

Medicina Basada en la Efectividad y Medicina Basada en la Afectividad (MBE Y MBA)

José González, Ana Orero, Ana Navarro

La relación médico-paciente (RMP) ha sido siempre muy sensible a los cambios históricos y ha estado condicionada tanto por los avances técnicos y científicos como por los factores socioculturales que determinan en cada momento la convivencia humana. No obstante, desde los tiempos de la Medicina hipocrática y hasta la mitad del siglo pasado, con mayores o menores variaciones históricas y de forma más o menos sistematizada –hay que tener en cuenta que la realidad es siempre más compleja que su descripción, según la afirmación de Borges–, la atención médica al enfermo se ha desarrollado básicamente siguiendo el llamado "método clínico", es decir, la asistencia al hombre que está enfermo (atención a la enfermedad), que se siente enfermo (atención al enfermo) y que es enfermo (atención a la persona). De ahí el clásico aforismo de que "no hay enfermedades sino enfermos" y las diferentes variaciones del mismo habidas a lo largo del tiempo.

Sin embargo, el sujeto enfermo desapareció de la mirada del médico en el momento que el ejercicio de la Medicina pasó de ser una técnica de base empírica y racional a convertirse en una técnica de base científica y experimental, la cual se fue cristalizando de forma sucesiva y complementaria en las tres grandes mentalidades de la medicina decimonónica: la anatomoclínica, que trataba de reducir las enfermedades a lesiones anatómicas; la fisiopatológica, que trataba de explicar las enfermedades como alteraciones funcionales del organismo, procesos materiales y energéticos, que podían ser estudiados y medidos mediante el método físico-químico; finalmente, la etiopatológica, que, en su empeño por encontrar el origen de la enfermedad en causas externas, llegó a postular la etiología microbiana de cualquier enfermedad.

Las tres mentalidades partían de un objetivo común: la búsqueda, a través de la lesión, la disfunción o la causa externa, de un diagnóstico certero y seguro, lo cual llevaría –utilizando las palabras de C. Bernard– a superar la "Medicina conjetural" y alcanzar una "Medicina cierta". En las primeras décadas del siglo xx la investigación bioquímica y genética trajo de la mano la interpretación de la enfermedad a nivel molecular y acabó por reducir al paciente a una suma de datos anatómicos y analíticos. Pero pronto se revelaron las insuficiencias del método científico para dar cuenta de algunas enfermedades, especialmente las psiquiátricas, y para responder a las cuestiones personales que los enfermos planteaban a sus médicos en la clínica.

Volvió a alzarse la voz de los que consideraban, como lo hiciera siglos atrás Henri de Mondeville, que "la Medicina no se practica sobre el género humano en general, sino sobre cada individuo en particular"; el gran clínico William Osler afirmaba con rotundidad: "el buen médico trata la enfermedad, pero el gran médico trata al paciente... es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene la enfermedad que saber qué clase de enfermedad tiene el paciente". Cada enfermo es distinto a los demás y vive la enfermedad de manera única y tan importante es el modo de vivir la enfermedad y la manera de expresar los síntomas subjetivos como los signos y hallazgos objetivos. Al hilo de este planteamiento, diversos autores insistieron en la necesidad de volver a la

"hominización de la patología", de tratar a los enfermos como "un todo" y de atajar la creciente deshumanización de la Medicina (J. Rof Carballo). Era el nacimiento de una nueva manera de entender la enfermedad humana: la mentalidad antropopatológica.

De acuerdo con esta última concepción, el médico debe integrar en su quehacer diario ante el enfermo todos los niveles de la atención médica: atender al diagnóstico y al tratamiento, al 'estar enfermo', es decir, a la alteración estructural y dinámica (anatomía patológica y fisiopatológica) y, en consecuencia inmediata, a la causa que la ha producido (etiología) y a la manera cómo se ha desarrollado (patogenia); ocuparse ineludiblemente del 'sentirse enfermo' con el manejo diagnóstico y terapéutico de los síntomas que, con los signos, constituye el cuadro clínico; y, sobre todo, siempre y a la vez que todo lo demás, tener presente al enfermo como persona, con la enfermedad enraizada profundamente en su intimidad, muchas veces originándose y complicándose en ella, sobre ella personalizada y apropiada, abarcando desde ella el soma, la psique y el entorno social del hombre, es decir, el "ser enfermo".

A mediados de los años setenta del pasado siglo, y en medio de la grave crisis social, económica y cultural a nivel mundial, G. Engel planteaba la necesidad de superar el modelo sanitario dominante en las sociedades industrializadas o "modelo biomédico", que utilizaba fundamentalmente parámetros somáticos, y proponía su cambio por el modelo "biopsicosocial", que pretende abordar la enfermedad como experiencia humana y tiene en cuenta no sólo el punto de vista anatomopatológico, fisiopatológico o etiopatológico, y sus añadidos moleculares y genéticos, sino también el psicológico, social y cultural.

Por otra parte, también resultaba necesario cambiar una relación médico-paciente, que estaba llena de buenos objetivos –buscaba sobre todo el bienestar del paciente–, pero que estaba fundamentada en la vocación del médico para cuidar y curar, así como en la confianza del paciente a ser cuidado y curado. La relación resultaba un tanto asimétrica en cuanto al saber, a las circunstancias en que se encuentran uno –necesidad de ayuda– y otro protagonistas –capacidad para prestar la ayuda necesaria– y a la manera de llevar a cabo el tratamiento –el médico decide, mientras que el paciente obedece–; aunque teñida de afectividad, esta relación llevaba implícita un evidente riesgo de excesivo paternalismo. Se trataba, por tanto, de superar el modelo clásico de causa-efecto, por un lado, y de dar la palabra al paciente en el proceso asistencial, por otro (F. Borrell).

En definitiva, había llegado la hora de pasar de los modelos centrados en el médico o en la enfermedad al centrado en el paciente. La propia Comisión Presidencial Americana para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina dejaba ya claro en 1982 "el derecho del individuo a definir y perseguir su propia visión de lo que es bueno" y se mostraba partidaria de que las decisiones médicas debían sustentarse en el acuerdo mutuo y el respeto entre el médico y el paciente. Poco tiempo después Ezekiel y Emanuel consideraban que entre los diferentes modelos de relación médico-paciente –paternalistas, interpretativos, informativos y deliberativos– había que apostar por el modelo informativo-deliberativo.

A pesar de tal conciencia y del espectacular desarrollo de la Medicina, de los extraordinarios logros conseguidos con los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles y de los considerables avances sociales durante las dos últimas décadas, la relación médico-enfermo no se ha traducido, en términos globales, en una relación de

más calidad; sí, en cambio, en una relación quizás menos cálida. Ello ha sido debido principalmente a:

- La "especialización de la Medicina", que ha dado lugar, al menos a nivel hospitalario, a la progresiva sustitución de la figura del médico por la del equipo médico.
- El olvido de "la silla como el mejor instrumento del médico" (G. Marañón) y la pérdida de confianza en el diálogo con el enfermo y la observación clínica, en beneficio de los exámenes complementarios que aportan las sofisticadas herramientas diagnósticas y una práctica médica precautoria o defensiva realizada de forma rutinaria.
- Junto a la desviación de la atención clínica de una buena parte de los médicos actuales hacia la obtención de datos acerca de la enfermedad, la propia exigencia del enfermo, convertido ya en usuario, en ser diagnosticado y tratado con "lo último visto" ("cultura del scanner").
- La potenciación de la Atención Primaria de salud no ha sabido resolver hasta ahora la crisis hospitalaria y, en cambio, ha dado lugar en muchos casos a la masificación de las consultas, encontrándose el médico ante situaciones en las que apenas tiene tiempo para escuchar al enfermo (despersonalización de la Medicina).
- El progresivo malestar de los profesionales sanitarios ante la falta de incentivos profesionales y económicos, constatándose cada vez más entre los médicos el llamado "síndrome de Burnout".
- Las pautas de actuación médica de tipo paternalista y fundamentadas en el principio de beneficencia han sido sustituidas por otros preceptos, como el principio de autonomía, que se consideran ética, legal, profesional y terapéuticamente más adecuados, pero que han dado lugar a actitudes más recelosas por ambas partes.
- El derecho a la salud convertido, a veces, en una excesiva demanda asistencial por parte de la población, en la creencia bastante generalizada de que la Medicina debe dar soluciones para todo tipo de males físicos, psíquicos, sociales, morales y espirituales- (medicodependencia).
- La "necesidad imperiosa de curarse" de la sociedad actual, que lleva a buscar más al medicamento que al médico (medicalización de la sociedad).
- La accesibilidad a la información que ha proporcionado en las dos últimas décadas la llamada "red de redes" posibilita que el enfermo llegue a las consultas con más, pero no necesariamente con mejor información, lo que crea ciertas "tensiones" con el médico.
- Los tradicionales "conflictos de intereses" entre los objetivos médicos –vocación, interés científico, deber profesional, prestigio, lucro personal, etc.– y las finalidades de los enfermos –volver a disfrutar de la salud, conocer la enfermedad, disponer del diagnóstico deseado, conseguir una receta, lograr una baja laboral, etc.– no sólo no se han resuelto convenientemente en ocasiones, sino que se han exacerbado en determinados casos.

- La cada vez mayor influencia de la economía en la práctica clínica, como consecuencia de la absoluta exigencia de la colectivización, pero al mismo tiempo, de la limitación de los recursos disponibles. La evaluación de resultados y la asignación de responsabilidades son los pilares de la gestión sanitaria.
- La aparición de una verdadera "industria de la salud y de la enfermedad" y la constante presencia de un "ente financiero o pagador" que han perturbado para siempre la relación tradicional entre médico y paciente.
- La progresiva influencia general de la cultura anglosajona más orientada a las relaciones contractuales (derechos/deberes) que a las relaciones amistosas, que suelen implicar una mayor confianza, lealtad y satisfacción (convertido el médico en asalariado, en muchos casos el enfermo ya no acude a él como deudor sino como acreedor).
- Los cambios que han tenido lugar en la sociedad, con la aparición de nuevos movimientos sociales, asociaciones de consumidores y organizaciones en favor de los derechos civiles. Pero también han surgido desconfianzas frente a los políticos, los expertos y las instituciones establecidas.

El fenómeno progresivo y acelerado de la "tecnificación" de la Medicina durante el último medio siglo y la serie de hechos comentados ha llevado a plantearse la situación actual de la Medicina como una época de crisis en la que, como en ninguna otra etapa histórica, se aprecia la cara jánica del progreso: la Medicina científica, a pesar de sus magníficas realizaciones objetivas, es cada vez más cuestionada en sus medios y en sus fines. Se hace urgente un nuevo abordaje en la relación médico-paciente, ya que, por una parte, la entrevista y la exploración clínica no deben perderse porque siguen siendo fuente de síntomas y signos, permiten el contacto directo con el paciente y facilitan al médico el ejercicio del arte clínico; por otra parte, debe ser restaurada, necesariamente, la atención a la persona del paciente, porque su pérdida significaría la desaparición de la Medicina como actividad humana; y finalmente, el paciente, debidamente informado, ha de convertirse en corresponsable de las decisiones que le conciernen (decisor activo).

En este contexto ha surgido en la cancela del nuevo milenio, no con un contenido novedoso, pero sí con afortunada expresión y al calor de la nueva situación social –democratización de la sociedad, reconocimiento de la autonomía de las personas, pluralismo político, religioso, filosófico, etc.– y sanitaria –internet, impulso de la atención primaria de salud, desarrollo de la medicina basada en la evidencia, auge de la "inteligencia emocional" y de la "gestión del conocimiento"– la llamada "medicina basada en la afectividad" (MBA), que plantea que la práctica médica debe recurrir a la técnica, pero sin olvidar los sentimientos, ya que el soporte emocional puede llegar a ser no sólo un elemento de mejora de la calidad de los tratamientos y de la calidad de vida de los pacientes, sino incluso un factor de supervivencia (D. Spiegel).

La MBA determina que "la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente y el mejor procedimiento para favorecer dicha relación es la confianza mutua, basada en el respeto, la comprensión y el afecto" (A. J. Jovell). La tecnología sanitaria carece de inteligencia y sentimientos, tiende a la deshumanización al introducir la técnica como interfase entre el médico y el paciente y se convierte en una barrera física y relacional –una más– entre ellos. El médico y el paciente necesitan salir del

aislamiento en el que viven actualmente, rodeados de excesivo "ruido informativo y tecnológico", para que el uno trascienda su mero conocimiento científico y habilidad técnica, y el otro sea considerado y atendido no sólo como enfermo sino también como persona, es decir, para conseguir una relación horizontal más enriquecedora, que trascienda la beneficencia para instalarse en la autonomía, evite la Medicina defensiva y suavice algunos rigores de la equidad (M. A. Broggi). La MBA trata de revisar la relación médico-paciente como una de las claves de la práctica médica actual, una vez liberada, eso sí, del modelo paternalista, cuyo principal peligro consiste en la frecuente teatralización tanto por parte del médico como del enfermo (C. Pera), pero también sin que necesariamente haya que caer en la aplicación mecánica del modelo autonomista (J. Tizón).

¿Cómo debe plantearse la RMP en el momento actual? No cabe duda que la RMP es el vértice fundamental en la práctica de la Medicina. Como subraya P. Laín: "nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo... El encuentro personal entre el médico y el enfermo y la relación diagnóstico-terapéutica a él consecutiva son absolutamente imprescindibles para una práctica humana del arte de curar". La RMP se fundamenta en esa vinculación afectiva que se establece a partir del encuentro entre dos personas, una de ellas –el enfermo– que demanda ayuda, y la otra –el médico– que está allí para ofrecérsela a través de su esfuerzo, su capacidad profesional y los recursos disponibles. De acuerdo con P. Laín, la RMP ideal se compone de los siguientes momentos principales: afectivo o amistoso, cognoscitivo o diagnóstico, operativo o terapéutico, ético o normativo y social.

En relación al primero, de nuevo es necesario recurrir al maestro Laín Entralgo, el cual abre su libro **La relación médico-enfermo** con dos citas en las cuáles se puede apreciar el carácter de la "amistad médica". La primera de ellas corresponde a Lucio Anneo Séneca y dice así: "Aquel (el médico) temió por mí, no por el prestigio de su arte; no se contentó con indicarme los remedios, sino que me los administró; se sentó entre los más solícitos para conmigo y acudió en los momentos de peligro; ningún quehacer le fue oneroso, ninguno enojoso; le conmovían mis gemidos; entre la multitud de quiénes como enfermos le requerían, fui para él primerísima preocupación (...). Para con ése estoy obligado, no tanto porque es médico, sino porque es amigo". La segunda cita es de Paracelso, el gran rebelde contra el galenismo tradicional: "El más hondo fundamento de la Medicina es el amor (...). Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la Medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos. Porque el amor es el que nos hace aprender el Arte, y fuera de él, no nacerá ningún médico".

Para Laín, la amistad consiste en una "peculiar comunicación amorosa entre dos personas", que se caracteriza por querer el bien del otro (benevolencia), hacer bien al otro (beneficencia) y hablar bien de la otra persona (benedicencia), que son condiciones necesarias, pero no suficientes, si es que no se complementan con dar al otro algo de lo que uno es, es decir, una parte de la propia intimidad (confidencia). Pues bien, en la "amistad médica", las primeras se traducen para el médico tanto en la voluntad de ayudar como en el hecho de prestar una ayuda técnica eficaz, mientras que para el paciente son la expresión de su confianza en el médico; por su parte, la confidencia del paciente se ve correspondida en el médico por su determinación a que "lo que yo se de ti, sólo a ti te lo digo". Si para Aristóteles, "la amistad es lo más necesario para la vida", para Laín la "amistad médica" resulta imprescindible para devolver al paciente el

equilibrio de la salud roto por la enfermedad, entendida ésta como "desorden orgánico y modo de vivir de quien lo padece en relación a su medio ambiente".

El diagnóstico es la forma específica que toma el momento cognoscitivo del acto médico. La realización de un diagnóstico integral es el punto de partida de la calidad asistencial, ya que nunca se podrá realizar verdaderamente un juicio clínico adecuado si no es a través de un conocimiento de la enfermedad en el que, además del desorden orgánico correspondiente y los factores individuales de cada persona, se tenga en cuenta el personal modo de vivirla de quien la padece y su integración en la biografía del enfermo.

El objetivo de todo diagnóstico que se precie ha de ser el conocimiento médico de un enfermo como persona enferma. Pero para saber acerca del enfermo, para conocer sus creencias, actitudes y comportamientos es necesario, ante todo, escuchar y preguntar. Durante la anamnesis el médico debe dejar que sea el paciente quien más hable ("para dialogar, preguntar primero; después, escuchad" sentenciaba el machadiano Juan de Mairena), tratando de conseguir que "hable sin reparos", en un clima cordial y empático, utilizando un lenguaje sencillo y mostrando una actitud llena de naturalidad, pero demostrando al paciente que le dedica toda su atención (F. Borrell). De esta manera, se conseguirá sacar a la superficie no sólo el motivo de consulta, sino también las percepciones, experiencias y conocimientos del enfermo, "su saber", y cómo éste se corresponde con la evidencia científica y la experiencia clínica, es decir, con el "saber médico", lo cual llevará a plantear el diagnóstico en términos más fácilmente comprensibles y asumibles por el paciente, facilitando su involucración en la toma de decisiones y en el establecimiento del plan a seguir.

Sin embargo, la comunicación no es un proceso sencillo; por el contrario, se trata de una de las operaciones más complejas conocidas por el hombre. Por una parte, escuchar es hacer una primera selección entre lo que se transmite al médico en su calidad de "técnico" –síntoma, queja, dolencia, etc.– y lo que muchas veces se trata de decir, escondido en todo lo anterior, al médico en su calidad de "sacerdote" o "mago". Por otra parte, se entiende por comunicación "toda transmisión de información que se lleva a cabo mediante la percepción y recepción de un mensaje" (J. L. Aranguren), a lo cual habría que añadir "con el fin de obtener una respuesta prefijada" que, en este caso, no es otra que la consecución de la alianza entre el médico y el paciente; para ello el médico debe ser capaz de pensar tanto en lo que dice como en lo que entiende el paciente. "Lo propio del saber –decía M. Foucault– no es ver ni demostrar, sino interpretar" y tan importante es a quién se dice como el qué se dice y cómo se dice.

Agobiados por el tiempo, por las condiciones de la consulta, por las exigencias de los pacientes, muchas veces el médico no tiene en cuenta estas consideraciones y apenas presta atención al lenguaje, utilizando excesivos términos técnicos que, si bien son familiares para él, son escasamente comprendidos por el enfermo, incluso cuando se trata de una persona con una cierta formación. Además, no conviene olvidar que para el individuo que consulta todos los detalles –incluso aquellos que parecen no tener importancia– tienen trascendencia y consciente o inconscientemente influirán en su mayor o menor involucración en el plan a seguir. Recuérdese que para Hipócrates el arte de la Medicina era "la manera con la que el médico trata al paciente" y que, de acuerdo con los postulados de la llamada "inteligencia emocional" (P. Salovey y J. D. Mayer), ésta consiste en la capacidad de reconocer sentimientos en sí mismo (dimensión

intrapersonal) y en los demás (dimensión interpersonal) y en la habilidad de gestionarlos para solucionar problemas (D. Goleman). Sin embargo, a veces, "sabemos demasiado y sentimos muy poco" (B. Russell). Parafraseando a H. Weisinger, podríamos decir que la inteligencia emocional es útil en la relación con pacientes "colaboradores" e imprescindible en la que se trata de establecer con pacientes "conflictivos".

El tratamiento o acto terapéutico corresponde al momento operativo en la relación médico-paciente, aunque en realidad comienza en el mismo momento de dar la mano al enfermo (E. Von Leyden) y solamente debe terminar con el alta del enfermo. Tal vez se piense que en el tratamiento de algunas enfermedades lo verdaderamente importante sea diagnosticar la enfermedad y prescribir y administrar el medicamento más adecuado lo más rápidamente posible. Probablemente ello será lo correcto, desde el punto de vista práctico, en no pocos casos; pero, en muchos otros, habrá de tenerse en cuenta –y por razones no menos prácticas– que el médico debe actuar aportando a través de su personalidad y su prestigio profesional una cierta dimensión terapéutica y que es un hecho probado que la acción terapéutica de un fármaco se hace más intensa cuando el enfermo cree firmemente en su efecto (efecto placebo); además, en el arte de recetar tan importante es el establecimiento de un plan terapéutico –en el que se tenga en cuenta la diferente forma de vivir la enfermedad de cada paciente– compartido entre médico y paciente como la indicación de un producto específico y su prescripción con una pauta posológica determinada. Todo tratamiento debe contemplar de forma integrada los componentes físicos, psicoemocionales, espirituales y sociales de la enfermedad.

El acto terapéutico es, en primera instancia, un "encuentro" entre dos personas, que aportan a la relación dos modelos contrapuestos de entender la enfermedad. En la medida en que el debate entre ambos modelos haga que el sistema de creencias del enfermo se corresponda con el del médico, se podrá conseguir un acuerdo, una negociación acerca del plan a seguir, para lo cual es decisiva la implicación activa del paciente en el mismo y la disposición del médico "no a tratar al enfermo sino a tratarse con él" (P. Laín). Un planteamiento de este tipo ha de partir de las necesidades del paciente y de su interpretación de la enfermedad correspondiente, ya que la experiencia demuestra que, en caso contrario, el riesgo de que el paciente no se adhiera al tratamiento es muy alto.

De acuerdo con C. Von Weizsäcker, "enfermo es aquella persona que va a buscar un médico". Pero ¿cuáles son los motivos por los cuales la persona enferma busca al médico? Seguramente quien acude a la consulta del médico lo hace por dos razones principales: por la angustia de verse incapacitado para trabajar o verse limitado en sus funciones y/o por el dolor, representado por los síntomas o por los daños orgánicos de la enfermedad. El paciente angustiado o dolorido acude al ser humano que es capaz de liberarlo de su angustia, de aliviarle de su dolor, pero, además, de apoyarle y ofrecerle la seguridad que considera perdida. Para ello el enfermo espera del médico información acerca de su dolencia, un diagnóstico, pero, sobre todo, un tratamiento que le permita encontrar un doble consuelo: el reconocimiento de sus males –la prescripción viene a sancionar de alguna manera la existencia de la enfermedad– y la esperanza de una curación. Pero todo esto ha de integrarlo el paciente en su sistema de creencias previo, cuestión nada fácil, si la información que se le ofrece por parte del médico choca frontalmente con sus convicciones acerca de la enfermedad y su tratamiento. De ahí, la importancia que, en la fase exploratoria de todo acto médico, el médico sea receptor de

emociones y angustias, indague en la personalidad del enfermo y conozca su actitud ante la enfermedad, tal y como hemos comentado anteriormente.

A la hora de transmitir información es necesario considerar dos aspectos fundamentales. En primer lugar, la habilidad y efectividad con la que se transmite la información precisa para que el paciente posea un conocimiento eficaz y suficiente sobre las características esenciales del medicamento, las instrucciones o indicaciones para su correcto uso y las advertencias y riesgos previsibles. En segundo lugar, se ha de evaluar el posible impacto emocional que la comunicación –tanto la que se realiza de forma verbal como la surgida de la expresión no verbal–. El médico ha de dar la información más adecuada, debiendo asegurarse que el paciente ha comprendido bien las recomendaciones, para lo cual habrá de preguntarle acerca de la función del medicamento u otro remedio, del régimen terapéutico en cuestión, de qué espera que haga el tratamiento, de la interpretación acerca de los posibles efectos secundarios adversos y, finalmente, de cuántas dudas tuviera.

En cuanto a la evaluación del impacto emocional, se ha podido constatar que una buena comunicación y un ambiente cálido suelen traducirse en un mayor compromiso del paciente, mientras que "una mala consulta" suele reforzar conductas negativas y de escasa adhesión al tratamiento. La disponibilidad para escuchar y enfatizar la confianza, la capacidad para inducir una actitud positiva ante la enfermedad, un estilo emocional no reactivo, sino basado en la empatía, la personalización de los tratamientos y el uso ético de la sugestión han sido identificados, entre otros, como los ingredientes activos del "médico como medicamento". La transmisión de emociones positivas –el buen humor es la más contagiosa de las señales emocionales– constituye una comunicación eficaz y es un procedimiento terapéutico muy útil, ya que permite "abrir ventanas cuando se cierran puertas". Pero todo ello tiene sus raíces en la "amistad médica" y ésta adquiere sus nutrientes de la tolerancia y de la profunda comprensión de la condición humana.

El acto terapéutico se constituye formalmente en el momento de la prescripción, en la cual, según la expresión de L. Ronstad, "está toda la Medicina". La receta refleja la perspicacia diagnóstica y la eficiencia terapéutica y supone la "coronación de todos los conocimientos del médico" (P. Laín). Pues bien, la prescripción mejor concebida puede resultar inútil, si no se establece una comunicación clara y fluida con el paciente, informándole adecuadamente de las alternativas disponibles y haciéndole participar activamente en la fijación de expectativas o metas que puedan valorarse de forma objetiva.

Por consiguiente, una vez confirmada la necesidad de la indicación terapéutica y analizadas las alternativas, el médico se enfrenta tanto a la prescripción del medicamento específico y el régimen de dosificación a seguir como a la prescripción de la información óptima acerca del mismo. Recientemente, se ha llegado a plantear que cualquier producto farmacéutico no puede ser definido sólo en función de la especialidad farmacéutica que lo contiene o del principio activo correspondiente, sino que también es información, habiéndose descrito muy gráficamente con el símil de los sistemas informáticos: el principio activo en sí representaría el hardware y la información, el software (P. F. Carpenter). Cada vez son más los autores que sostienen que si los usuarios están bien informados, el potencial de uso racional de los medicamentos es mayor que con las mejoras galénicas o farmacológicas, estando la

seguridad, efectividad y cumplimiento terapéutico directamente relacionados con una buena información sobre los mismos.

Lo primero que debe hacer el médico es conseguir implicar al paciente en su enfermedad mediante una comunicación efectiva del diagnóstico y la naturaleza de su dolencia. Posteriormente, es necesario que el paciente entienda razonablemente la necesidad de tratamiento y sus diferentes posibilidades, el efecto terapéutico y la importancia de tomar la medicación adecuadamente, así como los beneficios tangibles que le reportará el tratamiento y las posibles dificultades que encontrará para seguirlo.

Para ello, el médico debe valerse de explicaciones sencillas y prácticas (frases claras y concisas, ejemplos, instrucciones verbales y escritas, relacionar tomas con actividades diarias coincidentes con el mismo horario de la medicación –sin que por ello se tenga que modificar la pauta posológica–, verificar la comprensión con preguntas del estilo: "¿tiene alguna duda?", "¿quiere que se lo repita?" o "¿cree que podría hacerlo?"...), además de adoptar una actitud abierta para recoger las opiniones y expectativas del paciente, pues muchas veces el problema del incumplimiento no es que los pacientes no entiendan bien las explicaciones o no recuerden las instrucciones del médico, sino que las interpretan a la luz de sus propias creencias, expectativas y limitaciones impuestas por la vida diaria.

Los pacientes pueden rechazar el tratamiento, reducir dosis, espaciar tomas o abandonar –después de unos días– el tratamiento por el simple deseo de evitar la toma de medicamentos, por la posibilidad de sufrir efectos secundarios, porque las acciones que requiere llevar a cabo el plan terapéutico afectan a diferentes aspectos de su estilo de vida o porque los consejos del médico no se corresponden con su sistema de creencias acerca de la salud en general o del problema concreto a tratar en particular.

El médico debe considerar siempre al paciente no como un sujeto pasivo, receptor de nuestros mensajes, que asume sin cuestionar nuestras órdenes o disposiciones, sino como una persona activa, que toma sus propias decisiones.

A partir de ese momento, se ha de buscar la corresponsabilidad del paciente en la realización del tratamiento, involucrándole en la prevención, curación o alivio de su enfermedad como una persona convencida, no forzada. La aceptación del régimen terapéutico debe proceder de la negociación y acuerdo con el médico acerca del tratamiento elegido y debe traducirse en el compromiso y adhesión al mismo. Con frecuencia, la gratitud puede ser un importante motor de cambio, por lo que es importante que el paciente capte las posibilidades de ayuda que el médico puede ofrecerle.

Tras el compromiso y la adherencia, el paciente debe observar las normas de tratamiento y ejecutar correctamente el plan de acción fijado. Pero en esta parte final también se requiere el seguimiento de la conducta del paciente por parte del médico. La mejora permanente del cumplimiento por parte del paciente también necesita de intervenciones continuadas por parte del médico, echándose en falta, en este sentido, una mayor y mejor investigación sobre evaluación y valoración de intervenciones prácticas encaminadas a la mejora sustancial del cumplimiento terapéutico. La búsqueda de la corresponsabilidad del paciente lleva consigo la constante intervención del médico y/o equipo de salud informando, educando, recordando los términos de la alianza

establecida y la necesidad de cumplir el tratamiento como condición imprescindible para alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos.

Tradicionalmente, en los países de cultura mediterránea, los pacientes han tendido a dejar en manos del médico la responsabilidad completa acerca de las decisiones sobre los tratamientos en la confianza de que "el médico es el que sabe y siempre quiere lo mejor para su paciente". Esta concepción de la relación médico-enfermo plantea que el "buen médico" es aquel que actúa de modo paternal buscando siempre el beneficio del paciente –principio de beneficencia– y que el "buen paciente" es el que asume un papel pasivo, de sumisión, confianza y respeto –principio de obediencia–. En los últimos tiempos, la relación médico-enfermo basada en el binomio paternalismo-obediencia va siendo sustituida progresivamente por el binomio beneficencia-autonomía. De acuerdo con este último modelo, el papel del médico es "hacer el bien" sin paternalismo y contando con el principio de autonomía del paciente, siendo el primer deber de beneficencia la información al paciente sobre lo que puede y debe prescribirse y lo que puede y debe esperar del tratamiento; correlativo a este deber, existe el derecho del paciente a la decisión o consentimiento. De ahí el llamado consentimiento informado, al que D. Gracia define como el "nuevo rostro" de la relación médico-enfermo. Además, en España, la Ley General de Sanidad apostilla (artículo 10.5) que el paciente tiene derecho a que se le facilite en términos comprensibles "información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento".

Los derechos de los enfermos han sido analizados detalladamente por J. D. Villalaín y, entre ellos, están el derecho a recibir una información en términos comprensibles, que incluya diagnóstico, pronóstico y posibles alternativas existentes para el tratamiento, así como el relativo a una atención médica humanizada, de tal manera que las relaciones con el paciente tengan como base a la persona y no a la burocracia y el respeto a su libertad y sus propias decisiones mediante lo establecido para el consentimiento informado. Por su parte, al médico le corresponden una serie de deberes que ha resumido acertadamente el profesor H. Durán y, entre los que se encuentran, el escuchar al enfermo sin prosas ni agobios, dándole impresión de serenidad y sosiego, el informar adecuadamente al enfermo, el solicitar su consentimiento para cualquier acto médico y el de respetar la libertad del paciente en lo que se refiere a su propio concepto de la calidad de vida y su evaluación.

Este cambio de actitud es de una gran relevancia tanto clínica y terapéutica como jurídica y avala el planteamiento de la responsabilidad compartida en la relación médico-enfermo. Entramos así de lleno en las normas morales a las cuales debe estar sometido el tratamiento y, en general, todo el acto médico, que entraña un acto ético. El criterio de justicia ha de considerar las preferencias del paciente, pero teniendo en cuenta que el principio de la «soberanía del consumidor» no es aplicable al terreno de la salud y lo que es bueno para un individuo o un grupo puede ser malo para el conjunto de la sociedad.

A la estructura del acto médico pertenece también un momento social derivado de la condición social del hombre y de su manera de enfermar, así como también de la finalidad de devolver el "valor de la salud", que no sólo encierra aspectos objetivos (capacidad funcional) y subjetivos (bienestar, "alegría de vivir"), sino también aspectos

sociales (capacidad de relación, adaptación al medio ambiente, realización de trabajo socialmente productivo).

En definitiva, actualmente el protagonismo en la RMP se ha desplazado en la dirección del enfermo, que, como persona responsable, ha de participar en la toma de decisiones, previamente informado por el médico. Los resultados del análisis sistemático de la evidencia científica están sacando a la luz una correlación más positiva con el modelo de RMP fundamentado en la responsabilidad compartida que con los modelos de RMP clásicos. La RMP debe partir del derecho de los pacientes a obtener respuestas a sus problemas de salud adaptadas a su nivel de conocimiento. Además, los pacientes tienen sentimientos y, por lo tanto, necesidad de afecto; sólo así es posible atender a las palabras de Hans Kung referidas al paciente: "No buscar el dolor, sino soportarlo. No soportar el dolor, sino combatirlo. No sólo combatir el dolor, sino transformarlo, transfigurararlo" o al sentido último de la actividad médica derivada del propio significado de la palabra "terapéutica": curación –si la curación no es posible, alivio; y si éste no puede proporcionarse, dar, al menos, consuelo– y cuidado, es decir tratar de "curar con cuidado" (D. Gracia).

Tabla 1. recomendaciones para abordar el acto terapéutico

1	La palabra es el primer agente terapéutico que el médico prescribe (M. Balint)
2	Un remedio terapéutico sólo puede ser plenamente eficaz si antes de su administración el enfermo es sometido a un determinado "ensalmo" o discurso persuasivo (Platón).
3	La propia persona del médico tiene una influencia en la calidad del tratamiento, constatándose una iatrogenia positiva, potenciadora de la acción del fármaco y una iatrogenia negativa que resulta terapéuticamente nociva.
4	La receta es para muchos pacientes "una dosis del médico" y esperan que en ella se produzca la máxima transferencia posible de los "poderes curativos" del médico (J. Avorn).
5	Escribir prescripciones es fácil, pero hacer que la gente las comprenda es difícil (F. Kafka)
6	Los pacientes rechazan ser "hojas en blanco" cuando llegan a la consulta, muchos de ellos se muestran como consumidores exigentes y desean participar activamente en las decisiones acerca de su enfermedad y tratamiento (Di Matteo)
7	El efecto terapéutico de un fármaco puede verse potenciada en alguna medida cuando el paciente lo toma creyendo firmemente en su efectividad (efecto placebo).
8	El convencimiento de la efectividad del fármaco puede verse reforzado cuando la comunicación se desarrolla en el contexto de las creencias del paciente y las limitaciones de su vida diaria.
9	Puede haber decisiones técnicamente correctas que sean rechazadas por los valores o creencias del enfermo (J. Sanz).
10	Una vez establecido el plan terapéutico, el médico debe hablar <i>un rato más</i> con su paciente ("seis minutos más con el enfermo", según la expresión de M. Balint)