



MISCELÁNEAS

LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE PHYSICIAN PATIENT RELATIONSHIP

Dr. Daniel Elío-Calvo*

RESUMEN

La relación médico-paciente es el fundamento y razón de la medicina. Se expone la evolución histórica de este encuentro, desde la medicina prehistórica hasta la contemporánea. Se describen los actuales tipos o modelos de la relación médico-paciente: los centrados en el médico, los centrados en el paciente y los mutuales. Se invita a la reflexión sobre esta relación médica fundamental en el presente y en el futuro, en búsqueda de optimizar la atención médica.

Palabras clave: filosofía de la medicina – filosofía – medicina – ética – ética médica

ABSTRACT

The physician-patient relationship is the foundation and reason of medicine. The historical evolution of this meeting is exposed, from prehistoric to contemporary medicine. Current types or models of physician-patient relationship are described: physician centered, patient centered and mutual models. Reflection on this fundamental medical relationship in the present and future is invited, in search of optimizing medical care.

Key Word: *philosophy of medicine – philosophy – medicine – ethics – medical ethics*

INTRODUCCIÓN

La relación entre el médico y el paciente ha sido siempre un encuentro humano, que pese a los avances tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento, sigue siendo el eje de la práctica médica. A lo largo de la historia de la humanidad, esta relación ha tenido características diferentes y ha sido objeto de un proceso evolutivo, pudiendo afirmarse que en el último tercio del siglo XX, la forma de la relación médico-paciente ha cambiado más que en los veinticinco siglos anteriores. Es importante analizar los cambios ocurridos en esta relación a lo largo del tiempo.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Médico sacerdote

En los pueblos primitivos, la enfermedad se concebía como el castigo de los dioses. El curador tenía una jerarquía dada por cierta condición de sacerdote, capaz de indagar la violación de la ley moral y establecer la evolución de la enfermedad. En las culturas primitivas y arcaicas, la figura del médico se confundía con la del chamán o sacerdote. Este es el origen remoto de la profesión médica, un personaje privilegiado, respetado, poderoso e impune ante la ley común. Por el rol

* Médico Gastroenterólogo. Licenciado en Filosofía. Maestría en Salud Pública. Especialidad Psicopedagogía Educación Superior en Salud. Diplomado Bioética clínica, social e investigación en seres humanos. Docente emérito de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés. Ex presidente de la Academia Boliviana de Medicina. Miembro de la Academia Boliviana de Historia de la Medicina.
Dirección del autor: danelco22@gmail.com • Cel. 70663246

social que le corresponde, podemos denominarlo “médico sacerdote”. Con variaciones sociales y culturales en las diferentes regiones, aún persisten actualmente.

Frente a la figura del médico sacerdote aparece también desde la antigüedad la del médico artesano, de formación puramente empírica y practicante de maniobras curativas elementales en los niveles inferiores de la sociedad. Se trataba de un simple práctico que curaba heridas, reducía fracturas y administraba hierbas, desde una posición social similar a la de un carpintero o herrero; carente de poder y autoridad, estaba sometido a una reglamentación estricta.

De ambas figuras se perfilan dos tipos de médicos, que se muestran diferenciados a lo largo de la historia: el profesional de alto nivel intelectual y social y el practicante sin formación teórica que realiza labores de carácter manual, como fue el cirujano inicialmente. El papel del primero corresponde a una de las formas más representativas de una profesión, mientras que el segundo corresponde a una ocupación u oficio artesanal.

Médico-filósofo

En la medicina hipocrática se produce una importante evolución del médico, que de una situación artesanal ascienden intelectual, social y profesionalmente, si no a la categoría del médico sacerdote existente en los templos de Asclepio, a la de médico-filósofo. El médico hipocrático se separa del sacerdote, que usa fuerzas sobrenaturales, elaborando una teoría lógica y natural de la salud y la enfermedad que aplica en su práctica. Conserva sin embargo rasgos típicamente sacerdotales, como no estar sometido al derecho ordinario y disponer de su propio código ético, plasmado entre otros en el célebre juramento, que impone la beneficencia, actuar en beneficio del enfermo; la conservación de la pureza y santidad en la vida y en el arte; la obligatoriedad del secreto profesional, etc. El médico-filósofo hipocrático es por tanto el

heredero del antiguo médico sacerdote. Adquiere una elevada posición social, aunque no todos los practicantes de la medicina alcanzaron ese elevado nivel; en las capas sociales inferiores había una gran cantidad de empíricos dedicados a curas de forma artesanal, o a veces, ceremonias de fondo supersticioso.

La medicina monástica

Con las invasiones de los bárbaros se pierde para Europa Occidental la tradición greco-romana y se inicia la Alta Edad Media, que supone una profunda regresión cultural. Los saberes médicos quedan reducidos a los manuscritos que se conservan en los monasterios. Los monjes van a ser en este periodo, los que conservan los escasos restos de la medicina clásica; se habla por ello de la “medicina monástica”. Y serán también los monjes quienes, en las enfermerías anexas a los monasterios, se encarguen del cuidado de los enfermos.

La Baja Edad Media da lugar a un inicio de recuperación de la cultura greco-romana, sobre todo a través de la traducción de textos clásicos. Con ellos se desarrolla la profesión, restringiendo las prácticas clínicas de los clérigos. Varios concilios prohibieron a los monjes el aprendizaje de la medicina, la asistencia fuera de sus propios monasterios o la dedicación de mucho tiempo a la ciencia laica; estas prohibiciones se repitieron y violaron con frecuencia.

La secularización de la medicina

Las limitaciones a la jerarquía eclesiástica coinciden con la tendencia más general a la secularización de la práctica clínica, favorecida por la inclusión de la enseñanza médica en las nacientes universidades y por la promulgación de normas que regulan la práctica profesional.

En la Europa moderna aparecen nuevas instituciones profesionales como el *Royal College of Physicians* inglés, que en sus estatutos incluye unos preceptos morales que son todavía herederos de la ética hipocrática. Sus planteamientos

irán evolucionando hacia la formación de los modernos códigos de los colegios médicos.

En el siglo XIX, médicos generales, especialistas y cirujanos se integran a la clase burguesa y asumen los valores tradicionales de la profesión, como un ejercicio liberal. Este espíritu está presente en el primer gran código de la ética médica, *Medical Ethics*, de Thomas Percival, publicado en 1803. En la misma línea se ubican los códigos de ética elaborados por los colegios y asociaciones profesionales. Las instituciones de este tipo se convertirán en el principal instrumento de defensa de los valores y los privilegios tradicionales de la clase médica. La medicina del siglo XIX tiene la concepción de una profesión de ejercicio liberal, no tanto de un oficio asalariado ni de funcionarios.

La medicina moderna

El siglo XX plantea una profunda transformación de la profesión médica, que pone en cuestionamiento su ejercicio liberal. La aparición de los seguros sanitarios de carácter público y ámbito nacional había sido precedida por las “sociedades de socorros mutuos” que florecieron en Inglaterra, tras la revolución industrial, como una tercera vía entre la costosa asistencia privada y las instituciones de beneficencia. Fue en la Alemania de Bismarck donde apareció el primer sistema moderno de seguridad social, concebido como un seguro obligatorio, unificado y centralizado. Con particularidades diversas, surgieron sistemas colectivos de asistencia sanitaria en la Rusia zarista y otros países europeos, hasta culminar a mediados del siglo XX con el *National Health Service* inglés, considerado ejemplar durante mucho tiempo por la amplitud y universalidad de sus prestaciones. Los médicos que se fueron integrando a todos estos sistemas sanitarios perdieron en proporción variable el estatuto tradicional de profesiones liberales, para ubicarse en la condición de funcionarios o asalariados. Esta tendencia del

ejercicio médico en Europa, se extendió con características variables a Norteamérica, Latinoamérica y el resto del mundo.

Por otra parte, como consecuencia de la proliferación de especialidades, se va imponiendo el trabajo en equipo; el médico general no puede enfrentar ciertas enfermedades específicas, recurriendo al especialista, pero éste a su vez precisa de otros especialistas, sin olvidar al médico de familia. Se va estructurando así un sistema de atención en tres niveles: un primer nivel de medicina general, higiene y prevención sanitaria; un segundo nivel de consultas especializadas en forma ambulatoria, y un tercer nivel que corresponde a los centros hospitalarios.

Esta suerte de colectivización de la medicina actual ha limitado en gran manera la concepción tradicional de la medicina como profesión libre. El médico ha pasado a ser empleado de los sistemas sanitarios públicos, privados o compañías de seguros. También ha tenido que enfrentar conflictos legales, teniendo que responder de su práctica ante los tribunales. La figura del médico ha dejado de estar socialmente privilegiada para pasar a ser de un profesional más entre muchos análogos.

El enfermo: de paciente a agente

A lo largo de la historia, la posición del paciente en la relación médico-paciente ha sido siempre pasiva, de dependencia, pues la enfermedad condiciona una suerte de desvalimiento no solo del cuerpo, sino también del alma, al decir de los escritos hipocráticos. Así como el niño confía en que su padre elegirá siempre lo mejor para él, el enfermo debe confiar en su médico, que con sabiduría, rectitud moral y benevolencia elegirá siempre el mejor tratamiento posible; el médico ha de decidir en lugar del paciente y por el bien de paciente. La concepción clásica de un “buen enfermo” es la de un enfermo sumiso, confiado y respetuoso, lo mismo que un niño bueno, que mantiene una actitud

dócil, obediente de las indicaciones del padre/médico, sin hacer demasiadas preguntas. Es el paradigma de la “*medicina paternalista*”, que ha persistido hasta mediados del siglo XX, y aún se mantiene en gran medida.

Ya desde fines del siglo XIX se producen en la humanidad cambios significativos de tipo socio económico, como la emergencia de los derechos humanos y el desarrollo científico y tecnológico de la medicina, que si bien mejoran notablemente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, originan graves conflictos biomédicos. Tales cambios influyen dramáticamente en la relación médico-paciente, pues el paciente reclama ser considerado como sujeto activo en los diversos niveles de decisión del proceso de la enfermedad. El año 1973 puede tomarse como un símbolo del cambio, pues la Asociación Americana de Hospitales aprueba la primera *Carta de Derechos del Paciente*, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su condición clínica y a decidir sobre las opciones posibles, como persona autónoma y libre que es. La influencia de esta primera Carta de Derechos del Paciente ha sido muy grande, puesto que plantea una nueva mentalidad que se ha convertido en hegemónica en las sociedades democráticas, la “*mentalidad autonomista*”; cada uno ha de asumir las decisiones que le afectan, ha de regirse por su propio sistema de valores, por lo que la beneficencia tradicional ya no puede aplicarse sin conocer la voluntad del enfermo, porque antes de hacer el bien al prójimo, se debe preguntarle si tiene la misma idea del bien que nosotros tenemos. Las bases de la autonomía del paciente son: *la información* (completa, precisa, clara) que el médico debe dar sobre el diagnóstico y las alternativas terapéuticas, y el *consentimiento informado* del paciente a los estudios complementarios y tratamientos propuestos. La bioética ha propuesto cuatro principios como

basamento de la nueva relación médico-paciente: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La relación clínica

Actualmente, el enfermo no se relaciona tan solo con su médico, sino también con otros especialistas, personal de enfermería, auxiliares, asistentes sociales, administrativos etc. Se plantea que la expresión tradicional “relación médico-paciente” está perdiendo vigencia, debiendo cambiarse por la expresión “relación clínica” o “relación sanitaria”. El término “paciente” también es ahora criticable, puesto que ya se analizó que dejó de ser *pasivo* para convertirse en sujeto *activo o agente*, por lo que ahora se proponen otros términos, como “cliente” o “usuario”. La relación ya no es bipolar, pues en ella no intervienen solamente dos elementos, sino también las llamadas terceras partes: familia, amigos, relaciones laborales, administrativos, asistentes sociales, psicólogos, consejeros espirituales y la sociedad misma. Se justifica entonces la denominación de “relación clínica” o “relación sanitaria”, puesto que responde mejor a las condiciones actuales.

La relación clínica en el siglo XXI

En las últimas décadas se han producido cambios notables en todos los aspectos de la vida: el progreso de la ciencia, tecnología, comunicaciones, transporte, desplazamiento poblacional, industria etc., que generan confusión en los ámbitos del pensamiento y en la toma de decisiones. El cambio cultural es en todas las sociedades de tal magnitud, que se ve reflejado en las motivaciones, valores, relaciones de familia, y en las decisiones personales ante una enfermedad. Estos cambios afectan indudablemente la relación clínica, constituyendo un desafío para los profesionales de la salud, que deben adecuarse no solo a las necesidades de los pacientes tradicionales, sino a los pacientes del futuro o del siglo XXI.

El paciente actual es una persona consciente y exigente de sus derechos,

generalmente desconfiado, exigente, con acceso fácil a la información médica por internet, preocupado por los costos y coberturas, con altas expectativas de soluciones rápidas para su enfermedad a través de una atención de excelencia con tecnología de última generación; es también una persona “globalizada”, que se desplaza geográficamente, que busca manejar su enfermedad y su tratamiento con soluciones rápidas y que no reconoce grandes dificultades para interpretar críticamente la información que obtiene. Son también personas que usan cada vez más dispositivos electrónicos que miden su ritmo y frecuencia cardíaca, consumo calórico, saturación de oxígeno o presión arterial, datos que se pueden transmitir directamente a su computadora, a su historia clínica o a bases de datos para diferentes aplicaciones.

Por otra parte, los pacientes actuales enfrentan nuevos escenarios y posibilidades de diagnósticos y tratamientos como: intervenciones genéticas; diversas intervenciones o medicación para el mejoramiento de las personas o hijos por nacer; nuevas y variadas alternativas de reproducción humana; y aun la posibilidad de gestionar no solo su vida sino también su muerte, accediendo a diversas formas de muerte asistida.

La perspectiva expuesta no debiera ser percibida como negativa o amenazante, sino más bien como un cambio histórico positivo, pero que requiere un proceso de reflexión y de adaptación.

TIPOS O MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación *médico paciente* o *relación clínica* se ha establecido siguiendo una variedad de tipos o modelos, a lo largo de la historia, desde los clásicos modelos autoritarios como el paternalismo, al modelo contemporáneo de camaradería. Los modelos son importantes para analizar los diferentes factores de la relación clínica, con sus consecuencias no solo en la dimensión ética, sino en los resultados de la práctica

médica. Existen actualmente una variedad de tipologías o clasificaciones de la relación médico-paciente, como la basada en la autonomía (comercial, contractual o de ingeniería) y la beneficencia (paternalista y sacerdotal); o la que clasifica en paternalista, informativa, interpretativa y deliberativa.

Para el presente trabajo, nosotros escogimos la basada en la distribución del poder entre el paciente y el médico, aceptando que el poder es necesario para la realización de acciones, adopción de cambios y cumplimiento de objetivos.

1. Modelos centrados en el Médico

En estos modelos, el poder está ubicado en el rol y función del médico, con el paciente permaneciendo en gran medida pasivo y sin poder. El médico dirige la elaboración de actividades, objetivos y toma de decisiones, tanto en la información como en los servicios; la condición médica es definida en términos biológicos y la voz del paciente está casi ausente. El médico asume generalmente que sus valores son similares a los del paciente, principalmente en la restauración de la salud; trabaja en el entendido de que sólo él médico es capaz de tomar las decisiones apropiadas, dada la naturaleza técnica del conocimiento y práctica médica. Esta relación médico-paciente es asimétrica: el paciente está en situación de dependencia y el médico en situación superior.

Existen dos modelos predominantes en esta categoría:

Modelos autoritarios

Son los más antiguos y mejor conocidos. Se basan en la autoridad otorgada por los pacientes al médico para practicar la medicina. Además de la autoridad otorgada directamente al médico, se pueden identificar otras tres fuentes de autoridad: la primera es *legal*; el estado otorga a los médicos el derecho a practicar su oficio, incluyendo prescribir medicamentos y realizar procedimientos y operaciones quirúrgicas; la segunda

es *profesional*: la profesión médica es calificada y regulada por sus propias organizaciones; la tercera es *cultural*: basada principalmente en los avances tecnológicos que surgen en las ciencias biomédicas.

Modelo Paternalista: Es el modelo tradicional de la relación médico paciente y el modelo autoritario más conocido. Está inspirada en base a la relación padre-hijo, en la que el médico toma el lugar del padre y el paciente la del hijo. El paternalismo se basa en la noción de que el médico, ya sea por su conocimiento superior o por algún impedimento del paciente secundario a su enfermedad, tendría mejor percepción de los mejores intereses del paciente que el mismo paciente; o que las obligaciones del médico son tales que está obligado a hacer lo que está médicamente bien, o aun lo que no está "bien" para el sistema de valores del paciente. Por tanto, el médico tiene el poder de tomar las decisiones en la relación terapéutica, y el paciente está obligado a confiar en el médico implícita y completamente. En otras palabras, la jerarquía de la relación paternalista es de dominio de parte del médico y sumisión de parte del paciente.

La motivación del modelo paternalista es la beneficencia; asegurar que el paciente reciba la intervención que promueva su salud y bienestar de la mejor manera. La misión del médico puede también implicar educar al paciente, especialmente al paciente inconforme. La motivación para el paciente es recuperar su salud, cumpliendo pasiva y completamente las instrucciones terapéuticas del médico; debe confiar y obedecer al médico sin cuestionarlo.

Modelo Sacerdotal: Es probablemente el modelo autoritario más antiguo. En los pueblos primitivos, religión y magia están fusionadas, y la medicina superditada a ellas. Esta cercana relación entre religión y medicina puede basarse en la concepción de que las enfermedades son misterios

de origen sobrenatural, por demonios y espíritus. El sacerdote o chamán, al ser la persona que entiende estos misterios, es el responsable de enfrentarlos y por tanto velar por la curación del enfermo. El enfermo debe confiar en el sacerdote o chamán, confianza basada en su "fe". La enfermedad, como un misterio que debe curarse, es entendida como una condición sobrenatural, y el sacerdote o chamán debe brindar consuelo y comprensión a los enfermos. La responsabilidad del enfermo es creer en las oraciones, sacrificios, encantamientos, danzas, etc. de los sacerdotes o chamanes. La autoridad del modelo sacerdotal se basa en dos fuentes: la primera es la dependencia en las habilidades mágicas del sacerdote o chamán, que es responsable a menudo no solo del bienestar de los miembros de la comunidad, pero de toda la comunidad misma; la segunda fuente es el carisma sacerdotal, un don otorgado, generalmente por dios sobre una persona para cumplir una misión particular, que para el sacerdote incluye el poder de curar. Aunque los médicos actuales han perdido mucho del aura sacerdotal por el secularismo moderno, aun se acepta que cumplen tres "funciones sacerdotales": la primera: el servicio y vocación del médico, la medicina es un llamado a atender una necesidad y el médico debe cumplirla; la segunda: la función de curación: es un requerimiento de intervención terapéutica, obtener y mantener la curación hasta que el paciente recupere su salud e integridad, y la tercera: asistir al paciente en aclarar sus valores a través de una guía educativa. El médico debe permanecer leal al paciente y no imponerle sus juicios de valor.

Modelos mecanicistas

Los modelos mecanicistas son producto de la revolución científica, que alcanzó su cenit en su aplicación a la medicina a mediados del siglo XX. Para muchos, la medicina se convirtió en una ciencia o por lo menos, una ciencia aplicada. En razón de que estos modelos destacan la naturaleza mecanicista del cuerpo del

paciente y los aspectos de resolución científica de la práctica médica, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades constituyen problemas que el médico debe enfrentar como mecánico, técnico o ingeniero. El médico es entonces un mecánico del cuerpo, y el paciente una máquina humana. El rol del médico es el de un experto, con experiencia en tratar enfermedades en base a su conocimiento técnico; el paciente debe confiar en el médico, por su experiencia.

Los modelos técnicos tienen en efecto dudoso en la formación moral de los médicos. Mientras el modelo sacerdotal está basado en valores, los mecanicistas no, basándose solo en los hechos científicos, que son considerados carentes de valores. El médico, como un científico aplicado debe ignorar los valores del paciente, a fin de obtener un diagnóstico científicamente preciso. Sin embargo, la noción de una medicina y ciencia libre de valores no es posible, puesto que los valores se aplican a diario para tomar decisiones acerca de problemas de investigación y otras decisiones importantes.

2. Modelos centrados en el Paciente

“Nada en ética médica ha cambiado tan dramática y drásticamente en el último cuarto del siglo XX que los estándares de conducta ética que gobiernan la relación entre médicos y pacientes: en ese tiempo, el centro de gravedad de la toma de decisiones clínicas se ha desplazado casi completamente del médico al paciente” (Pellegrino y Thomasma). La caída de los modelos centrados en el médico fue el resultado de la defensa de la autonomía del paciente. En los modelos centrados en el paciente, el poder del médico dentro del modelo autoritario se desplazó al paciente. “El paciente establece el objetivo y la agenda de la visita y asume la responsabilidad de la toma de decisiones; sus pedidos de información y de servicios técnicos son acordados por un médico cooperativo. Los valores

de los pacientes son definidos y fijados por el paciente, sin observación del médico” (Roter).

Se han descrito dos categorías de modelos centrados en el paciente:

Modelos legales

Los modelos legales se basan en el principio de autonomía, pero también en el principio de justicia, principalmente en lo que concierne a derechos y obligaciones. Estos modelos protegen a los débiles de los poderosos, procurando que la relación entre ellos respete los estándares comunitarios o legales. El fundamento legal, ya sea la ley común o la reglamentaria, debe procurar la protección de los derechos de las personas y el cumplimiento de los deberes de los otros. El resultado ideal sería la distribución justa y equitativa de bienes y servicios, que no favorezca a una parte en desmedro de la otra a través del engaño o del prejuicio. Así por ejemplo, los contratos ofrecen recursos de compensación cuando los términos no se cumplen por una de las partes. Estos modelos aseguran el cumplimiento legal de los convenios por ambas partes, ofreciendo así a cada una alguna protección y recurso bajo la ley para responsabilizar a la otra, en base al contrato. El contrato médico o curativo generalmente incluye los derechos del paciente y los deberes del médico para respetar esos derechos. El modelo de contrato en medicina difiere sin embargo de los contratos comunes de bienes y servicios en varios puntos, favoreciendo al paciente, que disfruta de ventajas en la negociación, como ser el “interés” del paciente, que es su propia vida, así como sus limitados conocimientos sobre procedimientos médicos.

Modelos comerciales

La medicina moderna es un gran negocio. La industria del cuidado de la salud representa una porción significativa de la economía nacional en la mayor parte de los países, impacto económico que se acrecienta en forma permanente. Hospitales, clínicas, médicos y compañías

farmacéuticas hacen propaganda de sus bienes y servicios en los diferentes medios de comunicación, para atraer y convencer a los pacientes. Los modelos comerciales han sido parte de la historia de la medicina, pero su impacto en la relación médico-paciente es un fenómeno reciente que se inicia con el incremento del movimiento consumista mundial en la década de los 60 del siglo XX. En esta década se desarrolló una nueva concepción: la persona como un *consumidor* antes que un paciente. Mientras que el paciente se convierte en comprador de bienes y servicios sanitarios, el médico se convierte en proveedor o vendedor. Si el paciente considera que el médico no le está brindando los mejores bienes y servicios, o si considera que no está siendo escuchado en sus necesidades, está entonces libre de buscar otro médico con el que se sienta satisfecho. El paciente como comprador de bienes y servicios debe tener cautela con el médico, en vez de la confianza en que se basan muchos modelos; el modelo comercial funciona en base a la desconfianza. Mientras que los fundamentos de los modelos legales son los derechos y deberes autónomos, también válidos en los modelos comerciales, el fundamento básico de los modelos comerciales es el mercado; la atención médica es considerada una mercancía o servicio como cualquier otro, a ser adquirida en el mercado de acuerdo a la conveniencia del consumidor, es decir, en base a sus criterios personales sobre modelos alternativos de tratamiento, costos, beneficios y riesgos. Se asume que se opera en un mercado libre en el que participan las diferentes partes negociando en condiciones de igualdad, procurando un intercambio justo; cada parte espera recibir algo valioso bajo criterios económicos; la motivación para el paciente es encontrar la mejor atención médica posible al mejor precio y la del médico puede ser monetaria o de prestigio.

3. Modelos Mutuales

En estos modelos, el poder está

distribuido equitativamente entre el paciente y el médico; el poder de decisión está balanceado. El diálogo médico es el procedimiento a través del cual se articulan y exploran explícitamente los valores del paciente. En este proceso, el médico actúa como un consejero o tutor. Mientras que los modelos centrados en el paciente se basan en el principio de autonomía del paciente, los modelos mutuales se basan en el principio de consentimiento informado, que es fundamental para el empoderamiento del paciente con la información necesaria para participar en el proceso de toma de decisiones.

Modelos de camaradería

Estos modelos promueven una relación entre pacientes y profesionales caracterizada por una participación y respeto mutuos y por toma conjunta de decisiones. Conforman una familia de modelos con diferentes nombres, como el *modelo de participación mutua*, en el que se distinguen tres factores: los participantes tienen aproximadamente el mismo poder; son interdependientes; actúan de tal manera que ambos estén satisfechos. En el *modelo deliberativo*, médicos y pacientes comparten deliberaciones morales juzgando la dignidad e importancia de los valores relacionados con la salud, para tomar una decisión conjunta sobre cómo encarar el tratamiento. En el *modelo de consenso*, pacientes y médicos alcanzan un acuerdo mutuo sobre la mejor manera de proceder al presentarse diferencias de criterio. En el *modelo colegial*, el médico es el "camarada" del paciente, con la misma dignidad y respeto e igualdad en el valor de la participación.

Estos modelos requieren de condiciones culturales y educativas de ambas partes que no siempre son asequibles para su realización.

Modelos de convenio

Es una forma de contrato en que dos partes calculan sus mejores intereses propios y acuerdan algunos proyectos conjuntos en los que

ambos obtienen aproximadamente beneficios equivalentes por bienes aportados por cada uno. El autor distingue tres componentes del convenio: una experiencia original de obsequio entre los futuros socios pactados; una promesa basada en este intercambio inicial o anticipado de obsequios, labores o servicios; y la conformación de la vida posterior de cada socio por el hecho promisorio. Cada uno de estos componentes es también un componente de la relación contractual. Para que el contrato sea vinculante, debe haber consideración (generalmente en forma de dinero) por parte de una de las partes y promesas intercambiadas entre agentes que consientan libremente. Este vínculo garantiza entonces el cumplimiento de las promesas.

Modelos de amistad

El modelo de amistad en la relación médico-paciente tiene una antigua tradición en medicina, iniciada con los griegos y romanos, y solo es posterior históricamente al modelo sacerdotal. En los escritos greco-romanos, la amistad llega a definir la relación médico-paciente ideal, tal como se lee en Platón, que se refiere al médico como amigo de su paciente. En general, la amistad o *philia* es para los antiguos el ideal de la relación, porque promueve la libertad; ambas partes entran en la relación como iguales para el bien mutuo de cada uno, aunque los bienes no son idénticos. Para el paciente, el bien es la salud; para el médico es el aprecio por restaurar el bien de la salud.

Como Aristóteles plantea en su *Ética Nicomaquea*, la amistad no solo implica la búsqueda del bien propio en una relación, sino también el bien del amigo. A pesar de la larga tradición del modelo de amistad, en los tiempos modernos se observa poca reflexión filosófica al respecto; es posible que tal pérdida de interés se deba a ser sobreentendido como el modelo preferido, que ya no requiere justificación o elaboración adicionales. Laín Entralgo, conocido

defensor del modelo de amistad afirma que el paciente busca ser amigo del médico no tanto por sus habilidades técnicas, sino por su buena voluntad amable y amistosa.

No todos los pacientes, sin embargo, buscan a un médico amigo, sino a un profesional competente que lo trate. Ante esta posición, otros plantean el *modelo de vecino*, en el que el paciente busca un médico competente y amistoso; no tan amigo, sino como vecino, con el que se cuidan las distancias.

SITUACIÓN ACTUAL Y PROYECCIÓN FUTURA

El fundamento y razón de la medicina es la relación médico-paciente; el encuentro entre el médico y el paciente es el foco de la medicina. Es esta relación el elemento más importante para la definición de la naturaleza de la medicina misma. Desde la aparición de los primeros médicos en la prehistoria hasta los médicos contemporáneos, se han suscitado importantes cambios históricos. Actualmente el cambio más notable es el desplazamiento de la autoridad hacia el lado del paciente, en desmedro de la anterior casi absoluta del médico. Los cambios sociales y económicos, así como el notable desarrollo de la ciencia y tecnología médica modernas, han condicionado una variedad de modelos de relación médico-paciente, sin que hayan desaparecido completamente modelos tradicionales como el paternalismo médico. La participación de otros actores del campo del personal médico, de la familia y de la sociedad en la originalmente tradicional relación bipolar, ha derivado en que ya se hable de la "relación clínica" o "relación sanitaria" en vez de la tradicional "relación médico-paciente". Las condiciones actuales exigen la reflexión sobre esta condición fundamental de la medicina, en búsqueda de nuevos entendimientos que permitan optimizar la atención de los pacientes, objetivo final de la práctica médica.

REFERENCIAS

1. Gracia D. *Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética*. Madrid: Tricastela, 2004
2. Lain Entralgo P. *La medicina hipocrática*. Alianza Editorial, S.A., Madrid, 1982
3. Percival T. (1849) *Medical Ethics: or a Code of Institutes and Precepts adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*. *Provincial Medical and Surgical Journal* 13 (26): 711-712
4. Shorter E. *Doctors and their patients. A social history*. New Brunswick: Transactions Publishers. 1991.
5. Elío-Calvo D. (2016) *La deshumanización de la medicina*. *Rev. Cuadernos*, Vol. 57 N° 3, 80
6. Lázaro J., Gracia D., (2006), *La relación médico-enfermo a través de la historia*. *Anales Sis San Navarra* vol. 29, supl. 3 Pamplona
7. Beauchamp T.L., Childress J.F., *Principles of Biomedical ethics*. Oxford University Press. Inc., New York, 1994
8. Beca-Infante J.P., (2018), *La relación médico-paciente en el siglo 21*. *Rev. Chil. Enferm. Respir*. Vol. 34 n° 4, Santiago
9. Pellegrino E.D., Thomasma D.C., *The Virtues in Medical Practice*, New York, Oxford University Press, 1993
10. Emanuel E.J., Emanuel Ll., *Cuatro modelos de la relación médico-paciente*. En Couceiro A. editora *Bioética para clínicos*. Madrid; Tricastela, 1999
11. Haug, M.R., Lavin B., (1981) *Practitioner or patient – who's in charge?* *Journal of Health and Social Behavior* 22:212-229
12. Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C. *For the patients good: The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press, 1988
13. Amundsen, D.W., Ferngren, G.B. *Evolution of the patient-physician relationship: antiquity through the Renaissance*. In: *The Clinical encounter: The Moral Fabric of the Patient Physician Relationship*, Shelp, E.E., ed. Dordrecht, The Netherlands: Reidel, 1983
14. Bayles, M.D. *Physician as body mechanics*. In: *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, Caplan, A.C., Engelhardt, H.T., McCartney, J.J., eds. Reading, MA: Addison Wesley, 1981
15. Kelley, M. *Contractarianism and bioethics*. In: *Encyclopedia of Bioethics, third edn., volume I*, Post, S.G., ed. New York: Thomson Gale. 2004
16. Reeder, L.G. (1972) *The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship*. *Journal of Health and Social Behavior* 13: 406-412
17. Szasz, T.S., Hollender, M.H., 1956. *A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor patient relationship*. *Archives of Internal Medicine* 97: 585-592
18. May, W.F., 1975. *Code, covenant, contract, or philanthropy*. *Hastings Center Report* 5: 29-38
19. Post, S.G., 1994. *Beyond adversity: physician and patient as friends?* *Journal of Medical Humanities* 15: 23-29
20. Aristóteles. *Ética Nicomaquea*. Editorial Porrúa. S.A., Mexico D.F. 2004