

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Relación médico-paciente desde el enfoque de la bioética personalista

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN BIOÉTICA Y BIODERECHO**

AUTOR

William Alexander Campos Chávez

ASESOR

Benigno Peceros Pinto

Lima, Perú

2024

Datos del autor

| | |
|-----------------------------------|-------------------|
| Nombres | William Alexander |
| Apellidos | Campos Chávez |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número del documento de identidad | 41639577 |

Datos del asesor

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombres | Benigno |
| Apellidos | Peceros Pinto |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número del documento de identidad | 3000720 |
| Número de Orcid (obligatorio) | https://orcid.org/0000-0002-4865-3874 |

Datos del Jurado

Datos del presidente del jurado

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| Nombres | Luis Napoleón |
| Apellidos | Quiroz Avilés |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número del documento de identidad | 0870320 |

Datos del segundo miembro

| | |
|-----------------------------------|----------------|
| Nombres | Yordanis |
| Apellidos | Enríquez Canto |
| Tipo de documento de identidad | Pasaporte |
| Número del documento de identidad | B324057 |

Datos del tercer miembro

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| Nombres | Benigno |
| Apellidos | Peceros Pinto |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número del documento de identidad | 3000720 |

Repositorio Institucional

Datos de la obra

| | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Materia | relación médico-paciente, bioética personalista, dignidad y respeto de la persona humana, relaciones interpersonales, virtudes médicas, medicina humanizada y habilidades comunicacionales. |
| Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado: | https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00 https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 |
| Idioma (Normal ISO 639-3) | SPA - español |
| Tipo de trabajo de investigación | Tesis |
| País de publicación | PE - PERÚ |
| Recurso del cual forma parte (opcional) | |
| Nombre del grado | Maestro en Bioética y Bioderecho |
| Grado académico o título profesional | Maestro |
| Nombre del programa | Maestría en Bioética y Bioderecho |
| Código del programa Consultar el listado: | 919047 |



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
SEDES SAPIENTIAE**

**UNIDAD DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ACTO DE SUSTENTACIÓN PÚBLICA ONLINE DE TESIS DE LA MAESTRÍA EN BIOÉTICA Y
BIODERECHO**

ACTA N°0003 – 2024

Hoy, 26 de octubre del año 2024 a las 09:00 horas; mediante sesión en línea a través de la Plataforma zoom, debidamente licenciada por la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Sedes Sapientiae,

William Alexander Campos Chávez

Quien llevó a cabo el Acto de Sustentación Pública Online de su tesis titulada:

Relación médico-paciente desde el enfoque de la bioética personalista

Ante el jurado compuesto por Las autoridades:

PRESIDENTE: Luis Quiroz Avilés
SEGUNDO MIEMBRO: Yordanis Enriquez Canto
TERCER MIEMBRO: Benigno Peceros Pinto

Terminada su exposición, defendió su tesis durante 30 minutos frente al jurado, públicamente, absolviendo las preguntas planteadas.

Al concluir el proceso establecido por la Unidad de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, el jurado de tesis, luego de la deliberación del caso, otorgó por UNANIMIDAD la mención de SUMMA CUM LAUDE con la calificación de 20.

Presidente

Segundo miembro

Tercer miembro

Los olivos, 26 de octubre del 2024



Anexo 2

CARTA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR DE TESIS CON INFORME DE EVALUACIÓN DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO

Ciudad, Lima 30 de octubre del 2024

Doctor
Yordanis Enríquez Canto
Jefe del Departamento de Investigación
Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Católica Sedes Sapientiae

Reciba un cordial saludo.

Sirva el presente para informar que la tesis / informe académico/ trabajo de investigación/ trabajo de suficiencia profesional, bajo mi asesoría, con título **Relación médico-paciente desde el enfoque de la bioética personalista** presentado por William Alexander Campos Chávez, con código de estudiante: N° 2016101623 con DNI N° 41639577 para optar el título profesional/grado académico de Maestro en BIOÉTICA Y BIODERECHO ha sido revisado en su totalidad por mi persona y **CONSIDERO** que el mismo se encuentra **APTO** para ser sustentado ante el Jurado Evaluador.

Asimismo, para garantizar la originalidad del documento en mención, se le ha sometido a los mecanismos de control y procedimientos antiplagio previstos en la normativa interna de la Universidad, **cuyo resultado alcanzó un porcentaje de similitud de 8 %** (ocho por ciento).* Por tanto, en mi condición de asesor(a), firmo la presente carta en señal de conformidad y adjunto el informe de similitud del Sistema Antiplagio Turnitin, como evidencia de lo informado.

Sin otro particular, me despido de usted. Atentamente,

Benigno Peceros Pinto
Firma del Asesor (a)
DNI N°: 31000720

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4865-3874>

Facultad de Ciencias de la Salud/Unidad Académica de la Facultad de ciencias de la Salud UCSS

* De conformidad con el artículo 8°, del Capítulo 3 del Reglamento de Control Antiplagio e Integridad Académica para trabajos para optar grados y títulos, aplicación del software antiplagio en la UCSS, se establece lo siguiente:

Artículo 8°. Criterios de evaluación de originalidad de los trabajos y aplicación de filtros
El porcentaje de similitud aceptado en el informe del software antiplagio para trabajos para optar grados académicos y títulos profesionales, será máximo de veinte por ciento (20%) de su contenido, siempre y cuando no implique copia o indicio de copia.

Índice

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| RESUMEN | 04 |
| ABSTRACT | 05 |
| RIASSUNTO | 06 |
| REPORTE DE SIMILITUD | 07 |
| INTRODUCCIÓN | 08 |
| | |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 10 |
| 1.1 Descripción de la situación problemática | 10 |
| 1.2 Formulación del problema | 14 |
| 1.3 Objetivos de la investigación | 14 |
| 1.4 Formulación de la hipótesis | 14 |
| 1.5 Justificación del tema de investigación | 15 |
| 1.6 Limitaciones del estudio | 16 |
| | |
| II. MARCO TEÓRICO | 17 |
| 2.1 Antecedentes de la investigación | 17 |
| 2.2 Bases teóricas | 20 |
| 2.2.1 Características de la relación médico-paciente. | 20 |
| 2.2.2 Modelos de relación médico-paciente. | 24 |
| 2.2.3 Deshumanización de la relación médico-paciente. | 28 |
| 2.2.4 Dificultades comunicacionales en la relación médico-paciente | 33 |
| 2.2.5 Perspectiva de la bioética personalista. | 38 |
| 2.2.5.1 El personalismo y bioética personalista, autores principales. | 38 |
| 2.2.5.2 Dimensiones de la persona humana. | 42 |
| 2.2.5.3 Dignidad y respeto de la persona. | 44 |
| 2.2.5.4 La persona y sus relaciones interpersonales. | 47 |
| 2.2.5.5 Virtudes del profesional médico. | 50 |
| 2.2.5.6 Humanización en medicina. | 53 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.2.5.7 Habilidades comunicacionales. | 55 |
| III. METODOLOGÍA | 72 |
| 3.1 Diseño metodológico | 72 |
| 3.2 Análisis documental | 72 |
| 3.3 Aspectos éticos | 73 |
| 3.4 Definición conceptual | 73 |
| IV. RESULTADOS | 75 |
| 4.1 Modelo de atención para optimizar la relación médico-paciente desde el enfoque de la bioética personalista. | 75 |
| 4.1.1 Dignidad y respeto | 76 |
| 4.1.2 Relaciones interpersonales | 78 |
| 4.1.3 Virtudes médicas | 80 |
| 4.1.4 Medicina humanizada | 82 |
| 4.1.5 Habilidades comunicacionales | 84 |
| 4.1.6 Consulta médica personalista | 87 |
| V. DISCUSIÓN | 94 |
| VI. CONCLUSIONES | 99 |
| VII. RECOMENDACIONES | 100 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 101 |

Índice de gráficos y tablas

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla N° 1. Comparación de los cuatro modelos de relación médico-paciente | 26 |
| Gráfico N° 1. Relación médico-paciente-sociedad | 33 |
| Gráfico N° 2. Factores que influyen en la buena relación médico-paciente | 78 |

Resumen

En el presente estudio de investigación el objetivo ha sido el de contrastar la perspectiva actual de la relación médico-paciente y proponer un modelo de atención para optimizar la relación médico-paciente, desde el enfoque de la bioética personalista; la cual se fundamenta en resaltar la dignidad y respeto de la persona como tal, promover las relaciones interpersonales, cultivar las virtudes médicas, practicar una medicina humanizada y aplicar las habilidades comunicacionales. La metodología de investigación utilizada ha sido de enfoque cualitativo, con un diseño explorativo-descriptivo; y como método de análisis utilizado ha sido el documental. En los resultados se presenta el modelo de atención para optimizar la relación médico-paciente desde el enfoque de la bioética personalista; la cual finalmente no solo intenta colocar al paciente (persona) en el foco de estudio y de su marco conceptual, ratificando de esta manera el imperativo de la persona humana sobre todas las cosas; sino que, se ha concluido que promueve un renovado compromiso basado en la excelencia y el servicio de la vocación médica (en pro de la atención del paciente), fundado en una actitud de compasión y respeto a la dignidad humana, con responsabilidad y generosidad; y que a su vez se fundamenta en la correcta aplicación de las normas legales y de los principios éticos que rigen el ejercicio de la medicina.

Palabras claves: relación médico-paciente, bioética personalista, dignidad y respeto de la persona humana, relaciones interpersonales, virtudes médicas, medicina humanizada y habilidades comunicacionales.

Abstract

In the present research study whose objective has been to contrast the current perspective of the doctor-patient relationship and propose a care model to optimize the doctor-patient relationship, from the approach of personalist bioethics; which is based on highlighting the dignity and respect of the person as such, promoting interpersonal relationships, cultivating medical virtues, practicing humanized medicine and applying communication skills. The research methodology used has been qualitative in approach, with an exploratory-descriptive design; and the method of analysis used has been documentary. The results present the care model to optimize the doctor-patient relationship from the perspective of personalist bioethics; which ultimately not only attempts to place the patient (person) in the focus of study and its conceptual framework, thus ratifying the imperative of the human person over all things; rather, it has been concluded that it promotes a renewed commitment based on excellence and service of the medical vocation (in favor of patient care), founded on an attitude of compassion and respect for human dignity, with responsibility and altruism; and which in turn is based on the correct application of the ethical principles and legal norms that govern the practice of medicine.

Keywords: doctor-patient relationship, personalistic bioethics, dignity and respect of the human person, interpersonal relationships, medical virtues, humanized medicine and communication skills.

Riassunto

Nel presente studio di ricerca il cui obiettivo è stato quello di contrastare l'attuale prospettiva della relazione medico-paziente e proporre un modello di cura per ottimizzare la relazione medico-paziente, dall'approccio della bioetica personalista; che si basa sulla valorizzazione della dignità e del rispetto della persona in quanto tale, sulla promozione dei rapporti interpersonali, sulla coltivazione delle virtù mediche, sulla pratica della medicina umanizzata e sull'applicazione delle capacità comunicative. La metodologia di ricerca utilizzata è stata di approccio qualitativo, con un disegno esplorativo-descrittivo; e il metodo di analisi utilizzato è stato documentario. I risultati presentano il modello di cura per ottimizzare la relazione medico-paziente a partire dall'approccio bioetico personalista; che infine non solo tenta di porre al centro dello studio il paziente (la persona) e il suo quadro concettuale, ratificando così l'imperativo della persona umana sopra ogni cosa; ma piuttosto si è concluso che promuove un rinnovato impegno basato sull'eccellenza e sul servizio della vocazione medica (a favore della cura del paziente), fondato su un atteggiamento di compassione e rispetto per la dignità umana, con responsabilità e altruismo; e che a sua volta si fonda sulla corretta applicazione dei principi etici e delle norme giuridiche che regolano l'esercizio della medicina.

Parole chiave: relazione medico-paziente, bioetica personalistica, dignità e rispetto della persona umana, relazioni interpersonali, virtù mediche, medicina umanizzata e capacità comunicative.

Reporte de similitud Turnitin

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

Relación médico-paciente desde el enfoque de la bioética personalista

AUTOR

William Alexander Campos Chávez

RECuento DE PALABRAS

32582 Words

RECuento DE CARACTERES

174402 Characters

RECuento DE PÁGINAS

107 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

971.6KB

FECHA DE ENTREGA

Jul 1, 2024 6:54 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 1, 2024 6:56 PM GMT-5

● 12% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Benigno Peceros Pinto

Introducción

Siendo la medicina una ciencia humana, dinámica y compleja, caracterizada por poseer el mayor número de normas éticas precisas y con elevadas exigencias de orden moral entre sus miembros, es imperativo señalar que a pesar de los avances tecnológicos y científicos para optimizar la calidad de vida de las personas, la relación existente entre el médico y el paciente (pilar fundamental del acto médico), no haya trascendido significativamente en la práctica médica de los últimos años; sino más bien ha tenido un retroceso, con consecuencias negativas en la vocación médica; dando como resultado una medicina deshumanizada, defensiva, judicializada, transhumanista, paternalista, etc.; alejándola cada vez más de la ética y la moral médica y del respeto a la dignidad y la vida integral de la persona humana.

En este sentido, al ser la relación médico-paciente el hito fundamental del acto médico, es imperioso resaltar que a pesar de sus diversas características que la definen, como los factores sociales, económicos y culturales, así como las connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas; y que a pesar de los adelantos tecnológicos en pro de la salud, que la vulneran progresivamente; es imprescindible optimizar una conveniente relación entre el facultativo y el paciente, mediante un modelo de atención desde la perspectiva de la bioética personalista, la cual se caracteriza por resaltar la dignidad y respeto de la persona como tal, promover las relaciones interpersonales, cultivar las virtudes médicas, practicar una medicina humanizada y aplicar las habilidades comunicacionales

El presente trabajo de enfoque cualitativo, con un diseño explorativo-descriptivo y como método de análisis documental, tuvo como objetivo principal el de proponer un modelo de atención para optimizar la relación médico-paciente, desde el enfoque de la bioética personalista; y como objetivos específicos verificar el panorama actual de la relación médico-paciente para determinar los modelos de atención que desde el enfoque de la bioética personalista sustente la optimización de la relación médico-paciente; así como el de describir la estructura del enfoque de la bioética personalista; y adaptar un modelo de atención desde el enfoque de la bioética personalista que optimice dicha relación.

Por consiguiente, la hipótesis general plantea la propuesta que es posible optimizar la relación médico-paciente mediante el diseño de un modelo de atención desde el enfoque de la bioética personalista. Las hipótesis específicas son las siguientes: que existen modelos de atención que desde el enfoque de la bioética personalista sustentan la optimización de la relación médico-paciente, y que la estructura del enfoque de la bioética personalista sustenta la optimización de la relación médico-paciente.

De esta manera, la investigación se ha fraccionado en siete capítulos: Capítulo I. Planteamiento del problema, en el cual se ha desarrollado la representación de la realidad problemática; enfatizando el desmedro de la actual relación médico-paciente; y además se ha formulado los problemas, los objetivos, las hipótesis, la justificación y las limitaciones del estudio. Capítulo II. Marco Teórico, aquí se han descrito los antecedentes del problema y las bases teóricas, caracterizando la realidad actual de la relación médico-paciente, los diferentes modelos de atención imperantes y otros temas importantes para el estudio como son la deshumanización actual de la medicina, las dificultades comunicacionales entre el facultativo y el paciente; y finalmente se ha desarrollado la perspectiva de la bioética personalista, enfatizando las dimensiones de la persona humana, la dignidad y respeto de la persona, la persona y sus relaciones interpersonales, las virtudes y excelencia médica, la humanización de la medicina, y la importancia de las habilidades comunicacionales. Capítulo III. Metodología, en donde se ha descrito el diseño de la investigación, el análisis documental, aspectos éticos y la definición conceptual. Capítulo IV. Resultados, en donde se propone un modelo de atención para optimizar la relación médico-paciente desde el enfoque de la bioética personalista. Capítulo V. Discusión, en donde se han comparado los resultados obtenidos con los antecedentes y el marco teórico desarrollado; asimismo, se han validado las hipótesis y confirmado el método de atención para optimizar la relación médico-paciente desde el enfoque de la bioética personalista. Capítulo VI y VII. Conclusiones y recomendaciones, respectivamente. Y finalmente, se han citado las referencias bibliográficas correspondientes.

Se espera que este estudio sirva como guía y base para otros profesionales de la salud que quieran explorar estos temas con más profundidad. Nos gustaría agradecer a todos los involucrados por su cooperación.

Capítulo I: Planteamiento del problema

1.1 Descripción de la situación problemática

Siendo la medicina la garantía moral de la ciencia, caracterizada por poseer el mayor número de normas éticas precisas y con elevadas exigencias de orden moral entre sus miembros, es imperativo señalar que a pesar de los avances en la tecnología y la ciencia destinados a mejorar la calidad de vida humana, la relación médico-paciente (RMP), pilar fundamental del acto médico, no haya trascendido significativamente en la práctica médica de los últimos años; sino más bien ha tenido consecuencias negativas en la vocación médica, dando como resultado una medicina deshumanizada, defensiva, judicializada, transhumanista, paternalista, etc. alejándola cada vez más de la ética y la moral médica; y del respeto a la dignidad y la vida integral de la persona humana.

De los modelos de RMP, Álvarez (2015), en su investigación titulada *Dignidad humana dentro de la RMP* comenta que, en una RMP de tipo paternalista, científico, interpretativo o deliberativo, es necesario reconocer la dignidad tanto ontológica, como ética y teológica del paciente para que al ser valorado como persona reciba la atención médica que merece. Es decir, hacerlo a través de la bioética personalista, exaltando la humanidad en su máxima expresión, la cual es importante en todas las acciones terapéuticas centrarse en encontrar el bien de los pacientes, valorando así su derecho a la privacidad y al consentimiento informado.

Para Indacochea, S. (2017), la noción de la RMP se ha transformado en los últimos 25 años, más que en los postremos 25 siglos. Luego de describir los modelos de RMP existentes (paternalista, dominante, de responsabilidad, mecanicista, personalista, primacía de la autonomía, entre otros), concluye que el modelo de responsabilidad compartida parece ser el más ajustado para optimizar la RMP, como una relación esencial que predica todo acto médico. Por lo tanto, para optimizar la RMP, teniendo en cuenta todos los estereotipos de esta relación, es ineludible tener en cuenta las normas éticas contemporáneas y desarrollar ciertas virtudes médicas que en definitiva nos hacen buenas personas y por tanto buenos profesionales médicos.

Ochoa, J. (2021), en su estudio sobre la RMP a través de la narrativa en el ámbito rural, evidenció una relación autoritaria y paternalista en los textos más arcaicos y una atención centrada en el paciente en los textos más recientes. Concluyendo que los médicos vinculados

en la comunidad tienen un discernimiento importante de las condiciones de sus pacientes, y que, a pesar de ser ampliamente visibles en la sociedad, su imagen como profesionales llega a tener un impacto significativo en la RMP. Por lo tanto, la falta de una adecuada RMP es la constante que forja una mayor angustia en el profesional de la medicina.

Por otro lado, Tasis, M y col. (2018), refieren que la RMP llega a ser un momento trascendental que enclaustra un fuerte componente bioético en la alineación humanística de los profesionales de la salud y como “principal arma diagnóstica y terapéutica de la práctica médica...”. En este sentido, y con el vertiginoso avance tecnológico que incide en la medicina contemporánea y las tendencias postmodernas hacen que esta lustrosa descripción quede como un verdadero metarrelato que pudiera morir en nuestros tiempos y debemos redimirla.

En este sentido, para Numa, E. (2021), en su estudio sobre el transhumanismo en la RMP, tras definir el movimiento cultural y científico conocido como transhumanismo, y con él el surgimiento de la denominada inteligencia artificial, presenta una visión clásica (defendida por Hipócrates), de la RMP o “médico-enfermo” como la designó Pedro Laín Entralgo, con el propósito de beneficiar y reducir los tiempos tanto para el paciente como para el facultativo, y así presentar una bioética ontológicamente personal, es decir, desnaturalizada, que incluye los atributos de los participantes (médicos y pacientes) en la conversación personal sobre el consejo médico, apuntando al sometimiento de la tecnología y, por tanto, a la inteligencia artificial.

Así mismo, Rodríguez, H. (2016), sostiene que hay un hecho innegable que ha ido gestando una gradual deshumanización de la medicina. Esta realidad antropológica es el resultado del reduccionismo al que debe adherirse la medicina, confiando sólo en su método experimental, poniendo gradualmente al paciente bajo su cuidado; haciendo que la medicina se dedique a aliviar el sufrimiento de las estructuras anatómicas del ser humano, olvidando frecuentemente el desconsuelo del espíritu o persona que los sostiene.

Otro hecho fundamental que afecta la RMP es la percepción antropológica de la persona humana como tal. En este sentido, Bordín, C. (1996), afirma que el médico desde su graduación tiene en sus manos el cuerpo de un enfermo, para darle salud, belleza y bienestar; considerando que el acto médico no es un hecho cualquiera, sino que está cargado del compromiso de admirar por el cuerpo humano, a la propia persona como tal, tratando de curar la enfermedad, el sufrimiento y librarlas de la misma muerte. Entonces, además de los cambios y los nuevos argumentos, las cualidades humanas, el respeto, la vocación, la amabilidad y el servicio son señas de identidad de la profesión médica y deben permear todas las relaciones que la industria establece con cada paciente.

Es así como, el protagonismo de la ética en el diario vivir responde a la necesidad de alcanzar un contexto que interesa especialmente a los médicos, al contexto que conocemos como persona humana. De manera que el planteamiento bioético personalista juega un papel fundamental frente a la deshumanización tan acelerada que se experimenta, pues cada una de nuestras acciones repercuten directamente sobre los pacientes (Cardona, J. 2014).

La defectuosa comunicación existente entre el paciente y el médico es otra problemática esencial, en la que muchas veces, dicha comunicación solo se basa en considerar al médico como principal agente activo (emisor de la información), y al paciente como principal agente pasivo (receptor de la información), sin tener en cuenta la cantidad y calidad de información, la confiabilidad y transparencia de la misma, el lugar y momento oportuno, la edad (adulto o pediátrico), y condición del paciente (inconsciente o consciente, incapaz o capaz, terminal, etc.) el tipo de consulta (ambulatorio, hospitalización o emergencia), etc. Por ejemplo, la investigación de Chancay, A., Suarez, J., López, R. (2017), demostró que las habilidades comunicacionales básicas son indispensables para contribuir a una efectiva RMP, enriqueciendo la formación del médico y su calidad profesional. En este sentido, los autores afirman que esta comunicación es de gran importancia social, académica y médica para el análisis de las habilidades comunicativas no solo en el ámbito de la educación, sino también en las ciencias de la salud, especialmente en la alineación de los médicos, para contribuir a su progreso, lo que conducirá a una mejora en la calidad del proceso educativo-asistencial.

En este sentido, Rodríguez, H. (2016) considera que las vías de comunicación como por ejemplo las verbales (por medio de la palabra), expresiones faciales (por medio de gestos), el tacto al realizar el examen y al utilizar instrumental médico, son esenciales para una adecuada RMP. En efecto, Montaner, C y Soler, E. (2012), complementan que la alineación en habilidades de comunicación de los profesionales médicos resulta una obligación ética; en el que una perspectiva personal, abierta a lo trascendente, resulta especialmente apropiada en el entorno hospitalario y en situaciones extremas donde la comunicación debe realizarse desde una realidad compleja en la que el paciente vive con una atención personalizada e individualizada.

Por otro lado, Casanova, J (2017), al realizar su estudio sobre factores asociados en la percepción del médico sobre la RMP, determinó que la alta especialización y la compleja tecnología no conducen a la deshumanización del médico del todo; toda vez que el estudio de pacientes por las diferentes especialidades no conlleve al menoscabo de la visión global del paciente; y donde la medicina basada en evidencias sea necesaria solo como complemento a las experiencias del facultativo. Cabe resaltar que los diversos trámites administrativos y los extensos plazos de espera impacientan al paciente; y por ende se acortará el tiempo de la consulta médica, quebrantando considerablemente la satisfacción del médico y del usuario.

Por ello, en la RMP se deben considerar las características personales del médico y del paciente; por parte del facultativo, se debe considerar su carácter, sus debilidades, su nivel de información, su capacidad resolutoria de problemas y cuando debe derivar a otro colega; es decir, tener en cuenta su prestigio científico y social (González, R. 1984).

Asimismo, es imprescindible tener en cuenta la percepción y el sentir de ambas partes, para lograr la comprensión necesaria y así obtener un apropiado acto médico de la historia natural de la enfermedad. Por otro lado, se deben considerar también la posición de cada uno de ellos, como, por ejemplo, el estado afectivo de ambos y, sobre todo, los objetivos que el paciente persigue; evitando que el médico sea ubicado por el paciente en una posición de superioridad; en vez de ello, el médico debe tratar con su actuación de equilibrar esta situación (Casanova, J. 2015).

1.2 Formulación del problema

Con lo referido anteriormente y considerando la actual problemática, surge la necesidad de realizar la presente investigación cuyo problema ha quedado formulado de la siguiente manera:

- ✓ ¿Es posible mejorar la relación médico-paciente desde el enfoque de la bioética personalista?

1.3 Objetivos de la investigación

Siguiendo la línea de investigación y los problemas formulados, enunciamos los consiguientes objetivos:

1.3.1 Objetivo general. Proponer un modelo de atención para optimizar la relación médico-paciente desde el enfoque de la bioética personalista.

1.3.2 Objetivos específicos.

- ✓ Determinar los modelos de atención que desde el enfoque de la bioética personalista sustenten la optimización de la relación médico-paciente.
- ✓ Describir la estructura del enfoque de la bioética personalista que sustente la optimización de la relación médico-paciente.
- ✓ Adaptar un modelo de atención que desde el enfoque de la bioética personalista optimice la relación médico-paciente.

1.4 Formulación de la hipótesis

Luego de haber explicado la realidad problemática, trazado el problema de investigación y los objetivos, se formulan las siguientes hipótesis:

1.4.1. Hipótesis general. Es posible optimizar la relación médico-paciente mediante el diseño de un modelo de atención desde el enfoque de la bioética personalista.

1.4.2. Hipótesis específicas.

- ✓ Existen modelos de atención que desde el enfoque de la bioética personalista sustentan la optimización de la relación médico paciente.
- ✓ La estructura del enfoque de la bioética personalista sustenta la optimización de la relación médico-paciente.
- ✓ La adaptación de un modelo de atención desde la perspectiva de la bioética personalista optimiza la relación médico-paciente.

1.5 Justificación del tema de investigación

1.5.1 Importancia de la investigación. Al ser la RMP una actividad angular de la profesión médica (acto médico) enfocada al paciente (persona), con el objetivo de aliviar, cuidar y aplicar métodos terapéuticos con alto rigor científico, se decidió realizar la presente investigación para que mediante el diseño de un modelo de atención se logre optimizar la RMP desde la perspectiva de la bioética personalista, generando un ambiente acogedor, basado en una confianza transparente, comunicación asertiva, cuidado óptimo y sobre todo, acentuando un trato digno, humanitario y recíproco; revalidando de esta manera el eslogan del Ministerio de Salud: “personas que atienden personas”.

Lo antedicho justificó la realización de esta investigación, la cual generó evidencias confiables, y proporcionó alternativas de solución para optimizar la RMP desde el enfoque de la bioética personalista; contribuyendo así al cumplimiento de los objetivos del Ministerio de Salud, que son humanizar la salud, logrando transformar la vida, no solo del paciente, sino también del profesional médico.

1.5.2 Viabilidad de la investigación. En la presente pesquisa se contó con material bibliográfico indispensable para desplegar descriptivamente el presente tema de investigación. Asimismo, se contó con la colaboración de algunos expertos que colaboraron con el presente estudio.

Por lo tanto, el tema representa una novedad en la práctica médica, siendo que la RMP está muy debilitada, se tendrá una verdadera oportunidad para optimizar la RMP con un modelo de atención desde la perspectiva de la bioética personalista.

1.6 Limitaciones del estudio

La presente investigación se basó en un análisis documental bibliográfico, con fundamentos bioéticos, antropológicos y personalistas. Asimismo, se realizó un análisis bibliográfico comparativo de la RMP imperante en los últimos años. Sin embargo, existieron algunas dificultades para acceder a la información -por ser limitada- sobre modelos de atención que optimicen la RMP. A pesar de ello, se ha obtenido resultados que han permitido demostrar la hipótesis y por ende la observancia de los objetivos.

Capítulo II: Marco teórico

2.1 Antecedentes de la investigación

Los trabajos en relación con el presente tema de investigación se encuentran entre estudios propiamente médicos, bioéticos, filosóficos, antropológicos y comunicacionales.

Por ejemplo, Bernard, A. (2000), refiere que la RMP ha sufrido muchos cambios en los últimos años. Si bien su trabajo está centrado en la valoración moral del consentimiento informado, este resalta la importancia de la RMP, como un previo requisito a cualquier intervención de cierta envergadura, y no solo como una justificación de una serie de abusos en dicha relación. En este sentido, el autor sostiene que existen problemas en los diferentes modelos de RMP, comenzando por el paternalismo, hasta llegar al modelo de la autonomía; por lo que un tercer modelo, el de la beneficencia, basado en la bioética personalista, el que estaría en mejor sintonía con la RMP. Para ello, analizó los diferentes elementos que entran a formar parte en una RMP, y en función de los elementos antropológicos más importantes: la concepción de la persona y la libertad.

En este sentido, Emanuel, E. y Emanuel, L. (1999), esbozan cuatro modelos de RMP (paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo), destacando las diferentes perspectivas de cada modelo sobre los objetivos de la relación, el papel de los valores del paciente, las responsabilidades del médico y cómo se entiende la autonomía del paciente; por lo que elaboraron una descripción concisa de los modelos en cuestión, donde mostraron qué tipo de respuesta propondría cada uno frente a un contexto clínica. Finalmente, los autores señalan que los cuatro modelos no agotan todas las posibilidades del debate actual sobre la relación médico-paciente ideal; concluyendo que la particularidad de la práctica médica es crear conocimiento, enseñanza, comprensión y acción, en la que un médico humanista integre los valores con la condición de salud del paciente, asesore sobre las acciones apropiadas y trate de convencer al paciente de los beneficios de tal comportamiento y los valores que lo acompañan.

Ahora bien, para Arango, P. (1998), la instrucción en bioética es una buena opción para mantener una apropiada RMP. En este sentido, él señala además que el nivel de la formación en bioética del profesional médico debería inclinarse hacia dimensiones más humanísticas y con una representación de interdisciplinariedad. Por lo tanto, el paciente no es un órgano enfermo, sino una personalidad indispensable que, por la apertura de su confianza, invierte en

el médico lo más valioso, es decir, su salud. Finalmente, el autor enfatiza que la formación en bioética contribuiría grandemente para entender y resolver los problemas bioéticos dentro de los comités de bioética, los cuales finalmente inciden en la calidad de la relación médico paciente.

Para Rodríguez, A. (2009), la salud humanizada necesita iniciar siempre de la “cabecera del enfermo”, donde la silla y el instrumental médico se convierten en aliados fundamentales en la RMP. Por otro lado, en el ambiente social y cultural de la idiosincrasia latinoamericana (aún lejos del ambiente social estadounidense y europeo), el paciente no aceptaba el principio de autonomía como modelo de relación con su médico de manera absoluta; donde una parte de los médicos (cada día en aumento), prestan más atención a las pruebas tecnológicas que a la persona del paciente como tal. A esta problemática se suma también los estudiantes de medicina, en los cuales emerge un miedo a las demandas legales, por lo que muchos deciden por un modelo más comercial y contractual; dando como resultado la inoculación del virus de la deshumanización de la medicina y repercutiendo considerablemente en la RMP.

Asimismo, Mendoza, A. (2017), refiere que en el actual contexto en el que se desarrolla el acto médico, hay cada vez más conciencia de la necesidad de repensar la profesión y centrar la atención sanitaria en torno a la persona humana; donde el profesional médico incluya una responsabilidad renovada en la atención al paciente basado en el respeto, la compasión, la dignidad humana, la responsabilidad, el altruismo y sobre todo llegue a alcanzar la excelencia profesional. Es decir, que el acto médico esté orientado a la aplicación de principios éticos y sustentado en las normas legales vigentes, y donde los estándares que rigen el ejercicio de la profesión médica estén basados en una formación científica y técnica continua y exhaustiva, garantizando la seguridad y calidad de la atención del paciente, de manera tanto individual como global.

Otro aspecto para considerar es lo que sostiene Sánchez, D. y Contreras, Y. (2014), donde la práctica médica no solo debe ser una combinación de la tecnología y la ciencia sino también de sólidos conocimientos basados en principios y valores éticos. Aquí, la RMP se basa en la interacción armoniosa entre el médico y el paciente, donde el médico intervenga siempre en las necesidades del paciente. Dichos autores, mediante la entrevista médica, concluyeron que existe una relación significativa entre la RMP y la ética médica, la práctica médica y la

iatrogenia; los cuales finalmente son factores que influyen para establecer una RMP productiva, perdurable y sólida.

Sin embargo, para Tasis, M. y col. (2018), al plantearse las siguientes interrogantes: ¿es moralmente lícita y jurídicamente legítima el sólo hecho de que una acción sea fácticamente realizable? ¿Todo lo que se puede hacer se debe hacer? ¿Es lícito desde el punto de vista ético todo lo que es técnicamente posible? Concluye que, ante la aceleración desenfrenada del progreso científico y tecnológico en el campo de la medicina, se abren nuevos horizontes de percepción y nuevas posibilidades de intervenir en la vida, creando un desafío para la reflexión moral.

Siguiendo a Mejía, A. (2017), quien sostiene que la RMP a pesar de haber experimentado un cambio profundo durante los últimos años, relacionados con los cambios sociales, autonomía de la persona, las nociones de dignidad humana y el reconocimiento de los derechos fundamentales de la persona, ha llegado a tener las siguientes condiciones: diálogo entre sujetos morales racionales con valores habituales; la transformación del individuo en ciudadano con la persuasión de ser autónomo, capaz de dirigir su vida y cuidado de sus derechos; con capacidad para tomar decisiones con una completa información.

Montes, R. (2011), también ahonda en la noción de persona en la fenomenología realista de Karol Wojtyła, estableciendo un prototipo, revelando a la persona en la acción, es decir una acción consciente. Por lo tanto, dicho autor afirma que a través de la acción las personas pueden realizar el valor más alto y absoluto en una persona, este valor siempre debe considerarse siempre como un fin, porque las personas son siempre el sujeto de sus propias acciones.

Asimismo, Cardona, J. (2014), sostiene que la bioética personalista ayuda significativamente a concebir al paciente como tal. Igualmente, refiere que, en nuestro diario vivir, el papel de la ética reconoce la necesidad de comprender las realidades que impactan decisivamente en nosotros, y más aún en los profesionales médicos, la realidad de la persona humana como tal. De esta manera, el enfoque bioético personalista protagoniza una base esencial ante la creciente deshumanización que vivimos, porque cada acción que realizamos tiene consecuencias directas en los pacientes.

Por otro lado, Montaner, C. y Soler, E. (2012), sostienen que las habilidades comunicativas con el paciente al ser una parte prioritaria del acto médico contribuyen a los objetivos de salud y, por ende, a la humanización de la medicina. En su estudio, evidenciaron que con el uso de herramientas básicas como el *coaching* (tutor) personalista, puede viabilizar la vida del paciente desde los primeros momentos de intervención hasta las etapas más difíciles de la enfermedad; es decir, que más allá del léxico, el paciente, en su multidimensionalidad, necesita sentirse atendido y confortado; donde los profesionales de la salud transmiten su información de manera verbal y no verbal. Por lo tanto, capacitar a los trabajadores de la salud en habilidades comunicativas es una obligación moral, y una perspectiva personalista trascendente; es especialmente apropiada en la atención médica y, en situaciones extremas donde la comunicación es difícil, debe basarse en las complejas realidades que enfrentan los pacientes, la cual debe ser personalizada y personalizadora.

2.2 Bases teóricas

Ante todo, cabe resaltar que algunos autores (con investigaciones anteriores) citados a continuación son principales y referentes, sobre todo en los tópicos de las características y modelo de atención médico paciente, así como la deshumanización de la medicina y habilidades comunicacionales; los cuales se han complementado con corrientes nuevas de autores actuales que complementan el marco teórico.

2.2.1. Características de la relación médico-paciente. Siendo la RMP hito fundamental del acto médico, y por ende la razón y fundamento de la vocación médica, es factible considerar las diferentes características que la definen. Por ejemplo, Casanova, J. (2017) afirma que si bien la RMP es una correspondencia interpersonal compleja, que incluye relaciones sociológicas, filosóficas y éticas de tipo profesional, esta finalmente será la carta de presentación de una excelente gestión y conducción para la salud.

En este sentido, Bernier, L. (2001) percibe a la RMP como la interacción entre un médico que intenta diagnosticar oportunamente y tratar certeramente la enfermedad del paciente, y una persona que se considera enferma. Así, podríamos considerar también el argumento de Guzmán, F. (1994) quien sostiene, además, que la RMP está armonizada por factores socioculturales, perfeccionados en un plano intelectual teórico, pero también efectivo y, sobre todo, ético.

Excepto de la relación madre-niño o la relación amorosa, tal vez en toda la historia, ninguna otra relación entre los seres humanos haya causado tanto impacto como la RMP, la cual, al ser el eje fundamental del acto médico, dinamiza poderosas potencias humanas como confianza, fortaleza moral, esperanza, fe y aceptación de la adversidad (enfermedad) como experiencia racional y fenómeno vital. Es así como en las últimas décadas la medicina ha evolucionado más que en cualquier otro periodo histórico (Mendoza, A., 2017).

En este sentido, para Alonso, O. (1996), Taché, M. (2000) y Corona, L. (2017), citados por Espinosa, A. (2017) refieren que las deficiencias de la RMP, puede:

“(…) dar lugar al uso irracional y mal planificado de los adelantos tecnológicos, incluyendo las indicaciones de exámenes complementarios innecesarios, que muchas veces se realizan sin haber escuchado/interrogado y examinado adecuadamente a los enfermos, o por “complacencia” u otros criterios, como los derivados de la llamada “medicina defensiva”, o por la aplicación acrítica y mecánica de protocolos y guías, entre otra”. (p. 151).

En la RMP existen ciertas obligaciones, por parte del médico como del paciente; en este sentido, Chuck, J. (2011) indica que ambas partes deben tener cierta apertura, toda vez que mientras el médico tiene la obligación de obtener un diagnóstico certero y por ende brindar un tratamiento oportuno (basados en una información completa tanto ética como moralmente); el paciente tendrá a obligación de atender cautelosamente las indicaciones del médico, con la finalidad de que pueda recuperar no solo la salud, sino que le ayude a prevenir las enfermedades futuras.

Moreno, M. (2001), citado por Espinosa, A. (2017), sostiene que las amenazas a la crisis cada vez más evidente de la metodología clínica, tienen como causas principales el desprecio por la clínica, una sobrevaloración de la tecnología y una falta de preocupación por el generalismo y, sobre todo, el deterioro progresivo de la RMP.

El ilustre médico peruano Delgado, H. (1992), citado por Indacochea, S. (2017), reflexiona que los profesionales médicos se deben caracterizar por un don de abnegación y humanidad; toda vez que deben adquirir una suerte de empatía y sensibilización por el paciente, que no solo sufre físicamente, sino mentalmente. Es decir, compartir un momento clave de la existencia de la persona, de tal manera que lo valoremos como nuestro prójimo enmarcado en un destino común ubicados en el tiempo de la vida y la muerte, frente a lo espiritual e imperecedero. Por tanto, todo médico debe considerar ciertas cualidades personales para entender al paciente como un compañero que sufre.

Según Porter, K. (2015), en una relación entre dos personas existe una apropiación y vinculación con la otra persona, de esta manera se intenta hacer propio el valor de la otra persona, alcanzando algo demostrativo mutuamente; buscando el bien del otro y sin buscar el propio bien; de una necesidad esencial del otro y la búsqueda del logro mutuo para su progreso (una persona no es autosuficiente). Una persona con la capacidad de amar descubre el valor de los demás y honra su dignidad, considerando como propias sus aspiraciones.

Todo profesional médico debe respetar y promover siempre la dignidad del individuo desde el momento de la concepción y debe estar decididamente comprometido con el bienestar de los pacientes, ya sea previniendo o tratando enfermedades, o apoyando a las personas con discapacidad o brindándoles consuelo sobre la muerte inminente. El interés del paciente debe de estar por encima de aspectos financieros, características del paciente, condición social o su capacidad de tomar decisiones (Chuck, J., 2011).

En la RMP, el paciente mediante una postura receptiva se reconoce incompetente para resolver la limitación en la que se encuentra por lo que recurre al médico (otro) quien se identifica como superior por poseer los conocimientos necesarios y el acceso a recursos necesarios para disminuir la limitación de su padecimiento, es quien dirige al paciente hacia un acto de aceptación a una medida técnica propuesta, entonces la confianza del paciente prevalece en el médico, pues la finalidad del médico es el bien del paciente y el proceso que lo lleva a este fin, lo dignifica y perfecciona (Porter, K., 2015).

Para otros autores como Cortés, G. (1997), quien destaca la RMP como una interacción entre personas, que buscan un fin común, confirma que dicha relación al producirse en el quehacer clínico configura el núcleo central del acto médico; la cual tiene doble beneficio. Para el médico la satisfacción por enmarcar una relación personal basada en la educación y promoción de la salud; y para el paciente la complacencia de ser escuchado y sobre todo por la conservación, prevención y/o recuperación de su salud.

Los cambios en la RMP, es uno de los componentes más relevantes que impacta en la satisfacción profesional del médico. El origen primordial del detrimento de estas relaciones es una atmósfera general de desconfianza que conduce a la desilusión y la desilusión con la profesión médica. Este sentimiento concuerda con otros reportes que muestran que los pacientes están adquiriendo progresivamente mayor protagonismo en las decisiones del cuidado de la salud (Casanova, J., 2015).

Por otro lado, existen varios factores que intervienen negativamente en la caracterización de esta relación, como por ejemplo las cuestiones técnico-económicas del quehacer profesional. Casanova, J. (2015) lo ejemplifica argumentado que, a pesar de que haya un gran número de médicos satisfechos en la práctica de su especialidad, muchos refieren quejas sobre la falta de insumos, por los bajos sueldos percibidos, y del divorcio entre la demanda y la infraestructura. En este sentido, dicho autor, también refiere que, en este nuevo escenario, es esencial el restablecimiento de la relación médico-paciente, y en este nuevo escenario mejorar no solo dicha relación sino también la satisfacción tanto del paciente como del médico.

2.2.2 Modelos de relación médico-paciente. Hoy en día se habla de distintos modelos de RMP, que con el transcurso del tiempo han cambiado y, por ende, han intentado lograr mejorar dicha relación; sin embargo, como se verá a continuación, aún se está lejos en ejemplificar algún modelo idóneo para optimizar la RMP.

En este sentido, Chuck, J. (2011), sostiene que la interacción de un médico con un paciente se produce de muchas maneras diferentes, por lo que existen muchos modelos diferentes descritos y utilizados por el personal médico en diferentes etapas de la RMP. Entre ellos se pueden indicar tres:

Modelo paternalista o activo/pasivo. Es uno de los modelos más antiguos de todos los que veremos a continuación. Aquí el médico es el que ostenta el entendimiento y los medios para recuperar la salud de la persona sufre. En cambio, el paciente es la parte inactiva que se caracteriza por ser un indolente de su enfermedad y solo necesita el alivio de su sufrimiento. Así, el médico finalmente es el único que resuelve las necesidades del paciente sin importar la opinión y sobre todo considerar su consentimiento. Por lo tanto, es el médico que, al recibir la información por parte del paciente, de manera unilateral toma las decisiones diagnósticas y terapéuticas; dejando que el paciente termine aceptando la opinión del médico, sin ninguna réplica. Este modelo finalmente presenta al paciente como un niño sumiso que obedece las órdenes del facultativo y al médico como un padre cariñoso, que quiere lo mejor para su paciente sin ninguna intervención de éste.

Modelo contractual o mecánico. Modelo que está conquistando un espacio crucial en la RMP. Se trata de que el médico presenta al paciente todos los hechos relativos a su condición de salud, así como las posibles opciones de tratamiento vigentes, permitiendo al paciente tomar la decisión con la que se sienta más cómodo y de esta manera, los médicos prestan especial atención a respetar la “autonomía del paciente”; sin embargo, en el caso de los menores de edad, la decisión que se considera para recibir un tratamiento explícito es dada por los padres o el tutor;

dando como resultado, una conversión mecánica del médico en el que solamente deja que el paciente tome las decisiones (RMP fría, técnica y comercial).

Modelo de compromiso o confianza recíproca. Modelo basado en la confianza existente entre el médico y el paciente, caso contrario, esta no se fundamentará en la correlatividad del respeto mutuo y la veracidad. Aquí, los pacientes deben confiar en el conocimiento y las habilidades de sus médicos y del personal de apoyo y, por supuesto, los propios médicos deben ganarse esta confianza demostrando una actitud amigable y comprensiva, sólidos conocimientos sobre la medicina, habilidades técnicas y, sobre todo, respeto; es decir, resaltar la dignidad del solicitante del paciente por el simple hecho de ser persona. Por lo tanto, esta confianza bilateral, basada en el compromiso y responsabilidad, harán que el médico no solo ponga todo su interés en suministrar el mejor de los tratamientos, sino que manifestará plenamente su confianza.

Por otro lado, Emanuel, E. y Emanuel, L. (1999), describen 4 modelos en la RMP (paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo), y los sintetizan en la siguiente tabla comparativa, indicando que todos abordan el papel de la autonomía del paciente y que este es el factor diferenciador más relevante al compararlos:

Tabla 1
Comparación de los cuatro modelos de RMP

| Características | M. Paternalista | M. Informativo | M. Interpretativo | M. Deliberativo |
|----------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Valores del paciente | Objetivos compartidos por el médico y el paciente | Definidos, fijos y conocidos por el paciente | Poco definidos y conflictivos necesitados de una aclaración | Abiertos a discusión y revisión a través de un debate moral |

| | | | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obligación del médico | Promover el bienestar del paciente independientemente de las preferencias del paciente en este momento. | Dar información relevante y realizar la intervención elegida por el paciente | Determinar e interpretar los valores del paciente más importantes, así como informar al paciente y realizar la intervención elegida por él | Escuchar y persuadir al paciente de que ciertos valores son los más adecuados, así como informarle y realizar la intervención elegida por él |
| Concepción de la autonomía del paciente | Asumir valores objetivos | Elección de, y control sobre los cuidados médicos | Autocomprensión de los elementos relevantes para los cuidados médicos | Autodesarrollo de los valores morales relevantes para los cuidados médicos |
| Concepción del papel del médico | Guardián | Técnico experto | Consultor o consejero | Amigo o maestro |

Nota. Tomado de: Emanuel, E. y Emanuel, L. (1999).

Sin embargo, los 4 modelos antedichos, no agotarían todas las posibilidades de mantener una adecuada RMP. En este sentido, se podría ampliar un quinto modelo, es decir, el modelo instrumental. En él los valores del paciente son irrelevantes: el médico persigue junto con el paciente algunos objetivos no relacionados con él, como el bien para la sociedad o el avance del conocimiento científico (Emanuel, E. y Emanuel, L., 1999).

En este sentido, los modelos de RMP descritos no agotarían todas las posibilidades para optimizar la RMP. Al respecto, Chuck, J. (2011) manifiesta que no es posible aceptar un solo modelo que fomente la autonomía del paciente. Toda vez que todos los modelos existentes deben compararse y analizarse; evaluando la idoneidad de los conceptos de autonomía del paciente en una situación determinada.

Por otro lado, es preciso añadir otros modelos de RMP que podrían ampliar el campo de estudio de esta relación, como los descritos por Indacochea, S. (2017). Cabe aclarar que dicha autora también considera en su estudio los modelos paternalista y mecanicista (ya descritos); que por razones de redundancia solo se tratarán los que aún no se han desarrollado:

Modelo dominante. Aquí, es el paciente quien, a partir de la información obtenida o conocimiento, solicita o exige que se le realicen procedimientos terapéuticos y diagnósticos específicos de acuerdo con el diagnóstico establecido. Esta relación tipo sujeto-objeto ocurre cuando el facultativo tiene muy poca experiencia

profesional. En tales casos, el abuso de la autonomía del paciente puede ser pernicioso.

Modelo de responsabilidad compartida. Modelo que establece una adecuada comunicación, y se comunica al paciente y a su familia sobre la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como la posibilidad de las complicaciones que puedan surgir. Es decir, se aclara toda duda o temor que tenga el paciente; además, se plantean las diferentes alternativas para que juntos puedan adoptar la mejor decisión. Este modelo es clave para resaltar la autonomía, libertad y valoración del paciente según lo que quiere y espera para recuperar su salud, todo ello bajo la guía constante del médico tratante.

Modelo personalista. Aquí trata al paciente como el eje fundamental de la razón de ser del acto médico, basado en una confianza mutua, donde tanto los médicos como los pacientes buscan este bien juntos. Este modelo se desarrolla dentro del ámbito del respeto y confianza mutua, lo que incluye mantener al paciente informado y participar en la toma de decisiones. Este modelo pone a los pacientes y a los médicos en el núcleo de la concepción de la persona humana.

Modelo de primacía de la autonomía. En parte, este modelo atina a categorizar la autonomía del paciente; el cual nace como respuesta a una reacción de los estereotipos patriarcales costumbrista y a las exuberancias de cierta presunción entre los médicos. En su concepto más radical, sostiene que los médicos deben hacer lo que el paciente crea que es bueno para su salud, haciendo que la salud del paciente se vuelve subjetiva, y que los beneficios objetivos no se consideren en el contexto de la salud y la vida del paciente. Aquí, los intereses del paciente, su salud y su vida, en lugar de ser vistos como un beneficio objetivo por el que tanto él como el médico se esfuerzan, se convierten en una prioridad subjetiva del paciente que el médico debe admitir y perseguir. Por tanto, los médicos pueden verse obligados a realizar acciones que van en contra del acto médico.

A la luz de lo expuesto, los autores consideran que el modelo deliberativo es el que mejor se ajusta a una relación ideal subrayando que un médico humanista en el curso de su quehacer profesional debe ser no solamente un agente con capacidad científica y técnica en su disciplina, sino también una persona capaz de establecer una relación interpersonal que respete la dignidad de la persona humana y sus valores, y con quien pueda (vía el diálogo transubjetivo) hacer posible se tome una decisión que mejor se adecúe a los sistemas de valores en juego (Mendoza, A., 2017).

En este sentido, todo profesional de la salud y de manera especial los profesionales médicos deben conocer y familiarizarse con todos los modelos existentes que involucren una adecuada RMP, con el objetivo de pesquisar y resaltar las bondades de cada tipo de RMP pueda ofrecer, y así poder finalmente adquirir un modelo ejemplar que conlleve mejorar la RMP. de esta forma la relación entre la persona que cursa con un problema de salud y el médico se realice en forma cordial y apegada a los principios bioéticos elementales, todo esto en beneficio del paciente enfermo (Chuck, J., 2011).

Por lo tanto, de todos los modelos descritos, para el estudio de la presente investigación, se considerarán el modelo deliberativo, el modelo de responsabilidad compartida y el modelo personalista; los cuales serán la base fundamental para plantear un adecuado modelo de atención para optimizar la RMP desde la perspectiva de la bioética personalista, por ser modelos que no solo facilitan la participación activa y autónoma de ambas partes sino que fortalece un vínculo especial de comprensión y confianza.

2.2.3 Deshumanización de la relación médico-paciente. En lo que va del presente siglo, es bien sabido que se ha producido un proceso de deshumanización en la sociedad y por ende, en la práctica médica; la cual muchas veces es caracterizada por la pérdida de principios, valores, actitudes y normas éticas por parte del profesional médico, así como del paciente.

Este asunto ha calado a nivel internacional. Hernández, M. (2013), en su estudio sobre humanismo y la RMP refiere que evidentemente:

“(…) existe una deuda con la formación humanística, que dificulta la adquisición de las necesarias habilidades comunicativas para interactuar adecuadamente con el paciente y su entorno, además de limitar la capacidad para comprender el proceso salud-enfermedad en su multidimensionalidad, lo cual impacta de manera desfavorable en la calidad de la práctica asistencial diaria”. (p.255).

Así mismo, para González, R. (2006), citado por Hernández, M. (2013), el concepto de ser humano evolucionó hasta que finalmente el ser humano fue visto como un conjunto de órganos, y surgiendo la crisis del humanismo médico, extendiéndose a las súper especialidades, obteniendo así relaciones profesionales impersonales y fragmentadas; convirtiendo a un médico supertécnico, deshumanizado y en antítesis del médico familiar.

Partiendo del estudio de Elío, D. (2016), donde destaca la importancia del humanismo médico como forma de vida que valora y enfatiza el bienestar del individuo, afirmando el dogma de que cada persona tiene una dignidad especial y por tanto no puede ser utilizada como un medio ni reducida a una herramienta, en lugar de ser esclavizados y explotados por otros, facilitando la creación de valores y normas que protejan esta dignidad. Aquí la pérdida de humanidad médica es vista como una pérdida de valor para un grupo de médicos y otros profesionales asistenciales; es decir para la sociedad en su conjunto, en la que existen muchos conflictos de intereses cuya resolución sólo puede visibilizarse a través de la vía individual y colectiva que dirija estas preocupaciones hacia el bienestar humano e incluso al bienestar del medio ambiente, en una visión holística, integral y transformadora.

En este sentido para Mezzich, J. (2019) en la Declaración de Lima sobre Desarrollo Latinoamericano para una Medicina Centrada en la Persona: Del Concepto a la Acción, recomienda identificar y abordar de manera estratégica los factores que contribuyen metódicamente a la deshumanización de la medicina y al desperdicio de sus logros científicos. Entre este abanico de problemas y oportunidades perdidas debilitan considerablemente la

RMP, así como el tiempo insuficiente y burocratización de las visitas clínicas, desarrollo imprudente de las facultades de medicina, comercialización y atención médica superespecializada.

Ávila, J. (2017), hace referencia a la deshumanización como la pérdida del potencial humano real axiológico, rodeado por el poder de la tecnología y la ciencia, es parte del desarrollo de la enseñanza y la práctica médica; donde conceptos como economía, eficiencia, gestión y adquisiciones se utilizan día a día; toda vez que esta problemática muchas veces se inicia en la formación del estudiante y termina en la implementación del acto médico (la práctica médica), repercutiendo de esta manera en la RMP y en la desarticulación de la razón de ser de la medicina, dando como resultado la deshumanización del acto médico; los cuales finalmente darán como resultado la intrincación de la práctica médica moderna, la especialización y la fragmentación del conocimiento, repercutiendo de esta manera negativamente en la RMP.

Por otro lado, siguiendo a Numa, E. (2021), podemos añadir que el transhumanismo (palabra acuñada en 1957 por Julián Sorrel Huxley, donde postula que a través de la tecnología y la ciencia los seres humanos deben mejorarse), sin duda alguna repercute en la RMP, toda vez que actualmente vivimos sumergidos en una tecnología que cada día invade nuestras vidas, la cual muchas veces falta a los parámetros morales e intenta sustituir la consulta médica por aplicaciones para *smartphones*. Es decir, que aparte de que no solo nos invade, sino que nos hemos dejado invadir, le hemos transferido a los instrumentos mecánicos (*smartphones*) atributos inherentes de la potencia intelectual del ser humano (“inteligente”); permitiendo a los transhumanistas lograr un “optimismo tecnológico”, conllevando a extremar la confianza en los nuevos dispositivos sin temor a que esta situación conduzca a la culminación de los principios morales y valores universales; vulnerando el conducto regular, donde la moral se expresa en las personas y no en las máquinas.

Es relevante mencionar que los avances tecnológicos y científicos de la medicina hayan repercutido negativamente en la RMP y por ende en la deshumanización de la medicina. Por ejemplo, Casanova, J. (2015), advierte que la innovación y la alta tecnología incorporada a la

medicina significan un adelanto considerable, la cual debería prevenir el riesgo de deshumanizarse y desvirtuarse. En este sentido, es necesaria la medicina basada en evidencias, pero como complemento a la experiencia del facultativo; toda vez que cada enfermo es diferente, y por ende, no se debe estandarizar; lo mismo ocurre con las guías de manejo (información que por la rutina se pueden olvidar). Por lo tanto, el médico debe ser ordenado y ético, toda vez que “no existen enfermedades sino enfermos”.

En este contexto, Numa, E. (2021) resalta la importancia de la RMP al referirse que “la clínica es soberana” y, por ende, nada puede reemplazar el “ver, tocar y escuchar” del arte médico, la cual solo puede ser consolidada en la consulta presencial. Hoy en día la esencia de la medicina se centra en lo tecnológico, creyendo que la "máquina" es la que resolverá todas las dificultades más complejas del cuerpo e inclusive del alma del sufriente; en ese sentido, la comunicación entre pacientes y médicos se ve cada vez más dificultada debido a la intervención de la inteligencia artificial, evadiendo de esta manera todo contacto físico y, por ende, perdiendo de vista la precepción sentimental de la persona como tal.

Así mismo, Sánchez, P. y Contreras, Y. (2014) refiere que la combinación de la práctica médica con la ciencia y la tecnología de hoy, están distanciadas del paciente, las cuales carecen de sólidos conocimientos y valores, lo cual no solo repercute significativamente en la solución de las necesidades del enfermo y, por ende, en una mala RMP, la cual facilita los errores médicos, iatrogenia, infracciones y, consecuentemente, falta a la ética y deontología médica.

Otro factor que interviene en la deshumanización de la medicina es el hecho de la proliferación de especialidades y subespecialidades médicas, en respuesta al crecimiento científico de la medicina; sin embargo, trae consigo algunas consecuencias desfavorables. Por ejemplo, para Peña, S. (2011), la especialización en la medicina no debería derrochar la complejidad e integridad de la persona, sino que estas deben ser bien aprovechadas por un sentido de reconocimiento y realidad de las limitaciones del profesional médico frente a las heterogéneas patologías cambiantes. Por otro lado, Casanova, J. (2015), refiere que la visión conjunta del paciente es prioritaria, siendo que muchas veces los especialistas a menudo valoran solo su propia experiencia, restando importancia a la visión general del paciente.

Otra forma de entender la deshumanización de la medicina es a nivel del sistema de salud, con el que actualmente contamos. Por ejemplo, Casanova, J. (2015) refiere que muchas veces los trámites burocráticos de los sistemas de salud contribuyen al deterioro de la RMP, conllevando a la decepción de los pacientes, donde la separación de citas para consultas externas y sobre todo para intervenciones quirúrgicas son muy extensas; en este sentido para reevaluar a paciente el sistema no permite plazos cortos en el momento conveniente y por lo tanto, obligan al paciente a retomar o iniciar la consulta en otro establecimiento, donde muchas veces no hay especialista, o en lo peor de los casos lo abandonan por falta de recursos económicos.

En este sentido valga resaltar también que existen otros factores asociados a la deshumanización de la medicina, como por ejemplo la infraestructura inadecuada de la consulta médica, la cual cada vez ha sido reemplazada por un espacio físico reducido, insalubre e inseguro, generando un ambiente inapropiado donde el acto médico se vea en desventaja.

Siguiendo la exposición de Cipriani, E. (2018), donde relata que en la RMP también interviene la sociedad, la cual premia con su confianza absoluta a los conocimientos del médico, entregándonos su consentimiento para actuar profesionalmente; con una retribución no solo científica y social, sino también moral. Sin embargo, en este escenario, la RMP está asediada por numerosas variables de influencia, tales como se representa en el siguiente gráfico:

Gráfico 1
Relación Médico-Paciente-Sociedad



Nota. Tomado de: Cipriani, E. (2018).

De igual forma, el autor considera que no existe una relación entre solo dos personas (médico y paciente), la complejidad de la relación que debería ser privada, por respeto al paciente, actualmente está regulada, controlada y automatizada. En otras palabras, sea público.

A esto se suma la actual situación del propio acto médico por parte de los facultativos, los cuales al carecer de principios, valores, actitudes y prácticas que dignifiquen el acto médico, dan como resultado una medicina deshumanizada; donde la falta de pulcritud o pudor hacia el paciente, generan cada vez más un alejamiento significativo de la RMP, creando un escenario de desconfianza y, consiguientemente, una medicina defensiva.

2.2.4 Dificultades comunicacionales en la relación médico-paciente. En el actual mundo globalizado, donde los avances tecnológicos como la inteligencia artificial en la ciencia médica, no solo ha desplazado la presencialidad y la corporeidad de los involucrados, sino que también ha limitado el tiempo de la consulta médica, desfavorecido las habilidades comunicacionales cara a cara y por ende ha mermado la RMP.

Para Montaner, M. (s.f.), las carencias comunicativas favorecen significativamente el engrose de cifras de abandono o incumplimiento terapéutico, de problemas relacionados con la medicación, etc.; por lo tanto, todo ello pierde valor cuando no “se conecta” con el paciente,

cuando no se tiene un bagaje formativo en el arte de comunicar, toda vez que las habilidades comunicacionales son trascendentales para optimizar la RMP.

En este sentido, para Moore, P. y Gómez, G. (2007), citado por Chancay, A., Suarez, J. y López, R. (2017), el éxito de la entrevista clínica dependerá de la calidad de la comunicación entre médico y paciente; donde las habilidades de comunicación efectiva son parte de ser un buen médico, logrando mejorar la precisión del diagnóstico, la eficacia en el cumplimiento del tratamiento y el apoyo al paciente. Por lo tanto, la buena comunicación efectiva suscita la colaboración recíproca entre el paciente y el médico.

Sin embargo, existen factores que hacen que la comunicación entre el médico y el paciente sea cada vez más dificultosa, como por ejemplo el corto tiempo dedicado a la consulta médica, el número exacerbado de atenciones, la teleconsulta o telemedicina. En este sentido, Casanova, J. (2015), sostiene que el facultativo debe tomarse el tiempo necesario para conversar detenidamente con su paciente; dedicándole el tiempo necesario como para mantener una adecuada RMP. Sin embargo, desafortunadamente hoy en día, el tiempo consagrado a la atención médica llega a ser en la mayoría de los casos muy corto y a veces reemplazado por la tecnología sin mediar palabra alguna.

Otro aspecto a considerar es el contexto sociocultural en el que se desenvuelve la comunicación, por ejemplo, para Rogers, C. (2003) citado por Chancay, A., Suarez, J. y López, R. (2017), existen tres elementos que facilitan la comunicación con personas que provienen de una cultura o entorno diferente al nuestro: que sean honestas, cálidas y empáticas, y que demuestren una cualidad positiva en las relaciones interpersonales, porque lo importante de esta palabra puede variar dependiendo del contexto sociocultural.

La comunicación del emisor (del médico) aparte de ser clara, estar bien organizada, manejar el tiempo, etc., debe estar perennemente al pendiente de la comunicación que recoge del receptor (el paciente), que de forma no verbal o verbal está enviando señales, no siempre obvias, para que se le clarifique lo mencionado y solicitar apoyo emocional, deberá observar

si levanta obstáculos que entorpecen la relación y la comprensión de la enfermedad y su tratamiento (Brown, F. y Bylund, L., 2008, citados por Chancay, A., Suarez, J. y López, R., 2017).

Chancay, A., Suarez, J. y López, R. (2017), en su estudio de investigación sobre la comunicación en la RMP, desarrollan los siguientes tipos de comunicación:

Comunicación oral o verbal. Donde la conversación no es sólo un murmullo sino también un intercambio de ideas e información. Todos los días compartimos nuestros pensamientos, hacemos y respondemos preguntas. Hacer preguntas es una habilidad de salud esencial.

Comunicación paraverbal. Aquí interviene la calidad de la voz, el sonido alto o bajo, el volumen, la entonación y el estilo de hablar (extraño, influenciado por otro idioma, etc.).

Comunicación no verbal. Definido como el proceso de comunicación con un destinatario a través de señales (ordinariamente visuales), incluidos tacto, gestos, postura o lenguaje corporal, contacto visual y expresiones faciales. Incluye tres elementos: a) las características físicas del interlocutor b) el comportamiento del comunicador durante la interacción y c) el entorno, que se refiere a las condiciones en las que se produce la comunicación.

Comunicación escrita. Al igual que la comunicación verbal, este tipo de comunicación contiene elementos no verbales, expresados por la disposición espacial de las palabras, el estilo de escritura y su disposición en la página. La comunicación electrónica entre médicos y pacientes se introduce cada vez con más frecuencia.

La escucha activa. Indispensable en la comunicación entre el médico y el paciente. La cual se describen y resumen por los comunicólogos Wolvin y Coakley (1995), de la siguiente manera:

Escucha discriminativa, en el que el receptor pretende diferenciar entre estímulos visuales y auditivos. En este nivel, el destinatario evalúa rápidamente el problema.

Escucha comprensiva, cuando se intenta comprender un mensaje para recordar mensajes anteriores o guardarlos para futuras interacciones. Por ejemplo, escuchar la radio o asistir a una conferencia prestando atención a hechos importantes para comprender el mensaje recibido.

Escucha terapéutica, cuando se escucha para ofrecer ayuda, apoyo y empatía a la persona con la que quieres hablar. Un paradigma es un paciente preocupado que acude a consulta.

Escucha crítica, para evaluar el propósito del mensaje, el remitente intenta influir y persuadir en las opiniones, acciones o creencias del receptor. Por ejemplo, un paciente quiere convencer de que no necesita tomar medicación.

Escucha apreciativa, se requiere que el receptor distinga las señales auditivas y visuales del mensaje, comprenderlo, procesar y apreciar el contenido para así poder responder. Por ejemplo, cuando se escucha música relajante con propósito terapéutico.

Por lo tanto, al hablar de las dificultades comunicacionales en la RMP, es indispensable considerar que, entre sus múltiples consecuencias, es finalmente la insatisfacción de la atención médica bidimensional (médico y paciente), la que conlleva a deteriorar consecutivamente la RMP. En este sentido, para Camarena, E., Hernández, F. y Fajardo, G. (2011), la comunicación

entre estos dos actores tiene un significado y una importancia que es necesario analizar y comprender; porque la RMP tiene innumerables variables, muchas de las cuales están incrustadas en fenómenos como la personalidad del médico o la personalidad del paciente.

Ahora bien, al ser la comunicación en medicina una realidad compleja, donde los escenarios al momento de comunicar son distintos, sobre todo cuando el médico no tiene la capacidad para comunicar malas noticias. En este sentido, Camarena, E., Hernández, F. y Fajardo G. (2011), destacan una serie de fenómenos emocionales que influyen en la forma de cómo se emite la comunicación; donde los canales pueden ser distorsionados en el propio proceso comunicativo. Por ejemplo, si el receptor (paciente) espera una respuesta que percibe como consistente con sus expectativas positivas sobre la naturaleza de su condición, pero el emisor (médico) no comunica lo que el paciente esperaba (incluso si el mensaje es válido acorde al diagnóstico nosológico de validez científica); este último pueden distorsionar el contenido del mensaje, negándolo o descartándolo como creíble. Por lo tanto, a medida que la naturaleza del padecimiento es más grave, se incrementará el nivel de negación emocional del paciente, produciendo una mayor distorsión de la comunicación y por ende afectará considerablemente la RMP.

Cabe resaltar que las dificultades comunicacionales no son solo un problema del acto médico en sí, sino que también tiene su origen en la cada vez más precaria formación médica que reciben los estudiantes de medicina; es decir, que estas dificultades comunicativas, lamentablemente, empiezan a instalarse desde el inicio de la carrera, se mantienen en la cursada de formación, agudizándose significativamente en la práctica clínica y por ende repercutiendo posteriormente en la consulta médica del profesional “ya formado”. Es por ello que nos damos cuenta de que para mejorar las dificultades comunicativas que hoy en día existen entre el médico y el paciente, es imprescindible que se desarrollen habilidades comunicacionales que optimicen la RMP, las cuales se desarrollarán más adelante, desde el enfoque de la bioética personalista.

2.2.5. Perspectiva de la bioética personalista.

2.2.5.1. El personalismo y bioética personalista, autores principales. Se entiende como personalismo a una filosofía originada en la prístina mitad del siglo XX, que se singulariza por colocar en el centro de su deliberación y de su organización conceptual a la persona como tal. Si bien es cierto, se consolidó en Francia, pero estuvo fundamentada por múltiples fuentes y adquirió posteriormente una importancia notable en gran parte del continente europeo, la cual tuvo una influencia considerable en acontecimientos históricos como las constituciones europeas posteriores a la Segunda Guerra Mundial, la Declaración de los Derechos Humanos por parte de la ONU, el Concilio Vaticano II, entre otras. Es así que, en nuestra actual generación, donde existe una crisis ideológica se hace cada vez más apremiante la necesidad de contar con una antropología que proporcione una visión integral, armónica y profunda del hombre, donde se considere la presente corriente filosófica personalista, la cual parece estar en condiciones de ofrecer esa visión tan necesaria (Burgos, J., 2012a).

Para Serrano, J. (1993), citado por Santiesteban, H. (2006), en el movimiento personalista donde la acción y el pensamiento confirman que sobre todas las cosas (necesidades materiales) está la superioridad de la persona humana. Esto significa que las personas son valiosas solo por sí mismas y no por nada más; es la única entidad tangible que no entra en la categoría de bienes o herramientas utilitarios.

En este sentido, es necesario clarificar los rasgos estructurales de esta corriente filosófica. Siguiendo a Burgos, J. (2013a), quien afirma que, desde una perspectiva estructural, el personalismo que centra a la persona de manera universal, no solo “incluye” a la persona, sino que también utiliza esta noción como arquitectura angular de su antropología. Aunque esto pueda parecer sorprendente, solo sucedió en el siglo XX, porque la filosofía moderna se centra más en conceptos como conciencia y yo, substancia, mientras que la escolástica se centra más en conceptos como substancia. Asimismo, se deben utilizar categorías personalistas, desarrolladas directamente para sujeto-persona y no para cosas que reflejen plenamente su especificidad.

Continuando la línea de estudio de Burgos, J. (2013b), y desde el punto de vista temático, el personalismo presenta los siguientes contenidos específicos:

Del qué al quién: Afirma que el hombre no es un objeto, ni siquiera algo similar a la naturaleza. Es un sujeto personal único e irrepetible, es decir, un quién.

Las relaciones interpersonales: como la dialogicidad del mundo, aquí, la aportación plena del personalismo sobre la filosofía del diálogo como relevancia de las relaciones interpersonales, resulta ser esencial en la filosofía aristotélica y sobre todo cuando nos referimos a la relación interpersonal, como “el complejo, profundo y apasionante proceso descrito por Buber que hace interactuar al Yo frente al Tú”.

Estructura tridimensional de la persona: es decir, para un juicio adecuado del ser humano es necesario pasar a una estructura más compleja, superando la distinción alma-cuerpo, tripartita, que acceda a exponer mucho mejor las particularidades del ser personal. Estas tres dimensiones son cuerpo, psique y espíritu.

Carácter autónomo, originario y estructural de la afectividad: En esta línea, las propuestas personalistas de Von Hildebrand y Scheler estiman que la afectividad es una estructura esencial, originaria y autónoma de la persona, y que posee una dimensión espiritual en algunos aspectos.

Primacía de la libertad y el amor: Aquí se afirma que el personalismo otorga el inmenso denuedo a la dimensión voluntaria o, en términos de fortalezas, al corazón y la libertad. Un enfoque que conduce a una reevaluación de la acción, examinando la diversidad en la que se desarrolla la actividad humana y abordando la creciente estimulación de los procesos cognitivos.

Corporeidad y sexualidad: Este es otro elemento característico del personalismo, donde el acercamiento fenomenológico del cuerpo humano y la articulación

integral de la persona le admite revelar la diversidad de tonalidades y la categoría que tienen todos los aspectos corporales. Es así como la corporalidad se abre el camino a consideraciones sobre la sexualidad, conduciendo a otro tema importante: la dualidad entre hombres y mujeres, una verdad obvia, pero que solo se refleja en la filosofía muy tardía.

Además, valga la consideración de otros rasgos característicos como la relevancia de la subjetividad, el carácter narrativo de la persona, etc.

En definitiva, para Burgos, J. (2013a),

“(…) como conclusión de todo lo dicho hasta el momento. Afirmamos que el contenido antropológico y ético del personalismo es lo suficientemente poderoso para sostener una corriente bioética. Por tanto, la bioética personalista, en sentido estricto, será la que se haga partiendo de las premisas filosóficas propuestas por el personalismo bien empleando la sistematización del personalismo ontológico moderno o bien de cualquier otro modo”. (p. 25).

Es así como la filosofía personalista ha logrado alcanzar y formar parte de la bioética, la cual ha sido bien desarrollada por Elio Sgreccia en su *Manuale di Bioetica* de 1994. De este modo, la bioética personalista, construida del personalismo, ha logrado formar parte de otros enfoques bioéticos, como la utilitarista, principialista, bioética de las virtudes, bioética del cuidado, entre otras; logrando trepar considerablemente de tal manera que, García, J. (2013), precisa que la bioética personalista como cumbre de la creación, eje y centro de la vida social tiene por objetivo desarrollar del bien integral de la persona humana.

En este sentido, para Burgos, J. (2013a), quien ha investigado con más precisión la perspectiva de la bioética personalista es el autor Elio Sgreccia, mediante sus presupuestos éticos y antropológicos en el marco personalista. Es decir, 1) la persona es tomada como una concepción estructural de su antropología y, desarrollando así temas personalistas como los valores, la subjetividad, la radical diferencia entre el hombre y los seres humanos, la

corporalidad, entre otros; 2) considera a la ley natural o la sustancia como dificultades antropológicas que presentan algunas enunciaciones de origen metafísico; 3) considera como representante por excelencia de la tradición realista a Tomás de Aquino, y autores personalistas como Marcel, Scheler, Maritain, Hildebrand, entre otros; y 4) define, muy concisamente, tres tipos de personalismo: el personalismo ontológico, el hermenéutico y el relacional.

Por lo tanto, De Velazco, J. (2003), citado por Lugo, E. (2011), sostiene que:

“La Bioética personalista considera el valor de la vida humana como bien primario y fundamental. Supone un tipo de reflexión en la que, sin suprimir las normas, lo que pretende es una congruencia de vida que no se desatiende el elemento de la ética, tal como lo plantea la tradición aristotélica, es decir, la felicidad, el bien y la virtud”. (p. 63).

En este sentido, para Lugo, E. (2011)

“La Bioética personalista se distingue por una potente estructura de defensa de la persona humana. La unión entre una Bioética respetuosa de la vida y una Antropología que se funda en el concepto de persona y en su superioridad ontológica y estructural sobre los animales y las cosas, permite crear una estructura intelectual poderosa para defender la vida humana desde su inicio hasta su muerte”. (p. 63).

Siendo que la medicina se enfoca en los aspectos más fundamentales de la condición humana (como el nacimiento, la vida, la salud, la integridad psicológica, el funcionamiento físico, la vulnerabilidad, la pérdida y la muerte), la bioética personalista, expresada en un contexto clínico adquiere gran relevancia, ya que se centra en las dimensiones morales de la práctica clínica y las exigencias y problemas morales que puedan surgir en el cuidado de los pacientes (Lugo, E., 2011).

Por lo tanto, la incorporación de la bioética personalista enmarcada en la RMP ayudaría a revalorar a la persona (paciente) como tal, abordando sus conceptos antropológicos y

ontológicos como para tomar conocimiento de lo relevante de la defensa de la dignidad humana, basado en los conceptos de corporalidad, identidad personal, yo y persona.

2.2.5.2. Dimensiones de la persona humana. Respecto a las distintas esferas que rodean la existencia del hombre, es necesario considerar aquellas dimensiones que conforman la complejidad del ser humano, toda vez que cada una propone una perspectiva propia de este.

Por ejemplo, Aristóteles define al hombre como sustancia, es decir, como la existencia en sí mismo e independiente de otros entes. Ser es el acto de la sustancia individual, es decir, del existir, y a partir de este acto se originan los demás actos secundarios de la persona (Sgreccia, E., 2009).

Para Piñas, A. (2015), Pedro Laín Entralgo, notable médico psiquiatra, fiel exponente del personalismo y separándose de una psicología clínica o experimental, ofrece una aproximación al discernimiento del alma humana que no reduzca a la persona a un objeto, sino que la considere como un sujeto personal.

En palabras de Zubiri, citado por Castilla, B. (2015) “no todo lo que hay en el individuo es individual, sino que hay en él cosas que le son superiores” (p. 91). La persona es apertura por su libertad, su inteligencia, por su capacidad de amar y por su comunicación. Esta apertura modifica a la persona estructuralmente. Además, la autora remarca que la apertura de la persona hacia los demás forma parte constitutiva de sí misma; por lo tanto, la persona no se puede contemplar únicamente como una realidad asilada o desde su autopropiedad, sino como un contexto abierto a otros seres.

El concepto de persona está estrechamente vinculado al concepto de valor y dignidad. Se refiere a una entidad que tiene un fin en sí misma y le permite gozar de integridad y derechos fundamentales. Santo Tomás define a la persona como “ser racional, pues ejerce actos racionales (pensar, hablar, etc.) pero además su ser es espiritual”, lo cual se refiere a la capacidad que tiene de desarrollar ideas abstractas e inmateriales que le permiten hacer juicios

y razonamientos (Porter, K., 2015). En este sentido, el valor de la persona no le permite ser medio o instrumento para otro (Álvarez, T., 2015).

La persona no es solo una individualidad biológica con una personalidad, sino que es un sujeto ético y jurídico; es decir, persona de hecho (de carne y hueso con sensibilidad, voluntad, razón y libertad) y persona de derecho (unidad vivida en nosotros, en sentido ético) (Torrealba, 2005).

El ser humano es una persona, es decir una unidad entre cuerpo y alma; por lo tanto, la persona es un todo e irrepetible en virtud del material que crea, y no es solo un fragmento. En este sentido, el individuo humano es corpóreo, lo que es esencial para ser persona, que la caracteriza y con el cual le es posible expresarse mediante el lenguaje corporal (Lucas, R., 2010).

Así mismo, los derechos humanos, al ser parte de uno de los principios de la bioética, constituyen una columna esencial en el trato con los pacientes. El 10 de diciembre, la Asamblea General de la ONU al aprobar la Declaración Universal de los Derechos Humanos, para filósofos del derecho como Norberto Bobbio, afirma que es una de las mayores contribuciones de la ética al derecho y es una síntesis de todos los reclamos y demandas que la humanidad ha hecho a lo largo de la historia. En ese sentido, en el fondo de tales derechos subyacen los principios de autonomía, justicia y solidaridad, y un reconocimiento prioritario al valor de la dignidad humana. Por ello no es de extrañar que el 19 de octubre del 2005, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) emitiera su Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, que proporciona un marco universal de principios y procedimientos que orienten a los Estados en la formulación de leyes, políticas y otros instrumentos en el ámbito de la bioética (Mendoza, A., 2017).

Para Camps, V. (2003), citado por Mendoza, A. (2017), refiere que, persona es el ser que se pertenece a sí mismo, que no puede reducirse a nada más que a sí mismo como un objeto

puro, añadiendo que esta pertenencia a sí mismo es el corazón de la libertad (o autonomía) y la conciencia, que ve la libertad sólo como una limitación del otro.

2.2.5.3. Dignidad y respeto de la persona. Desde un lenguaje común entendemos por dignidad en referencia a un merecimiento otorgado o valor inherente de cada ser humano, solo por el simple hecho de serlo, toda vez que es un ser dotado de plena libertad.

La noción de dignidad tiene una larga historia en el pensamiento occidental, pues los filósofos griegos como Platón y posteriormente Aristóteles ya se referían a la dignidad del *anthropos* (hombre), fundamentándose en la idea del alma racional, refiriéndose al alma como psique, la cual es superior a la de los otros seres y lo hace más digno de consideración y respeto (Torrealba, 2005).

Para Seifert, J. (2002), la auténtica existencia y naturaleza de la persona da término a la dignidad ontológica, que pertenece solo a aquellos seres dotados de una naturaleza que les consiente poseer principios de comprensión, libertad de acción, ética de conciencia, acciones religiosas, etc. (en resumen, persona). Aunque esta dignidad está arraigada en la naturaleza y la existencia personal, la cual pertenece tan estrechamente al hombre que no solo deriva de las características que lo distinguen, sino que es en sí misma una característica destacada de esta naturaleza. Por lo tanto, distingue a las personas de otros seres vivos y, por ende, se contiene en los axiomas axiológicos de la persona.

Para Soberanes, L. y Habermas, J. (2000), citados por Mendoza, A. (2017), sostienen que una de las ideas más fuertes que la corriente secular moderna ha extraído de los sentimientos religiosos es la dignidad humana, y su esencia básica reside en la afirmación de que los seres humanos tienen un valor intrínseco y no pueden ser refutados, lo que significa que el hombre, por su propia existencia, es único y por lo tanto merece respeto incondicional.

Desde el punto de vista de la bioética personalista, el médico como figura rectora de la RMP debe reconocer primero al paciente como persona, su individualidad y su dignidad, su historia como ser social y brindarle la confianza y el cuidado que merita su condición como persona humana portadora de un valor absoluto, la dignidad (Tasis, M. y col., 2018).

Para Laín, P. (1964), la RMP, presentaría tres contextos básicos: sentir como enfermo, saber ponerse en el lugar de otro y disponer ayuda al enfermo cuando afronta las dificultades en su salud. Por ello a juicio del autor es preciso reflexionar en la siguiente interrogante: ¿nos conducirán los avances tecnológicos a una medicina que haga inútil la relación directa entre el médico y el paciente? Como respuesta, dicho autor refiere que no; toda vez que la tendencia a la enfermedad y a la enfermedad misma pertenece a la condición humana y por tanto a la existencia terrenal del hombre; asimismo asegura certeramente de que cuando una persona está enferma casi siempre necesitará la ayuda y asistencia del médico, el cual finalmente demostrará empatía, humanismo y compromiso.

Tasis, M. y col. (2018), proponen que la bioética personalista respeta la vida humana en todas sus expresiones, es decir, desde la concepción (fecundación) hasta el último momento de su existencia (muerte cerebral completa), basada en la visión del ser humano como sujeto moral y jurídico. Esto significa que el individuo, es respetado (moralmente) y protegido (legalmente): así, la persona se convierte en un filtro que nos permite determinar la legalidad o ilegalidad de interferir en la vida (es decir, todo lo que es legal no hace daño a esa persona, todo lo que la oprima o perjudique es ilegal).

Para Pereira, A. y Pereira, C. (2014), la dignidad humana presupone el deber de respeto, que excluye específicamente el tratamiento de los demás como objetos y, en general, las relaciones de dominación son altamente asimétricas, porque en ellas no se cumple la mencionada igualdad ontológica (históricamente los millones de esclavos que no fueron tratados como cosas, sin embargo, la esclavitud es de raíz incompatible con la dignidad).

Buber, M. (1995), citado por Vilarroig, J. (2015), aborda el tema desde la perspectiva personalista, destacando a autores personalistas como Marcel, G. o Mounier, E., los cuales escribieron sobre la dignidad y se opusieron a diversos totalitarismos políticos que intentaban oprimir al individuo, sacrificándolo por la raza o por la sociedad, olvidando en ambos casos la dignidad inherente a cada persona humana; como las personas y las cosas son dos realidades completamente diferentes, es imposible verlas desde la misma perspectiva.

Por ello, la bioética personalista promueve la relevancia de reconstruir la dignidad y el respeto de la persona humana. En este sentido, Gómez, N. (2009), resalta la importancia de los ensayos personalistas para lograr este objetivo de reconstruir la persona; toda vez que, si se mira desde la perspectiva de una cultura hedonista y materialista, deconstruye a la persona, dividiéndola de tal manera que esta pierde el sentido de que en definitiva es un ser unitario y está llamado a la autonomía y a la contribución desinteresada a los demás. Por lo tanto, la reconstrucción de la persona puede recrear la cultura y la sociedad, porque el verdadero progreso es el impulso humano que mueve a los hombres hacia las cosas verdaderamente humanas.

En este sentido, para Vilarroig, J. (2015), la dignidad ontológica de la persona reside en su propio ser desde el momento mismo de su existencia como ser humano. Es decir, se denomina dignidad ontológica porque es inherente al ser humano. Esta dignidad ontológica no puede aumentar ni disminuir y no depende ni de la voluntad humana, ni del consenso, ni de su reconocimiento, sino únicamente de la existencia humana. Dicho autor, resume lo antedicho en los siguientes principios:

Principios que pertenecen a la dignidad ontológica:

- ✓ Donde todo ser humano tiene la misma dignidad.
- ✓ Nadie tiene la facultad de conceder ni eliminar esta dignidad personal.
- ✓ Por lo tanto, esta dignidad no es susceptible de acrecentamiento o depreciación.

Principios relativos a la dignidad moral:

- ✓ Según sus actos, todo ser humano se va haciendo más o menos digno.

- ✓ La dignidad moral depende del reconocimiento de los otros, al menos en su *ratio cognoscendi*.
- ✓ Por lo tanto, esta dignidad es susceptible de disminución o incremento.

En este sentido, el presente trabajo de investigación propicia ser un impulso hacia ese progreso de la RMP desde el enfoque de la bioética personalista y, logrando un escenario que enmarque un camino hacia nuevos descubrimientos humanizadores en pro de una medicina digna para todos.

2.2.5.4. La persona y sus relaciones interpersonales. A medida que las personas cambian en las diferentes etapas de sus vidas, sus relaciones interpersonales también cambian. Estos cambios pueden darse tanto en su alcance, como en sus motivos y por tanto en su contenido. Estos cambios son naturales y necesarios. Las personas que exhiben comportamientos en las relaciones interpersonales que no corresponden con su edad biológica ciertamente exhiban algunos cambios en el crecimiento y desarrollo personal y otras áreas de integración social (Méndez, I. y Ryszard, M., 2005).

Como personas, somos criaturas relacionales. No tenemos significado y no podemos entendernos fuera de las relaciones personales. Biológicamente, somos producto de nuestras relaciones interpersonales con nuestros progenitores y, desde nuestra constitución psicológica, también somos producto de innumerables corrientes de interacciones interpersonales. Nuestro modo de ser, lo que somos hoy de hecho y lo que seremos mañana, es inseparable del marco de las relaciones interpersonales, siendo su estructura más elemental la relación persona-persona. (Burgos, J. 2013a).

Méndez, I. y Ryszard, M. (2005), sostienen que muchas necesidades humanas solo pueden satisfacerse mediante respuestas positivas de otros individuos. Para la autorrealización de una persona, las relaciones interpersonales se consideran esenciales y necesarias porque le permiten compensar sus necesidades. Por tanto, se puede argumentar que sin la participación de los demás, la autorrealización humana es imposible. El prefijo "solo" no significa que una

persona sea capaz de ser independiente, sino que por su autoconciencia entendemos el proceso del que es sujeto.

Cuando se trata de relaciones, la percepción de uno mismo y de los demás es muy importante; en donde la plena confianza nos ayuda a mantenernos en apertura y predispuestos a relacionarnos con las demás personas, adoptando habilidades comunicacionales necesarias para lograr comunicarse en diferentes niveles (Rogers, C., 1985, citado por Méndez, I. y Ryszard, M., 2005).

Burgos, J. (2013b), refiere que lo esencial de la racionalidad de la persona humana, reside en la filosofía del diálogo, porque es la principal responsable de la interpersonalidad. En este sentido, destaca la relevancia conceptual y antropológica de la relación Yo-Tú, de Ferdinand Ebner, enfatizando la esencial relacionalidad de la persona humana; y la de Martín Buber, donde se toma conciencia de la importancia de la relación interpersonal, superando la relación yo-ello, es decir persona-objeto, por la relación yo-tú donde predomina la persona-persona; siendo este último la constatación de la importancia central de la relación para una existencia personal significativa y para el autoconocimiento.

Es así como, al tratar la centralidad de la interpersonalidad en la filosofía del diálogo, Burgos, J. (2013b), sostiene que la persona debe tener apertura a una relación que logre construir para sí mismo en un proceso contradictorio que convierte la salida de sí en un fortalecimiento y enriquecimiento de la propia identidad. Es así como el personalismo, a través de la hermosa formulación de la constitución del yo a través del yo, enfatiza la importancia fundamental del Otro en la constitución de la identidad personal.

En este sentido para Burgos, J. (2013b), la relación “yo-tú” es fundamentalmente exquisita y difícil de catalogar porque las personas pueden impulsar en ella una escala prácticamente infinita de registros, por lo que lo clasifica en 4 tipos significativos: 1) la relación instrumental, donde la otra persona nos sirve fundamentalmente para lograr un objetivo o conseguir un servicio; 2) la actitud benevolente, es una relación sublime que se caracteriza por

una actitud auténtica pero no extremadamente ligada con un grupo de personas con el que mantenemos un trato más usual; 3) la amistad, y 4) el amor. Siendo estos dos últimos los más representativos.

Burgos, J. (2013b), responde las siguientes interrogantes: ¿qué es exactamente la amistad? ¿Cuáles son las características de esta relación interpersonal que la hacen tan valiosa?, describiendo a la amistad como una analogía especialmente inescrutable entre dos personas que comparten las siguientes características:

- ✓ Llega a ser una *comunicación* clara de los intereses, sentimientos, proyectos, entre otros, es decir, de la vida misma.
- ✓ El querer el *bien del otro por el otro* no solo porque su amistad suministre servicios, compañía o cualquier otro tipo de provecho, sino por su propio bienestar (bien en sí mismo – *bonun honestum*).
- ✓ Y exige *reciprocidad*; por lo que no se puede ser amigo de alguien que no lo desea, toda vez que resulta imposible compartir.

Ahora bien, Burgos, J. (2013b), considera que la amistad no es un término uniforme, toda vez que existen modalidades y niveles, de las cuales distingue dos: actitud amistosa (actitud benevolente) y amistad en sentido estricto (se pone en juego nuestra intimidad y subjetividad de modo insondable con pocas personas). Por lo tanto, para definir “la verdadera amistad” el autor brinda las siguientes condiciones:

- ✓ La verdadera amistad involucra *amar al amigo tal como es*, incluyendo sus defectos y virtudes.
- ✓ La amistad conjetura *responsabilidad* por el otro a diferencia de la benevolencia.
- ✓ La vida del amigo es nuestra vida propia y, en este sentido, somos garantes de lo que le acontece, sea malo o bueno.
- ✓ Una amistad verdadera surge del *compañerismo*, por lo que se debe promover la debida atención hacia el amigo, brindándole y el tiempo respectivo; es decir, debemos abrirnos *el mundo interior* para que la amistad empiece a crecer.
- ✓ Unas de las condiciones de la amistad es la *afinidad*, es decir, tener una cierta similitud y comunidad de gustos e intereses con la otra persona.

En esta misma línea, para Burgos, J. (2013b), las relaciones interpersonales, estarían enmarcadas en el amor, distinguiendo los siguientes significados: 1) el amor como un hecho genérico de la voluntad que desea siempre el bien, 2) el amor propio, mediante una entrega sincera de sí mismo y por ende hacia los demás y el 3) el amor al prójimo, es decir al otro.

Po lo tanto, el simple hecho de cultivar y mantener adecuadas relaciones interpersonales en la práctica médica, desde la perspectiva de la bioética personalista, nos ayudara significativamente a optimizar la RMP.

2.2.5.5. Virtudes del profesional médico. Convertirse en un buen médico requiere mucho más que excelencia técnica. En primer lugar, se optimiza al profesional a medida que el ser humano (que sustenta al médico) mejora. Mucho se habla sobre las cualidades necesarias para el buen ejercicio de la medicina, pero poco se habla sobre los defectos que deben paliarse en el camino que perfecciona al profesional de excelencia (Lourenço, L., 2022).

Para Aristóteles (2009), citado por Lourenço, L. (2022), la virtud es una disposición adquirida a hacer el bien, y se perfecciona mediante el hábito. Aquí el término “adquirido” refuta la noción de habilidad innata, donde el filósofo griego, lo considera como un proceso de construcción. En la *Ética a Nicómaco*, esto se lleva a términos prácticos a través del principio de “medida justa”. Desde esta perspectiva, veamos tres ejemplos de virtudes aristotélicas que pueden resultar de gran beneficio en el contexto del humanismo médico:

- ✓ Integridad (o magnanimidad): el término medio entre la corrupción (o villanía) y el legalismo (o falsa vanidad moral).
- ✓ Veracidad: la medida justa de nuestra autoexpresión (se encuentra entre el orgullo, cuando es excesivo, y el descrédito personal, cuando es excesivo).
- ✓ Coraje: (entre la cobardía y la temeridad): contextualizando la antigua Grecia con la medicina contemporánea, esta es una virtud que impregna (o debería impregnar) la famosa RMP.

Para De Santiago, M. (2014), Pellegrino, al ser el máximo exponente de las virtudes profesionales en el ámbito de la medicina, refiere que los orígenes de la ética interna de la medicina: los principios de la ética médica se derivan, y siempre se han derivado, de un fundamento central de la vulnerabilidad del paciente, la obligación moral del médico y la naturaleza de la enfermedad; donde el *healing* y el *helping*, "curar" y "ayudar" o cuidado forman la base fenomenológica profunda e impresionante de la que se origina la "ética interna" de la profesión y de la que se determina la función fundamentos de la medicina. Por lo tanto, es casi imposible cumplir adecuadamente con las obligaciones éticas de un médico sin hábitos médicos éticos.

Según Cortina (1996), citado por Sánchez, M., Blas, H. y Ortiz, V. (2015), la responsabilidad como valor en la ética profesional, está centrada en los principios y actitudes éticos en diversos contextos de la vida cívica y social, incluida la vida profesional. En la práctica médica, la noción de responsabilidad se centra en cómo debería ejercer la medicina un profesional cuando desarrolla su rol asistencial, dentro de parámetros establecidos culturalmente.

La responsabilidad profesional del médico tiene importantes consecuencias en la vida privada y pública de las personas, como por ejemplo si un profesional es acusado de mala praxis (negligencia, imprudencia o mala práctica jurídica). Sin embargo, la responsabilidad es en sí un valor que los profesionales de la salud incluimos en nuestras actividades, entendida en doble sentido: como una actitud personal electiva que considera el cuidado del otro a cargo y también como obligación moral normatizada e impuesta por el desempeño de un rol público (Etxeberria, M., 2002 y Sánchez, M., 2008, citados por Sánchez, M., Blas, H. y Ortiz, V., 2015).

El respeto por la dignidad del paciente requiere más individualmente de una intimidad especial, de un "cuidado" afín a la virtud. El acto médico del puro curar pasa a ser, unido al cuidado, sanación, pasa a ser un verdadero acto profesional (De Santiago, M., 2014).

Al referirnos a la noción de “valor”, Sánchez, M., Blas, H. y Ortiz, V. (2015), consideran que básicamente, los valores nos ayudan a adaptarnos a la realidad de maneras únicas. Por tanto, funcionan como diferencias, referentes que nos permiten darnos cuenta del significado de nuestras acciones. En este sentido la expresión “valor” destina entonces todo sentimiento-preferencia que orienta a nuestras elecciones. Por lo tanto, un verdadero espíritu profesional tiene que ver con la perfección y la calidad del trabajo con personas específicas, así como con la forma de relacionarse con la “carne y la sangre” de los demás.

El juicio médico incluye tres niveles de desarrollo: prevención, que implica evaluar la situación a partir de lo que les ha sucedido a otros en un contexto médico; la deontología, que implica considerar normas en una discusión más allá de casos específicos para decidir qué reglas de ética profesional dictar; y la reflexividad, que intenta justificar y legitimar los juicios prudenciales realizados en relación con los juicios deontológicos. Por lo tanto, la intención ética del ejercicio profesional en salud logra coherencia a través del nivel de prudencia, donde el marco está determinado por el nivel deontológico-universal y el nivel reflexivo convergente (Sánchez, M., Blas, H. y Ortiz, V., 2015).

De Santiago, M. (2014), cita un listado de virtudes de diferentes autores, empezando por el listado preliminar que surgió en *The Virtues in Medical Practice* (1993): confianza, fidelidad, prudencia, compasión, fortaleza y templanza, justicia, integridad y desprendimiento altruista. Así mismo, Pellegrino, E. (1993), añade: la honestidad, la benevolencia, la veracidad y el valor (como virtudes propias del acto médico).

Ciertamente, un buen médico no es aquel que recibe elogios y hace admirar su nombre por los pacientes, quienes muchas veces son engañados por conductas de charlatanes, con resultados aparentemente buenos, pero altamente dudosos, como en el caso descrito anteriormente. Un buen médico es aquel cuyo paciente sale de la consulta reflexionando profundamente sobre su propia vida, sin siquiera recordar el nombre del médico (Lourenço, L., 2022).

Comparando la Plegaria y el Juramento de Maimónides con el Juramento Razetti, resaltan principios, valores y virtudes que, aunque escritos en épocas tan separadas y distintas y por médicos con religiones y formas de actuar diferentes, tienen una gran similitud, ya que persiguen el mismo fin: cumplimiento, por parte del médico de los principios morales; respeto al paciente como persona y compasión por su sufrimiento (Kízer, S., 2010).

Por lo tanto, la búsqueda de la excelencia médica, basada en las virtudes del profesional médico desde la perspectiva de la bioética personalista, es fundamental para optimizar la RMP, toda vez que aporta muchas respuestas en la redefinición del sentido del presente trabajo.

2.2.5.6. Humanización en medicina. De los estudios trascendentales que contribuyeron a la humanización de la medicina en el siglo pasado, fue la obra de Pedro Laín Entralgo la más significativa, al realizar una aproximación profunda de la historia de la ciencia de la profesión médica y del pensamiento médico hacia una medicina humanizada.

Partiendo de Piñas, A. (2015), donde refiere que el humanismo médico desarrollado por Pedro Laín Entralgo, al ser consciente de la inmensidad del enigma humano, su estudio debe estar basado desde una perspectiva integral, es decir que se debe integrar la filosofía y ciencia para el juicio del ser humano en su totalidad, o sea, su naturaleza personal y biopsíquica. En este sentido, dicho autor refiere que Laín propone a la antropología para refundar la medicina. Así nacería una antropología médica de representación transpositiva y humanizadora del quehacer médico.

Por este motivo la obra que corona su empeño en esta tarea, *Antropología médica para clínicos* (1984), postula la posibilidad de una medicina que tuviera como fundamento al ser humano en sentido integral, ofreciendo también una visión humanizadora de la enfermedad y la curación que superase una descripción fría de la enfermedad, descubriendo así la realidad personal del proceso de enfermar y de sanar, por tanto, la enfermedad como acontecimiento vital y no solo como desorden morfológico o funcional del organismo (Piñas, A., 2015).

Estos y otros aspectos permiten comprender la estructura antropológica lainiana, desde el aspecto filosófico eligiendo la antropología filosófica que complementa el conocimiento natural, y desde el aspecto médico, promoviendo una medicina antropológica, anteponiendo el aspecto personal de la enfermedad. Por último, en su estudio de una antropología personalista que contempla salud y la enfermedad se debe destacar que no parte desde el prisma meramente natural sino personal: “La salud, concepto esencialmente perteneciente al orden de la naturaleza, y por consiguiente a lo que en realidad del hombre es naturaleza, se especifica e individualiza real y humanamente en cuanto que el hombre es persona” (Piñas, A., 2015, p. 65).

Para Moratalla, D. (1998), citado por Sánchez, M., Blas, H. y Ortiz, V. (2015), la responsabilidad implica siempre una "tensión moral" que existe entre al menos dos víctimas (profesionales y pacientes), con alternancia de implicación simétrica y conflicto entre autonomía y vulnerabilidad de ambos actores. En ese “escenario” de encuentro cada uno da valor, otorga sentido, interpreta y responde a las prácticas que los implican.

Muchos son las condiciones que perfeccionan los principios del humanismo médico dentro del ejercicio de la profesión: libertad, dignidad, y responsabilidad. Y todo lo que lleva inherente la relación médico-enfermo: empatía, encuentro con el otro, secreto y autonomía, confianza y respeto mutuo (Millán, J., 2018). “El desarrollo de las Humanidades Médicas ha posibilitado la inclusión de diversidad de perspectivas que conforman un campo de conocimientos de extraordinaria importancia para la profesión médica y del resto de las profesiones de salud” (Macías, M., 2011, p. 38).

En este sentido, son las humanidades médicas, como disciplinas fundamentales como la historia o la bioética, las que cuestionan las prácticas médicas, proporcionando las herramientas para hacer preguntas, recopilar información, organizar datos de conocimiento y ayudar a resolver problemas que sirven a la humanidad (Stepke, L., 2006, citado por Macías, M., 2011).

Una estrategia de humanización de la medicina debe tomar como punto de partida los aspectos personales del médico y la personalidad del paciente. Y como referente, la enseñanza del profesionalismo; cuyos principios cardinales son, por una parte, la excelencia (competencia y desempeño profesional); y por otra el humanismo (los valores humanos y profesionales) (Millán, J., 2018).

Por lo tanto, siendo el ser humano el objeto de estudio y atención de la medicina, es necesario humanizar (“hacer humano”) la RMP desde la perspectiva de la bioética personalista. Como decía Gracia, D. (2004) “por una asistencia médica más humana” (p. 95).

2.2.5.7. Habilidades comunicacionales. Enseñar habilidades de comunicación a los pacientes no solo es importante y conveniente, sino que también conlleva una responsabilidad ética. Además, hoy día con la ayuda de las herramientas del *coaching* y desde una perspectiva personalista abierta a las expectativas de comunicación del propio paciente, favoreciendo la relación humana y humanizadora, con actitud abierta al crecimiento personal propio y de los otros, se puede posibilitar una transformación de la vida del paciente desde los primeros momentos de intervención (Montaner, M. y Soler, E., 2012).

Tasis, M. y col. (2018), refieren que el médico debe tener cuidado con el lenguaje abusivo, tratando con moderación de no ofender el ego del paciente, porque son profundos y difíciles de entender. Este es un aspecto que hace que el conocimiento de la bioética sea esencial para resolver dilemas que broten en la RMP.

La comunicación, según Laín, P. (1969), citado por Mendoza, A. (2017), es un conjunto de medios técnicos, de los cuales primariamente (pero no exclusivamente) existe una palabra a la que el médico se refiere en un diálogo transubjetivo, gracias a la cual se hacen sentir las acciones objetivas y concurrentes.

En este sentido, Rodríguez, T., Blanco, M. y Parra, I (2009), citados por Chancay, A., Suarez, J. y López, R. (2017), recomiendan que se tengan en cuenta las siguientes habilidades

de comunicación al realizar un historial médico en todos los niveles de atención médica, excepto cuando se consideren "condiciones especiales de comunicación", por ejemplo, en pacientes con trastornos graves de la personalidad, deterioro cognitivo significativo y en pacientes con ciertos trastornos médicos, en coma o al borde de la muerte, a quienes se utilizan técnicas especiales de interrogatorio.

1. Dentro de las *habilidades para expresar*, podemos destacar las siguientes destrezas:
 - a) La *expresión facial* favorece la comunicación, la cual presta la debida atención con quien se está interactuando para facilita el diálogo.
 - b) Es importante mostrar un buen aspecto y porte profesional.
 - c) *Saludar al paciente* marca la diferencia, toda vez que brinda seguridad y cordialidad en la entrevista médica; y si se le añade darle la mano es mucho mejor, teniendo como consecuencia un acto caluroso y afectivo.
 - d) *Presentarse cordialmente al paciente*, refiriendo su nombre y apellido, preguntarle también el suyo y, enunciar el gusto que siente por atenderlo y sobre todo por conocerlo.
 - e) *Introducir la entrevista*, de tal manera que se le explique al paciente cuál es el motivo de la entrevista, la importancia de su colaboración, para obtener la mayor información posible y relevante; logrando sí un diagnóstico certero y por ende un tratamiento oportuno.
 - f) *Adecuar con un lenguaje al nivel cultural del paciente*, haciendo uso de un vocabulario que no incluya palabras técnicas, ni palabras que no sean entendibles por el paciente, con el objetivo de que pueda expresar elementos significativos sobre su estado actual y que no nos brinde respuestas distorsionadas.
 - g) *Evitar usar un lenguaje vulgar*, en vez de ellos se debe usar en todo momento un lenguaje apropiado, según el contexto de la entrevista.
 - h) *Realizar preguntas abiertas y oportunas*, donde las preguntas iniciales deben ser abiertas para conseguir la mayor información precisa, tal y como el paciente desea contarla.
 - i) *Demostrar respeto al paciente como persona*, aceptándolo tal y como es, impidiendo discrepancias con sus preferencias y gustos para así no dañar el objetivo de la entrevista con altercados y discusiones interminables.

- j) *Interrumpir al paciente solo si es necesario*, siempre y cuando sea conveniente aclarar algún asunto no comprendido, abundar en él cuando el facultativo se percata que el diálogo ha ido por un rumbo desacertado o cuando existe un control exacerbado de la entrevista por parte del paciente.
 - k) *Realizar gesticulaciones apropiadas*, es de vital importancia, toda vez que el paciente siempre está observando los gestos del médico, buscando la negación o aprobación mediante la expresión facial.
 - l) *Mantener una postura correcta al sentarse*, ya que es otro aspecto del lenguaje extraverbal que manifiesta la educación y cultura del médico; en este sentido, el facultativo médico deberá adoptar una postura correcta, adoptando una actitud de acercamiento, propicia para manifestar interés (mediante una ligera inclinación del cuerpo hacia delante).
 - m) *Utilizar siempre un tono de voz adecuado*, para ello el médico debe utilizar un tono de voz mediano (ni muy alto, ni muy bajo), de tal manera que el paciente lo escuche sin ningún inconveniente. En este sentido, es oportuno considerar que un tono de voz muy alto propicia cierto rechazo del paciente, el cual lo puede interpretarse como superioridad o una actitud imperiosa hacia el médico.
 - n) *Regular el tiempo de duración* de la entrevista de tal manera que el tiempo sea el más justo y necesario.
 - o) *Indagar sobre las dudas y expectativas*, las cuales deben ser aclaradas o explicadas de tal manera que sus conocimientos se lo permitan.
 - p) *Al finalizar la entrevista, despedir al paciente*, mostrando siempre una expresión facial bienhechora de la comunicación, utilizando frases afables y adecuadas, según el idioma y contexto; demostrando siempre una correcta educación formal. Aquí también se debe considerar en repetir un estrechón de manos.
2. Respecto a las ***habilidades para observar y escuchar***, se deberían considerar los siguientes instructivos para su apreciación.
- a) *Observar minuciosamente al paciente* con la debida atención mientras se mantiene la conversación.
 - b) *Saber escuchar* atentamente al paciente mientras se está conversando.

- c) *Observar el entorno del paciente*, de tal manera que nos permita adecuar la conversación.
 - d) *Identificar el estado de ánimo del paciente* y actuar en consecuencia.
3. Dentro de las ***habilidades para establecer una relación empática***, se deben considerar los siguientes aspectos:
- a) *Explorar los aspectos psicosociales del paciente*, de tal manera que se tenga en cuenta la esfera biopsicosocial, indagando todos aquellos aspectos que le brinden al médico un enfoque integral del paciente, toda vez que es finalmente una persona con todas sus particularidades y vivencias, que lo hacen una persona irrepetible.
 - b) *Durante el interrogatorio, recibir información de su esfera afectiva*, toda vez que esta reflejará la afectación para su vida y padecer emocional, las cuales muchas veces acompañan a la enfermedad actual.
 - c) *Mantener una comunicación de diálogo* con el paciente; para ello, el médico debe aprender a dialogar con el paciente, de tal manera que se origine un intercambio de opiniones entre ambos. Aquí hay que tener en cuenta sus opiniones y que sienta que se le da el lugar apropiado.
 - d) *Propiciar un acercamiento afectivo* al paciente, de tal manera que el médico se identifique emocionalmente con el paciente, evitando un comprometimiento afectivo con el mismo, demostrando comprensión y respeto a las situaciones de su esfera afectiva.
 - e) *Mostrar interés y preocupación real* por los problemas del paciente, con el objetivo de lograr empatía, solo así el médico denotará si realmente se ha compenetrado con la condición de salud del paciente.

Sin embargo, como ya es sabido, la comunicación no solo consiste en un emisor, un canal y un receptor, como generalmente así lo hemos aprendido, sino que va mucho más allá. En el contexto de la presente investigación, tratándose de que la comunicación es un punto clave para optimizar la RMP desde la perspectiva de la bioética personalista, se desarrollará brevemente los escritos de Aquilino Polaino, de su libro titulado *Aprender a escuchar*.

2.2.5.7.1 *Hablar y sentirse escuchado*. Para Polaino, A. (2008), la necesidad de hablar y sentirse escuchado va más allá de una simple conversación de dos personas. Dicho autor refiere que la intimidad que constituye a las personas está velada a curiosos y extraños, por lo que existe la necesidad de difundir y ser compartida con alguien; en este sentido, una de las mejores formas de conseguirlo es a través de la comunicación. Surgiendo de esta manera la necesidad de hablar; que conduzca a la persona a no sentirse sola, evitando un disgusto consigo misma.

También, Polaino, A. (2008), afirma que la intimidad humana tiende a ser compartida, toda vez que no se satisface a sí misma en su hermetismo (la cual tiene una función protectora, constituyendo el núcleo sustantivo, origen y término de las acciones de la persona); surgiendo así la necesidad de la libertad, como una estrategia que clausura y apertura de la propia intimidad a los demás. Para que se aperture la confianza es necesario la autorización voluntaria de ambas partes. Por lo tanto, cuando la persona no se apertura a las demás, la intimidad solo se curva y repliega sobre sí misma, la intimidad se sofoca, enrarece, y perturba; conllevando a experimentar una convivencia consigo misma.

Polaino, A. (2008), también hace referencia sobre la importancia de ser escuchado, cuando afirma que, para manifestar la intimidad personal, es necesario que las personas dispongan de alguien que las acoja; es decir la intimidad de uno no podrá manifestarse sin la comparecencia del otro. Por lo tanto, la habilidad de escuchar se extiende en la obligación de acoger. Por lo tanto,

“(…) escuchar es tomar conciencia de la certeza de que alguien le ha hablado y comprendido; asegurarse de lo que lo que dijo ha sido aceptado y compartido, de que lo donado a otro ha alcanzado su propio destino y, en cierto modo, ya no pertenece solo a quien habló”. (Polaino, 2008, p. 15).

Muchas veces el diálogo de la RMP se convierte en el monólogo del desencuentro. Polaino, A. (2008), lo describe muy bien cuando sostiene que surge un monólogo cuando no se escucha apropiadamente al otro, resultado como un medio para ampliar la información que se quiere obtener. En este sentido, Polaino nos advierte que, existe un verdadero diálogo cuando la persona no intenta primar su yo, sino que permanece todo el tiempo en apertura, escuchando reflexiva, empática y activamente el mensaje de la otra persona. Solo así se encontrará consigo misma.

Así mismo, Polaino, A. (2008), considera que existe una gran necesidad de las personas de sentirse escuchadas; y si lo extrapolamos a la realidad de los pacientes se podría decir con certeza de que muchas veces se encuentran solos y no tienen quien las escuche, puesto que tienen tanta necesidad de expresarse y de sentirse comprendidas.

Sin embargo, el dilema no está solamente en la persona que quiere abrirse, sino en la otra persona que quiera escuchar. En este sentido Polaino, A. (2008), imperiosamente comenta que es necesario se cultive una escucha activa para mitigar la soledad, la mediocridad y la amargura de no sentirse escuchado. Efectivamente, existe una gran necesidad por parte del médico como para poder revertir lo maquinizado y mediocre que muchas veces resulta el acto médico, y por ende perjudicando considerablemente la RMP.

Polaino, A. (2008), afirma que la persona llega al encuentro del otro mediante el diálogo (acto de hablar y escuchar); es decir que no hay comprensión de los demás ni de uno mismo, si es que no hay encuentro. Es como si comprender a los demás proporcionara cierta garantía de comprenderse a uno mismo. Por lo tanto, nos entendemos mejor a nosotros mismos, si alguien nos entiende. Entonces nos sentiremos más seguros, solo si las explicaciones que damos son suficientes. Una cosa es segura: hasta que no escuchemos a los demás, no podremos estar seguros de si nuestra explicación es satisfactoria o no.

Quizás otro problema por la que los pacientes no escuchan o dejan de asistir a la consulta reside en los propios médicos. Hay médicos que al utilizar un discurso monótono acaban desmotivando al paciente; porque el acto de escuchar y recibir palabras está guiado por la motivación. Así lo estima, Polaino, A. (2008), cuando dice que, quien acoge tiene el don de la escucha y por ende el don del aprendizaje.

Aprender a hablar, es quizás uno de los factores críticos en la RMP. Polaino, A. (2008), lo describe muy bien cuando sostiene que para hablar correctamente es, prestar la debida

atención, colocando la mirada fija en el rostro y buscando siempre el encuentro; con el objetivo de merecer la palabra en el corazón y la mente de la otra persona.

Así como la empatía, la positividad y la escucha atenta motivarán a los donantes a seguir dando generosamente, la generosa donación de un médico motivará a los pacientes a aceptar mejor su donación. Por lo tanto, el médico motiva a los pacientes a aprender, como los pacientes motivan al médico a enseñar. Puesto que la acción de enseñar motivando (de los médicos) suscita el aprender motivador (de los pacientes). (Polaino, A., 2008).

Muchas veces, los médicos, aparte de no saber escuchar atentamente a su paciente, terminan juzgándolo indebidamente. En este sentido Polaino, A. (2008), comenta que es bueno diferenciar el acto de escuchar y de juzgar, toda vez que son actividades distintas que deben ser usadas de manera diferenciada. Por lo tanto, la escucha activa no se opone al acto de juzgar, y por ende debe cumplir una condición necesaria: ser veraz.

Desde el punto de vista humanístico de la profesión médica, el acto de saber escuchar finalmente enriquece significativamente la dignidad del médico como persona. Así, Polaino, A. (2008), afirma que nos enriquecemos cuando escuchamos más y mejor, alcanzando así el máximo galardón de la humanidad que es la intimidad de la persona; es decir que mientras más escuchamos más crece la intimidad con la otra persona.

2.2.5.7.2 La acción de escuchar. Respecto a la acción de escuchar, Polaino, A. (2008), afirma que, escuchar no es una conducta pasiva y tampoco es sinónimo de oír cosas. Escuchar significa ser consciente de quién habla; es decir, prestar atención a un comportamiento activo que conduce a la obsesión con otras personas y lo que dicen. Estar pendiente del otro no es otra cosa que la permanencia del propio ser en un precario e inestable equilibrio, que necesita del otro para no caer.

“Quien escucha pende de quien habla y, por eso mismo, de-pende de él. La cuerda que sujeta y da seguridad (de la que “pende” quien escucha) está hecha

con el encadenamiento de las palabras que salen de la boca del otro. De esa escucha de-pende (y pende) su seguridad”. (Polaino, A., 2008, p. 8).

Una de las erróneas actitudes en la RMP, es no saber escuchar atentamente al paciente. En este sentido, Polaino, A. (2008), asegura que tener una apropiada actitud de escuchar es significativamente importante para entender a la persona que habla; es decir prenderse y embeberse de su discurso, de tal manera que se demos una actitud de relevancia y respeto hacia la persona que habla.

Polaino, A. (2008), afirma que con una adecuada escucha es activa, da como resultado una escucha reflexiva y empática; considerando que la escucha procede de las siguientes fuentes: racionalidad, voluntad y empatía; toda vez que el cimiento de la escucha activa es el respecto hacia la persona que habla. “Quien habla es anterior y superior a lo por él hablado. Quien habla se nos muestra como ser único en el mundo, con independencia de que sea relevante o no lo que nos cuenta.” (p. 9).

Según Polaino, A. (2008), los sentimientos no dan origen a los pensamientos, aunque los condicionan; no provocan deseos humanos, pero pueden controlarlos poderosamente y, lo más importante, casi siempre lo acompañan. Por ende, los sentimientos y las emociones son diferentes de los pensamientos y los deseos son diferentes de la voluntad, pero las emociones median la expresión de estas funciones en la entidad en la que surgen o se llevan a cabo. Tal vez por eso se declaran tanto en quien escucha como en quien habla, y forman parte de ese armazón, que es el diálogo, del que resultan indisolubles.

De esta manera, Polaino, A. (2008), afirma que: en la acción de escuchar no solo es necesario la empatía emotivista si no que es necesario considerar a la razón. Con la articulación de estas dos condiciones hay mayor probabilidad de comprender al otro. “La mera empatía (aun siendo muy importante) no es suficiente, como tampoco lo es la mera escucha activa y participativa. De aquí la relevancia de estas tres notas: racionalidad, voluntad y empatía, que caracterizan la acción de escuchar”. (p. 11).

Es este tipo de escucha reflexiva, activa, intencional y empática la que evita la confusión entre el hablante y el oyente. Por lo tanto, “la escucha reflexiva y empática permite la distinción natural entre tú y yo sin confundirlos ni invalidar a ninguno de los dos” (Polaino, A., 2008, p. 11). Con independencia del encuentro, y de la relativa fusión empática habida entre ellos, el yo y el tú podrán configurarse como un nuevo nosotros (Polaino, A., 2008).

Por lo tanto, Polaino, A. (2008), afirma que, se aprender a escuchar cuando se aprende a contemplar la historia de la persona, aceptando sus aciertos y errores y aciertos, así como su frustraciones y ambiciones y frustraciones, teniendo en cuenta la libertad y las consecuencias que de ella derivan.

Polaino, A. (2008), menciona también que, mientras se tenga el interés de conocer y querer a una persona se obtendrá como consecuencia la capacidad de escuchar y la necesidad de ser escuchado; poniendo de manifiesto que “no es un ser-para-si sino un ser-para-otro”.

2.2.5.7.3 Sentirse escuchado.

“El efecto beneficioso de sentirse escuchado no solo se identifica muy pronto, sino que tiende a perpetuarse, a exigir una cierta continuidad, a luchar porque ese especial encuentro no se extinga jamás. Cuando esto sucede la escucha se ha transformado en el comienzo de la amistad. De una amistad que se apoya en la confianza que nunca frustra. Una amistad cuyo valor es en sí mismo respetado, sin que se subordine a otros fines implícitos que acaben por instrumentarla”. (Polaino, A., 2008, p. 14).

El médico debe estar seguro de que el paciente también lo escucha. En este sentido, Polaino, A. (2008), afirma que, sentirse escuchado es algo experimental que reorganiza la componenda de la propia existencia y concede un nuevo sentido a lo que, hasta ese momento, tal vez se haya vivido como algo caótico o fortuito. “La persona que se siente escuchada experimenta la comprensión que emana de quien está atenta a lo que dice. Percibe que quien lo escucha lo comprende y, en esa comprensión del otro, la persona escuchada se auto-comprende mejor” (Polaino, A., 2008, p. 12).

“La atención manifestada por quien escucha es uno de los indicios más relevantes en que se apoya la percepción de estar siendo escuchado. Hay mucho ya de participación comprensiva en esa actividad atencional. Percibir que el otro lo atiende es tanto como descubrir que lo que está hablando el otro le interesa, que aquello está siendo aprehendido como si fuera algo propio, que se está haciendo cargo de los sentimientos que emergieron alrededor de esos sucesos de los que está tratando”. (Polaino, A., 2008, p. 12).

Además, Polaino, A. (2008) comenta que las personas se sienten queridas cuando perciben que reciben ese mismo cariño; por lo que sin la presencia de la escucha activa es imposible que florezca la amistad como tal. Cuando nos sentimos escuchados no solo nos aberturamos a quien habla, sino que nos encontramos y nos reconciamos con nosotros mismos; en la medida que la otra persona sea capaz también de comprenderla y compartirla. En este sentido, si aplicamos estos conceptos al ámbito de la RMP, podemos en que los efectos sanadores y terapéuticos se perciben con el solo hecho de sentirse escuchado.

2.2.5.7.4 Saber escuchar. Según la definición del *Diccionario de la lengua española* (2014) la palabra “escuchar” es el “el acto de prestar atención a lo que se oye”. Entonces escuchar es una acción, no una pasividad. A esto mismo Polaino, A. (2008), afirma que saber escuchar vuelca nuestra atención y estar atentos y pendientes de la voz que oye. Por lo tanto, “quien escucha tiende a la persona quien habla. Atender es dejar todo lo personal para abrirse a la recepción de lo que el otro dice. Atender es desentenderse de sí mismo para atender solo a quien habla”. (p. 1).

Polaino, A. (2008), respecto a saber escuchar también afirma que, oír no es sinónimo de escuchar. Es decir, la atención es el reflejo de la acción de escuchar. Escuchamos correctamente cuando aberturamos nuestra conciencia, con la debida atención, para alcanzar así el mayor significado de lo que la otra persona dice. Puesto que sí, “no se atiende a quien habla es casi imposible en la práctica que se entienda lo que dice y a quien lo dice”. (p. 1).

Hoy en día, la consulta médica se ha vuelto automatizada, dejando de lado la razón la debida atención hacia el paciente por parte del facultativo; transformando la RMP deficiente y

muchas veces mediocre. En este sentido, Polaino, A. (2008), refiere que se debe atender para poder entender; a esta atención debe sumarse la adopción de correctas posturas, por lo que cada vez que escuchamos proyectamos nuestro cuerpo a la fuente del sonido para poder entender.

Probablemente en el ámbito médico, muchos facultativos suelen calificarse como profesionales que saben escuchar; sin embargo, la mayoría de estos profesionales nunca han tratado investigar si realmente son capaces de tener esta gran habilidad. En este sentido Polaino, A. (2008), afirma que: “Es posible que aquí se conciten factores muy diversos: desde el individualismo a la ausencia del tiempo necesario; desde el hermetismo a la abolición del otro en tanto que otro; desde el hurto y secuestro tecnológico de la temporalidad humana a la progresiva deshumanización de la actual cultura”. (p. 44).

Una de las dificultades en la RMP es el mal uso de las nuevas tecnologías en salud, ocasionando muchas veces una gran barrera en la escucha activa y el reflejo de orientación. Para Polaino, A. (2008), lo antedicho, se apoyaría en

“(…) un sustrato psicofisiológico innato, conocido en el ámbito de la psicología como reflejo de orientación. Este reflejo hace que la persona que atiende oriente espontáneamente todo su cuerpo hacia la fuente estimular de donde procede la voz del sujeto que habla. Es como si el organismo experimentase la necesidad de abrir mejor sus sentidos (principalmente el oído y los ojos), de manera que lleguen mejor hasta ellos la voz y la presencia física de quien habla”. (p. 15).

Al mejorar la escucha activa y el reflejo de orientación, Polaino, A. (2008), refiere que debemos evitar cualquier dificultad que pueda impedir, frustrar o bloquear, la vía directa de las personas que halan con las personas que escuchan. Así el uso de la tecnología ayudará a “no entorpecer el reflejo de orientación, de manera que se facilite la intervención de éste con la acción de escuchar. La concurrencia de cualquier obstáculo que interfiera esa vía obligaría a quien escucha a adoptar una posición incómoda que acabaría por distraerle”. (p. 15).

2.2.5.7.5 *La acción de atender y la corporalidad.* Respecto a la acción de atender y la corporalidad, Polaino, A. (2008), asegura que la verdadera acción de escuchar conlleva a utilizar las diversas modalidades sensoriales; es decir que no solo se escucha con el oído y los ojos, sino también con el olfato, el gusto, el tacto y el estado propioceptivo (la postura).

En medicina, lo antedicho, cobra vida cada vez que centramos nuestra atención en el paciente, haciendo uso de todos los recursos semiológicos como para llegar a un diagnóstico certero y oportuno. En este sentido, Polaino, A. (2008), también refiere que, una correcta actitud de escuchar no solo es cuando agudizamos las orejas, sino que nos convertimos en el guardián de la palabra del otro. Así mismo, dicho autor afirma que: “La corporalidad de quien escucha, su mismo tono postural es arrastrado por la acción de escuchar. El cuerpo sigue al oído, como la inteligencia atencional acoge las palabras del otro” (p. 32).

En este sentido, “la entera persona (en la unidad de su ser) está pendiente de seguir el discurso que oye y el rostro y gestos que observa en quien habla”. Por lo tanto, “la corporalidad de quien escucha refleja si está o no escuchando, si aquello que oye le está o no importando, si en realidad se está produciendo o no ese preciso encuentro entre quien habla y quien escucha” (Polaino, A., 2008, p. 32).

Por otro lado, Polaino, A. (2008), comenta que, “quien así escucha es también alcanzado por lo manifestado en el rostro de quien habla” (p. 32). “Quien escucha acaba de conmoverse. Esa experiencia está desencadenada, principalmente, por la actitud de confianza de quien escucha. Pero también debe mucho al modo en que así mismo se percibe quien escucha: no ya como un mero ser independiente y distante que oye cosas, sino como alguien próximo que está participando (y viviendo) lo que el otro dice” (Polaino, A., 2008, p. 32). “En cierto sentido, se está percibiendo como un ser co-responsable del otro, de manera que todo lo que oye le concita, atañe e implica personalmente” (Polaino, A., 2008, p. 32).

2.2.5.7.6 *Actitudes y comportamiento en la acción de escuchar.* Las actitudes y comportamientos en la acción de escuchar del médico deben contribuir a facilitar su conducta, la cual es necesaria por estar comprometida en esa misma acción. En este sentido, Polaino, A. (2008), afirma que

“Escuchar es ofrecer el bálsamo de la atención y la comprensión a quien tanto necesita de ellas. Escuchar es disolver las penas, diluirlas, restarlas, reducirlas en el consuelo de quien comparte lo que escucha. Escuchar es nada más y nada menos que quedarse en el texto que se oye y con la persona que lo proclama, a la vez que se suspende cualquier juicio, esté o no bien fundado, acerca del contenido escuchado y de la persona que lo expone. Escuchar es respetar”. (p. 32).

Polaino, A. (2008), comenta que una buena señal de que se está escuchando verdaderamente, es cuando quien escucha experimenta idénticos contenidos del que experimenta cuando habla.

También Polaino, A. (2008), menciona que el acto de escuchar alivia el peso y/o la carga de la otra persona. Por lo que escuchar finalmente es compartir, ofreciendo lo que desea el otro; es decir, renunciar a hacer comentario alguno. Por lo tanto, escuchar es el acto de aniquilar el propio yo para finalmente aliviar el t .

Por otro lado, Polaino, A. (2008), comenta que, el acto de escuchar es la disposición de prestar atención a lo que la otra persona dice, así vaya en contra de nuestras propias ideas, con el objetivo de que se nos acerque hacia la verdad. Por otro lado, se debe valorar también los pormenores que pueden surgir ante una conversación negativa, por lo que podría influenciar de forma negativa, causando algún dolor; por lo tanto se tiene que fortalecer las emociones como para viabilizar la escucha activa ante estas circunstancias.

De esta manera, parte de la necesidad vital del diálogo entre el médico y el paciente, est  el hecho de saber escuchar, a lo que Polaino, A. (2008), comenta que cuando escuchamos debemos permitirnos que anide en nuestro interior la palabra escuchada, de tal manera que se fortalezca nuestra capacidad de escuchar y por ende entenderemos plenamente el mensaje recepcionado.

Del mismo modo, Polaino, A. (2008), afirma que, escuchar es demostrar un estado de alerta y expectativa por todo lo que se escucha, con la disponibilidad de hasta mejorar su vida personal y adaptarla al contexto de lo que se ha escuchado. Por lo tanto, escuchar involucra muchas cualidades a tener en cuenta como son tono postural, disposición al cambio, iniciativa, innovación, y sobre todo la personalización de la situación del otro.

Por lo tanto, Polaino, A. (2008), comenta que, saber escuchar supone entrar en el nuevo contexto de la otra persona que, por hacerse propia, muchas veces compromete y condiciona la vida personal.

2.2.5.7.7 Características que definen la acción de escuchar. Polaino, A. (2008), formula doce sugerencias para conocerse mejor y examinar en sí mismos y en los demás la presencia o ausencia de la necesaria capacidad de escuchar. Es por ello que se considerará, las siguientes características, de la obra del mencionado autor, para fines prácticos en la RMP:

- a) “Quien escucha atiende, porque entiende y quiere atender. Para quien habla, sentirse escuchado es la condición necesaria, aunque no suficiente, para sentirse entendido. Pero si no se siente escuchado es harto probable que se sienta incomprendido. Y si no está siendo comprendido, ¿tiene alguna finalidad continuar hablando?”
- b) “Tratar de entender al otro, mejora y afina la atención de quien escucha. El anhelo por conocer lo que el otro dice, espolea su atención y activa sus entendederas, mientras (sin apenas darse cuenta de ello) se distrae y olvida de sí mismo. No se escucha cualquier cosa sin más ni más. Entre otras cosas, porque cualquier cosa ni arrastra ni saca de la modorra a la propia atención”.
- c) “Esta situación es la que permite la eclosión de la mutua confianza entre quienes hablan. Se ha dicho, con toda razón, que la confianza no se impone, sino que se inspira. Pero esa inspiración de la confianza está enraizada en la experiencia de la escucha y la comprensión (tenue al inicio y muy intensa al final). Esa confianza es la que permite a quien habla abrir las puertas a las profundidades de su intimidad. Se abrirá del todo a quien escucha en la misma medida que confíe en él, que tenga una indubitable seguridad en su lealtad respecto de lo que le está contando. Una lealtad no hipotecada por

compromiso alguno y orgullosa de saber que sólo se debe a la persona que habla, y a nadie más. He aquí otro indicador que nos trae la dichosa noticia de que estamos siendo escuchados”.

- d) “Es preciso que quien escucha se sienta implicado en lo que oye, que se ponga en el lugar de quien habla y trate de sentir (algo que en ocasiones sucede de forma espontánea) lo mismo que experimentó o experimenta el narrador, que se meta tanto en la escena narrativa que apenas pueda discriminar entre él y el otro, respecto del contenido del relato que oye”.
- e) “Esa comprensión brota de forma connatural y alcanza a quien habla a través de la atención que percibe en quien le escucha: sus gestos de asentamiento, el lenguaje no verbal que en él sutilmente se manifiesta o la avidez que con que se bebe su discurso. Esos son verdaderos indicios de que se nos está escuchando”.
- f) La paz consigo mismo que brota de la escucha está inseparablemente unida a la persona que oye con atención, comprende y comparte. Pues es a través de ese compartir comprensivo como se permite ser el que es al otro, llegar a ser el que es”.
- g) “Es importante no solo aceptarle (cualquiera que fuera su situación), sino todavía un poco más: confiar en él, apostar por su persona y su futuro. Esa actitud es de por sí sanadora y tiene un inmediato efecto reconciliador entre la persona que habla y su propia intimidad”.
- h) “Con solo escucharle, al otro no se le ha impuesto nada, como tampoco se le ha recordado la normativa vigente de ningún precepto que con su anterior conducta haya conculcado, ni se le ha dado ningún consejo determinado. Sencillamente, se le ha escuchado”.
- i) “Solo le han escuchado y comprendido. Pero al hacerlo han compartido su vida y han apostado, con una confianza renovada, por el valor de su futuro comportamiento. Fascinante bálsamo éste, en su levedad, para aliviar el sufrimiento de la persona doliente y contribuir a la reconciliación con ella misma”.

2.2.5.7.8 *Aprender a escuchar*. Polaino, A. (2008), refiere que, aunque nos esforcemos en aprender a escuchar, debemos ser conscientes de que muchas veces, algunas personas están más dotadas que otras; por lo que hay muchos rasgos en el modo de ser personal que determinan esta capacidad. Así mismo, ofrece algunas características de las personas idóneas para la escucha activa: alta capacidad empática, apertura a la necesidad de otros, minuciosidad en la

observación, bajo nivel de ansiedad, perspicacia, relevante control de las respuestas, madurez y capacidad de asombro, entre otro; y sobre todas las cosas un buen amor hacia el prójimo.

Así mismo, Tasis, M. y col. (2018) remarcan la relevancia de la RMP, como una relación horizontal, llena de confianza y de significado humanístico, basadas en la ética identificada por el filósofo español José Luis del Barco Collazos, como “la consideración más científica de la acción humana” (p. 23). La RMP en la era postmoderna, era de la incredulidad, de la *anhedonia* y del relativismo, debe contener un alto nivel científico, humanista, centrado siempre en el paciente (la persona), modulado y protagonizado por el médico, sin perder el horizonte bioético, para dar así respuesta a los nuevos dilemas que proceden de la RMP.

Desde la perspectiva de la bioética personalista no solo se le da respuesta al dilema del deber ser y el deber hacer del personal de salud en el escenario médico, sino que redimensiona el papel del paciente donde este es el fin y no medio, y sobre todo promueve garantizar el respeto a la dignidad del enfermo, para ser consecuentes con las ideas que se defiendan y que se quieran transmitir, si se aspira a la excelencia de la atención médica y, por ende, en una mejor RMP (Tasis, M. y col., 2018).

Capítulo III: Metodología

3.1 Diseño metodológico

En el presente estudio de investigación se empleó el método cualitativo, con un diseño explorativo-descriptivo; y el método documental se utilizó para el análisis respectivo, según Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014), porque se parte de la identificación de los distintos factores que inciden en la RMP.

Para Arbaiza (2014) “La investigación documental permite establecer relaciones, puntos de vista, etapas, contradicciones o diferencias en la información obtenida sobre el tema en las diferentes fuentes” (p.48).

Este trabajo estuvo orientado a proponer un “modelo de atención para optimizar la RMP desde la perspectiva de la bioética personalista”, que permita al profesional médico asumir una actitud bioética propicia a los intereses del paciente y por ende a mejorar su relación bilateral.

3.2 Análisis documental

En primer término, se utilizó el análisis documental formal, es decir, para recoger y registrar la información se han utilizado las técnicas como la ficha textual, la ficha de trabajo y la paráfrasis. Donde la ficha de trabajo sirvió para recabar información específica de libros,

tesis de investigación, artículos científicos y revistas indexadas; así como los razonamientos, comentarios y críticas del investigador. Así mismo, se consideraron pequeños resúmenes de los documentos analizados. La ficha textual y paráfrasis, específicamente, contienen transcripciones de párrafos de ideas importantes de los autores consultados (Jurado, 2005).

En segundo lugar, se realizó el análisis de contenido de los documentos, y en las fichas de trabajo se transcribió la sinopsis de los documentos consultados sin interpretación ni crítica. En las paráfrasis y las fichas textuales se han consignado sinopsis con contenidos analizados y seleccionados por el investigador.

3.3 Aspectos éticos

Esta tesis ha constituido un aporte original; por lo que ha sido elaborada tomando en cuenta el respeto a los derechos de autor de todos los materiales utilizados, los mismos que han sido puntualizados en las referencias bibliográficas y los anexos respectivos; respetándose así las referenciales y las citas textuales, en cada caso.

3.4 Definición conceptual

Acto médico: se refiere a los que realiza el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente (ética médica individual) y a la sociedad (ética médica social), (Vera, O., 2013).

Bioética personalista: corriente filosófica que tiene como finalidad promover el bien íntegro de la persona, desde su concepción hasta el final de su existencia (García, J., 2013).

Dignidad humana: es un valor y una bondad intrínsecamente preciados de un ser que no depende en absoluto de nuestros gustos subjetivos (Seifert, J., 2002).

Habilidades comunicacionales: son las comunicaciones eficaces donde el paciente adquiere un adecuado conocimiento sobre su enfermedad, tratamiento y pronóstico, con la confianza de haber resuelto todas sus inquietudes (Montaner, M., s.f.)

Medicina humanizada: perspectiva ampliada de la medicina con obligación moral sobre el paciente en su dimensión integral, descubriendo su sufrimiento mediante la compasión, la sensibilidad y la humanización del acto médico como tal (Hernández, M., 2013).

Relación médico-paciente: relación inherente entre el médico y el paciente, con características de beneficencia y benevolencia, donde la dignidad está asociada en todo acto médico, con sentimiento y afecto hacia una persona que sufre (Kizer, S., 2010).

Relaciones interpersonales: comprensión empática considerada vital e imprescindible para la autorrealización del individuo puesto que le posibilita la satisfacción de sus necesidades (Méndez, I. y Ryszard, M., 2005).

Virtudes médicas: son las cualidades de los profesionales médicos, como requisitos indispensables para una excelencia del acto médico (Carvajal S., 2020).

Capítulo IV: Resultados

4.1 Modelo de atención para optimizar la relación médico-paciente desde el enfoque de la bioética personalista

Siendo el modelo deliberativo, el de responsabilidad compartida y el personalista los que más se aproximan al enfoque del presente estudio, se propone el presente modelo de atención para optimizar la relación médico-paciente desde la perspectiva de la bioética personalista. Cabe resaltar que, el presente modelo, no pretende reemplazar las técnicas semiológicas del arte de la medicina ya establecidas, sino más bien desea fortalecer el eslabón del acto médico en sí, mediante un modelo de atención que optimice la relación entre el médico y el paciente desde el enfoque de la bioética personalista.

Al ser la medicina una ciencia dinámica y compleja, donde muchas veces la RMP podría verse comprometida, es necesario tener en cuenta el escenario del acto médico como para fortalecer mucho más esta relación; es decir, se debe considerar algunos parámetros tan distintos y complejos como la edad del paciente (pediátrico, adulto o geriátrico), del tipo de consulta (consulta externa, hospitalaria o emergencia), la patología del paciente (aguda, crónica o terminal), etc.

En este sentido, siendo que la RMP es la razón de ser del acto médico, es necesario optimizarla desde la perspectiva de la bioética personalista de manera sabia y prudente, según el escenario médico ya mencionado, de tal manera que pueda generar cambios sustanciales en la relación entre el facultativo y la persona carente de salud, con el objetivo de verificar siempre las oportunidades de mejora.

A continuación, para optimizar la RMP, se plantea un modelo integral de atención, desde el enfoque de la bioética personalista; se empezará con algunos tópicos sobre dignidad y respeto de la persona, relaciones interpersonales, virtudes médicas, medicina humanizada y habilidades comunicacionales; y se finalizará con un modelo práctico para optimizar la RMP en la consulta médica personalista.

4.1.1 Dignidad y respeto. Para optimizar la RMP es necesario en primer término saber reconocer la dignidad y respeto del paciente para que al ser estimado como tal reciba la atención médica que merece. Ha de recordarse que, dentro de la bioética personalista, es la dignidad de la persona lo más relevante, por lo que todo acto médico debe estar encaminado al paciente y por el paciente; propiciando sus derechos de confidencialidad, consentimiento informado y autonomía.

4.1.1.1 De la dignidad humana. La dignidad humana es un rasgo indispensable de la personalidad, es decir un valor incuestionable, donde se reconocen los derechos fundamentales que definen a la persona como tal; en los que se aplican los principios éticos esenciales que son beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia; los cuales de todas maneras guiarán las acciones del acto médico. A lo antedicho, se debe añadir los principios fundamentales de la bioética personalista, como son el de libertad y responsabilidad, el de defensa de la vida, el de totalidad o terapéutica y el de sociabilidad y subsidiariedad.

Para aprender a valorar la dignidad humana, todo médico debe considerar ponerse en el lugar de otro, en sentir como enfermo y disponer ayuda al enfermo cuando enfrenta las dificultades de salud (Laín, P. 1964).

4.1.1.2 Del respeto por la persona. El simple hecho de saber respetar a la persona como tal, no solo obedece al otro-yo (otro igual a nosotros); sino que ayudará a encontrar un sentido a nuestra vida, siempre y cuando se respete la vida de los demás; es decir otorgando una atención médica, con una elevada responsabilidad ética.

El respeto de la persona en todas sus manifestaciones, desde el momento de la concepción (fecundación) hasta el último instante (la muerte cerebral total), basado en el concepto de persona como sujeto moral y de derecho (Tasis y col., 2018).

4.1.1.3 De la confidencialidad. Conservar la confidencialidad de paciente (antes, durante y después del acto médico), no debería verse solo como una cuestión de cumplimiento legal, sino más bien como el reconocimiento que amerita la condición de persona (paciente) como portadora de un valor absoluto.

En este sentido, en todo acto médico, se debe reconsiderar el máximo respeto a los derechos de privacidad e intimidad del paciente; mediante la promoción de la responsabilidad y la confidencialidad que garanticen un acto médico confiable.

4.1.1.4 De la autonomía. Siendo la autonomía un principio ético, es imprescindible reconocerla como tal en todas las instancias del acto médico; en este sentido, para que el paciente goce de una autonomía libre y consciente, es necesario que el médico le brinde toda la información posible, como para que el paciente tenga finalmente la capacidad de aceptar o rechazar el tratamiento acordado.

Para dignificar a la persona humana como tal es imprescindible resaltar la importancia de la autonomía en la toma de decisiones morales en torno a la gestión del cuerpo, sexualidad, la vida y la muerte; por lo tanto, en la toma de decisiones, tanto el médico como el paciente, han de trabajar conjuntamente para lograr un objetivo común; en donde el paciente asuma también un papel activo en la toma de decisiones.

4.1.1.5 Del consentimiento informado. El consentimiento informado debería ser el resultado de un proceso continuo del acto médico, enmarcado en una adecuada RMP, en donde el médico al inspirar algunas virtudes médicas como honestidad, fidelidad, veracidad y respeto, podrá concretar un consentimiento adecuado por parte del paciente.

El médico debe de promover un consentimiento informado, bien explicado, sencillo, entendible y voluntario. Para ello, es necesario valorar la capacidad del paciente para comprender y gestionar toda la información de manera que pueda justificar y ayudar en la toma de decisiones, siempre orientándolo sin coacción.

Con lo antedicho, Burgos (2013a), enfatiza que “la dignidad y respeto de la persona” es:

- a) Incondicional.
- b) Una perfección constitutiva e intrínseca.
- c) El fundamento de los derechos humanos.
- d) Un valor en sí misma y no pueda ser instrumentalizada.
- e) Irrepetible e insustituible.

4.1.2 Relaciones interpersonales. Siendo que las relaciones interpersonales son imprescindibles para la optimización de la RMP, desde el enfoque de la bioética personalista se promueve la autorrealización de la persona, posibilitando así la complacencia de sus necesidades, gracias a la respuesta positiva de otro individuo. Veamos cuáles son los factores que lo caracterizan, sus niveles y tipos.

4.1.2.1 De los factores que influyen en la RMP. Los factores que influyen en la buena RMP son:

Gráfico 2
Factores que influyen en la buena RMP



Nota. Recopilado de Casanova, J. (2017).

4.1.2.2 De los niveles y tipos de relación interpersonal. Sabiendo que una relación interpersonal es un modo de convivencia entre dos personas buscando un fin común, recomendaremos los siguientes tipos de relaciones interpersonales más significativos: la actitud benevolente, la amistad y el amor.

La actitud benevolente, es un nivel elevado, que se puede describir como una actitud positiva pero no excesivamente comprometida; y para una adecuada RMP, no basta solo con mantener una actitud benevolente hacia el paciente, sino que debe considerarse un nivel más profundo entre el médico y el paciente, donde prime la comunicación fluida, querer el bien del otro por el otro y por ser recíproco (Burgos, 2013b).

La amistad, es el nivel más importante de esta relación, la cual se caracteriza por ser una relación estrecha entre dos personas que comparten las siguientes características comunes: interés recíproco, comunicación fluida, sentimientos compartidos, etc.; es decir querer siempre el bien del otro por el otro (un bien en sí mismo); y una reciprocidad. Por lo tanto, para que surja una verdadera amistad es necesario amar al prójimo tal como es y sobre todo tener responsabilidad por el otro. (Burgos, 2013b).

El amor, es un nivel que debería ser aplicado cuidadosamente, por la riqueza de relaciones que encierra. En este sentido, para delimitar su significado y aplicarlo dentro de las relaciones interpersonales entre el médico y el paciente, se deben considerar las siguientes características: el amor como acto genérico de la voluntad que desea el bien, el amor propio y el amor al prójimo (al otro). (Burgos, 2013b).

Por lo tanto, y según Méndez G. y Ryszard, M. (2005), la relación interpersonal debe ser considerada una prioridad para optimizar la RMP, no solo para la autorrealización del individuo sino para satisfacer la necesidad del otro. Finalmente, las buenas relaciones interpersonales no solo serán la clave para adquirir nuevas relaciones, sino que serán la carta personal de cada facultativo como para brindar al paciente no solo un buen diagnóstico y tratamiento, sino también, confianza, esperanza y paz.

4.1.3 Virtudes médicas. Para optimizar la RMP es necesario también considerar los hábitos de las virtudes que todo buen médico (moralidad interna) debería tener, como el núcleo de la ética médica; lo cual finalmente definirá la función esencial de la medicina humana, en este sentido veamos los aspectos éticos y morales de la profesión médica, así como las virtudes médicas.

4.1.3.1 De la ética y moral. Siendo que el estudio fundamentado de los valores morales (costumbres, normas, tabúes y convenios) y el análisis crítico están relacionados con la ética, que guían el comportamiento humano establecidos por cada sociedad; las obligaciones morales del médico son imposibles sin la adopción y desarrollo del hábito de las virtudes médicas.

4.1.3.2 De las virtudes médicas. Para optimizar la PMR, todo profesional sanitario debe tener en cuenta los estándares éticos vigentes y considerar en adoptar un estilo de vida donde promueva e inspire algunas virtudes que le hagan no solo buena persona, sino un buen médico. En este sentido, el Código Internacional de Ética Médica exhorta que todo profesional médico debe:

- a) Prestar en todo momento una atención médica humanizada.
- b) Respetar obligatoriamente la vida humana sobre todas las cosas.
- c) Brindar al paciente toda su lealtad y todos sus recursos científicos disponibles.
- d) Prestar atención médica, enfatizando en todo momento lo mejor para el paciente.
- e) Consultar o derivar a otro colega cuando un tratamiento sobrepase su capacidad.
- f) Respetar el derecho de la confidencialidad.

Así mismo, es preciso señalar que el Código de Ética del Colegio Médico del Perú, en el acápite referido a las personas expresa claramente: “que la dignidad de la persona obliga a tratar a toda otra persona siempre como un fin y no únicamente como un medio”, recogiendo así el imperativo categórico de la dignidad del pensamiento kantiano, lo que implica, “lealtad, diligencia, compasión y responsabilidad”

Para optimizar la RMP, Pellegrino (1993), reconoce la importancia de las virtudes que todo profesional médico debe cultivar, en especial las siguientes:

- a) Confianza: en sí mismo (como profesional médico), y por ende en el paciente mismo, como una instancia de colaboración y compromiso con su salud.
- b) Compasión: en el sufrimiento de la persona enferma, y consuelo en los momentos más difíciles que le toca afrontar.
- c) Prudencia: acercamiento médico a su humanidad, con habilidad para pensar cómo y por qué debe actuar en situaciones morales concretas, haciendo la mejor acción posible.
- d) Justicia: obliga a tratar a cada paciente sin ningún tipo de discriminación; es decir, sin más ni menos atributos que su condición amerite, tratando a todo paciente por igual.
- e) Fortaleza: para hacer lo correcto en todo momento, aun en los momentos difíciles que como ser humano, el mismo médico, debe pasar; y también para con el paciente al momento de comunicarle una mala noticia.
- f) Templanza: dominio propio del profesional médico para mantener el equilibrio, la armonía y la integridad en la toma de decisiones personales sobre la condición humana del paciente.
- g) Integridad: en las cuestiones y decisiones bioéticas que como profesional deberá tomar, teniendo siempre en alto los principios y valores éticos de la profesión médica.
- h) Autocrítica: juicio crítico en reconocimiento de la aceptación del comportamiento propio del médico, vistas como oportunidades de mejora en pro de la salud del paciente.

Así mismo, se deberían considerar algunas otras virtudes que podrían complementar la RMP de manera significativa, tales como:

- a) Honestidad: para consigo mismo, según sus capacidades profesionales y para con los pacientes, en decir siempre la verdad de manera clara, sencilla y transparente.
- b) Veracidad: como acto de decir siempre la verdad y conservar la confianza del paciente, como medida justa de la autoexpresión del médico para favorecer la autonomía del paciente.
- c) Sabiduría: va más allá del simple conocimiento, sino que ayudará a determinar y discernir de manera integral lo mejor para el paciente.
- d) Ecuanimidad: cualidad que todo médico debe considerar, manteniendo e inspirando siempre la calma y la constancia de ánimo, para determinar el buen juicio y la correcta toma de decisiones.
- e) Responsabilidad: no solo como una actitud personal al cuidado del paciente, sino como una obligación moral y normatizada.
- f) Excelencia: como compromiso ético orientado a la búsqueda de la superación profesional, para brindar una atención de calidad poniendo siempre por delante los intereses del paciente.
- g) Servicio: como vocación de la medicina, velando siempre por la salud del paciente y demostrando, compromiso, caridad, afecto y entrega.

4.1.4 Medicina humanizada. Siendo el proceso de humanización de la medicina el principio y fundamento que todo profesional médico debe afrontar, es imperioso mejorarla cada día, haciéndola más humana, digna y personal. Para ello, nos agenciaremos del enfoque

de la bioética personalista con el objetivo de optimizar una RMP más humanizada, sabiendo optimizar los avances tecnológicos, las especializaciones médicas, los servicios de salud y el equipamiento médico.

4.1.4.1 De los avances tecnológicos. Es innegable que, al efectuar la práctica de la medicina, siempre vamos a recurrir a la ciencia y la tecnología en favor del paciente; por lo tanto, es imperioso que estas herramientas se apliquen no solo con conocimientos, enmarcados en los principios y valores de la profesión médica. Por lo tanto, los avances tecnológicos no deberían contribuir a la deshumanización de la medicina, sino que deben ser aliados estratégicos para optimizar la RMP y por ende, el acto médico en su conjunto.

Recuérdese que cada ser humano es irrepetible, y por ello, cada paciente también lo es; por lo tanto, no es posible suplantarlo por algo mecánico y que se encuentra desprovisto de conocimiento de las singularidades de cada paciente (Numa, E. 2021).

4.1.4.2 De la especialización médica. Las diferentes especialidades médicas no deberían en ninguna circunstancia hacer perder de vista la complejidad e integridad del paciente, sino más bien estas deben sumar iniciativas en la atención integral de las personas, y por lo tanto fortalecer los vínculos comunicacionales en pro de una eficiente RMP. Para ello es necesario un trabajo articulado con las demás especialidades médicas, en la cual se logra concientizar al personal de las distintas áreas del objetivo de la humanización de la medicina.

4.1.4.3 Del servicio de salud. Mantener una infraestructura acorde a las necesidades del paciente es fundamental de una medicina humanizada; donde el espacio físico debe inspirar confianza, evitando todo tipo de escenario (hostil, publicitario, comercial o de índole proselitista), que preocupe al paciente. Así mismo, el consultorio médico debe estar bien ventilado, iluminado; además debe ser un ambiente acogedor, cálido y decoroso; así como también debe inspirar en todo momento pulcritud e higiene.

En la consulta médica, se debe dedicar el mayor tiempo posible al paciente, toda vez que el paciente no solo tiene una disminución de su salud física, sino también de su esfera psicológica y por lo tanto debería ser escuchado. Los plazos de espera para la consulta médica deben ser lo menos prolongados posibles, de esta manera el paciente entrará más animoso a la consulta médica.

Para que el paciente obtenga una plena satisfacción de la atención médica, es necesario que tenga la libertad de elegir al médico tratante; con el objetivo de abrirse en confianza, ser escuchado por su médico, y mantener una buena RMP; de esta manera la satisfacción del paciente y del médico estará garantizada.

4.1.4.4 Del equipamiento e insumos biomédicos. Es recomendable que el mobiliario del consultorio médico esté completo y en óptimas condiciones, como para ser utilizados en el paciente de manera segura. En este sentido, mínimamente debe haber una mesa y tres sillas (una para el médico, y dos para el paciente y su familiar), una camilla (para la exploración del paciente), un biombo (para resguardar la intimidad del paciente), entre otros.

Es importante hacer uso de los implementos de bioseguridad, de esta manera, protegemos a nuestro paciente y a nosotros mismos. Así mismo, es necesario hacer uso del instrumental médico necesario y apropiado para la exploración física del paciente.

Por lo tanto, hablar de la humanización médica no solo es limitarse a observar los avances científicos y tecnológicos o pensar que las diferentes especialidades médicas, pueden ser factores deshumanizantes; todo lo contrario, estos deben ser tratados de manera estratégica y prudentemente en pro de la salud del paciente, sin dejar de lado aquellos otros factores que sí pueden ser agravantes por más esfuerzos que se depositen para mejorar la RMP y nos referimos a la gestión y conducción en salud, la cual también debería velar por un servicio más humano cada día.

4.1.5 Habilidades comunicacionales. Para optimizar la RMP desde el enfoque de la bioética personalista, es necesario en primer término “aprender a escuchar”. Recordemos que, dentro de la bioética personalista, la escucha activa del paciente es un pilar fundamental que todo profesional médico debe desarrollar; por lo tanto, se debe aprender estrategias comunicacionales, como hablar y sentirse escuchado, la acción de escuchar y sentirse escuchado, acción de atender y corporalidad, características que definen la acción de escuchar, y finalmente cómo aprender a escuchar. Pasaremos a resumir las estrategias según el libro *Aprender a escuchar* (Polaino 2008).

4.1.5.1 Hablar y sentirse escuchado. La necesidad de comunicarse y sentirse escuchado va más allá de una simple conversación. Recordemos que el paciente acude a la consulta con algún grado de ansiedad y si es la primera cita con mucha más razón; por lo tanto, lo primero que él necesita es ser escuchado. Cuando un paciente ha sido debidamente escuchado podrá abrirse en confianza.

Si el paciente no siente confianza en la consulta con su médico, él puede ocultar detalles importantes. Esto va a tener un impacto negativo en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del paciente. Por lo tanto, es necesario aprender hablar y sentirse escuchado.

En este sentido, el profesional médico debe considerar la escucha empática, activa y reflexiva, toda vez que el acto de saber escuchar enriquece significativamente no solo la dignidad del médico como agente de salud, sino también la del paciente como persona enferma.

4.1.5.2 La acción de escuchar y sentirse escuchado. El acto de escuchar del médico incluye prestar atención a las palabras del paciente, apoyar conductas positivas que conduzcan a la interacción con el paciente y a lo que el paciente dice. Es decir, respetando su espacio y tiempo, de tal manera que la simple acción de escuchar transforme en el médico en un receptor activo y ávido de conocer más a profundidad al paciente.

El médico debe estar seguro de que el paciente también lo escucha. En este sentido, la experiencia de ser escuchado es algo experimental que reorganiza el tejido de la existencia

humana y da un nuevo significado a lo que antes podría haber sido considerado algo aleatorio o caótico. Por lo tanto, el paciente que se siente escuchado experimenta la comprensión que emana del médico, percibiendo lo que está escuchando y comprendiendo.

4.1.5.3 La acción de atender y la corporalidad. Siendo que no solo se escucha con los oídos y los ojos, sino también con los otros sentidos sensoriales como el olfato, el gusto, el tacto y el tono postural; es necesario que intervenga el cuerpo entero. Es decir, la corporalidad del médico (su mismo tono postural) es arrastrado por el ejercicio de escuchar las palabras del paciente. Aquí, la corporalidad del médico que escucha refleja si está escuchando, si lo que escucha es importante para él y si realmente hay un encuentro cara a cara lo que el paciente está hablando o no.

En la corporalidad en la acción de escuchar, no solo estarían involucrados los cinco sentidos y su actitud corporal del médico y del paciente; sino también todo lo que les está rodeando en el canal de la comunicación, lo cual pudiera ser un obstáculo en la acción de escuchar; por ejemplo, el ordenador que se interpone entre el paciente y el médico. Para ello es necesario tener estrategias que eviten estas interferencias, reduciendo su uso o ubicando el ordenador a un lado, como para escuchar atentamente al paciente y evitar situaciones que interrumpan la comunicación.

4.1.5.4 Características que definen la acción de escuchar. Médico que escucha, sabe respetar, médico que escucha propone un modo de compartir, médico que escucha expropia y aniquila su yo, para aliviar el tú del paciente.

Médico que escucha atiende, porque entiende y quiere atender al paciente. Por tanto, es imperioso precisar que el médico necesita sentirse comprometido en lo que escucha, y se ponga en el lugar del paciente y trate de intentar en sentir lo mismo que él ha estado o está experimentando.

El médico, con solo escuchar atentamente al paciente, no le impone nada, así como tampoco le ha hecho recordar la normativa vigente ni ninguna norma que hubiera violado con

su conducta anterior, ni le dio ningún consejo concreto. Él simplemente lo ha escuchado con atención.

4.1.5.5 Aprender a escuchar. Recordemos que, en el contexto de un diálogo, la acción de escuchar se da siempre en un determinado lugar y tiempo. Por lo tanto, desde el punto de vista médico, se deben tener en cuenta las siguientes características para con el paciente: ser empático, no implicarse emocionalmente, usar la tecnología sabia y prudentemente, estar abierto al diálogo, centrarse en las necesidades del paciente, informándole sobre su condición de salud de manera abierta y transparente y, sobre todo, saber comunicarse de manera efectiva.

Por lo tanto, para optimizar la RMP, desde el enfoque de la bioética personalista, es imperativo que todo profesional médico tenga los conocimientos y capacidades de desarrollar adecuadas habilidades comunicacionales, las cuales no solo constituirán un importante factor de adaptación social, sino que realzarán el perfeccionamiento de la vida relacional del ser humano, brindando calidad a las diferentes actividades de la práctica médica.

4.1.6 Consulta médica personalista.

4.1.6.1 La ectoscopía. Siendo la ectoscopía, el primordio de la entrevista médica (la cual muchas veces ha sido olvidada en la consulta médica de rutina), que se resume como la primera observación o impresión del paciente, esta debe ser aplicada prolija y metódicamente, para que nos proporcione un diagnóstico presuntivo previo; para ello, es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

4.1.6.1.1 La antesala. Independientemente de la valoración global del paciente (edad aparente, estado de gravedad y signos destacados), es imprescindible contemplar un vistazo panorámico del desplazamiento del paciente, considerando su actitud, disposición, amabilidad y atención; como para precisar algún diagnóstico presuntivo. Por lo tanto, en todo momento se debe estar atento al comportamiento corporal, al caminar y al momento de sentarse, así como considerar a todo momento su expresión facial, siendo esta muchas veces un punto clave para ir examinado con la mirada al paciente.

4.1.6.1.2 La apertura. Saludar atentamente al paciente (llamarle siempre por su nombre o preguntarle cómo le gustaría que le llamen), extendiéndole la mano y expresarle que se siente muy augusto de poder atenderle. Así mismo, presentarse cordialmente indicándole su nombre y apellido, y haciéndole saber que todo lo que conversen o realicen quedará en estricta confidencialidad. Y según el escenario en que se desarrolla la consulta médica, el médico debe intentar mantener un ambiente cordial, de confianza, respeto y pulcritud. El buen humor, según el contexto del acto médico (siempre desde una posición de consideración y respeto por el paciente) ayuda a crear mayor empatía y facilita que este desarrolle confianza en el paciente.

4.1.6.2 La anamnesis. Siendo la anamnesis la parte más importante de la entrevista médica, la cual nos brinda aproximadamente el 70% del diagnóstico final, es necesario considerar las siguientes recomendaciones:

4.1.6.2.1 De los datos filiatorios.

Edad y sexo u orientación sexual: Es necesario confirmar estos datos para entrar en contexto relacional, teniendo siempre en alto la no discriminación, la tolerancia, el respeto y sobre todo la inclusión social; resaltando siempre los aspectos positivos de la conversación.

Ocupación. Es imprescindible indagar sobre la ocupación laboral del paciente, toda vez que hoy en día es un factor de riesgo psicosocial que influye negativamente en la salud mental y corporal del paciente. Hay que considerar sus pasatiempos, como para que en razón a ellos podamos bridarle algunos consejos de salud emocional a nivel personal, de pareja y familiar.

El estado civil. El celibato, matrimonio, convivencia, viudez y divorcio significan modos de vivir distintos, que cuentan en la génesis de muchos trastornos funcionales e incluso orgánicos (Surós, 2003). En cualquier situación, se debe estar preparado como para complementar con recomendaciones médicas que le ayuden a fortalecer su estado actual; sobre todo tener en cuenta su núcleo familiar.

Religión. Es factible considerar el credo o condición religiosa de nuestro paciente, siendo este un factor importantísimo en el diagnóstico y tratamiento de su patología. Además,

debemos saludar, animar, mejorar y guiar sus expectativas religiosas con el objetivo de conseguir grandes beneficios en la prevención de las enfermedades. Esto conlleva a que como médicos debemos ser cultos y conocedores de las diversas religiones, de las cuales debemos aprender a respetar y tolerar. Así mismo, es preciso comprender y encaminar también a los pacientes ateos.

4.1.6.2.2 De la enfermedad actual o motivo de consulta. Mirar fijamente a los ojos del paciente, buscando con las interrogantes, no solo las condiciones que nos orienten a la patología, sino también debemos escrudñar atentamente aquellas otras situaciones que puedan estar relacionadas con su padecimiento y por qué no a lo mejor, el hallazgo de otras condiciones que oriente a otras patologías; recordando siempre que “nuestro paciente es un todo”. Es decir, darle facilidades al paciente, y si fuera posible ir parafraseando algunas preguntas del interrogatorio para ayudarlo a que nos cuente con detalles aquellas cosas que puedan estar vinculadas con su patología.

El interrogatorio es la clave fundamental para el diagnóstico y es el que nos orientará en saber qué es lo que vamos a buscar y encontrar en la exploración física de nuestro paciente.

4.1.6.2.3. De los antecedentes.

Antecedentes personales. Es necesario preguntar a nuestro paciente sobre los acontecimientos anteriores de su salud relacionados o no a su enfermedad actual. Esto nos orientará a saber las características y condiciones personales pasadas de nuestro paciente.

Antecedentes familiares. Rescatar lo más importante de los padres y familiares directos que no solo nos pueda orientar a una enfermedad hereditaria, sino también a saber cómo se encuentran cada uno de ellos, caso contrario podríamos indicarle la importancia del chequeo médico de sus familiares.

4.1.6.3 El examen físico. Del examen físico, claro está que debemos explorar físicamente al paciente, según los criterios obtenidos en la anamnesis, utilizando las técnicas semiológicas del arte médico que todo médico debe conocer a la perfección; para ello es necesario que se considere lo siguiente:

Previamente se le debe explicar al paciente el objetivo de la exploración física, toda vez que para llegar a un diagnóstico certero es necesario explorarlo físicamente, y por lo tanto se debe esperar y confirmar su consentimiento. Así mismo, hay que dejarle un espacio prudente (tiempo y privacidad) para que el paciente se retire la ropa y colocarse una bata, o solo retirarse la prenda necesaria para el abordaje exploratorio; y cuando se encuentre listo invitarle a pasar a la camilla.

Cuando el paciente haya avisado que ya se encuentra listo y ubicado correctamente en la camilla, debemos trasladarnos a la camilla y ser muy cuidadosos, de tal manera que tengamos el más mínimo pudor con el cuerpo expuesto del paciente; finalmente es recomendable examinar físicamente y de ser posible lo que se considere oportuno y orientativo al diagnóstico; y si hubiera la necesidad de explorar la parte íntima del paciente, se debe cubrir el resto del cuerpo.

Durante la exploración física se debe hablar al paciente, explicándole todo lo que estamos haciendo, para que este pueda entrar en confianza y de esta manera colaborar con los signos y síntomas que pueda presentar en la exploración física. Así mismo, durante esta etapa, debemos ir educando a nuestro paciente, según los hallazgos físicos encontrados y contestar las preguntas que este tenga.

En algunas situaciones resulta adecuado un oportuno contacto físico (con el debido pudor, respeto y guardando siempre la distancia debida), sobre todo cuando el paciente se encuentra ostensiblemente depresivo o ansioso.

Una buena práctica incluye, por ejemplo, el ofrecer la mano al paciente para que este pueda recostarse en una camilla (especialmente si son niños, ancianos o mujeres embarazadas);

palmeo al paciente en el hombro para tranquilizarlo (con palabras apropiadas y anímelo) y acaricie suavemente (con gestos delicados) la frente o el brazo del paciente, especialmente cuando está acostado en la camilla y siente dolor o malestar severo (especialmente si el paciente está muy nervioso o si se tratara de un menor de edad).

Después de una exitosa exploración física, debemos agradecer al paciente por su completo apoyo y confianza, y le invitaremos a que se coloque su ropa. Es aquí donde le debemos otorgar el tiempo necesario y la privacidad óptima como para que termine de cambiarse. Por otro lado, es importante recalcar que lo ideal es que contemos con la ayuda de otro profesional de la salud como, por ejemplo, una enfermera/o, como para que nos acompañe en la exploración, en las anotaciones y de esta manera evitar los malentendidos que puedan surgir como producto de la exploración física.

4.1.6.4 Diagnóstico. Siendo el diagnóstico la conclusión del acto médico, es necesario que este haya sido finalizado luego de haber pasado rigurosamente por los pasos anteriores; para ello, se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

Para concluir en el diagnóstico se debe realizar una “síntesis sencilla de los hallazgos encontrados” explicando al paciente de una forma oportuna, transparente y veraz el o los diagnósticos encontrados.

Es aquí, donde el médico deberá tener el tino y el deber de declarar al paciente sobre su diagnóstico, en un lenguaje sencillo y completo; haciéndole entender lo que el paciente tiene. Así mismo, el médico deberá negociar con su paciente sobre las necesidades de tener que usar otros métodos de estudio que permitan clarificar mejor el diagnóstico.

4.1.6.5 Tratamiento. Aquí, el profesional médico debe informar y explicar completamente al paciente sobre todos los posibles tratamientos existentes con el objetivo de recuperar su salud.

En este sentido, el paciente tiene la libertad de elegir el tratamiento que el médico le proponga; por lo tanto, el profesional médico debe asegurarse en todo momento de que el paciente haya entendido la importancia del tratamiento médico y de las posibles consecuencias de su enfermedad si no cumple con la misma.

En el caso que el paciente se rehúse en una primera instancia a rechazar el tratamiento, se debe respetar su decisión, considerando que quizás en ese momento no está preparado para decidir; por lo tanto, se le debe invitar a volver a la consulta cuando este haya tenido el tiempo suficiente como para poder decidir.

Si el paciente, a pesar de todo, no desea recibir el tratamiento (cualquiera fuera sus razones), de todas maneras, todo profesional médico en todo momento debe respetar la autonomía del paciente, es decir saber respetar su decisión; y acompañarlo en todo momento de tal manera que quizás con tiempo pueda cambiar de opinión; pero siempre respetando su autonomía.

4.1.6.6 Controles médicos. Aquí la RMP es más viable, siendo que el paciente ya conoce a su médico, y el médico a su paciente, no solo por el hecho de que ambos tienen conocimiento de sus antecedentes o historial clínico, sino porque simplemente ha surgido y se ha mantenido en tiempo una adecuada RMP.

Antes de que el paciente pase a su control, es necesario que el médico disponga de unos minutos para revisar la historia clínica de su paciente y recordar sobre todo las conclusiones y el acuerdo tomado por el paciente; y por lo tanto, saber anticipadamente el motivo del control de su paciente hará que el médico revalore la RMP, según el tipo de paciente, sus antecedentes y sobre todo los acuerdos tomados de manera conjunta.

Finalmente, es imprescindible señalar que el acto médico no solo consiste en desarrollar todo lo descrito anteriormente, sino que se debe enfatizar la educación y promoción de la salud; así como enseñar al paciente a prevenir las enfermedades; y por qué no a evitar una próxima

consulta médica por el mismo cuadro clínico. Solo así se garantizaría una RMP perdurable en el tiempo, espacio y persona.

Capítulo V: Discusión

Con el objetivo de determinar los modelos de atención que desde el enfoque de la bioética personalista sustenten la optimización de la RMP, los resultados arrojaron que, de los distintos modelos estudiados, el deliberativo, el de responsabilidad compartida y el personalista son los que más se aproximan al enfoque del presente estudio. En este sentido se acepta la hipótesis que hace referencia de que existen modelos de atención que desde el enfoque de la bioética personalista sustentan la optimización de la relación médico-paciente. Estos resultados concuerdan con Mendoza, A. (2017), quien considera que el modelo deliberativo refleja mejor la relación ideal, enfatizando que un médico humanista, en su ejercicio profesional, no solo debe ser un agente con habilidades científicas y técnicas en su especialidad, sino también alguien que sea capaz de establecer relaciones interpersonales respetando los principios, dignidad humana y sus valores. Analizando los resultados podemos considerar que los modelos paternalista/dominante, contractual/mecanicista, instrumental, tecnicista y defensivo/legal, son los que menos se deberían considerar al momento de interactuar con el paciente, toda vez que no agotarían las posibilidades de optimización en la RMP; en vez de ello, los modelos de compromiso/confianza recíproca, responsabilidad compartida y primacía de la autonomía deben ser analizadas y contrastadas, como para ser incorporadas a los modelos deliberativo, responsabilidad compartida y personalista, los cuales finalmente serían las más acertadas en el modelo de atención propuesto para optimizar la RMP, desde la perspectiva de la bioética personalista.

Al describir las características de la estructura del enfoque de la bioética personalista, los resultados reflejaron que para optimizar la RMP es fundamental considerar en aplicar las siguientes características que la definen como, por ejemplo: resaltar la dignidad y respeto de la persona como tal, promover las relaciones interpersonales, cultivar las virtudes médicas, practicar una medicina humanizada y aplicar las habilidades comunicacionales; las cuales se discutirán a continuación:

Respecto a resaltar la dignidad y respeto de la persona, se pudo encontrar que es imperioso en primer lugar reconocer los derechos fundamentales que definen a la persona como tal, aplicando los principios éticos fundamentales: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia; los cuales de todas maneras guiarán las acciones del acto médico sin olvidar a los que

forman parte de la bioética personalista, como son el principio de libertad y responsabilidad, el principio de defensa de la vida, principio de totalidad o terapéutico y el principio de sociabilidad y subsidiariedad. Según Tasis, M. y col. (2018), sostiene que, desde el punto de vista de la bioética personalista, es factible considerar que el médico como figura rectora de la RMP debe reconocer primero al paciente como persona, su individualidad y su dignidad, su historia como ser social y brindarle la confianza y el cuidado que amerita su condición como persona humana portadora de un valor absoluto, la dignidad. Estos resultados coinciden con el Código Internacional de Ética Médica, citado por Indacochea, S. (2017), quien concluye que todo médico debe recordar siempre su deber de respetar la vida humana, tener en cuenta lo que es mejor para el paciente al prestarle atención médica, deberle toda la lealtad y todos los recursos científicos a su disposición, así como durante el examen o tratamiento médico. Más allá de su capacidad, el médico está obligado a consultar o derivar a otro médico con experiencia en la materia para respetar el derecho del paciente a la confidencialidad y prestar atención de urgencia como deber humanitario. En este sentido, se confirma lo referido por Laín P. (1964) quien lo resume en tres condiciones básicas: sentir como enfermo, saber ponerse en el lugar de otro y disponer ayuda al enfermo cuando enfrenta las dificultades de salud.

Respecto a promover las relaciones interpersonales, los resultados reflejaron que la bioética personalista enfatiza que esta práctica es considerada como vital e imprescindible para la optimización de la RMP, toda vez que desde el enfoque de la bioética personalista se promueve la autorrealización del individuo, posibilitando la satisfacción de sus necesidades, gracias a la respuesta positiva de otro individuo. Estos resultados son corroborados por Burgos, J. (2013a), al considerar que las relaciones interpersonales estarían enmarcadas en el amor, distinguiendo los siguientes significados: 1) el amor como un acto genérico de la voluntad que desea el bien. 2) el amor propio (mediante una entrega sincera de sí mismo a los demás) y 3) el amor al prójimo (al otro). En tal sentido, las buenas relaciones interpersonales no solo serán la clave para adquirir nuevas relaciones, sino que serán la carta personal de cada facultativo como para brindar al paciente no solo un buen diagnóstico y tratamiento, sino también, confianza, esperanza y paz.

Respecto a cultivar las virtudes médicas, se pudo encontrar que es indispensable para optimizar la RMP, las cuales no solo nos hacen buenas personas, sino que nos perfilan para inspirar confianza y sobre todo resaltar la vocación médica. Estos resultados concuerdan con

Pellegrino, E. (1993) quien refiere que las virtudes médicas a considerar son honestidad, integridad, valor, fortaleza, sabiduría, ecuanimidad, justicia, compasión entre otras. A su vez, Pellegrino (1993), reconoce la importancia de las virtudes que todo profesional médico debe cultivar, en especial las siguientes: confianza, compasión, prudencia, justicia, fortaleza, templanza, integridad y autocrítica. Analizando estos resultados podemos decir que es posible desarrollar una adecuada RMP, al considerar las normas éticas vigentes y vivir algunas virtudes que nos ayuden a reflejar en ser buenas personas y, por ende, buenos médicos; recogiendo así el imperativo categórico de la dignidad del pensamiento kantiano, lo que implica, “lealtad, diligencia, compasión y responsabilidad”. Podríamos resumir diciendo que, de todas las virtudes descritas, “la excelencia y el servicio” son las que más se aproximan a la perspectiva de la bioética personalista, para optimizar la RMP.

Respecto a practicar una medicina humanizada, se resuelve que el profesional médico debe caracterizarse por inspirar un don de humanidad y abnegación par con el paciente. Según Delgado, H. (1992), citado por Indacochea, S. (2017) afirma que el médico debe tener una cierta sensibilidad y compasión por el ser de cada paciente bajo su cuidado, tanto por sí mismo, en su situación particular, como por su condición de prójimo y semejante cómplice de un destino común que se pone en primer plano en la vida, frente a lo espiritual, frente a la muerte e imperecedero. Estos resultados son corroborados por Morales, (2017), que en su investigación llega a concluir que la deshumanización de la Medicina se desarrolla desde la formación médica y luego en el nivel asistencial, manifestándose un perfil de un médico deshumanizado que correspondería al de un técnico, con una actitud soberbia que menosprecia la esencia espiritual del ser humano, insensible a su dolor, con una relación médico-paciente despersonalizada enmarcada en un trato despótico, sin importar la opinión del paciente; tal médico es desinteresado y no explica las conductas ni las opciones terapéuticas. En este sentido, se confirma que el médico debe tener algunas cualidades que lo distinguen como persona, de tal manera que le permita entender al paciente como un ser humano que sufre; sin importar su condición socioeconómica, educativa, cultural, religiosa o política; y sobre todas las cosas, recordar el Juramento Hipocrático, y por qué no, complementar con lo descrito por Maimónides: “Que jamás vea yo en el paciente otra cosa que un compañero en el dolor”.

Respecto a optimizar las habilidades comunicacionales, se pudo encontrar que desde el enfoque de la bioética personalista, todo profesional médico debe tener los conocimientos y

capacidades de desarrollar adecuadas habilidades comunicacionales, las cuales no solo constituirán un importante factor de adaptación social, sino que realzarán el perfeccionamiento de la vida relacional del ser humano. Según Polaino A. (2008), afirma que, es necesario en primer término que el médico aprenda a escuchar, mediante la escucha activa del paciente; por lo tanto, se debe aprender estrategias comunicacionales, como hablar y sentirse escuchado, la acción de escuchar y sentirse escuchado, acción de atender y corporalidad, características que definen la acción de escuchar, y finalmente como aprender a escuchar. Este resultado coincide con lo afirmado por Casanova, J. (2015), quien sostiene que las dificultades comunicacionales están estrechamente relacionadas con factores ajenos a una adecuada comunicación, pero a la vez contundentes para quebrantar dicha comunicación, como, por ejemplo: el tiempo limitado de atención, el número exacerbado de atenciones médicas, la teleconsulta y telemedicina. En estos resultados podemos ver que si no optimizamos las habilidades comunicacionales seguiremos en el círculo vicioso, gestando una limitación de comunicación, la cual repercutirá significativamente en la RMP.

Reflexiones éticas: las implicancias éticas del presente modelo de atención, bajo el enfoque de la bioética personalista, tiende a recorrer y/o desarrollar todos los principios bioéticos ya conocidos; sin embargo, donde se puede resumir la fuerza del presente modelo propuesto es en la autonomía del paciente y en la responsabilidad del médico. En este sentido, el modelo de atención ayudará al paciente a desarrollar una autonomía plenamente libre y responsable, donde sus valores, criterios y preferencias gocen de prioridad en la toma de decisiones, en virtud de su dignidad como sujeto. Así mismo, proporcionará herramientas eficaces al facultativo para desarrollar un acto médico altamente responsable, logrando en todo momento el bien íntegro del paciente. Estas implicancias éticas coinciden con García, J (2013), quien afirma que la bioética personalista no tiene otra finalidad que la de promover el bien íntegro de la persona humana, eje y centro de la vida social.

Por lo tanto, en la presente investigación al proponer un modelo de atención para optimizar la RMP desde la perspectiva de la bioética personalista, se pudo determinar que es factible optimizar dicha relación desde el enfoque de la bioética personalista de manera sabia y prudente (según el escenario médico), toda vez que no pretende reemplazar las técnicas semiológicas del arte de la medicina ya establecidas, sino, más bien, desea fortalecer el eslabón del acto médico en sí, que es la óptima RMP como piedra angular del ejercicio médico. Frente a lo mencionado se acepta la hipótesis de investigación donde refiere que es posible optimizar la RMP mediante el diseño de un modelo de atención desde el enfoque de la bioética

personalista. Estos resultados son corroborados por Cardona (2014), quien llega a concluir que el planteamiento de la bioética personalista juega un papel fundamental frente a la deshumanización tan acelerada que en la cotidianeidad del acto médico experimenta cada facultativo. En este sentido, bajo lo referido anteriormente y al analizar estos resultados, se confirma que para optimizar la RMP es imprescindible la aplicación del modelo de atención, desde la perspectiva de la bioética personalista, destacando la dignidad y respeto de la persona, las relaciones interpersonales, las virtudes médicas, la medicina humanizada, las habilidades comunicacionales y la consulta médica personalista.

Capítulo VI: Conclusiones

Siendo la RMP la piedra angular del acto médico, es imperioso resaltar que a pesar de sus diversas características que la definen, como los factores sociales, económicos y culturales, así como las connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas; y que a pesar de los adelantos tecnológicos que la vulneran progresivamente, es imprescindible distinguir que dicha relación

está cada vez más sucumbida por la falta de humanidad y abnegación por parte del facultativo, lo cual muchas veces tendrá como consecuencia una respuesta negativa por parte del paciente, deba ser optimizada por un modelo de atención desde el enfoque de la bioética personalista la cual debe ser deliberativo, con responsabilidad compartida y sobre todo personalista.

Para optimizar la RMP se debe considerar el enfoque de la bioética personalista, que se caracteriza por colocar a la persona en el centro de su reflexión y de su estructura conceptual; reafirmando el primado de la persona humana sobre todas las cosas, enfatizando la dignidad y respeto de la persona como tal, promueve las relaciones interpersonales, incentiva a cultivar las virtudes de la profesión médica, desarrolla una medicina completamente humanizada y promociona las habilidades comunicacionales como base fundamental de la RMP. Por lo tanto, la bioética personalista aboga por una actitud respetuosa hacia la RPM de los profesionales de la salud, enfatizando a los seres humanos y su dignidad en la defensa provida.

Finalmente, en el presente panorama cambiante de la actual práctica médica, donde recientemente ha habido una creciente necesidad y conciencia de repensar las prácticas profesionales centrándose en la atención de la salud humana, es imprescindible considerar la implementación del presente modelo de atención desde el enfoque de la bioética personalista para optimizar la RMP; la cual finalmente, promueve un renovado compromiso basado en la excelencia y el servicio de la vocación médica en pro de la atención del paciente, basado en una actitud de compasión y respeto a la dignidad humana, responsabilidad y altruismo, que a su vez se fundamenta en la correcta aplicación de los principios éticos y normas legales que rigen el ejercicio de la medicina.

Capítulo VII: Recomendaciones

Se recomienda el impulso y difusión de la implementación del presente modelo de atención para optimizar la RMP desde la perspectiva de la bioética personalista, en la que se contemplen aspectos relacionados con la dignidad y respeto de la persona como tal, se promueva las relaciones interpersonales, se cultiven las virtudes médicas, se practique una medicina humanizada y se optimicen las habilidades comunicacionales.

También se recomienda la realización de una guía práctica clínica personalista que contemple no solo la consulta ambulatoria, sino también la hospitalización y sobre todo los estados críticos del paciente como la unidad de cuidados intensivos, los cuales muchas veces son más difíciles y complejos.

Referencias bibliográficas

Álvarez, T. (2015). Dignidad humana dentro de la relación médico-paciente. *Revista Erbio*. 5 (7).

Arango, P. (1998). La formación en bioética: una alternativa para la calidad de la relación médico-paciente. *Persona y Bioética*, 3.

Arbaiza, L. (2014). *Cómo elaborar una tesis de grado*. Universidad ESAN.

- Asociación Médica Mundial (1949). *Código Internacional de Ética Médica*.
<https://www.wma.net/es/polices-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>
- Ávila, J. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 30(2), 216-229.
- Bernar, A. (2000). *Valoración moral del consentimiento informado como expresión de la relación médico-paciente*. [Tesis doctoral]. Pontificia Universidad de la Santa Cruz.
- Bernier, L. (2001). Relación entre médico, paciente y familia. En Bernier et al., *Bioética* (pp. 225-234). McGraw-Hill Interamericana.
- Bordin, C. (1996). *El accionar médico. Bioética, experiencia transdisciplinar desde un comité hospitalario de Ética*. Editorial Lumen.
- Buber, M. (1995). *Yo y tú*. Caparrós Editores.
- Burgos, J. (2012). *Introducción al personalismo*. Biblioteca Palabra.
- Burgos, J. (2013a). ¿Qué es la bioética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos. *Cuadernos de Bioética XXIV*.
- Burgos, J. (2013b). *Antropología: una guía para la existencia*. Palabra.
- Camarena, E., Hernández, F. y Fajardo, G. (2011). La comunicación humana y su relación con la queja médica. *Revista Conamed*, 16 (3).
- Cardona, J. (2014). Entendiendo a mi paciente desde la bioética personalista. *Gaceta Médica de México*, 2, 177-179.
- Carvajal, S. (2020). Virtudes del médico: ¿Qué importancia le atribuyen los pacientes? *Revista Médica de Chile*, 148, 1767-1772.
- Casanova, J. (2015). *Factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente*. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Casanova, J. (2017). Factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente. *Horizonte Médico*, 17(3), 43-49.
- Castilla, B. (2015). La persona, esa “gran realidad”. Zubiri y el personalismo. *Quien*, 1.

- Chancay, A., Suárez, J. y López C. (2017). La comunicación en la relación médico-paciente como parte de la formación de los estudiantes de medicina. *Revista Conrado*, 13(59), 261-273. <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>
- Chuck, J. (2011). Aspectos bioéticos en la relación médico paciente en pediatría. *Revista Etbio*, 1 (1).
- Cipriani, E. (2018). *Aspectos clínicos: Relación Médico-Paciente-Sociedad. Deshumanización de la medicina o deshumanización de la sociedad*. Academia Nacional de Medicina.
- Cortés, G. (1997) Aspectos generales de la relación médico-paciente. En J. Kuthy (ed.), *Introducción a la Bioética* (pp. 37-49). Méndez Editores.
- De Santiago, M. (2014). Las virtudes en bioética clínica. *Cuadernos de Bioética*, XXV (2014/1).
- Elio, D. (2016). La deshumanización de la medicina. *Revista Cuadernos*, 57(3).
- Emanuel, E. y Emanuel, L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En A. Couceiro Vidal (ed.), *Bioética para clínicos* (109-126). Editorial Triacastela.
- Espinosa, A (2017). Viejas y nuevas implicaciones en la relación médico-paciente y del método clínico. *Revista Cubana de Medicina*; 52(2), 150-154.
- García, J. (2013). Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. *Cuadernos de Bioética*, XXIV.
- Gómez F. y Bustamante, H. (1996). *Relevant ethical issues in Health care: Forum in Bioethics* 3. Bookman Printing House.
- Gómez, N. (2009). *Burgos, J. M.: reconstruir la persona. Ensayos personalistas. Recensiones*. Ediciones Palabra.
- González, R. (1984). La psicoterapia en nuestro medio: un criterio y algunas experiencias. *Rev. Hosp. Psiq*, 24, 167-178.
- Gracia, D. (2004). Por una asistencia médica más humana. En D. Gracia, *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética* (pp. 93-102). Triacastela.
- Guzmán, F. (1994). El acto médico. *En Acta Medica Colombiana*, 19(3).
- Hernández, M. (2013). El humanismo y la relación médico-paciente. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(3), 255-257.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill Education.
- Indacochea, S. (2017). Reflexiones sobre la relación médico paciente. *Revista Facultad de Medicina Humana*, 17(1), 84-88.
- Jurado, Y. (2005). *Técnicas de investigación documental*. Thomson.
- Kízer, S. (2010). Maimónides: Sabio de la relación médico paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 70(3).
- Lain, P. (1964). *La relación médico-enfermo*. Alianza.
- Lourenço L (2022). Virtudes do médico para uma prática de excelencia. *Editorial Medicina Familiar Mexicana*, 24(4).
- Lucas, R. (2010). *Explícame la persona: Capítulo 12 Cuerpo y persona*. Edición Art.
- Lugo, E. (2011). *Bioética clínica personalista: El aporte del padre José Kentenich. Vida y Ética*. Instituto de Bioética – UCA.
- Macías, M. (2011). Ciencias sociales y humanísticas en la formación médica. *Humanidades Médicas*, 11(1), 18-44.
- Mejía, A. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista Médica Electrónica*, 39(Supl. 1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2129/3536>
- Méndez, I. y Ryszard, M. (2005). *El desarrollo de las relaciones interpersonales en las experiencias transculturales: una aportación del enfoque centrado en la persona*. [Tesis de maestría, Universidad Iberoamericana]. Repositorio Institucional – Universidad Iberoamericana.
- Mendoza, A. (2017). La relación médico-paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 63(4), 555-564.
- Mezrich, J. (2019). Educación médica centrada en la persona en el siglo XXI. *Simposio Medicina Centrada en la Persona. Diagnóstico*, 58(1).
- Millán, J. (2018). Humanización de la medicina, medicina humanizada, medicina humanista: ¿de qué estamos hablando? *Educación Médica*, 19(3), 131-132.

- Montaner, C y Soler, E. (2012). La relación con el paciente desde la perspectiva personalista. Saber comunicar, un imperativo ético. *Cuadernos de Bioética, XXIII*.
- Montaner, M. (s.f.). Habilidades de comunicación entre farmacéutico de Hospital y paciente. *Dobledosis. Ser bueno ya no basta* (pp. 80-95). Let's health.
- Montaner, M. y Soler, E. (2013). La comunicación con el paciente, una cuestión bioética. Fundación ETNOR (ed.). *Bioética, neuroética, libertad y justicia* (pp. 166-178). Fundación ETNOR – Generalidad Valenciana.
- Montes, R. (2011). ¿Qué es la persona? El aporte filosófico de Karol Wojtyla. *Cuadernos de Teología, III(2)*.
- Morales, J. C. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio. *Iatreia, 30(2)*, 216-229.
- Numa, E. (2021). El transhumanismo en la relación médico paciente. *Vida y Ética 21(2)*.
- Ochoa, J. (2021). La relación médico paciente en el ámbito rural a través de la narrativa. *Folia humanística, Revista de salud, ciencias sociales y humanidades, 2(4)*.
- Pellegrino, E. (1978). *Ethics and the moral Center of de Medical Enterprise*. Bull. N.Y. Acad. Medic 54.
- Pellegrino, E. (1993). *Virtues in medical practice*. Oxford University Press.
- Pellegrino, E. (2002). *Medicine Today: Its identity, its role, and the role of Phisicians*, Itinerarium 10. Instituto Tecnológico “Sto. Tommaso”
- Peña, S. (2011). El acto médico. En Colegio Médico del Perú (ed.). *Cuadernos de Debate en Salud* (pp. 14-15) Colegio Médico del Perú.
- Pereira, A. y Pereira, C. (2014). De nuevo sobre la dignidad humana. *Cuadernos de Bioética XXV (2)*.
- Piñas, A. (2015), Aportaciones de Pedro Laín Entralgo a una psicología y psiquiatría centrada en la persona. *Quién, 1*, 29-53.
- Polaino, A. (2008). *Aprender a escuchar*. Planeta Testimonio.
- Porter, K. (2015). *Introducción a la Bioética*: Méndez Editores.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23a ed.).

- Rodríguez, A. (2009). *Relación médico-paciente en algunos campos clínicos de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. [Tesis doctoral] Ateneo Pontificio Regina Apostolorum.
- Rodríguez, H. (2016). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4).
- Sánchez, D, y Contreras, Y. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Rev. Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 528 – 533.
- Sánchez, M., Blas, H. y Ortiz, V. (2015). Bioética y salud mental: reflexiones sobre la afección y responsabilidad en la relación profesional-paciente. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 15(2), 96-107.
- Sandoval, C (2002). *Investigación cualitativa*. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior - ICFES.
- Santiesteban, H. (2006). Modelos éticos: el personalismo. *Bioética*, 6(1), 14-17.
- Seifert, J. (2002). *Dignidad humana: dimensiones y fuentes en la persona humana*. Ediciones Universidad de Navarra. Recuperado de <https://hdl.handle.net/10171/2597>
- Sgreccia, E. (1994). *Manuale di bioetica. Volume I. Fondamenti ed etica biomedica. Nuova edizione*. Vita e Pensiero.
- Sgreccia, E. (1996). *Manual de Bioética*. Edición Diana.
- Sgreccia, E. (2009). *Manual de Bioética: Fundamentos y ética biomédica*. *Bioética y Medicina*. Biblioteca de Autores Cristianos.
- Surós, A. (2003). *Semiología médica y técnica exploratoria*. Editorial Masson.
- Tasis, M. y col. (2018). El pase de visita médico en la era postmoderna. Una mirada desde la ética personalista. *Bioética*, 18(2), 20-23.
- Torrealba, F. (2005). *¿Qué es la dignidad humana?* Editorial Herder.
- Vera, O. (2013). Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Revista Médica La Paz*, 19(2), 73-82.
- Villarraig, J. (2015). Dignidad personal: aclaraciones conceptuales y fundamentación. *Quién*, 2, 49-63.
- Wolvin, A. y Coakley, W (1995). *Listening*. McGraw Hill.