



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



HUMANIDADES EN MEDICINA

Sobre las buenas maneras entre los profesionales de la medicina

On good manners between medical professionals



Un caso singular de relación médico-paciente

En la historia de la ética médica es bastante frecuente encontrar escritos relativos a cómo deben transcurrir las relaciones entre los profesionales de la sanidad, es decir, entre los propios médicos y el resto de sanitarios. También se suelen abordar problemas relacionados con las funciones o competencias incluidas en determinadas titulaciones o sobre disposiciones jerárquicas en diferentes actuaciones, etc. Sin embargo, rara vez, nos encontramos ante qué tipo de relación debe prevalecer entre un médico y un paciente que es colega.

A primera vista, la respuesta es sencilla: la misma que con cualquier otra persona, una relación de excelencia profesional. No obstante, anotaremos ciertas particularidades

que obedecen a este caso singular de relación médico-paciente.

Acudiendo a los textos de la ética médica, concretamente, al primero conocido en Occidente y al último Código de Deontología Médica en España encontramos las siguientes disposiciones sobre las relaciones entre los profesionales médicos:

En el juramento hipocrático: «*Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciese falta; considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo, de forma gratuita y sin compromiso...*»¹.

Se trata de una relación fraternal, un modo familiar de trato hacia los miembros de una profesión que, sin embargo, no explicita en ningún momento el caso que nos ocupa.

En el Código de Deontología Médica de 2011, entre sus principios generales, se nos dice: «*El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna*»². Y además, en el capítulo VIII, referido a las relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios, no encontramos ni una sola palabra sobre el tema que pretendemos abordar en este artículo y que tiene que ver con la singularidad de cada una de las relaciones médico-paciente y en concreto con la relación médico-paciente/médico.

Si es preciso este artículo es porque se viene percibiendo de modo sutil (y, a veces, no tan sutil) un deterioro de las relaciones entre colegas en distintas circunstancias: entre los médicos de una misma Institución, entre los médicos de distintos niveles asistenciales y entre los médicos cuando uno ejerce y el otro es paciente³. Como analizaremos en este texto, este deterioro en las relaciones entre profesionales tendrá consecuencias no deseadas para la propia profesión médica y para el profesionalismo de sus miembros.

Relación técnica y reciprocidad moral

La medicina científica o biomedicina ha alcanzado tal grado de desarrollo científico-técnico que casi nadie le discute

su extenso poder en las sociedades occidentales. Hoy el médico, desde el punto de vista de su conocimiento, vuelve a erigirse, como en la antigüedad egipcia o mesopotámica, en el sacerdote del cuerpo que discrimina lo bueno de lo malo, lo saludable de lo perjudicial, lo que debemos y no debemos hacer con nuestras conductas o estilos de vida. Y con respecto a estos aspectos técnicos, repito, casi nadie pone en duda su autoridad.

Sin embargo, el ser humano posee cualidades emergentes que nos distinguen del resto de los seres vivos, nos hacen seres morales. Esto significa que poseemos cualidades difícilmente reducibles a propiedades físico-químicas o bioquímicas y que se encuentran en el abstracto mundo de los valores, de las preferencias, de las creencias, etc. Un mundo que es difícil encuadrar dentro de los estados de la materia (sólido, líquido, gaseoso y plasma), pero que curiosamente nos constituye como seres humanos y nos añade algo intangible pero existente, la reciprocidad moral. Una obligación de deber para con los otros que, en el marco de la medicina, complementa al deber de ayuda, propio de la excelencia profesional, que se deriva del conocimiento científico. Adecuarse o adaptarse a esta singularidad tan específicamente humana será el principal reto del profesional de la medicina. Comprender que su «objeto» de trabajo es también «sujeto», cargado de respeto y dignidad.

Por tanto, toda relación médico-paciente, dentro de un marco normativo, estará formada por una relación técnica, pero también por una relación propiamente humana, es decir, moral.

Las buenas maneras

Lo primero que se precisa en cualquier tipo de relación personal (incluida la médico-paciente) es la cortesía, la cual se debe aprender en la educación general básica y no en la formación médica específica. Pues, como nos dice Savater: «*Ser cortés es mostrar la muy sociable disposición de querer dar gusto, de reconocer y honrar la calidad del otro. Implica disponibilidad voluntaria: para servirle a usted. También incluye una cierta facilidad para dejarse persuadir; cortesía es no ofrecer excesiva resistencia a las exigencias, caprichos o súplicas de quien nos requiere*»⁴. En el caso de un enfermo, el trato cortés se debe enmarcar en una relación de reciprocidad (una relación entre iguales) en el plano moral, que supere la vieja concepción paternalista de infantilizar al paciente y que excluya para siempre un trato de superioridad, de prepotencia y, en ocasiones de despotismo, si se me permite, «ilustrado» por la asimetría que el conocimiento científico otorga al galeno. Esta reciprocidad moral exige del profesional procurar que el paciente no se sienta tan vulnerable, desvalido y desprotegido; rasgos inherentes a toda enfermedad. El paciente, por el contrario, debe encontrar amparo, protección y seguridad que surgirán de la confianza que le infunda el profesional médico. Una confianza que se fragua desde el primer contacto médico-paciente y que posiblemente condicione el resto de la relación clínica. Por tanto, la cortesía debe ser el punto de partida de toda relación humana.

En segundo lugar estará la compasión. Una exigencia profesional y moral ante cualquier enfermo. Pues como nos recuerda Adela Cortina: «*quien pierde el sentido de la*

compasión, acaba viendo atrofiada la capacidad de padecer con otros su dolor y disfrutar con ellos su alegría»⁵. La compasión será el motor o sentimiento, que sin que nos invada y, por tanto, nos permita el ejercicio profesional, ayudará a comprender a la persona que enferma. Nos aportará la parte sentimental que complementa a la argumentación racional sobre el caso clínico. Como dijo Pascal: «*conocemos la verdad, no solo por la razón, sino también por el corazón*». Esta compasión no se debe entender, en ningún caso, como condescendencia, como la magnanimidad del fuerte que se aviene a tener en cuenta al débil, sino como la capacidad de compadecer el sufrimiento de quienes se reconocen recíprocamente⁶. Posiblemente, en esta reciprocidad con el otro, como ya descubrió Hegel, resida nuestra obligación del deber, nuestra obligación moral. Una obligación que se expresa mediante la comunicación (tanto verbal, como no verbal) de reconocer en el enfermo a una persona que puede mostrar sus opiniones, preferencias, creencias, valores y en el caso del paciente médico, también sus conocimientos.

La importancia de las formas en la relación clínica

Hete aquí, la principal diferencia que existe cuando el paciente es médico. La asimetría que existe debido al conocimiento técnico se iguala. La única asimetría que debe existir entre médico y paciente, en este caso, desaparece. Estamos ante una relación entre pares técnica y moralmente iguales. Pero curiosamente, los conflictos rara vez surgirán en esta singular relación por el contenido de la práctica médica, el paciente-médico también reconoce la autoridad científica de sus colegas, sino por las formas.

El profesional que atiende a un colega debe hacer gala de unas formas impecables que difícilmente serán sustituidas por el conocimiento científico o su pericia técnica. La excelencia profesional no será tal, si no está complementada con unas formas cercanas a las que Hipócrates atribuía a los miembros de la profesión médica, las fraternales.

La pericia formal del galeno debe empezar por algo semejante a la cortesía y la compasión, ya comentadas, y que en medicina hemos denominado empatía⁷. La empatía entendida como una predisposición o actitud dirigida a comprender al enfermo desde el punto de vista emocional. Así la empatía, no será tanto ponerse en el lugar del paciente, situación que es imposible, como estar en disposición emocional y cognitiva de comprender el sufrimiento del enfermo^{8,9}. Según el Dr. Borrell, la empatía obedece a la fórmula «*empatía = simpatía + distancia terapéutica*»¹⁰, y debe convertirse en hábito profesional y esto solo se consigue ejercitándola. Para conseguir una relación empática debemos, por un lado, huir de la frialdad del técnico que teme ser invadido por los sentimientos que percibe del paciente y con lenguaje sofisticadamente rebuscado evita el acercamiento emocional y, por otro lado, evitar dejarnos arrastrar por la emocionalidad del paciente, de tal modo, que nos impida razonar técnicamente con la precisión que el caso clínico requiera. Este equilibrio es el que nos permitirá actuar técnica y humanamente de modo correcto. En el caso concreto que nos ocupa, la relación médico-paciente/médico, el profesional puede no estar en el término medio que se precisa para actuar correctamente. Ante el par que tenemos

delante como paciente podemos inclinarnos a sobreactuar en cuanto a formas (excesiva simpatía) y contenido (exceso de explicaciones, pruebas, etc.) o, por el contrario, actuar distanciamiento, en ocasiones incluso parecer descortés o maleducado, con el agravante de que en este caso concreto, la pericia y el conocimiento engalanado del lenguaje técnico no mitigarán las malas formas. Puede que sea una actitud de protección, de miedo ante el sufrimiento de un par, pero este mecanismo de defensa nunca puede justificar las malas formas entre colegas; por el contrario, el profesional que se atiende a un médico-paciente debe hacer uso de unos valores imprescindibles en esta relación: la sinceridad, la honestidad y el coraje. Estos valores deben prevalecer incluso por encima del valor verdad (científicamente entendida) o una buena praxis, técnicamente entendida. Un paciente/médico podrá comprender la dificultad de un diagnóstico o un efecto adverso no esperado, pero le será muy difícil comprender actitudes alejadas de un comportamiento empático, sincero y honesto. En *El discreto*, Baltasar Gracián ya nos alertaba sobre la importancia de las formas en cualquier actividad humana: «Fuerte es la verdad, valiente la razón, poderosa la justicia, pero sin un buen modo todo se deslucen, así como con él todo se adelanta: cualquiera falta suple, aún las de la razón; los mismos yerros dora; las fealdades afeita; desmiente los desaires y todo lo disimula»¹¹.

Los valores y el profesionalismo

Los valores aquí referidos y que pensamos son los idóneos para nuestro caso defienden un modelo de profesión o de «práctica», como la denomina MacIntyre¹², que puede entrar en precario y comenzar a desmoronarse si los propios profesionales olvidan el fin último de su actividad profesional, la parte más humana de la misma: la comprensión del otro. Lo curioso es que el deterioro de la profesión médica, en su conjunto, puede comenzar por el deterioro de las formas en las relaciones individuales de sus miembros en cualquiera de los casos ya mencionados: dentro de una Institución, entre diferentes niveles asistenciales y también en el caso que analizamos. La profesión médica (siguiendo la definición de MacIntyre) «es una forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, establecida socialmente, la cual realiza los bienes inherentes a la misma e intenta lograr los modelos de excelencia que le son apropiados»¹². Lo interesante de esta definición es que estos bienes inherentes a la medicina, o bienes internos, son el resultado de competir en excelencia entre los profesionales, de ampliar su saber personal y la capacidad de la propia medicina, pero no para nuestro prestigio personal u orgullo profesional, sino para el bien de toda la comunidad¹³. Los bienes internos son aquellos que benefician a la comunidad de la cual forman parte dichos profesionales, pero además, para conseguir dichos bienes internos, que son los que definen nuestra profesión, debemos subordinarnos nosotros mismos a la profesión médica y a nuestra relación con el resto de colegas de profesión.

Y aquí es a donde queríamos llegar, solo desde una buena relación con nuestros colegas podemos incrementar los bienes internos de la profesión médica, y esta buena relación se construye tanto desde el conocimiento científico y la práctica clínica, como desde los valores humanos

que compartamos. La integridad de la profesión no será tal sin una educación en valores y en habilidades comunicativas que repercuta, en primer lugar, en unas relaciones de excelencia profesional entre los propios médicos^{14,15}. Solo esta educación en valores y en habilidades comunicativas nos permitirán adecuarnos a cada caso concreto de relación médico-paciente, pues cada una de ellas será singular, incluso ante un mismo diagnóstico clínico¹⁶. Valores como la sinceridad (entendida como valor «verdad»), la honestidad y en ciertas situaciones clínicas el coraje, junto con la omnipresente prudencia, que debe acompañar siempre a toda relación clínica, nos permitirá mantener el equilibrio racional y emocional ante un compañero enfermo. Estos valores y habilidades deben sobreponerse a la angustia, al cansancio, al mal momento personal o a cualquier otra barrera cognitiva o emocional que se interponga entre lo que debe ser una relación de excelencia entre colegas. Por el contrario, una relación médico-paciente/médico deteriorada contribuye al deterioro de la profesión en su conjunto.

Como conclusión diremos que será el conocimiento científico-técnico el que nos permitirá disminuir la incertidumbre ante la complejidad de los casos clínicos, pero será la educación en valores la que nos permita afrontar los conflictos morales que surjan de ciertas situaciones clínicas y que, junto con la educación en valores, serán las habilidades en comunicación las que nos ayuden en relaciones especialmente singulares como la tratada en este caso. No podrá haber modelos de excelencia profesional sin ampliar nuestro conocimiento científico, pero estos modelos serán insuficientes sin la necesaria educación en valores humanos. Y todo ello deberá manifestarse en una comunicación empática con el paciente.

Conflicto de intereses

El autor declara la no existencia de conflicto de intereses con respecto al artículo.

Bibliografía

1. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2008. p. 58.
2. Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica. Guía de ética médica. Madrid: Edita: Organización Médica Colegial de España; 2011.
3. Arribas S. Ser Médico ... jubilado ... y acudir a tu hospital. Rev Clin Esp. 2012;212:547-8.
4. Savater F. El contenido de la felicidad. Madrid: Santillana Ediciones Generales, S.L.; 2006. p. 37.
5. Cortina A. Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI. Oviedo: Ediciones Nobel, S.A.; 2009. p. 190.
6. Ibídem, p. 190.
7. Neuman M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhäuser F. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. GMS Z Med Ausbild. 2012;29. Doc11.
8. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. Br J Gen Pract. 2002;52 Suppl:S9-12.
9. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. J Gen Intern Med. 2006;21:524-30.
10. Borrell F. Práctica clínica centrada en el paciente. Madrid: Triacastela; 2010. p. 63.

11. Gracián B. El discreto y Oráculo manual y arte de la prudencia. Madrid: ÁreaTM y Random House Mondadori, S.A.; 2011. p. 182.
12. MacIntyre A. Tras la virtud. Barcelona: Editorial Crítica, S.L.; 2009. p. 233.
13. Chandratilake MN, McAleer S, Gibson J. Professionalism: the indicator of a civilised and exemplary medical profession. Ceylon Med J. 2012;57:57-60.
14. Borrell-Cario F, Epstein RM, Pardell Alentà H. Profesionalidad y *professionalism*: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. Med Clin (Barc). 2006;127:337-42.
15. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287:226-35.
16. Frostholm L, Fink P, Oernoboel E, Chistensen KS, Toft T, Olesen F, et al. The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. Psychosom Med. 2005;67:897-905.

J.C. Hernández-Clemente

*Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de
Madrid, Madrid, España*

Correo electrónico: jcarloshc18@hotmail.com