

## Relación médico-paciente:

*desafíos para la formación de profesionales de la salud*

**Physician-patient relationship:** *challenges for medical education*

**Relação médico-paciente:** *desafios para a formação de profissionais de saúde*

Roger Ruiz-Moral<sup>1</sup>

La relación médico-paciente o relación clínica (RC) ha ido adquiriendo en los últimos años una importancia cada vez mayor en el ámbito de la práctica clínica tanto en Europa como en América. Los motivos del interés de los profesionales de la salud pero también de los pacientes y de las instituciones sanitarias por el desarrollo de esta materia son principalmente tres: uno está relacionado con un incremento de la toma de conciencia de los ciudadanos sobre sus propios derechos y responsabilidades también en el ámbito de la salud, otro con el desarrollo de las corrientes éticas y humanitarias dentro de la propia profesión médica y un tercero de tipo pragmático, por la repercusión que una adecuada implementación de la relación entre médico y paciente parece tener en cualquiera de los diferentes resultados sanitarios.

Evidentemente este desarrollo de la Comunicación Clínica o RC en el ámbito asistencial se ha visto acompañado de un desarrollo en el ámbito de la educación médica, el cual sin embargo, aunque cada vez más extendido, aún resulta deficitario en comparación con la importancia que en el ámbito de la práctica clínica tiene esta. Los motivos de este retraso en la educación sobre RC tienen que ver entre otros factores con la dificultad para acoplar adecuadas y efectivas estrategias docentes, pero también con el peso excesivo que los enfoques biomédicos tienen en la enseñanza de la medicina en nuestras universidades. En otro lugar hemos destacado, sin embargo, desde un punto de vista más práctico otros factores que sería necesario introducir o modificar para hacer efectivo este tipo de enseñanzas (Ruiz Moral, 2003a), entre ellos: una incorporación en pregrado precoz, una mayor libertad para la modificación de los currícula, un profesorado adecuadamente capacitado, el uso de una metodología docente interactiva y centrada en el que aprende, el simultanear seminarios de este tipo de enseñanzas con rotaciones prácticas adecuadas, y el desarrollo de una investigación paralela en este ámbito, entre otras.

---

<sup>1</sup> Médico de Familia; jefe, Unidad de Medicina de Familia de Córdoba, España; profesor asociado, Facultad de Medicina de Córdoba, España. <roger.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es>

La importancia de la introducción de la enseñanza de la RC tanto en el grado como en la formación especializada y la formación continuada (y aquí no solo dirigida a los médicos de atención primaria donde hasta ahora se viene haciendo más énfasis, sino a cualquier especialidad clínica o a otros profesionales de la salud), tendría además una especial trascendencia. Esta trascendencia radicaría en la propia naturaleza y características de la RC, que la convierten en un ejemplo paradigmático de lo que representa la esencia de la educación médica ya que a través de la enseñanza de la RC llegamos al auténtico núcleo curricular ("core currículo") de las enseñanzas de la medicina. El objeto de este ensayo es desvelar y explicar brevemente cuales son estas características claves apuntando brevemente sus implicaciones en la enseñanza médica.

En este esfuerzo por desvelar la esencia y naturaleza de la RC diré para enmarcar la discusión que aunque esta se nos revela a primera vista como un procedimiento, no nos parece que sea algo en todo comparable a, por ejemplo, otros procedimientos instrumentales, como la endoscopia o la técnica infiltrativa, por citar sólo dos. ¿Qué tendría entonces ésta de particular? ¿Cuál sería su alcance real? ¿Dónde podríamos ubicarla? ¿Cómo podemos emplearla? He aquí algunos argumentos necesarios y sus principales implicaciones educativas:

**1ª Característica: la RC como «procedimiento» apunta a la necesidad de teorías para la práctica.** En primer lugar resaltare lo que para muchos será una obviedad: el hecho y las implicaciones de la RC como «procedimiento», es decir, el hecho de pertenecer al dominio de la técnica. El uso de cualquier técnica exige algo imprescindible: la necesidad de poseer un conocimiento del mundo, descriptivo y a ser posible explicativo, en nuestro caso de la medicina, de lo que «va mal» en el paciente. La RC entonces no nos proporciona este conocimiento, sino que exige una teoría que la sustente («toda práctica sin teoría es débil»). Pero la herramienta RC no nos está exigiendo una determinada teoría. Las teorías que pueden ser útiles en la práctica clínica son muy variadas: las biomédicas (mal llamadas científicas) proporcionan un conocimiento de la enfermedad muy robusto; otras, como las psicodinámicas, las teorías sobre el desarrollo personal, sobre la familia como sistema, el aprendizaje social o la propia comunicación, abordan más los aspectos subjetivos (la dolencia) y microsociales (el *sickness*).

Todas ellas son modelos que deben ayudar a entender y explicar lo que pasa, que nos darán una mayor o menor capacidad de predicción, a la vez que condicionarán y apuntarán en gran medida la técnica predominante de actuación y también los valores que priorizamos («toda teoría sin práctica es estéril»). Por ejemplo, el abordaje de un paciente con un problema ansioso depresivo puede hacerse desde una perspectiva más biomédica, conductual o psicodinámica, y en cada uno de los casos, el uso de la técnica relacional y de la figura del profesional será diferente: en el primero, teóricamente, aquella es mucho más secundaria y tal vez pueda estar más orientada a ofrecer información sobre determinadas técnicas quirúrgicas o farmacológicas; en el segundo, de más trascendencia, puede tener especial importancia en los aspectos de motivación para la participación y la corresponsabilidad en las estrategias conductuales propuestas; y en el tercero hará énfasis seguramente en el diálogo que facilite la introspección y ayude a descubrir significados ocultos. En esta indisoluble y complementaria unidad entre teoría y técnica se ubica la RC. La competencia del profesional abarca estas dos facetas; por tanto, no se puede entender la RC (como no se entiende, p. ej., la exploración física) si no es como una parte más del acto clínico.

**Implicaciones en la enseñanza médica.** Desde un punto de vista educativo esta faceta de la RC nos debe de llevar principalmente a resaltar la enseñanza de otras teorías diferentes a las habitualmente contempladas como marco de referencia de la práctica clínica, pero también a clarificar e insistir sobre una enseñanza de las habilidades integrada en la realidad de las diferentes situaciones clínicas. Esto es, a una enseñanza de la competencia "contexto dependiente" (Ruiz Moral, 2003b).

### **2ª Característica: la RC coloca realmente al paciente en el centro de la atención**

La idoneidad de las teorías y los métodos se miden en función de su efectividad. Este enfoque pragmático es especialmente cierto en medicina, donde sólo se tiene que interiorizar de una vez por todas la necesidad de contemplar objetivos más amplios que el de «mantener la presión arterial en los límites aconsejados por el último consenso», por ejemplo. La peculiaridad de la técnica de la RC es que la comprobación del «efecto que produce» obliga más que cualquier otra técnica a preguntar a nuestro interlocutor (a tener en cuenta su opinión, y las opiniones, ¡claro!, sólo las tienen las personas).

**Implicaciones en la enseñanza médica** Desde un punto de vista educativo esta faceta de la RC nos lleva principalmente a resaltar la enseñanza de la valoración de otros resultados (outcomes) del acto clínico diferentes a los meramente objetivos y biomédicos: aquellos que son considerados por los propios pacientes también como “de valor” para ellos (Muñoz Alamo et al., 2002). Se resaltaría así el valor de una educación donde el paciente ocuparía realmente un lugar central, donde lo “humanístico” dejaría de tener de una vez por todas una prioridad meramente secundaria.

**3ª Característica: la RC introduce al profesional en el acto clínico** La exitosa aplicación de la RC depende de varios factores, pero el más importante es el que lo liga a la «persona» del profesional ya que, en gran medida, él es aquí la herramienta. A través de la RC nos damos cuenta que no es posible que el médico se mantenga como observador objetivo en sus intervenciones. Esto la distancia de otros procedimientos instrumentales en los que el entrenamiento es meramente técnico y por repetición, y nos lleva a la consideración de la reflexión personal (ética) y el autoconocimiento como elementos moduladores de su aplicación.

**Implicaciones en la enseñanza médica** Como destacábamos en el punto anterior, sin lugar a dudas que desde un punto de vista educativo la RC ha abierto en medicina la puerta del entrenamiento profesional en el humanismo y los valores, en la ética propiamente dicha a la vez que se convierte en la mejor forma para evaluar su calidad (a través de la valoración de la puesta en práctica o no por el profesional de conductas comunicativas concretas). Pero también abre una nueva puerta en educación y es la que se dirige a considerar objeto de estudio y de atención al propio profesional, los aspectos sobre el autoconocimiento y crecimiento personal del médico como parte fundamental de la educación médica.

**4ª Característica: la aplicación de la técnica de la RC obliga a centrarse en el aquí ahora del acto clínico** Finalmente, el otro elemento que quiero resaltar aquí sobre la RC tiene que ver con las claves implicadas en el desarrollo de cualquier maestría técnica. Ésta sólo se consigue cuando somos capaces de abstraernos precisamente de la teoría que la fundamenta y podemos prescindir de la necesidad de recordar «las reglas de uso», los pasos que hay que seguir para una correcta aplicación de la técnica. Esto sólo es posible en la medida en la que el «maestro» se centra en la peculiaridad única del “aquí y ahora” que representa el encuentro con un paciente concreto y particular, para así adaptarse a esa situación tan irreplicable, piedra de toque del acto clínico. A esto es a lo que llamamos superar realmente el reduccionismo. No es tampoco casualidad que esta necesaria superación venga precisamente de la mano de una técnica como la RC. Tenemos que olvidarnos de las teorías que tanto necesitamos, y también de las técnicas, incluida la técnica comunicativa: ¡no más protocolos que aplicar, no más tareas que desarrollar, no más pasos obligados que dar! Y... sin embargo, paradójicamente, sólo podremos recomendar este aparente «caos», esta «suspensión del juicio» que hace protagonista a la intuición, cuando hayamos estudiado y aplicado una y otra vez en situaciones cambiantes, hasta el desfallecimiento, los protocolos, las tareas recomendadas, las guías de práctica... La diferencia entre el clínico experimentado (el maestro) y el aprendiz radica en esto. Esto es especialmente verdad para la RC, donde la espontaneidad no impulsiva es la clave para que esta «técnica» sea efectiva (Ruiz Moral et al., 2003).

**Implicaciones en la enseñanza médica** Desde un punto de vista educativo esta faceta de la RC nos lleva, como en el punto primero, también a enfatizar la enseñanza por una parte de las habilidades pero por otra parte enfoca la enseñanza hacia la forma en la que se lleva a cabo la práctica médica, llamando la atención sobre la enseñanza de lo que se ha denominado una práctica reflexiva (frente a una práctica automatizada), en la que aspectos como la intuición, la curiosidad, la mente del principiante, o la realización de un abordaje fenomenológico (como preámbulo para aplicar diferentes tipos de marcos teóricos que expliquen los hechos y orienten sobre las habilidades a aplicar), adquieren mayor trascendencia (Epstein, 1999).

Todos y cada uno de estos nuevos enfoques educativos hacia los que ahora dirige nuestra atención la propia RC están estrechamente relacionados y están aportando una nueva visión de la práctica y de la educación médica más acorde con los tiempos que corren y sin duda más efectiva, ya que, a diferencia de los enfoques clásicos reduccionistas, este no excluye a ningún otro, sino que los integra y los pondera en función de su trascendencia práctica. Es por lo tanto no solo más ético sino más pragmático.

Igualmente aspectos como la introducción de la persona paciente y de la persona médico en el acto clínico, la integración de nuevos enfoques teóricos que justifiquen el uso de nuevas técnicas y la reivindicación de una práctica médica reflexiva y fenomenológica, exige de manera imperiosa un nuevo y más amplio marco teórico que nos ayude a integrar estos enfoques y a entender esta ineludible y aparentemente contradictoria complejidad de la práctica clínica que ahora se nos revela de forma más clara. Nosotros mismos, tomando como base corrientes como el estructuralismo tal y como es concebido por los teóricos de la escuela de Santiago de Chile y la de Palo Alto, pero también a algunos semiólogos y a ciertas corrientes de la filosofía posmoderna como las de Deleuze y Guattari, hemos ofrecido un modelo para comprender e integrar la RC en la práctica y en la enseñanza (Ruiz Moral, 2004).

Este modelo teórico que hemos denominado "semiótico-rizomático", es una propuesta, una invitación, para que la RC sea considerada desde otra perspectiva, pero sobre todo para que nos ayude a captar la esencia del mal entendido concepto de «atención centrada en el paciente» y, así, aprehender dos cosas: por un lado, la esencia ética de la atención clínica, entendida esta como la imprescindible adaptabilidad espontánea al paciente y a su necesidad (Ruiz Moral et al., 2003; Ruiz Moral, 2002) y, por otro, el acto más especializado de un médico clínico, o sea, la «intuitiva» captación de la naturaleza del problema que éste presenta, prerequisite fundamental para la aplicación del conocimiento teórico más adecuado en cada caso y momento, para el éxito del acto clínico (Rudebeck, 1991). También desde esta perspectiva podemos entender mejor la necesidad provisional de ofrecer guías y métodos de actuación. Reivindicamos, pues, formas prácticas de actuar para aprenderlas y... olvidarlas sólo después de haberlas interiorizado, como decíamos. He aquí, por lo tanto, el papel que deberían de tener las distintas «guías de tareas» propuestas en los últimos años para la enseñanza y el aprendizaje de la RC y he aquí también el enfoque educativo que con esta cuestión debería adoptarse.

Finalmente, ya he resaltado que la RC es una técnica que cualquier clínico (y en especial los generales) debería dominar de manera absoluta, sin duda por encima de otras más (o menos) sofisticadas (pero tecnológicamente más de moda: ecografías, nuevas técnicas de cirugía y cualquier nueva propuesta con las que las administraciones sanitarias suelen bombardear y proponer a los médicos generales para que estos las incorporen en su cartera de servicios. Como profesionales deberíamos estar concienciados acerca de cuáles son nuestras mejores armas diagnóstico-terapéuticas y darles así una oportunidad de uso para a la vez definir las y mejorarlas. Sólo desde esta posición (que conlleva el pragmatismo de la efectividad) serán creíbles las reivindicaciones de los profesionales médicos para mejorar la salud de los ciudadanos. Visto así, la RC puede sernos incluso de ayuda para darnos cuenta de lo que tiene que hacer un médico general o de familia, incluso más allá de los límites de la consulta.

### Referências

- EPSTEIN, R.M. Mindful practice. **JAMA**, n.282, p.833-9, 1999.
- MUÑOZ ALAMO, M.; RUIZ MORAL, R.; PÉRULA DE TORRES, L. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. **Patient. Educ. Couns.**, n.48, p.23-31, 2002.
- RUDEBECK, C. General practice and the dialogue of clinical practice: on symptoms, symptom presentations, and bodily empathy. **Scan. J. Prim. Health Care**, supl.1, p.1-87, 1991.
- RUIZ MORAL, R. **Relación clínica: guía para aprender, enseñar e investigar**. Barcelona: SemFYC-Ediciones, 2004.
- \_\_\_\_\_. Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. **Educ. Med.**, n.6, p.159-67, 2003a.
- \_\_\_\_\_. Un decálogo básico para enseñar relación médico-paciente (y lo que usted desee) en su consulta. **Tribuna Docente**, v.4, n.3, p.7-17, 2003b.
- \_\_\_\_\_. Spontaneity: a way to become a better doctor - reflections on the philosophy of Ortega. **Med. Encount.**, n.17, p.2-5, 2002.
- RUIZ MORAL, R.; RODRÍGUEZ, J.; EPSTEIN, R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. **Aten. Primaria**, n.32, p.594-602, 2003.

La Relación Clínica (RC) representa un ámbito de la práctica médica cuyo dominio es de vital importancia para la efectividad de esta. El presente artículo trata de resaltar cuatro trascendentales características de la RC como son: el ser una técnica que obliga por una parte a tener nuevos referentes teóricos, a vindicar la importancia de la persona paciente y de la persona médico en el acto clínico, y a realizar una práctica médica reflexiva y fenomenológica. A la vez, este artículo pretende llamar la atención sobre como estas características de la RC llevan consigo enfoques en la enseñanza de la medicina que son novedosos a la vez que cruciales en la educación de todo médico.

PALABRAS CLAVE: Relación médico-paciente. Comunicación clínica. Educación médica. Teoría médica.

The doctor-patient relation (or Clinic Relationship - CR) is a vital aspect of medical practice. This article aims at highlighting four of CR's characteristics which hold important implications for medical teaching: CR needs new theoretical references for practice; it puts the patient at the center of the relationship; it underlines the importance of the medical professional in the clinical act; and it demands a reflexive and phenomenological medical practice.

KEY WORDS: Physican-patient relation. Clinical communication. Medical education. Medical theory.

A relação médico-paciente, ou relação clínica (RC) representa uma aspecto da prática médica cujo domínio é de vital importância para a efetividade dessa prática. A proposta deste artigo é ressaltar quatro características da RC que têm importantes implicações para o ensino médico: a RC necessita de novos referenciais teóricos para a prática; coloca o paciente no centro da relação; ressalta a importância do profissional médico no ato clínico; e exige uma prática médica reflexiva e fenomenológica.

PALAVRAS-CHAVE: Relação médico-paciente. Comunicação clínica. Educação médica. Teoria médica.

Recebido em 06/02/07. Aprovado em 17/02/07.