consulta** tan escaso de que dispone el médico que dificulta el proceso de información, e impide resolver o atenuar la incertidumbre que siempre acompaña a la toma de una decisión, sobre un tratamiento o intervención en los dos participantes en la decisión (más aún en el paciente) y, que hace presente la necesidad de disponer de más tiempo en la consulta. Trabas que son consecuencia de los modelos de la práctica asistencial impuesta. Por estas razones se ha constatado que tiende a aumentar la necesidad de muchos pacientes y sus familiares a buscar información adicional en otros profesionales, para contrastar y completar la recibida hasta ese momento, pues consultar con diferentes profesionales mejora el grado de información del paciente, y facilita mayor conocimiento de la enfermedad que padece.

Transmitir la información adecuada para poder gestionar las exigencias y acciones que impone la enfermedad, se ha convertido en uno de los principales retos de la relación clínica. Se necesitan estudios en este campo que ayuden a comprender cómo se informa a los pacientes, que sentido tiene esta información para ellos, y qué técnicas son las que se emplean para transmitirla. Nos ayudarían mucho a facilitar la participación del paciente.

La información se convierte para el paciente en uno de los factores más importantes de la relación médico-paciente, en la que se apoya para tomar sus propias decisiones. Es, además, una de las reivindicaciones que más frecuentemente se hacen presente en los estudios de calidad.

3.2 Participación.

La enfermedad plantea al paciente un conjunto de decisiones que éste debe de tomar para hacerla frente. Estas abarcan desde comprender que necesita ayuda, decidir a qué médico acudir, elegir entre varios tratamientos, en que hospital intervenir, buscar una segunda opinión y firmar el consentimiento informado. Para que el paciente pueda participar en la toma de decisiones se deben de dar una serie de condiciones:

- 1- Que el paciente **desee información** sobre su estado de salud y pronóstico. Los pacientes mayoritariamente desean ser informados para poder decidir. Se supone que un 10% no manifiestan ese deseo, por lo que la mejor opción es preguntar al paciente que prefiere.
- 2- Que **quiera adoptar las decisiones** sobre qué debe hacerse. Las investigaciones en este campo son limitadas, y las realizadas manifiestan que los pacientes desean tomar sus propias decisiones, sobre todo son los jóvenes los que más lo evidencian. Así como la gravedad de la enfermedad, aumenta el número de pacientes que prefieren sea el médico el que tome las decisiones arriesgadas.
- 3- Que el paciente **entienda** la información que le facilita el médico. Para conseguirlo éste debe de utilizar un lenguaje sencillo, evitando el excesivamente técnico, para no abrir mas la barrera cultural y lingüística que suele existir entre la "jerga" profesional y el vocabulario de los pacientes. Recurrir a éste método incrementa al grado de comprensión y facilita la participación del paciente.
- 4- Que la **participación** del paciente en la toma de decisiones se demuestre útil. Existen estudios que han demostrado que su participación resulta positiva desde el punto de vista de la efectividad del tratamiento y de la mejora de los servicios de salud. Eutwist argumenta que la participación del paciente debe ser contemplada como un atributo de la calidad de la asistencia, no solo de las decisiones del tratamiento, y que no hay que confundir la participación del paciente con la utilización del consentimiento informado que es un requisito legal.

La utilidad de la participación del paciente se ha estudiado en dos

niveles, como son el **individual y el colectivo**. Su contribución en el primero ha sido analizado por diversos autores, entre los que destacan Weersing M y Grol R que han realizado una revisión sistemática de las formas de participación de los pacientes, y que es de interés mencionarlas. Son las siguientes:

- **Haciendo uso de su capacidad de elección de centro o de especialista:** Este tipo de elección se convierte en un elemento satisfactorio para el paciente, y en un factor de contribución a la mejora de la calidad asistencial. Como objeciones a esta elección, podemos citar que no todos los pacientes toman decisiones racionales, y que no todos los clínicos ven con buenos ojos estas iniciativas.
- **Facilitando al clínico información:** El paciente transmite información sobre hábitos de vida, datos y signos de su enfermedad y preferencias personales. Cuanto mayor sea el grado de información de que disponga el profesional, mejor podrá desarrollar sus habilidades clínicas en la toma de decisiones.
- **Participando con el clínico en la elección de la terapia:** Para aun gran número de pacientes poder participar en la toma de decisiones con el médico reduce la ansiedad, aumenta su responsabilidad y el cumplimiento terapéutico. Este comportamiento beneficia al paciente, y también al médico, puesto que puede conducirle al éxito profesional, a la mejora de sus conocimientos terapéuticos y de relación interpersonal.
- **Participando en actividades de educación sanitaria:** La idea central es que un paciente bien informado es mas responsable y capaz de cuidar de su propia salud. Como contrapartida tenemos que los costes son altos y no siempre existen materiales específicos para cada tipo de enfermedad.
- **Evaluando los cuidados recibidos:** En la actualidad se ve ya como una práctica muy extendida en los sistemas, que el paciente valore mediante cuestionarios el grado de satisfacción con los cuidados recibidos. Siendo una fuente extraordinaria de contribución a la mejora de los servicios sanitarios,, existe una duda muy extendida, y esta es, si los resultados de estos procesos afectan a las decisiones de

los clínicos y gestores de las instituciones y si se traducen en planes de mejora.

- **Realizando sugerencias y reclamaciones:** Partiendo de las sugerencias y opiniones de los pacientes, se pueden iniciar investigaciones cuyos resultados pueden servir de orientación sobre los cambios que se deben de realizar para mejorar la atención a la salud.
- **Participando en los autocuidados y cuidados de salud:** Su contribución es tan destacada que son considerados, tanto los pacientes como sus cuidadores, coproductores de los cuidados de salud, debido al alto grado de implicación y corresponsabilización que mantienen en el proceso de enfermedad.

La **participación a nivel colectivo** o pública está estrechamente relacionada con factores tales como democracia, ideología y política. El grado de desarrollo alcanzado por la democracia en un país, así como la percepción que de ella tienen los ciudadanos, es un elemento clave que influye en el desarrollo de la participación pública. En nuestra sociedad la democracia ha mejorado sustancialmente, produciendo una vigorosa vertebración del tejido social, que se traduce en una participación política y asociativa. Antes de referirnos a las asociaciones relacionadas con la sanidad y la salud, vamos a comentar los aspectos mas relevantes de las asociaciones en general.

Las asociaciones voluntarias. Son un claro ejemplo de vertebración social. Su fin es proporcionar los medios para que los individuos incrementen su poder social mediante la unión. Cumplen unas funciones muy importantes como son:

- a) **Canalizar los intereses personales.** Es decir, permiten a la mayoría de las personas perseguir sus objetivos sin ser reprimidos por una mayoría diferente u hostil.
- b) **Son un campo de prueba para programas sociales.** Pueden desarrollar un programa y demostrar así su valor, que luego es tomado por el Estado y puesto en práctica. La mayor parte de las funciones de asistencia del Estado moderno nacieron en asociaciones voluntarias que detectaron una necesidad social, iniciaron un programa y educaron al

público hasta el punto que el gobierno tuvo que tomar la responsabilidad.

- c) ***Son un canal para la acción política.*** Las asociaciones voluntarias permiten que el ciudadano privado participe en la toma de las principales decisiones sociales. Son canales que permiten que los individuos participen en el proceso democrático.

En el campo de la salud, las asociaciones son una de las opciones para la participación pública, y podemos destacar las siguientes:

- ***Asociaciones relacionadas con la sanidad y la salud.***
Son interlocutores activos que conocen la situación de los pacientes, y trabajan para dar apoyo y hacer oír la voz de los afectados. Cumplen una tarea muy importante en la lucha contra la enfermedad y la ayuda a los enfermos. Son organizaciones de pacientes y clientes, personas con deficiencias y familiares que están interesados en la mejora de la posición de los usuarios y la calidad de los servicios. Están adquiriendo un papel importante en España. Su especto es amplio y abarca enfermos crónicos, discapacitados, ex pacientes y personas de la tercera edad. Están aumentando en número, en presencia, en influencia social y facilitando la democracia participativa.
- ***La red de pacientes formadores en seguridad del paciente*** en el marco del Sistema Nacional de Salud. Es otra iniciativa impulsada por la Agencia de Calidad del SNS (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) para impulsar la participación activa de los ciudadanos en el ámbito de la formación en seguridad de pacientes. Se trata de la primera red de estas características a partir de un marco institucional de las organizaciones de pacientes, usuarios y consumidores. En concreto está respaldada por 27 organizaciones, lo que representa más del 80% del tejido asociativo del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollan en seguridad del paciente.

El objetivo fundamental de esta iniciativa responde al compromiso por ambas partes de alcanzar una asistencia mas

La participación de los pacientes y ciudadanos tanto a nivel individual como colectivo, es un factor que está contribuyendo al cambio social en el sector sanitario, a la mejora de las instituciones y de la asistencia. Teniendo en cuenta estos beneficios varias asociaciones y organizaciones recomiendan institucionalizar la participación, creando estructuras que lo faciliten.

segura y de mayor calidad para todos los ciudadanos mediante su participación, reconociéndole como agente activo en relación a su salud, y teniendo en cuenta el cambio social profundo que ha experimentado y del que surge un nuevo modelo de paciente, más informado y apto, que le convierte en agente activo en relación a su salud.

Los programas de formación a pacientes y familiares, y de formación en cascada de ellos hacia otros pacientes, se basan en la promoción del autocuidado de la salud, suministrar información y conocimientos sobre la salud, inculcar confianza a enfermos y familiares en su capacidad de afrontar la situación, y controlar los síntomas y el modo en que la enfermedad afecta a sus vidas. Experiencias internacionales al respecto, mencionan los beneficios de proporcionar al paciente una formación de calidad entre los que citan: mayor satisfacción del paciente, mejores resultados clínicos, mejor relación y comunicación con los profesionales sanitarios, incorporación de hábitos saludables, disminución de visitas a urgencias, mejora del cumplimiento terapéutico y disminución de bajas laborales entre otros.

- **Universidad de pacientes.** Otra experiencia en este sentido de mejorar la participación pública, concretamente en la toma de decisiones compartidas, es la promovida por la Universidad Autónoma de Barcelona y la Fundación Biblioteca Josep Laporte que han creado la Universidad de Pacientes, con el objetivo principal de ofrecer a los enfermos información y formación de calidad. Los pacientes, cuidadores y ciudadanos interesados podrán diplomarse en distintas enfermedades y asuntos relacionados con la salud, y si superan ciertas pruebas podrán recibir acreditación para que a su vez puedan dirigir actividades formativas para otros pacientes. La información se dirige no solo a las enfermedades, sino también a los derechos de los pacientes y a la toma de decisiones compartidas. Pretende, a la postre, promover la educación de los pacientes, y la modernización y eficiencia del sistema sanitario, para que gestionen mejor su salud, participen más activamente y utilicen mejor los servicios sanitarios.

Este modelo basado en el respeto a la autonomía y la participación favorece la toma de decisiones y las etapas para conseguirlo, como son: el intercambio de información,

la deliberación y la decisión sobre el tratamiento. La información es bidireccional, tanto el médico como el paciente expresan sus preferencias y construyen un consenso sobre la decisión final. Es un modelo que favorece la consecución mutua de resultados, el proceso de intercambio y la cohesión a nivel interpersonal.

3.3 Burocratización.

Autores como Mark Siegler, entre otros, han analizado cómo ha ido evolucionando la relación médico-paciente pasando del paternalismo, etapa del médico, al autonomismo, etapa del paciente, terminando en los países desarrollados en la etapa de la burocracia o burocratización. Esta forma de organización caracteriza no solo al Estado moderno, sino a la sociedad moderna. Pero la racionalidad y la eficacia, que son el resultado de la burocratización, van acompañados de riesgos para el ejercicio de la autonomía individual, de la profesional y para el desarrollo democrático, debido a la tendencia de todo sistema burocrático a acumular poder, y a la fuerte jerarquización y control de las tareas y obligaciones encomendadas a los profesionales.

En el caso de la asistencia sanitaria la burocratización impone una serie de obligaciones:

- 1) **Contener** el gasto y administrar con eficiencia los recursos sanitarios.
- 2) **Analizar** los riesgos y posibles beneficios de cada intervención clínica en un marco social.
- 3) **Equilibrar** las necesidades y los deseos del paciente con la justicia social de la comunidad de la que forma parte.

La burocratización impone criterios de **eficiencia y conveniencia**, tanto en las decisiones médicas como en los deseos de los pacientes, criterios basados en consideraciones económicas y necesidades sociales definidas y controladas por los administradores, y a las que se deben de amoldar ambos.

Pero esta situación que podemos denominar como **medicina gestionada**, no debe de implicar la anulación del reconocimiento a la autonomía del paciente como derecho conquistado, ni

supone un control férreo de las actuaciones individuales del médico con el paciente, puesto que admite cierta flexibilidad en sus intervenciones. El paso de una profesión liberal a un modelo asalariado en el desarrollo de la profesión médica, producto de la burocratización, ha supuesto pérdida de autonomía en la relación entre los médicos y los pacientes exigentes, y entre los médicos y los gestores, pero no ha supuesto pérdida de la autonomía del médico sobre el manejo del paciente, éste se retiene dentro de la profesión médica. Esta situación favorece la relación médico-paciente y la toma de decisiones compartidas.

Son muchos los factores que intervienen en la relación clínica, unos proceden del paciente, otros del médico, y no pocos impuestos por el sistema sanitario, y la búsqueda del equilibrio debe de ser un objetivo para todos los participantes.

4.- Factores de cambio.

Hemos analizado los cambios que han motivado las transformaciones en la relación médico-paciente, y que han favorecido la autonomía y la participación de éste último, desde la perspectiva de la interacción y del proceso de intercambio. En este sentido vamos a mencionar los factores que pueden facilitar o dificultar dichos procesos. Los podemos dividir en dos grupos: aquellos que favorecen y benefician la interacción y el intercambio en la relación médico-paciente, y los que lo dificultan y perjudican. Vamos a comentar algunos de los más importantes.

Factores que benefician la interacción y el intercambio en la relación médico-paciente. Podemos citar los siguientes:

4.1 Democratización del saber médico.

El conocimiento especializado, no solo en medicina, sino en todas las áreas del saber, está sufriendo un importante proceso de democratización. Este cambio se debe a que los pacientes y usuarios recurren cada vez con más frecuencia a distintas fuentes de conocimiento e información: revistas especializadas, artículos en periódicos relacionados con la salud, Internet, etc. para poder estar informados. Esta actitud de conocimiento y de fácil acceso es la que conduce hacia la desmitificación del

saber médico. El conocimiento especializado está sufriendo un importante proceso de democratización, de tal forma que los pacientes tienen un mayor conocimiento, en muchos casos, del esperado por los propios profesionales de la salud.

Esta tendencia de mejorar los niveles de conocimiento se nota a partir de los años 70 y 80 en los que se produce un cambio social y político en los países occidentales. Nace un nuevo modelo cultural que incentiva un mayor grado de **participación política** de ciertos colectivos como los consumidores, mujeres, jóvenes, grupos comunitarios y asociaciones que desean ejercer un mayor control social. La **escolarización universal** y la mejora de los niveles educativos actuales también ayudan a la reducción de la diferencia de conocimiento entre los profesionales y los individuos.

El conocimiento profesional (en todas las ramas del saber) se desmitifica y se democratiza a medida que se eleva el nivel educativo de la población. Los individuos están ahora en una posición más favorable para poder entender y usar ciertas áreas del conocimiento técnico y aplicado, al mismo tiempo, el conocimiento tiende a convertirse en rutinario y experimental, almacenado en bases de datos de fácil acceso y de consulta para los profanos, como Internet.

Otro factor que está facilitando la democratización del saber médico es la **medicalización** de la vida cotidiana, que está dando lugar a una reespecialización y mayor capacidad de autogestión de los profanos. Tanto Internet como las bases de datos on-line hacen posible que cada vez más personas profanas en el campo de la medicina tengan acceso a la información especializada. Esta tendencia a la democratización del saber es creciente e imparable. El conocimiento médico sigue creciendo pero el control de los profesionales sobre él es cada vez menor.

La actitud de búsqueda en fuentes como Internet trae como consecuencias:

- a) Que tenga que ser el médico el que oriente al paciente sobre la **pertinencia** de la información buscada.
- b) El **cuestionamiento de las decisiones** de los médicos a través de la petición de una segunda opinión.

- c) Que ahora no solo son los médicos los que **suministran la información** sobre la salud y la enfermedad en los medios de comunicación, ahora se suman los periodistas, académicos, gestores y otros que desean ser protagonistas.

El acceso a la información sanitaria mediante Internet se está convirtiendo en un fenómeno de masas. Esto no supone que toda la información a la que accede el paciente sea beneficiosa y contrastada. Se debería de trabajar más en la acreditación en la calidad de la información.

Esta proliferación de la información médica afecta a la relación médico-paciente y a la Salud Pública. **En la relación clínica** supone un trabajo adicional para el médico debido a que debe de ayudar al paciente a distinguir entre información que le puede favorecer o la que le puede perjudicar, sobre todo en los pacientes que sufren enfermedades crónicas, y que ya tienen experiencia en los resultados de diferentes tratamientos probados, e intentan buscar solución a su enfermedad aunque no exista.

La repercusión en la **Salud Pública** de la información obtenida en revistas, radio, periódicos, y televisión, puede ser incluso perjudicial. Son abundantes, muchas no contrastadas ni verificadas por expertos, con intereses específicos y no siempre positivos para la salud de la población. La medicina basada en la evidencia se debería de transformar en información basada en la evidencia para evitar, en lo posible, la información guiada por intereses comerciales que puede perjudicar la salud de la población, sobre todo porque el médico, concededor de la medicina basada en la evidencia, sigue siendo la principal fuente de información para el paciente y la más fiable.

4.2 Cambio en los valores profesionales médicos.

El sistema de valores de los profesionales, sobre todo del médico, ha estado ligado durante mucho tiempo, al modelo de tratamiento de las enfermedades, contemplando al hombre como una **máquina** que a veces se puede reparar. Esta concepción está basada en la filosofía de Descartes, originada por la dualidad platónica del alma y el cuerpo, el cual hace una separación tajante entre el espíritu que piensa, y por lo tanto es, y todo lo demás, incluido el cuerpo. Considera al organismo como un sistema físico-mecánico y a la enfermedad como una avería en el sistema.

El **mecanicismo cartesiano**, aplicado al campo de la medicina, ha contribuido desde su formulación hasta la actualidad, a la

fragmentación del ser humano en partes similares a las de las máquinas, de tal manera que cuando enferman, puedan ser tratadas o reemplazadas de forma independiente sin tener en cuenta la unidad psicobiológica del ser humano.

En este sistema de valores profesionales, el valor buscado es la **ausencia de enfermedad**. A la salud se la considera como positiva, mientras que la enfermedad es negativa, por lo que el objetivo principal, no es quien la padece, sino combatirla. En este marco conceptual, la persona es concebida como la suma de sus partes, pudiendo ser divisible. En consecuencia la dimensión biológica se puede separar de la psicológica, de la cultural y de la espiritual.

Cuando la conducta de los profesionales es guiada por este juicio o valor, el profesional enfoca su trabajo a la enfermedad, y considera que la capacidad de elección del enfermo es muy limitada, cuando no nula. El conocimiento para enfrentarse a la enfermedad lo posee el profesional, el paciente porta y sufre dicha enfermedad, situación que conduce al profesional a adoptar una postura paternalista. Es como si la persona enferma tuviera que dejar de lado la autonomía que como ser humano, ejerce en el resto de su vida. Se prescinde del enfermo y su sufrimiento, lo que importa es la enfermedad como entidad aislada. Como consecuencia se pierde la visión global del hombre y se crea un contexto asistencial deshumanizado.

La insatisfacción que ha generado el modelo mecanicista, en los pacientes y en los profesionales de la medicina, ha producido **un cambio hacia un patrón asistencial humanitario** que cada vez es más demandado. Éste parte de la premisa de que salud es sinónimo de bienestar, de equilibrio y de capacidad de adaptarse al medio ambiente. Por tanto, sus objetivos asistenciales son el bienestar del paciente, el respeto a su autonomía, proporcionarle información para que pueda ejercerla, y orientarle hacia aquellos servicios que necesita, y que el profesional debe de administrar con justicia social.

Desde la perspectiva de la **humanización**, la enfermedad es un estado por el que el individuo pasa algunas o varias veces a lo largo de su ciclo vital. El profesional debe de ayudarle para que pueda salir de él. Salud y enfermedad, no son solo valores absolutos a conseguir o cambiar, son las formas a través de

las cuales una persona da curso a su existencia. La misión de los profesionales es la de **ayudar** a la persona acercarse cada vez más a la vida saludable, y a luchar contra la enfermedad. La persona es considerada como un ser único, indisoluble e interrelacionado con su entorno interno (genético, psicológico, fisiológico) y externo (físico, social, político, económico) de forma que cualquier cambio o variación en uno de ellos repercute en su globalidad.

En este contexto, las actividades de curar y cuidar, son consideradas como una **interacción** entre un ser humano y otro. Lejos de constituir, solo, la aplicación de técnicas y procedimientos, curar y cuidar son **experiencias mutuas** entre el profesional y el paciente, lo que es igual a conseguir una relación humanitaria. Esto no invalida la utilización de los avances científicos y tecnológicos obtenidos para favorecer la curación del paciente. El propósito es que la atención no se limite sólo a su aplicación.

4.3 Humanización de la asistencia sanitaria.

El cambio mencionado anteriormente coincide con una creciente reacción social contra la deshumanización en la atención directa de los profesionales hacia los pacientes. Esta situación es la responsable en gran medida de la insatisfacción que muestran los usuarios de los servicios sanitarios, y el origen de las críticas que manifiestan hacia los profesionales sanitarios alegando que han dejado de ser humanitarios, y han centrado su interés en los conocimientos técnicos.

Esta crítica y la alarma social que ha creado, ha conducido a las sociedades profesionales de distintos países, incluyendo el nuestro, y tan prestigiosas como la Sociedad Americana de Medicina Interna, entre otras, a poner el acento en la necesidad de enseñanza y evaluación de la **formación humanista**, para conseguir que los profesionales puedan lograr armonizar el humanismo y la ciencia.

La aplicación de los conocimientos para tratar una enfermedad es imprescindible para salvar vidas, pero la enfermedad no sólo presenta aspectos físicos, sino que genera en el paciente sentimientos como el miedo, debilidad, e indefensión. Estos

sentimientos no son resueltos mediante la aplicación de la ciencia y la tecnología, sino con la afectividad y la comprensión que es capaz de generar el profesional médico.

Con mucha frecuencia, sin embargo, el profesional se ocupa de las dolencias físicas pero suele descuidar las reacciones emocionales de sus pacientes. Muchas veces hemos escuchado que los aspirantes a médicos entran en las facultades para aprender a tratar enfermos y salen de ellas sabiendo tratar enfermedades.

Se ha demostrado que el estado emocional del paciente desempeña un papel fundamental en el curso de la enfermedad y de la recuperación, así como el papel que desempeña el apoyo social en ambos procesos. Goleman, experto en la materia, señala que la eficacia preventiva y curativa de la medicina podrá verse potenciada, si en vez de limitarse a la condición clínica de los pacientes, tuviera también en cuenta el estado emocional en el que estos se encuentran.

La comprensión de esta realidad y la **necesidad de humanizar la atención**, ha conducido a poner el acento en el entrenamiento de habilidades de comunicación y de relación con el paciente entre los profesionales sanitarios. **Humanismo y comunicación** comparten múltiples características comunes, siendo quizá la más importante la empatía, puesto que ayuda al profesional a comprender la experiencia humana del individuo que sufre.

Los avances en la tecnología y la farmacología han disminuido considerablemente la necesidad de entrevistas clínicas meticulosas y exploraciones físicas extensas. Esta situación ha generado en muchos profesionales el sentimiento de que el contacto personal y directo con el paciente, así como una comunicación empática no son ya tan importantes. La relación se establece prioritariamente a través de procedimientos, aparatos y remedios, a los que se les atribuyen los beneficios tangibles y reales de la intervención médica, pero aumentan la distancia entre el médico y el paciente, y conducen a la deshumanización de la relación entre ambos.

Conscientes de esta situación son muchos los profesionales los que quieren mejorar y revitalizar su disposición humanista. Puesto que la medicina, como ciencia, cada día se preocupa más por mejorar nuestra calidad de vida, y por hacer más llevadera nuestra enfermedad, el profesional médico que la administra no solo debe aspirar a diagnosticar, curar y erradicar la enfermedad,

Humanizar es hacer a alguien humano, familiar y afable. Dispensar un trato humano mas familiar y afable en el diálogo y en el contacto. La humanización desde el punto de vista sanitario se debe de manifestar en dos vertientes: desde el sistema sanitario y desde la atención directa.

también debe aspirar a ejercer una medicina humanista.

A comprender esta realidad nos ayudan la palabras de Siegler cuando dice: "A pesar de los avances científicos del ultimo siglo el papel de la profesión médica en las sociedades humanas, y la esencia de la relación médico-paciente siguen presentes. Desde los tiempos antiguos el encuentro entre el curador y el paciente ha constituido el principal medio por el que la medicina logra sus objetivos. Esta continuidad extraordinaria tiene su raigambre en el hecho de que la medicina responde a una necesidad humana universal e inevitable: ayudar a los pacientes. Es más, la mayor parte de la ayuda médica se proporciona en el encuentro directo entre paciente y médico esto es, en la relación médico-paciente".

Son varios los factores que pueden dificultar la interacción y el intercambio, en la relación médico-paciente. Aquí nos vamos a centra en los que son considerados los mas relevantes:

4.4 Cambio en el proceso de comunicación médico-paciente.

El desarrollo científico y tecnológico sin precedentes de la medicina, ha traído consigo **modificaciones estructurales del proceso comunicativo** en la relación clínica. La utilización de instrumentos técnicos cada vez mas frecuente junto a los informáticos, están abriendo una brecha que aumenta la distancia entre el médico y el paciente.

Los instrumentos sirven para hacer cosas al paciente, no junto a él, si a este factor le sumamos otro que hace referencia a la formación universitaria y profesional del médico, que pone el acento en el desarrollo de habilidades científicas y técnicas con total desventaja sobre las relaciones interactivas, es fácil comprender que se acentúan las dificultades en el proceso de comunicación y de interacción.

A ésta circunstancia hay que añadirle el cambio que están sufriendo las formas comunicativas de la relación clínica. Estas son de tres tipos:

a) **Primarias:** Basadas en la **comprensión intersubjetiva,**

que favorecen la expresión de los aspectos emocionales y de la cortesía: saludar, interesarse por el estado de salud, asentir y otras manifestaciones que indican interés por el paciente como persona, que facilitan la entrada a la posterior comunicación y la hacen funcional.

- b) **Secundarias:** son las que denominamos impersonales y tipificadas mediante las cuales se pregunta y responde sobre los signos, datos y cambios producidos por la enfermedad. Tienen carácter de interrogatorio.
- c) **Terciarias:** puramente informativas, como la transmisión de los resultados de las pruebas indicadas, o el tratamiento que el paciente debe de seguir para tratar la enfermedad.

En el proceso comunicativo en la relación clínica actual las formas secundarias y terciarias **prevalecen** sobre las formas primarias, cambio que dificulta, cuando no elimina, la interacción y el intercambio de aspectos familiares que dan sentido a la comprensión inter-subjetiva, la cual facilita la confianza y la reciprocidad informativa. Una buena comunicación se realiza cuanto mas amplio es el espectro comunicativo en los tres niveles citados, y cuanto mayor sea el nivel de libertad y participación. **Lo malo es la que la comunicación médico-paciente cada vez se apoya mas en las formas comunicativas no primarias, lo que puede producir un tipo de comunicación yatrogénica.**

Esta situación conduce muchas veces a que médico y paciente no se conozcan a lo largo de su relación. Al principio de ésta es comprensible el desconocimiento mutuo, lo incomprensible es que se prolongue a lo largo de las siguientes interacciones, y que incluso continúe así hasta el final de la misma. Cuando esto sucede podemos observar como se produce una deshumanización en la relación, situación que conduce a una pobreza comunicativo-afectiva presente en las relaciones interpersonales.

Cuando la comunicación médico-paciente no se basa en un proceso de interacción social, pierde todo su sentido y puede convertirse en un recital sin argumento. Esta situación se produce cuando para el profesional lo mas importante es el resultado técnico basado en el fármaco, la receta, las pruebas etc, que producen un efecto tranquilizador en el paciente, prescindiendo de una relación interactiva y participativa que es la clave de

Existe una premisa aceptada por los profesionales sanitarios y pacientes que es la siguiente: La eficacia terapéutica de la relación entre profesionales y usuarios depende de la calidad de la comunicación en que se basa esa relación.

una comunicación satisfactoria y operativa, con capacidad de fomentar la autonomía y la participación.

4.5 Pérdida de empatía.

Es considerado como otro de los factores que pueden dificultar la relación médico-paciente. La empatía suele definirse, como la capacidad que nos permite comprender los sentimientos expresados por el paciente y hacerlo evidente en la relación, tanto a nivel verbal como gestual. Es el ingrediente que facilita la creación de un ambiente adecuado y de confianza en la relación clínica.

Supone la disposición del médico para reconocer y comprender los efectos de las dolencias de sus pacientes, no solo a nivel físico, sino también a nivel psicológico, para utilizar luego esta comprensión con fines terapéuticos.

La empatía es considerada como una **condición indispensable para una adecuada comunicación** con el paciente, evitando hacer juicios de valor a priori.

La empatía es un sentimiento y exige un esfuerzo. Parte de un principio: "*Yo podría ser tú*", es decir, situarse en el lugar del otro para poder entender a la persona en toda su dimensión humana. Por ello se la considera un ingrediente esencial en la relación clínica.

¿Porqué se pierde la empatía?. Los profesionales de la medicina suelen referir como una experiencia clínica común, que al principio del desempeño de la profesión, inician ésta con una gran carga de empatía hacia el paciente. La **falta de conocimientos y la inseguridad**, propia de todo profesional al inicio de su ocupación, la intenta compensar con un autentico deseo de comprender y ayudar al paciente. A medida que se van afianzando sus conocimientos técnicos, y adquiere mayor nivel de seguridad en sus actuaciones, se va distanciando del paciente, de sus miedos e inseguridades, para centrarse en las enfermedades que padecen y en los tratamientos posibles. Esta situación es una de las causas que conducen a la pérdida de la empatía.

Existen otras que también pueden conducir a su pérdida, como son las siguientes:

- a) **El proceso de selección de los aspirantes a medicina:** este se basa, fundamentalmente, en su expediente académico, sin tener en cuenta las cualidades humanas que exigen el desempeño de esta profesión, como son, entre otras, la capacidad de empatizar y la humanidad.
- b) **La insistencia en los cocimientos técnicos** con evidente subestimación de las humanidades durante la carrera. El curriculum de medicina está fuertemente orientado hacia asignaturas técnicas: anatomía, patología médica, fisiología, etc, con notable ausencia de las materias humanísticas como: bioética, sociología o antropología médica.
- c) **Cambios en la relación médico-paciente.** El cambio de paciente pasivo a activo, como ya hemos analizado anteriormente, ha traído consigo a un paciente mas exigente, lo que entre otros factores, ha incrementado las demandas por mala praxis; la consecuencia es el desarrollo de la medicina defensiva. En este escenario, el paciente no es considerado como un individuo que sufre al que hay que ayudar, sino que se le ve como un enemigo potencial del que hay que protegerse.
- d) **Sobreexposición al sufrimiento humano.** El contacto continuo con el sufrimiento humano y con la muerte, unido en muchos casos al sentimiento de impotencia, genera estrés. La repetición de estas situaciones, unidas a otros factores, puede conducir al síndrome de burn-out.

Se debe de insistir en la formación de habilidades comunicativas, entrevista clínica y en humanidades, para que este aprendizaje permita a los profesionales hacerse mas receptivos, y a mejorar su capacidad en relaciones humanas. En definitiva, a formarse en técnicas de comunicación, herramienta fundamental en el desarrollo del trabajo médico, y que contribuye a convertir éste en mas satisfactorio.

4.6 Percepción del modelo actual de democracia participativa.

En los países más avanzados y democráticos el sector sanitario es uno de los que ha experimentado una relativa socialización, y ha contribuido a reducir de forma significativa las desigualdades sanitarias de la población.

A pesar de ello es un sector en el que abundan una gran cantidad de conflictos de intereses y una gran impasibilidad frente a ellos. Ambos factores producen y mantienen una estructura básica de desigualdad sanitaria y de las que peores consecuencias personales acarrea. Por esta razón la participación de los individuos, tanto a nivel individual como colectivo, se considera como un avance en la toma de decisiones, en el control del gasto y en la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios, puesto que su contribución sirve para mejorarlos, y rebajar las desigualdades sociales.

Sin embargo, se está originando una creciente desilusión por la falta de receptividad de los gobiernos y servicios públicos, en cuanto a las demandas planteadas por los individuos a través de la participación colectiva. Esta falta de receptividad se ve aumentada por los problemas que afectan a la sociedad actual como son: la crisis económica, el aumento del paro, la corrupción y la preocupación por el propio desarrollo, que es ahora un problema fundamental.

A este desencanto se suma otro que también afecta a la participación social; aunque en nuestra sociedad la democracia ha mejorado sustancialmente, y se ha traducido en un mayor nivel de participación política y asociativa, no son pocos los ciudadanos, como sucede también en países de nuestro entorno cultural europeo, que tienen la percepción de que la democracia actual se está convirtiendo en un sistema electoral, no en una forma de gobierno que trabaja para favorecer la participación en los bienes y servicios de la sociedad, como la sanidad y la educación.

La influencia de estos dos factores no está mermando la capacidad ni el interés por la participación individual y colectiva, por el contrario están aumentando. Lo que sí está produciendo es mayor nivel de crispación en contra del déficit democrático.

5.- Perspectivas de futuro.

La **autonomía** de los ciudadanos seguirá progresando debido a que cada vez están mejor educados, informados, organizados y pueden acceder a la información sobre temas de su interés en cualquier parte del mundo en tiempo real, y en base a ella tomar decisiones autónomas y participar activamente en las acciones sociales. La perspectiva del futuro es prepararse para administrar una realidad social de complejidad creciente.

Esta complejidad seguirá progresando de cara al futuro y en los países desarrollados. Nos encontramos ante nuevos pacientes y consumidores en la sanidad, la alimentación y el ocio, por citar algunos ejemplos. Hoy comienzan a saber mejor lo que hacen y porqué lo hacen, conocimiento que amplía sus posibilidades. Para ejercer esta conducta responsable, demanda información suficiente para reducir la incertidumbre y los riesgos en sus actuaciones, y poder aumentar su flexibilidad y racionalidad.

Con respecto a la **participación** tanto la individual como la colectiva seguirá aumentando, puesto que se han convertido en un objetivo en sí misma, y sobre todo porque no puede lograrse un sistema sanitario de cierto nivel al margen de la población. En el futuro se reducirá sensiblemente la distancia social entre los sistemas sanitarios y la población, y esto será posible mediante la participación social.

Los procesos de democratización en el sector sanitario han sido lentos e incompletos, razón por la cual la participación de la población se ha conseguido pocas veces, situación que ahora ha cambiado mediante la democracia participativa, y la mayor implicación de los individuos en los procesos sociales y sanitarios. Además en los momentos de crisis, como el actual, es cuando se hace más conveniente contar con la población y mantenerla informada, de tal manera que los propios ciudadanos generen soluciones, o al menos participen activamente en la resolución de algunos problemas fundamentales.

Analizando la situación actual, la participación que vamos a percibir los próximos años va a basarse en una resistencia a cambios que la población considera negativos para la salud y para la equitativa distribución de los recursos sanitarios. Esta situación va a generar tensiones. Si esta tensión no es permanente puede

ser posible que termine originándose un sistema sanitario para pobres, barrios deprimidos y zonas rurales, junto a un sistema altamente profesionalizado para ricos. Supondría volver al pasado.

La salud siempre ha sido un tema político, y seguramente lo seguirá siendo. Sin embargo, un sistema sanitario en el que la participación colectiva tenga presencia, puede transformarlo positivamente en beneficio de las necesidades de la población.

Mejorar la **comunicación** médico-paciente será otro de los objetivos a conseguir. En los últimos años, seguramente por el efecto de las críticas referentes a la pérdida del humanismo, se ha observado un lento, pero progresivo, desarrollo de actividades encaminadas a mejorar la comunicación en la relación médico-paciente, con la intención de que no se convierta en una habilidad olvidada.

Estas actividades dirigidas al aprendizaje de habilidades que permitan mejorar la efectividad de la comunicación profesional, deben de estar más presentes, que lo están actualmente, en la formación pre y post grado.

Por otra parte, las presiones introducidas por los actuales modos de gestión clínica, en la que predominan los criterios de coste-eficacia con olvido frecuente de la calidad, unidos a la sobrecarga de las consultas, el acortamiento de los de hospitalización y las listas de espera, son factores que aumentan el distanciamiento e influyen en una comunicación pobre entre el médico y el paciente. Por estas razones los responsables del Servicio Nacional de Salud deberán hacerse cada vez más conscientes de que los individuos y profesionales, aisladamente considerados, tienen muchas dificultades para mejorar sus condiciones comunicativas. Deben de apoyar y ayudar tanto a mejorar la formación de los profesionales, como a flexibilizar los modelos de gestión clínica que favorezcan la comunicación médico-paciente.

Humanismo y comunicación comparten múltiples características comunes, y su fin es el mismo: ayudar al paciente en su experiencia de enfermedad.

La fascinación por la tecnología, es otro factor a tener en cuenta. El extraordinario progreso de la tecnología médica

centrada en los procedimientos diagnósticos y los recursos terapéuticos, ha permitido aliviar el sufrimiento producido por la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Sin embargo, este progreso ha producido un efecto bumerán, al provocar cambios en la relación médico paciente, restándole parte de carácter personal e íntimo, y conduciéndola a un encuentro impersonal y fragmentado. Son muchos los profesionales que conceden más importancia a las innovaciones tecnológicas, a la hora del diagnóstico, que a la historia clínica.

Es cierto que mantener un equilibrio entre la aplicación de la técnica y el trato personal y humanizado no es fácil, puesto que la primera tiende a alejar al médico del paciente. Sin embargo, no se puede obtener resultados satisfactorios de la relación clínica, si no son tenidos en cuenta los aspectos humanitarios. La tecnología no puede sustituir a la relación clínica.

La tecnología es un aliado imprescindible del profesional para obtener un acertado diagnóstico; un complemento esencial e imprescindible, en nuestros días, de la información que el paciente aporta al médico sobre sus dolencias, mediante la cual el profesional elabora la hipótesis diagnóstica, comprobándola posteriormente mediante las pruebas técnicas.

Este proceso que supone la aplicación del método científico a la atención individual, ha sufrido un proceso de cambio debido a la subestimación de la entrevista y del examen físico del paciente, componentes tradicionales de la medicina clínica, a favor de la utilización y la confianza, cada vez mayor e incluso excesiva, de la tecnología médica aplicada al diagnóstico.

No es contradictorio el uso de la tecnología y la relación clínica. Forma parte de ella y sus beneficios en el método diagnóstico pueden ser decisivos. Pero tampoco puede sustituir a la relación clínica. La complementa.

Se corre el riesgo de que la tecnología médica se convierta en un fetichismo que puede generar en la población falsas ilusiones y expectativas. Puede conducir a la ilusión de que con la aplicación de la ciencia y la tecnología diagnóstica y terapéutica, se puede dar solución a la mayor parte de los problemas de los pacientes. Además no pueden aportar todos los requerimientos que la relación clínica exige. No podemos prescindir de ninguna de las

La ciencia y la tecnología médica, mediante sus logros diagnósticos y terapéuticos, rebajan considerablemente el sufrimiento humano, pero nada puede aportar al paciente más confianza y esperanza que observar en el médico una actitud de sincero interés por su persona y por su problemática.

dos. Pero hay que esforzarse para que la ciencia y la técnica no conviertan la práctica de la medicina y la relación médico-paciente en una deshumanizada e impersonal relación.

La tecnología sorprende por la fascinación que produce y por su fuerza diagnóstica y terapéutica, pero crea otro problema y es que aleja al médico del paciente.. Peabody, eminente médico y humanista estadounidense decía a sus alumnos de Harvard: "El secreto en el cuidado del paciente radica en preocuparse por el paciente". Si el uso de la tecnología es indiscriminado y exagerado, la brecha entre el médico y el enfermo desdibuja los significados de cuidar y ayudar al paciente.

La tecnología no debe ganarle terreno al humanismo. Este reto, ya planteado en el presente, se convierte en un desafío para el futuro.

Conclusiones.

Lo que fundamentalmente pretende la sociología de la salud al abordar el tema de la relación médico-paciente, es facilitar su análisis y comprensión desde una perspectiva sociológica, en un intento de introducir elementos de debate, y de indicar los diferentes modelos y propuestas en torno a los actores sociales que interactúan en el entramado del sistema sanitario.

La relación médico-paciente, es considerada como la piedra angular del sistema sanitario, y es la responsable de la articulación de las acciones necesarias que exigen el diagnóstico, tratamiento y los recursos materiales y técnicos que hacen posible estas tareas encaminadas a la curación del paciente.

Esta articulación ha sido una tarea importante en los diferentes momentos históricos, pero en el actual adquiere una dimensión social y ética de mayor calado. Las medidas económicas restrictivas que comienzan a tomarse, consecuencia de la crisis, están afectando al desarrollo de la profesión médica, a la confianza de los pacientes y repercutiendo en la calidad asistencial directa o indirectamente.

En este escenario la relación médico-paciente adquiere mayor significado para ambos, para el médico supone, entre otros factores, un mayor compromiso ético contra todo aquello que suponga una pérdida de calidad asistencial para sus pacientes; para el paciente, cuyas medidas mencionadas le colocan en un mayor estado de desvalimiento ante su enfermedad, el médico supone el mejor aliado del sistema en quien busca ayuda y confía en encontrarla.

Referencias bibliográficas.

1. *Cockerman, W.C. Sociología de la Medicina. Madrid. Prentice Hall. 2008.*
2. *Fraile Maldonado, C. Emperador Ortega, J.A. Introducción a la Sociología. 6ª Edición. Madrid. McGraw-Hill. 2008.*
3. *Lostau, L. La sociología en España. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid 2007.*
4. *Giner S. Lamo de Espinosa. E. Diccionario de Sociología. Madrid . Alianza Editorial. 2006.*
5. *Clíries, X. La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Barcelona. Masson 2006.*
6. *Fowler, J. Conected: The Surprising Power of Our Social Networks and Howthey Shape Our Lives. New York .Hachette Book Group. 2009.*
7. *Barómetro Sanitario 2010. Informe y estadísticas sanitarias. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010.*