



RELACIÓN PACIENTE OPERADOR O RELACIÓN CLÍNICA

María Eugenia López Solano
mariaeugenia789456123@gmail.com

Dra. Sonia Padilla Navarro
Sonypady12@gmail.com
Odontología
Universidad Nacional "Siglo XX"
Llallagua, Bolivia

RESUMEN

Es tradicional en medicina y en la enseñanza médica hablar de "relación médico-paciente". Sin embargo, si este término se piensa de manera literal, actualmente los pacientes no se relacionan con un médico sino con varios médicos y con una gama amplia de profesionales.

Por otra parte, el tipo de relación individual con un médico personal o de cabecera es una realidad prácticamente inexistente en la medicina contemporánea.

La relación médico paciente o paciente operador ha sido definida como la interacción interpersonal entre el paciente y operador, establecida con el objetivo de remitir una enfermedad, no abandonar al paciente y mejorar el trato al paciente manteniendo la relación humanitaria.

En este contexto, la presente investigación pretende contextualizar la relación médico paciente en la actualidad, explorando sus características y factores que influyen en este fenómeno. Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica no sistemática. Los resultados permiten concluir que es posible calificar y cuantificar la relación médico paciente dependiendo de sus características principales.

Palabras Clave: operador; paciente; bioética; evolución.



1. INTRODUCCIÓN

La relación operador-paciente se engloba dentro de un modelo de relación humana que se remonta a los orígenes de la medicina. Representa un vínculo privilegiado entre un paciente y un médico, basado en la confianza. Es un espacio de creatividad donde se intercambian información, sentimientos, visiones, ayuda y apoyo.

En la relación médico paciente, el médico debe estar consciente de que el paciente no tiene una dolencia física, sino que enferma de manera integral. Por tanto, el establecimiento de una buena relación médico-paciente es de vital importancia, misma que muestra los parámetros necesarios para que el paciente lleve en su estancia hospitalaria, o en consultorio, una experiencia de dignidad, esperanza y respeto mutuo.

Respeto que va orientado tanto al desarrollo de las prácticas médicas como a una simple interacción interpersonal. Para desarrollar una adecuada relación médico paciente, considerando todos los ángulos y modelos de esta relación es necesario considerar las normas éticas vigentes y vivir algunas virtudes que logran hacer del médico un buen profesional. (Hala-be-Cherem et al., 2018)

Para ser considerada una buena relación médico paciente se debe priorizar los valores éticos y morales, así como también enfocarse en los reglamentos o fundamentos planteados por la bioética, la misma que se traduce como el desarrollo de pensamientos orientados a la generación o mantenimiento de prácticas que tengan como pilar fundamental la preservación de la vida, del ambiente hasta la biodiversidad misma.

El plasmar estrategias de cuidado y comunicación que no interfieran con la comodidad, seguridad e integridad de los pacientes, es de vital importancia dentro del ejercicio médico y del profesional de la salud. (Romero-Cabello et al., 2016) Como en todo propósito ético deben perdurar acciones de bienestar social como la igualdad de género, el desinterés socioeconómico, la equidad de género entre otras, así mismo se debe procurar que las interacciones con el paciente no solo mantienen la cordialidad necesaria, sino también ayuden al médico a despertar el interés por parte del paciente formando un ambiente de cooperación propicio para el desarrollo de buenas prácticas médicas, dando lugar a un avance dentro de la medicina moderna, misma que prioriza la regulación de las condiciones en las que el paciente es tratado y las técnicas que el médico ha utilizado para lograr mantener una cercana pero profesional relación. (Sancho Escrivá et al., 2020)

La evidencia empírica ha demostrado que no solo los factores individuales del médico influyen en este fenómeno, sino que existen otros factores, como la personalidad del paciente, que pueden afectar esta relación. Además, existen factores externos a la relación, como el tipo de intervención al que se somete el paciente, así como el lugar y el hacinamiento del mismo. Todos estos elementos deben ser tomados en cuenta por el profesional de la salud para mejorar la adherencia al tratamiento y, sobre todo, disminuir la tasa de abandono al mismo (Hala-be-Cherem et al., 2018).

La relación médico-paciente es un tema complejo sujeto a innumerables influencias culturales, tecnológicas, políticas, sociales, financieras o profesionales que ha evolucionado a lo largo de la historia, según la cultura y la civilización. Busca alcanzar lo que es más apropiado para los pacientes en base a evidencia científica, al mejorar su salud y bienestar mental y físico y aliviar el dolor. Esta relación experimentó un profundo cambio de la mano de hitos trascendentales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), la Declaración de Ginebra de la AMM (1948), Helsinki (1964) y Lisboa (1981). La relación ha avanzado lentamente hacia el empoderamiento del paciente. (Declaración de Córdoba).

Por tanto, la presente revisión bibliográfica no sistemática pretende contextualizar la relación médico paciente en la actualidad, explorando sus características y factores que influyen en este fenómeno.

No obstante lo anterior los valores en juego y la riqueza de la comunicación se mantienen, aunque ahora en diferentes realidades, especialidades y contextos de variada complejidad. Por otra parte, el paciente necesita confiar en los médicos, en los otros profesionales y en las instituciones que se responsabilizan de su tratamiento y cuidado. Por esta razón resulta más adecuado reemplazar la denominación de relación médico-paciente por "relación clínica", para hacerse cargo así de la complejidad de esta relación.

En este artículo se analizará brevemente la historia y evolución de la relación médico paciente, las relaciones que los pacientes enfrentan en la medicina contemporánea y finalmente el desafío para que médicos, profesionales e instituciones enfrenten la diversidad actual y futura de los pacientes.

2. DESARROLLO

Evolución de la Relación Médico-Paciente (Relación Operador-Paciente)

Desde la medicina hipocrática y por muchos siglos la medicina se fundamentó en el respeto a la naturaleza con un concepto de enfermedad como la pérdida del equilibrio de lo natural y con intervenciones médicas basadas principalmente en la sabiduría y experiencia personal del médico. El enfermo, llamado así por su falta de firmeza (del latín *in firmus* = no firme) y también llamado paciente (de *patiens* = sufriente), era infantilizado pues se le suponía incapaz de comprender. Por lo tanto, el enfermo era tratado como alguien que no necesita saber ni entender lo que le ocurre, sino recibir ayuda y seguir obedientemente las indicaciones. Es el modelo paternalista de acuerdo con el cual el médico, actuando como un padre con su hijo, protege al paciente, le indica las medidas terapéuticas, de higiene y de cuidado, pero sólo le informa un mínimo para evitarle mayor sufrimiento y asumiendo su limitada capacidad para comprender. En este modelo el médico decide por el paciente y por su mayor bien, pero éste no decide ni participa en las decisiones que se toman para su tratamiento.

Es el médico quien decide, el enfermo confía y se "pone en sus manos", término frecuentemente expresado de manera literal. (1 Conferencia presentada en el Panel "El Paciente Terminal". V Seminario de Bioética. Academia Chilena de Medicina, 3 de agosto de 2015. 2 Profesor titular



de la Universidad del Desarrollo, Director Magister Interuniversitario de Bioética, Miembro honorario Academia Chilena de Medicina 392 ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA)

El renacimiento (siglos XV y XVI) fue una época de notable avances científicos y médicos; se retoma el conocimiento del cuerpo humano como factor básico para la medicina. El conocimiento anatómico es impulsado por grandes pensadores de la época, incluyendo artistas asombrados por la "perfección" de las formas corporales, convirtiéndose en el motor de la medicina y la cirugía.[6] El personaje más relevante de este periodo es el Dr. Andrés Vesalio, considerado el fundador de la anatomía moderna, que dominó y enseñó la disección de cadáveres.

Durante el renacimiento se mantiene una relación asimétrica caracterizada por el profesional definiendo lo que beneficiará al paciente.

A mediados del siglo XVIII comienza la ilustración, caracterizada por las ideas filosóficas de acuerdo a las cuales las decisiones humanas son guiadas por la razón. En este periodo tiene lugar uno de los eventos definitorios de la relación médico-paciente y el precedente de los cambios precipitados de los siglos XIX y XX: el desarrollo de la vacunación por el Dr. Edward Jenner, médico que desarrolló este método contra la viruela.



Figura 1. Escuela Médica Salernitana representada en la enciclopedia médica

Fuente: Dominio público

En los siglos XVIII y IX surge la preocupación por la persona del enfermo, se incorpora la dimensión social y psicológica de la medicina, comienzan a desarrollarse las especialidades médicas, y la medicina evoluciona hacia la búsqueda de fundamentos científicos. Pero no sólo cambia la medicina y sus fundamentos, cambia también el paciente que evoluciona hacia ser una persona que, en lo referente a su enfermedad, es capaz de tomar decisiones o al menos de participar en ellas. El cambio es hacia un ciudadano capaz de comprender lo que le ocurre y quien además tiene derecho a decidir, cambiando así de ser un ente pasivo a ser un agente

moral capaz de decidir. De esta manera el médico u operador ya no es considerado como un sabio o un chamán con un rol casi sacerdotal, sino como un técnico especializado con formación y base científica. A lo anterior se agrega el hecho del rápido crecimiento de los métodos diagnósticos, nuevas tecnologías y más alternativas de procedimientos, cada una de las cuales tiene costos económicos que aumentan de manera antes inimaginable.

La medicina ya no se puede ejercer de manera aislada sino en instituciones que son despersonalizadas, de alto costo, y a las cuales ya no acuden pacientes confiados sino "clientes" exigentes y demandantes. Ha cambiado, por lo tanto, radicalmente el médico, ha cambiado el enfermo, ha cambiado la relación entre ellos y han cambiado el contexto y las condiciones en que se ejerce la medicina. Si sólo consideramos la relación del operador con el paciente, una de las más claras definiciones es la propuesta por Ezequiel y Linda Emanuel quienes describen cuatro modelos de relación: paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo.

Los dos primeros son los extremos entre paternalismo y autonomismo, el modelo histórico en el cual la decisión era unilateral del médico y el modelo en el cual el médico se limita a informar intentando no influir en la libre decisión del paciente. Entre estos extremos describen el modelo interpretativo en el cual el médico guía la decisión del paciente y el deliberativo en el cual el médico analiza el caso de igual a igual con un paciente que tiene la capacidad suficiente para hacerlo. Estos modelos no son rígidos, se superponen y pueden variar por diferencias culturales o sociales y según la situación específica de cada paciente en su momento particular.

Sin embargo, la realidad actual es aún más compleja porque los enfermos rara vez se relacionan sólo con un médico y, menos frecuentemente aún, lo hacen con un médico a quien conocen y quien les conoce en lo personal. (Quinto seminario de bioética clínica. "el paciente como persona")

En 1948 la Organización de las Naciones Unidas (ONU), influenciada en gran medida por los experimentos nazis llevados a cabo durante la Segunda Guerra Mundial, emite la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se reconoce a todo ser humano como un agente moral autónomo. Este reconocimiento constituye un elemento clave en los cambios en la relación médico-paciente, dando origen a la autonomía o soberanía del paciente, que se concibe como su capacidad de elección y control de sus decisiones médicas.

A raíz de esta declaración de la ONU, en los países de ingreso alto comienzan a surgir en los países documentos que protegen la integridad de las personas en el marco de la medicina, siendo el primero la Carta de Derechos Fundamentales del Paciente, en Estados Unidos, en 1973.

A pesar de que en general en los países latinoamericanos los derechos de los pacientes están previstos sólo en leyes dispersas o normativas infralegales y su disposición en legislación nacional aún no es una realidad, la relación clínica se ha visto modificada también por los movimientos y eventos sociales internacionales.[7]



En respuesta a estos cambios los médicos introducen en su práctica aspectos sociales, psíquicos y personales: la introducción al sujeto en medicina.

Se considera que a partir de la década de los años 60 entra la llamada edad de la autonomía para la medicina, en cuyo modelo extremo los clínicos actuarían como sirvientes que transmiten información médica y que usan sus conocimientos de acuerdo a las guías de los pacientes sin intentar influir en sus decisiones.



Figura 2 Retratos de Andrés Vesalio, realizado en 1943 y atribuido a Jan van Calcar, que aparece en su libro de *Humani corporis fabrica*
Fuente: Dominio Público

Actualmente la relación clínica es sumamente compleja. Un paciente ya no es siempre un enfermo, algunas veces las personas acuden al sistema sanitario simplemente a descartar enfermedad o por prevención y del otro lado, el médico no es el único actor, sino que también participan personal de enfermería, asistentes sociales, administrativos, etcétera.

La tendencia del modelo paternalista está descendiendo, ya que los estudios han demostrado que una toma de decisiones compartida repercute en mejoras importantes en el desenlace clínico; los pacientes confían en sus médicos y, por tanto, cumplen mejor los tratamientos, sintiéndose satisfechos con la atención recibida y obteniendo mejores resultados en sus padecimientos.

Los estudiosos de la ética clínica han descrito una gran cantidad de modelos de relación clínica ejercidos y adaptados a situaciones particulares, surgidos en los últimos 30 años, entre los cuales destacan:

Modelo informativo, científico, técnico o del consumidor: el médico proporciona toda la información relevante para que el paciente pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el profesional la llevará a cabo.

Modelo interpretativo: similar al anterior, el médico informa sobre la naturaleza de la afección, riesgos y beneficios de cada tratamiento, pero también aclara y apoya al paciente a tomar una decisión acorde a sus valores, sin juicios y dejándole tomar la última decisión.

Modelo deliberativo: el médico estructura cuáles son los valores más importantes para la salud del paciente y se los comunica para ayudarlo a elegir, sin embargo, el paciente continúa siendo quien toma la decisión.

Modelo oligárquico: consecuencia de la medicina en equipo, es una relación vertical como la paternalista, pero ahora no es un médico quien toma las decisiones, sino todo un equipo.

Modelo democrático: la relación se horizontaliza, todo usuario de los servicios sanitarios que no sea incompetente puede tomar libremente las decisiones referentes a su cuerpo, de acuerdo a los valores en que se basa su proyecto de vida. La decisión final resulta de un proceso donde el médico provee la información técnica y el paciente contrasta con sus creencias y deseos.

La Relación Odontólogo – Paciente constituye un puente entre la patología que aqueja al enfermo y el restablecimiento de su salud, entendiendo la enfermedad como un quiebre invalidante y debilitador de un proceso vital y la salud como una experiencia de posibilidades de bienestar e integralidad del ser y de la corporalidad. El hecho de recuperar la salud bucal de un enfermo es necesario pero no es suficiente. Lo trascendente y valorado es el restablecimiento de la vitalidad de quién sufre en una realidad perceptiva única e individual.

Para alejar de la terapéutica la instrumentación técnica del paciente y, para no caer en actitudes profesionales que no reconozcan y respeten la dignidad del otro, es necesaria la protección que otorgan los valores sustantivos del humanismo. En otras palabras, el odontólogo al servicio del ser humano debe facilitar su proyecto existencial elegido libre y racionalmente.

Comprenderemos entonces, que un tratamiento dentario, debe transformarse en un medio para el restablecimiento del desempeño vital de la persona que nos solicita un acto clínico en el que prevalezca el valor de una ayuda para su vida y que, por lo tanto, sea ante todo un acto ético.

La praxis clínica involucra la intimidad de la persona sufriente tanto en su corporalidad como en su interioridad. Puede ser perjudicial por un daño provocado o ser beneficiosa ante su éxito, pero en ningún caso será neutral. Es este el aspecto que tenemos que cuidar y proteger y al



mismo tiempo infundir en los futuros Odontólogos que actualmente se forman en las diversas facultades universitarias de nuestro país. No se trata del conocimiento de las Ciencias Sociales y Bioética como estructuras académicas segregadas y paralelas a la técnica. Más bien debemos entender la odontología como profesión científica pero a la vez deliberativa y basada en los valores universales del ser humano, trazando un camino diferenciador y de especial calidad profesional que nos posibilita adentrarnos en el conocimiento de la persona que sufre por causa de una patología.

Por tanto, la Bioética es quien nos ayudará a comprender el derecho de la relación paciente operador tanto para el operador como para el paciente. La palabra bioética proviene del griego bios (vida) y ethike (ética, valores). Según Marciano, el propósito general de la bioética es lograr la adecuada composición entre esas dos realidades, la vida y la ética, una composición que no sea mera yuxtaposición sino auténtica interacción.

Para Potter que fue el primero en utilizar el término de bioética, esta nueva ciencia no debe limitarse a la actividad médica, sino que debe ser más amplia, ya que su objetivo final debe ser consagrar la supervivencia del ser humano. Esta ciencia debe basarse en la biología para mejorar la calidad de vida del hombre.

Se define a la bioética como: el estudio de los problemas éticos originados por la investigación biológica y sus aplicaciones, como en la ingeniería genética o la clonación. Y el concepto de Bioética es: el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, examinadas a la luz de los valores y de los principios morales.

El Código de Ética y Deontología Médica es el conjunto de normas que atañen al médico en su relación con el paciente, la sociedad y su entorno, en el ejercicio de su profesión.

La condición de empleado al servicio de una institución pública o privada no exime al médico o personal de salud u operador de ninguno de los deberes, responsabilidades y derechos contemplados en las normas del Colegio Médico de Bolivia, ni del presente Código.

El ejercicio de la Medicina implica responsabilidad profesional y compromiso moral, individual y colectivo de los médicos con las personas y con la sociedad, e impone deberes ineludibles, cuya contravención dará lugar a sanciones.

El médico debe proporcionar atención profesional a toda persona que la necesite, sin discriminación alguna.

En caso de emergencia, ningún médico podrá negar su atención profesional.

La elección del personal de salud es un derecho del paciente o de terceras personas según lo previsto en el artículo 12 numeral 3 de este Código, excepto en las instituciones que se rigen por sus propias normas. Así mismo la decisión de consultar a otro profesional debe ser respe-

tada, debiendo el médico tratante, en ese caso, facilitar los documentos e información requerida. La realización de exámenes, tratamientos o procedimientos deben tener el justificativo científico necesario.

El médico debe abstenerse de emplear tratamientos o técnicas cuyo manejo desconoce o para los cuales no está entrenado, siendo responsable de los daños que causen por negligencia, imprudencia, impericia, ignorancia o abandono.

El médico debe utilizar recursos diagnósticos y terapéuticos suficientemente probados y autorizados por normas y protocolos vigentes; en circunstancias excepcionalmente graves, podrá utilizar un procedimiento alternativo no protocolizado siempre que represente la única posibilidad y esté respaldado por una junta médica constituida por no menos de tres profesionales médicos, bajo consentimiento informado y firmado por el paciente, sus familiares o apoderado legal.

Para la aplicación de cualquier método diagnóstico o terapéutico, es necesario informar al paciente, sus familiares o apoderado legal y registrar en la historia clínica correspondiente.

Para efectuar un procedimiento médico o quirúrgico que entrañe mayor riesgo que el habitual signifique mutilación, el médico debe contar con el consentimiento informado y escrito del paciente, sus familiares o apoderado legal.

ía usada para el presente artículo es aquella investigación documental la cual nos basamos en las diferentes artículos que se pudo investigar o leer y la bibliografía de base esto con el fin de recopilar, y poder demostrar o mostrar lo que actualmente se pretende tal vez modificar con el tema esto viendo la manera de mejorar esta relación operador- paciente especialmente en la clínica de odontología así de esta manera el futuro profesional pueda cambiar el trato humanitario con los futuros pacientes y ejercer una profesión más humanitaria de acuerdo a lo que también persigue la carrera de Odontología y la U.N.S.XX

3. DISCUSIÓN

La bibliografía encontrada y los demás artículos nos muestra finalmente como se quiere la relación operador paciente. Ya que todos ellos se basan en normas y leyes. Y también nos muestran que no cambió mucho esta relación operador- paciente ya que siempre se mantuvo, los cambios que si hubieron fue en que ya existe la igualdad entre el operador-paciente y la relación es más fluida como también la información sobre toda la información que tiene que saber el paciente acerca de su estado y su tratamiento y ya no se lo considera al médico u otro personal de salud como la máxima autoridad.

4. CONCLUSIÓN

La relación que se establece entre el odontólogo y el paciente debe ser cuidada y llevada con la máxima excelencia, para así, de esta forma, lograr objetivos comunes para ambos y una mejora general de la salud oral de toda la comunidad.



La atención con calidad y calidez que uno espera poder conseguir para poder confiar en su médico u odontólogo u otro profesional de salud. Con esta relación también buscamos exigir o hacer cumplir nuestro derecho como pacientes.

REFERENCIAS

- [1] Dr. Gustavo Sivila Peñaranda. 1ra. Edición Mayo del 2004
- [2] <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-cordoba-de-la-amm-sobre-la-relacion-medico-paciente/>
- [3] Dr. Wilfredo Conde Andrade. Primera Edición. Imprenta PAPELU.
- [4] Código de ética y Deontología Médica Gaceta Oficial.
- [5] <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2016/11/JP-Beca-Relacion-clinica-boletin2015.pdf>
- [6] <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/noticias/2010/06/29/relacion-odontologo-%E2%80%93-paciente/>
- [7] <https://gacetadental.com/2012/01/la-relacion-entre-el-odontologo-y-los-distintos-tipos-de-pacientes-3963/>
- [8] https://espanol.medscape.com/verarticulo/5910882_4?form=fpf

SOBRE EL AUTOR

Docente de la U.N.S.XX desde la gestión 2005 en las materias prácticas de Prostodoncia Removable III y Cirugía Bucal III, Actualmente Docente de Las Materias Prácticas Cirugía Bucal III y II y Docente de Fisiopatología. COMO PROFESIONAL egresada en la gestión 2000 de la U.M.R.P.S.F.X.CH. Ocupa el cargo de Jefatura de Investiga de la Carrera de Odontología. Especialista en Odontología Legal Y forense con la U.J.M.S.de T. y la U.B.A. de Argentina. Especialista en Cirugía Bucal y Estomatológica con la U.N.S.XX.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN. Art. sobre la Alveolitis, Tratamiento Quirúrgico de un Quiste Apical 1.



Fig 1. Fotografía de presentación de la ponencia