



Artículo de discusión

La relación médico-paciente en el contexto de las investigaciones clínicas: ¿asegura formas relacionales efectivas?

Santos Angel Depine  ^{1,2} y Gustavo Aroca-Martínez ^{1,3}

¹Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia

²Universidad del Salvador (USAL), Buenos Aires, Argentina

³Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión, Bogotá, Colombia

Cómo citar: Depine SA, Aroca-Martínez G. La relación médico-paciente en el contexto de las investigaciones clínicas. ¿asegura formas relacionales efectivas? Rev. Colomb. Nefrol. 2025; 12(1), e882. <https://doi.org/10.22265/acnef.12.1.882>

Resumen

Introducción: el artículo explora la dinámica histórica de la relación médico-paciente, destacando la importancia del diálogo y la escucha activa desde las civilizaciones antiguas, destacando su importancia en el contexto de las investigaciones clínicas. Se introduce el concepto de "modelo mental", enfatizando cómo las interpretaciones individuales del médico y el paciente influyen en la interacción. Además, se plantean los desafíos actuales, como la sobrecarga de información, la medicina defensiva y las barreras de acceso a la atención médica, así como los cambios surgidos a raíz de la pandemia de COVID-19 y la influencia de la tecnología. Se subraya la relevancia de los códigos de ética para prevenir malas prácticas médicas.

Contenidos: se describen los cuatro componentes del modelo mental: biología, historia personal, cultura y expresión inconsciente, subrayando la necesidad de una relación basada en empatía y respeto. Se analizan los modelos bio-médico y bio-psico-social, y la importancia de integrar ambos enfoques. Se examina el impacto de la tecnología y la globalización en la práctica médica, incluyendo la telemedicina y la medicina de precisión. Se discute el papel del consentimiento informado y la participación activa del paciente en la toma de decisiones, incluyendo su participación en las investigaciones clínicas. Se plantea la importancia de ampliar el concepto a una relación entre el consultante y el equipo de salud, y se aborda el problema de la falta de personal médico y la precarización de la profesión.

Palabras clave: pacientes, empatía, toma de decisiones, atención médica, relaciones médico-paciente, personal de salud, códigos de ética.

Recepción:

04/Ago/2024

Aceptación:

10/Oct/2024

Publicación:

18/Abr/2025

 **Correspondencia:** Santos Ángel Depine, Universidad del Salvador, Av. Callao 801 (esquina Av. Córdoba), Buenos Aires, Argentina. Correo-e: adepine@intramed.net



Conclusiones: el artículo concluye que la relación médico-paciente está en constante evolución, influenciada por factores históricos, tecnológicos y sociales. Se enfatiza la necesidad de equilibrar los avances tecnológicos con la atención centrada en el paciente y la empatía. Se destaca la importancia de abordar las desigualdades en el acceso a la atención médica y de valorar a los profesionales de la salud. Se plantea la necesidad de una relación fuerte y eficiente para lograr resultados deseados por ambas partes. Finalmente, se reflexiona sobre la importancia de la humanidad en la práctica médica, citando las palabras del doctor René Favaloro.

The physician-patient relationship in the context of clinical research: Does it ensure effective relational patterns?

Abstract

Introduction: This article explores the historical dynamics of the doctor-patient relationship, highlighting the importance of dialogue and active listening since ancient civilizations, emphasizing its importance in the context of clinical research. The concept of the “mental model” is introduced, emphasizing how individual physician and patient interpretations influence the interaction. In addition, current challenges such as information overload, defensive medicine, and barriers to access to care are raised, as well as changes arising from the COVID-19 pandemic and the influence of technology. The relevance of codes of ethics to prevent medical malpractice is highlighted.

Contents: The four components of the mental model are described: biology, personal history, culture and unconscious expression, emphasizing the need for a relationship based on empathy and respect. The bio-medical and bio-psycho-social models and the importance of integrating both approaches are discussed. The impact of technology and globalization on medical practice, including telemedicine and precision medicine, is examined. The role of informed consent and the active participation of the patient in decision making, including his or her participation in clinical research, is discussed. The importance of extending the concept to a relationship between the consultant and the health team is raised, and the problem of the lack of medical personnel and the precariousness of the profession is addressed.

Conclusions: The article concludes that the patient-physician relationship is in constant evolution, influenced by historical, technological and social factors. The need to balance technological advances with patient-centered care and empathy is emphasized. The importance of addressing inequities in access to care and valuing health professionals is emphasized. The need for a strong and efficient relationship to achieve desired outcomes for both parties is raised. Finally, it reflects on the importance of humanity in medical practice, quoting the words of Dr. René Favaloro.

Keywords: Patients, Empathy, Decision making, Medical care, Patient-Physician relationships, Health personnel, Codes of ethics.

“Un médico experimentado, lo primero que hace es sentarse y con continencia cariñosa le pregunta al paciente cómo se siente y si este expresa algún temor, lo calma conversando de un modo entretenido y solo después toca al paciente”

Aulus Aurelius Cornelius Celsius

25 a. C. - 50 d. C.

Introducción

Con el objeto de introducir el tema, se comenzará dando respuesta a la pregunta: ¿cuál fue la dinámica que ha tenido la relación médico-paciente en el transcurso de los tiempos?

El médico en las civilizaciones antiguas era considerado un representante de los dioses y un agente terapéutico, a pesar de sus escasos conocimientos científicos, siendo esta última declaración válida, solamente si lo analizamos con la óptica actual.

De lo que sí existen evidencias es de la importancia que se le otorgaba al diálogo con la persona enferma.

Hipócrates, por ejemplo, instaba al médico a escuchar el relato del enfermo, indagar acerca de la subjetividad de su sintomatología, otorgándole una consideración integral y holística a los procesos del cuerpo y sus impactos emocionales, abundando sobre este aspecto y dándole importancia a la gestión compartida, al preguntarle sobre las causas que atribuía a su enfermedad.

Esta particular manera de vinculación respetaba las características que hoy adquieren gran relevancia, al establecer que las relaciones interpersonales son sociales y siempre asimétricas, en cualquiera de los campos del conocimiento y del quehacer que vincula a dos o más personas, vinculación en la cual alguien posee el mayor conocimiento por su formación y experiencia, y un legítimo otro, que como contraprestación recibe lo que necesita conocer o saber, sustrato último y resultado esperado y favorable de la asimetría reconocida en la relación, ya sea esta económica, clasista, profesional, jurídica, moral, psicológica o educacional, enfatizando lo que motiva esta redacción, o sea, la relación médico-paciente [1,2].

Aunque ha habido múltiples y profundas modificaciones históricas en la relación médico-paciente, se ha mantenido inalterable una característica que es la individualidad, que está dada

por las particularidades globales de la persona, cualquiera sea su rol, médico o paciente, y que depende de su específica manera de observar al mundo que le rodea y, por ende, a cómo lo interpreta, lo cual incluye la sintomatología y los signos que manifiesta el enfermo que está consultando, formando parte de este binomio relacional.

La relación médico-paciente

A fin de explicitar fundadamente las características que dan forma y sustentan la relación del médico y el consultante, es importante señalar que cada una de las personas intervinientes posee características de pensamiento particulares, individuales y no repetibles, que constituyen un rasgo de identidad y que algunos autores la han denominado “modelo mental”, cuyas primeras expresiones tuvieron su origen a comienzo del siglo XX, en un libro publicado por Luquet, cuyo título en su idioma original fue “Le dessin enfantin” (en español: “El dibujo infantil”) [3], argumentando que los niños y las niñas construyen de forma obvia modelos internos, dibujando no lo que ven, sino lo que ya saben, a partir de su propia interpretación.

Posteriormente, fue Kenneth Craik quien publicó su libro titulado “The Nature of Explanation” [4], en el cual profundizó conceptualmente ese rasgo interpretativo propio del ser humano, proponiendo que el pensamiento humano construye representaciones internas del mundo externo, dado que no percibe pasivamente el mundo, sino que lo representa activamente en la mente para interactuar con él de manera más efectiva.

Esta característica de los humanos, como seres interpretativos de la “realidad”, ha sido fundamental en la comprensión contemporánea de la cognición humana, posibilitando ese conocimiento de comprender lo que transcurre en el acto de la relación médico-paciente, durante el cual se producen interpretaciones cruzadas entre ambos participantes, sobre lo que acontece en ese transcurrir.

El modelo mental, tanto del médico como del paciente, en su concepción más práctica, está constituido por cuatro áreas, las cuales son: la biología, la historia personal, la cultura y la expresión inconsciente de su propio lenguaje interno (figura 1).

En su conjunto, estas cuatro áreas interactúan generando interpretaciones del hecho que ha motivado la consulta, en ambos intervinientes en la relación (médico y paciente).

Esto adquiere fundamental importancia, dado que serán muy diferentes esas interpretaciones de acuerdo con la cultura de la cual proviene la persona que consulta o que cumple con los

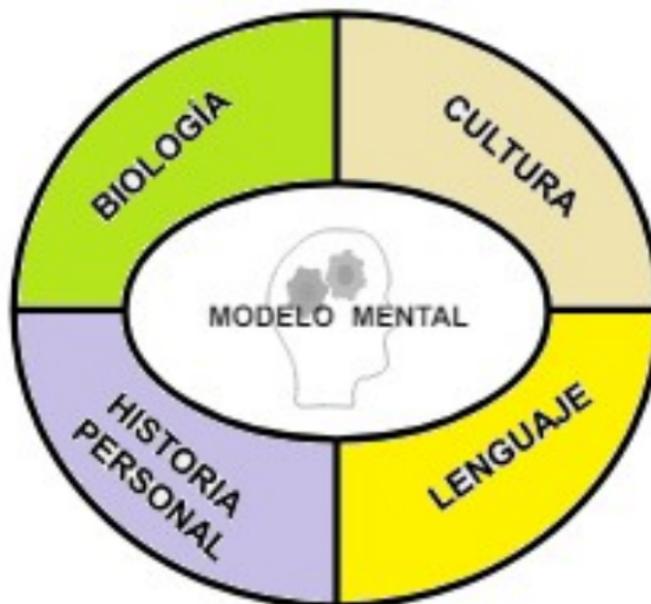


Figura 1. Los cuatro componentes del modelo mental de las personas

Fuente: [5].

criterios de inclusión para ser admitida en una investigación clínica, al igual que sucede con su historia personal, ya sea de bonanza o de aislamiento social, que le ha llevado hasta esta instancia de vinculación con el sistema de salud, debiendo prestarse especial atención a estas variables que quedan incluidas dentro de los determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud, con grandes grupos poblacionales en situación de inequidad [6,7].

Dichas interpretaciones ocurren mientras se está desarrollando el acto médico, pudiendo ser muy diferentes, por un lado la del médico y por el otro de quien cursa o cree cursar una enfermedad, asumiendo cada uno de ellos que lo que ha interpretado es la “realidad”, conduciendo a un “falso espacio de certeza” y, por ende, a acciones que no darán el resultado esperado.

Para evitarlo, es fundamental aprender y comprender que tanto el médico como el paciente terminan interpretando mutuamente los resultados de la interacción entre ellos, por lo que es necesario que esa relación sea lo suficientemente fuerte, efectiva y eficiente, para que produzca los resultados deseados por ambas partes, siendo fundamental para ello la indagación, la escucha efectiva y empática y, por sobre todo, el respeto al otro como un legítimo otro.

Para el logro de los objetivos buscados en ese acto médico, es imprescindible reconocer que en el ser humano interactúan tres dominios fundamentales, que son su cuerpo, su emoción y su lenguaje, los cuales influyen mutuamente de manera permanente (figura 2).

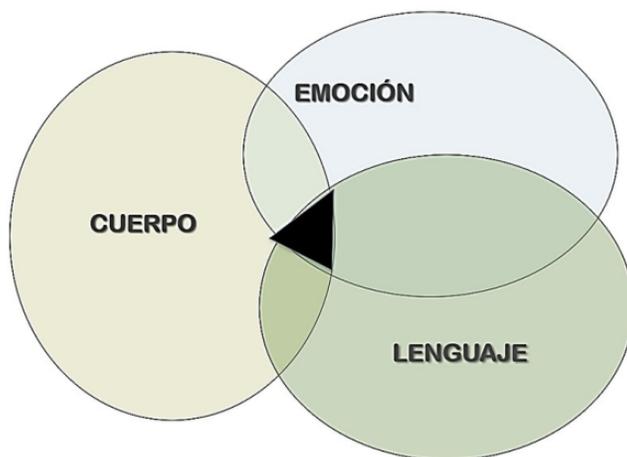


Figura 2. Dominios de acción del ser humano

Fuente: [8].

Dicho de otro modo, lo que le sucede al cuerpo tiene impacto en la emoción y ambos terminan siendo expresados por el lenguaje en la conversación interna que cada persona tiene de manera habitual y permanente, es decir, el diálogo consigo mismo, que puede tener expresiones positivas o negativas, impulsar a la acción o a la inacción, de acuerdo con la gravedad percibida de la enfermedad con impacto directo en la adherencia o no adherencia terapéutica, y que puede desembocar en un círculo vicioso, transformando la emoción inicial en sufrimiento; sin embargo, es demasiado frecuente que una relación médico-paciente imperfecta, rápida e ineficiente, termine prestando solo atención a lo que sucede en el cuerpo, dejando de lado la emoción y el lenguaje interno del enfermo, sin una visión holística e integral de la afección que ha motivado la consulta, con todos los inconvenientes e ineffectividad ya descrita.

El enfermo concurre a la consulta expresando una necesidad, pero es función del médico detectar cuál es la preocupación de esa persona, que muchas veces tiene un impacto negativo mayor que la necesidad expresada, para lo cual es imprescindible indagar utilizando preguntas poderosas que faciliten la apertura del paciente, escuchando empáticamente lo que este manifiesta, generando la danza de la conversación, transformando el resultado de la indagación en una narrativa que termina constituyendo la historia clínica, cuidando que su foco no se concentre solamente hacia un determinado sistema de órganos o a uno solo, debiendo considerarse al enfermo como un todo.

Para ello, es de utilidad establecer la relación médico-paciente utilizando el método clínico, sabiendo que la clínica se refiere al estudio de los enfermos y no de la enfermedad, la cual es una abstracción conceptual, por lo cual se debe enfatizar en que hay enfermos y no enfermedades.

Por otra parte, en una visión amplia, se pueden reconocer dos grandes modelos conceptuales que rigen la relación entre el médico y el paciente, siendo el modelo bio-médico imperante en el que existe una preponderancia excesiva a la enfermedad como entidad, y el modelo bio-psico-social, el cual incorpora las percepciones del paciente sobre su alteración del estado de salud, ampliando el foco expuesto en la relación médico-paciente, al identificar en el campo emocional, el impacto que posee el sufrimiento generado por la transformación en un círculo vicioso de la emoción primaria de miedo o temor a la enfermedad, expresada en el campo de la Nefrología al grado de deterioro de la función renal y su pronóstico.

Por esas diferencias, resulta fundamental integrar los dos modelos, tomando del primero el conocimiento biomédico, jerarquizando la medicina basada en evidencias y la tecnología, y del segundo, las habilidades para la comunicación interpersonal con el paciente que sufre y vive en un medio cultural y social concreto, desarrollando la empatía.

Es válido reiterar que de esa escucha empática surge la estructura narrativa de la práctica clínica, en la cual el paciente narra cómo percibe su padecimiento y el médico interpreta lo que relata el paciente, transformando lo que le ha contado en un relato clínico, que constituye la historia clínica y la base para realizar sus diagnósticos.

En esta instancia, y con el objeto de comprender la situación actual de la relación médico-paciente y definir si está cursando un periodo de crisis o está transitando un cambio profundo, resulta adecuado analizarlo en función de los ciclos de cambio que ha experimentado la humanidad; una buena medida es tomar como parámetro las diferentes revoluciones industriales, las cuales se han producido aproximadamente cada 50 años, hasta el comienzo del nuevo siglo.

A partir de esa fecha, se ha producido una aceleración, cuya tendencia y magnitud es creciente, pudiendo decirse sin temor a equivocarse que su vertiginosidad es tal, que ha obligado a desarrollar una gran plasticidad en los seres humanos para adaptarse a los cambios. Así como los avances tecnológicos tienen una vida útil limitada por sufrir rápidas innovaciones disruptivas que hacen que lo nuevo de ayer parezca viejo hoy, lo mismo sucede con la tecnología del conocimiento, que cambia y se profundiza con la misma vertiginosidad con que se globaliza.

La velocidad del internet y la evolución hacia la *web* 4.0 contrastan con la velocidad con que el hombre aceptaba las nuevas tecnologías en la antigüedad, tardando, por ejemplo, 120 años en masificar el uso del buque de vapor, 98 años el tren de pasajeros, 46 años el telégrafo, 50 años el teléfono, 57 años el servicio eléctrico, 40 años el automóvil, 34 años el avión de pasajeros, 14 años el teléfono celular, 7 años el internet y 5 años la resonancia magnética, entre otros avances [9]; sin embargo, a partir del año 2000, comenzó la revolución industrial del siglo XXI, con los avances en la nanotecnología, con la creación de diminutas “máquinas” moleculares y microchips, que permitirán en un futuro cercano conectar el cerebro humano con la nube, aumentando la capacidad de la corteza cerebral, la robótica con características humanoides capaces de vincularse con los seres humanos y, sobre todo, la actualidad de los avances en el campo de la inteligencia artificial, con ejemplos concretos y actuales, por ejemplo, la utilización de *software* tipo *bots* para el entrenamiento de estudiantes de Medicina en el uso de la semiología de las enfermedades, *software* capaz de leer y analizar campos visuales para la detección (en aproximadamente 20 segundos) de la presencia de glaucoma en los pacientes, dispositivos de telemedicina con inteligencia artificial que ayuden a identificar anomalías y enfermedades oculares en bebés prematuros, también para detección de neumonía viral o bacteriana a través de imágenes de radiografía de tórax, o incluso *software* entrenado con baterías de test de aspectos psicológicos que le permita interactuar fluidamente con las personas y procesar la información para dar como resultado impresiones diagnósticas [10].

De la misma forma, los avances en la genética han dado lugar al advenimiento de la medicina de precisión, que está posibilitando tratar a enfermedades, cuyo origen radica en la “expresión” de algunos genes y en factores ambientales y de estilo de vida [11].

Todos estos adelantos se unen a la globalización instantánea del conocimiento generado, con acceso inmediato desde los dispositivos electrónicos de uso masivo, con el riesgo que esto implica cuando la información no está basada en evidencia científica, lo cual tiene un impacto desfavorable en la relación médico paciente.

Esta última situación se hizo muy evidente y problemática durante la pandemia por COVID-19, dando origen a la necesidad de una nueva ciencia llamada “infodemiología”, que es la epidemiología de la información, campo de la informática de la salud que se define como la ciencia de la distribución y los determinantes de la información en un medio electrónico, específicamente internet, o en una población, con el objetivo final de informar sobre la salud y las políticas públicas [12].

Su necesidad estuvo motivada por lo que se llamó “infodemia”, que fue la difusión masiva de información vinculada a la enfermedad, a través de diversos medios y canales de información, con el agravante de que en muchas ocasiones esa difusión era errónea, lo cual trajo aparejados problemas sanitarios adicionales y, como se ha dicho, dificultades en la relación médico-paciente.

Esta saturación y rápida difusión de informaciones vinculadas al proceso salud-enfermedad- atención-rehabilitación, se une a la dificultad de poder discernir si se trata de fuentes fidedignas y fiables, pudiendo generar en una persona que cursa alguna sintomatología o enfermedad, un “falso espacio de certeza” acerca de la información recibida y, más aún, de eventuales medidas terapéuticas o de control. Es en ese contexto que se debe analizar en la actualidad la relación médica-equipo de salud-paciente y para lo cual resulta de interés establecer históricamente sus distintas formas de concretarse en la práctica.

A finales del siglo XX, se produjo un cambio fundamental en la forma de relacionarse del médico con el enfermo, tendiendo a una vinculación más participativa del paciente, jerarquizando el principio ético de su autonomía documentada en su necesidad de información fidedigna de los procedimientos o terapéuticas que podrían beneficiar o mejorar su estado de salud, a través de un documento de carácter legal denominado: consentimiento informado.

Este documento forma parte del acto médico y, por ende, de la relación médico-paciente, dado que su fundamento es que a partir de la adecuada, completa y fidedigna información que el médico tratante le brinda al enfermo, se motiva a la toma compartida de las decisiones terapéuticas, basadas en la confianza, el respeto mutuo y la veracidad de la información.

Si bien la terminología habitual incluye a un médico y a un paciente como los dos protagonistas fundamentales de la relación, la que debe concluir en un contrato social basado en la confianza hacia los conocimientos que el médico posee y a su responsabilidad en la práctica, es necesario repensar si esta relación no podría denominarse de otra manera mucho más amplia y participativa, despojando al término paciente de su connotación de enfermedad, padecimiento y, por ende, sufrimiento.

El ser paciente induce a ser pasivo, a recibir indicaciones y a cumplirlas, en cambio, si se identifica a quien consulta exactamente como lo que es, o sea, un consultante, genera en este último la responsabilidad de asumir una gestión compartida de los tratamientos recomendados, para aliviar su dolencia.

Al reconocer que en la actividad profesional de la medicina confluyen aspectos éticos, científicos, económicos, laborales y, sobre todo, humanos, que son la razón de ser del ejercicio profesional y con el convencimiento de que en algún momento de la vida, todos somos o seremos enfermos, resulta de fundamental importancia rescatar la distinta escala de valoraciones que realizan tanto los médicos como los pacientes de ese intercambio relacional.

Para ello, es posible valerse de un modelo conceptual que se podría definir como un conjunto de valores, cuya interpretación será diferente para el médico en su rol de médico o del médico en su rol de paciente.

En el primer caso, y es lo que acontece en la relación médico-paciente, el conjunto de valores médicos estará vinculado a lo científico de su práctica, mientras que en el caso del paciente, ese foco estará más cercano a los valores que hacen a la buena relación entre los seres humanos, incluyendo el respeto y la amabilidad en el trato.

La persona que cursa alguna enfermedad se enfrenta con algún grado de incapacidad para su actividad habitual, alcanzando en algunos casos el temor a la muerte. En los trabajos de Pedro Laín Entralgo [13], existe una reseña de las vivencias que pueden hacerse presentes en la psiquis de una persona que se enferma, pudiendo ser similar a lo que le sucede a los pacientes con enfermedad renal, ya sea primaria o secundaria a enfermedades predisponentes, como la diabetes *mellitus*, la hipertensión arterial, la obesidad, etc.

El autor identifica a la primer vivencia como la invalidez, expresada en el “yo no puedo”, luego se hace presente la molestia, o sea, la diferencia percibida por su malestar enfrentado con su bienestar habitual; posteriormente surge la amenaza de perder la vida, que se continúa con lo que Entralgo denomina la “succión por el cuerpo”, sensación que se hace presente ante el silencio del cuerpo en la salud; la próxima vivencia es la soledad, sumido en el sufrimiento penoso de su malestar que solo él puede vivir, que se acompaña de la anomalía, por la cual el enfermo se siente anómalo en relación con su vida previa o en su comparación con los sanos y, por último, el enfermo rescata a la enfermedad como un recurso, ya sea para no asumir responsabilidades o, como sucede en algunos casos, como un puente o un camino a una vida nueva, dotada de mayor creatividad.

En los últimos tiempos, la relación médico-paciente está sufriendo cambios importantes debido una mayor accesibilidad a la información, por lo que cobra gran importancia la fiabilidad de la información accesible para el público general.

Por otra parte, hubo un aceleramiento durante la pasada y reciente pandemia por COVID-19 a la medicina digital, la telemedicina, las teleconsultas, la teleasistencia y otras técnicas de comunicación virtual, las cuales han quedado instaladas e incluidas en la práctica habitual [14].

Aquí es donde surge la pregunta de si esta aceleración cibernética ha deteriorado la relación médico-paciente. A la luz de grandes experiencias realizadas en diferentes países y regiones, este tipo de relación médico-paciente no debe ser percibida como una amenaza, dado que posibilita brindar asistencia y soporte médico asistencial a personas en condiciones de vulnerabilidad por barreras geográficas y no geográficas, vinculadas a los determinantes sociales de la salud [15].

De la misma forma, corresponde establecer diferencias en la relación médico-paciente, producto de los estilos de vida y el envejecimiento poblacional, que ha determinado una creciente tendencia mundial a la necesidad de atención a pacientes con enfermedades crónicas, muchas de ellas de evolución silenciosa y con gran deterioro de la salud, a medida que se van desarrollando, tales como las ya mencionadas: la hipertensión arterial, la diabetes, las dislipidemias y la obesidad, entre otras, con su correlato de enfermedad renal crónica, verdadero problema de salud pública, que afecta a uno de cada diez adultos de la población.

La sumatoria de estos aspectos, sumado a la llamada judicialización de la medicina con frecuentes denuncias por errores médicos, reales o imaginarios, dieron origen a un deterioro de la relación médico-paciente, por medio de la denominada “medicina defensiva”, en la cual los profesionales de la salud, para evitar ser pasibles de una denuncia por omisión, generan un desmesurado e innecesario pedido de exámenes de laboratorio o imágenes, que no solo sobrecargan al sistema de salud, sino que producen gastos innecesarios en el mismo sistema y en las familias.

Ahora bien, no estaría completo este análisis si no se planteara que no es suficiente solamente el logro de una correcta y adecuada relación médico-paciente en el campo disciplinar de la Nefrología, sino que es imprescindible la eficiente vinculación de todo el equipo de salud con el enfermo, interpretando a ese equipo como un conjunto de actores clave en el proceso salud-enfermedad-atención-rehabilitación, que incluye a los agentes de la comunidad en algunas acciones y actividades de salud pública, ejercitando la transdisciplina que facilita y fortalece la relación del enfermo con el sistema formal de salud, por supuesto, supeditado a la posibilidad de acceso a internet y a una deseable disminución de la brecha digital en todas las regiones ubicadas al interior profundo de los países menos desarrollados [16].

Por otra parte, no se debe desconocer que existen distintas formas de la relación médico-paciente, siendo la más habitual la asistencial, pero no se puede soslayar la importancia de la relación que se establece cuando un paciente es invitado a participar de una investigación clínica.

Para comprender lo importante de esta última modalidad de relación y sus posibles desvíos, es necesario retroceder en el tiempo y recordar algunas investigaciones que se realizaron en la primera mitad del siglo XX, incluyendo las experimentaciones en sujetos humanos durante la Segunda Guerra Mundial, que merecieron un capítulo especial de análisis durante el juicio de Núremberg; los experimentos en población afroamericana sobre la evolución natural de la sífilis realizados en Alabama entre 1932 y 1972, a pesar de la existencia de tratamiento (experimento Tuskegee); junto a los realizados en Guatemala, también sobre sífilis, el chancroide y la gonorrea, coordinados por científicos vinculados al gobierno de Estados Unidos entre 1946 y 1948; todos ellos sin el conocimiento de las personas que eran inoculadas con las bacterias causantes de la enfermedad o contratando prostitutas afectadas para diseminar la enfermedad en las cárceles.

Otros experimentos fueron realizados a gran escala en Japón, utilizando prisioneros para desarrollar agentes biológicos que pudieran ser utilizados en la guerra [17], así como otras investigaciones que no tenían en cuenta los principios éticos que debían guiarlas.

Estos hechos aberrantes demuestran la importancia actual de observar todas las instancias que permiten preservar en su totalidad los derechos humanos de los pacientes, situaciones contempladas en los distintos códigos de ética internacionales para la investigación, entre ellos el Código de Nuremberg de 1947 y la Declaración de Helsinki de 1964, modificada en 1975, 1983 y 1989 [18].

Posteriormente, el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos publicó un reporte titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación” (Informe Belmont), que tomó el nombre del Centro de Conferencias Belmont, el cual establecía los límites entre la práctica médica y la investigación en el ámbito clínico [19]. Este diferenciaba lo que se consideró “práctica médica habitual”, aquella dirigida a incrementar el bienestar de una persona enferma con procedimientos habituales, de la que incluyera una innovación disruptiva en la intervención médica y que requiriera de una investigación con metodología científica aprobada para valorar su real eficacia en la práctica.

El Informe Belmont incluyó tres principios fundamentales:

1. El principio de respeto a las personas, basado en la correcta implementación del consentimiento informado.
2. El principio de beneficencia, asegurando los derechos de los participantes sobre la obtención de resultados.
3. El principio de justicia, garantizando la equidad.

Conclusiones

En resumen, el rol del paciente está cambiando de pasivo a activo, sobre todo por la facilidad de acceso a la información y la posibilidad cada vez mayor de disponer y usar aplicaciones móviles u otras herramientas de acceso remoto, entre otros, que le permiten tener un rol más activo e independiente, así como una mayor capacidad de decisión.

Las tecnologías de información y comunicación están generando un cambio fundamental en la relación médico-paciente, sobre todo modificando el modelo asistencial puramente presencial en otro modelo en el que se interactúa a distancia, conocido como salud digital (*eHealth* o eSalud en español). Son modelos complementarios y no debiera tenerse la percepción de que esta modificación en la práctica genera una reducción de la calidad de la atención, en la medida en que se mantenga inalterable el objetivo, garantizando la accesibilidad, el uso efectivo de los recursos disponibles para brindar a muchos de los “excluidos” la obtención de resultados en el cuidado de la salud.

Entre sus ventajas, se puede señalar que favorece el acceso a servicios de salud especializados y dirigidos a poblaciones que se encuentran en lugares remotos y, una vez identificadas adecuadamente, a poblaciones vulnerables, comunidades rurales, indígenas, barreras no geográficas y geográficas al acceso al sistema de salud.

En cualquiera de los casos o modelos, el médico debe asegurarse de que se brinde la mejor relación con el paciente, brindando sus más actualizados conocimientos científicos, generando empatía y confianza en el paciente.

Asociada a esta mirada global e internacional de la relación médico-paciente, no se puede soslayar lo que sucede dentro de esa relación o su pérdida total ante la ausencia de demanda, forzada por las barreras al acceso, cuando existen carencias globales de los sistemas de salud en cualquiera de los sectores y subsectores analizados en algunos países del globo, con grandes

poblaciones desatendidas por imposibilidad de acceder, siendo las de mayor impacto las barreras no geográficas, asociadas a la vulnerabilidad social que las acompaña, portadoras de las mismas patologías de la población que tiene acceso, sobre todo, las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las cuales sobresale la sindemia de la enfermedad renal crónica, con sus negativos impactos en las economías de los países, las familias y los pacientes, quienes además se transforman en portadores de discapacidad, lo que agrega pérdida de calidad de vida, tanto real como percibida.

Por otra parte, cuando se agrega la pauperización de la medicina, de los médicos y de los trabajadores de la salud que deben asimilar una sobrecarga laboral que les permita solventar su economía, la falta de consideración a la profesión médica y del equipo de salud, no solo por parte del sistema y sus financiadores, sino de amplios sectores de la sociedad, han determinado que no existe motivación para cursar estudios de medicina, ni para perfeccionarse en alguna de las especialidades más clínicas.

Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta sobre la disminución de médicos en atención primaria y estima que en el mundo habrá una escasez de 10 millones de trabajadores de la salud para 2030, con una mayor concentración de esta carencia en países de ingresos bajos y medianos [20], siendo un gran ejemplo en algunos de ellos la falta de médicos pediatras.

No fueron suficientes los esfuerzos que motivaron que hace 18 años se estableciera, desde la OMS, una alianza mundial para el personal sanitario, constituida por los actores principales vinculados a la salud mundial, para ayudar a los países a mejorar la forma en que planificaban, educaban y empleaban a los trabajadores sanitarios [21].

Cuando los médicos y los integrantes del equipo de salud necesitan sobrecargarse de trabajo y exigencias, con sueldos y honorarios que no permiten en muchos casos cubrir la canasta básica de una familia, no es posible mantener el más alto nivel y las actualizaciones necesarias para ejercer la profesión, que solo dejan de ser “obligatorias” cuando el médico ya no pueda seguir ejerciendo su práctica, porque no existen incentivos ni soporte económico para acceder a las publicaciones, cursos de actualización o posgrados, porque si hay un ejemplo claro de que el ser humano debe ser un aprendiz eterno, ese ejemplo lo da la profesión médica, cuyos avances tecnológicos y en el conocimiento son cada día más vertiginosos.

No existe futuro para un país, cuando sus habitantes no tienen garantizado el cuidado de su salud y si no se cuida y valora a los trabajadores de la salud, dicho objetivo estará muy

lejos de ser logrado. El Banco Mundial [22] ha manifestado que la falta de atención médica, además de injusta e inequitativa, atenta contra el desarrollo de un país al desatender su capital humano, el cual define como los “conocimientos, habilidades y salud que las personas acumulan a lo largo de su vida y que les permiten desplegar su potencial como miembros productivos de la sociedad”.

Y aclara que una población sana, educada y con capacidad de adaptación es absolutamente imprescindible para que los países compitan de manera eficaz en la economía mundial.

En una entrevista realizada al doctor René Favaloro [23], creador del *bypass* o cirugía de revascularización miocárdica, dijo unas palabras que manifestaban lo que era el sentir de los médicos en ese entonces, cuando tenían el mayor respeto y reconocimiento que la sociedad les estaba entregando por la abnegación a su trabajo:

El día en que el médico deje de sufrir con los pacientes, es el momento de tirar el bisturí y no operar más. Desgraciado es el médico que no sufre con su profesión. No digo que deba llorar por los rincones todo el día; eso no tendría sentido porque debe mantenerse lúcido para continuar con el trabajo. Pero insisto, el médico que ya no participa del sufrimiento de su paciente y que no experimenta dolor por su muerte, no solo ha dejado de ser médico, sino ha dejado de ser... humano.

Contribución de los autores

Santos Angel Depine: conceptualización, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección); Gustavo Aroca-Martínez: conceptualización, escritura (borrador original), escritura (revisión del borrador y revisión/corrección).

Declaración de fuentes de financiación

Los autores no recibieron financiación por la escritura o publicación de este artículo.

Conflictos de interés

Los autores no tienen conflictos de interés por declarar en la escritura o publicación de este artículo.

Referencias

- [1] Boltansky L. Los usos sociales del cuerpo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Periferia; 1975. ↑Ver página 3
- [2] Donatelli ML. La relación médico-paciente: nuevas dinámicas comunicacionales a partir del uso de la telemedicina: un estudio cualitativo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [tesis de grado] [Buenos Aires]: Universidad de Buenos Aires; 2018. ↑Ver página 3
- [3] Luquet GH. Le dessin enfantin. París: Alcan; 1927. ↑Ver página 4
- [4] Craik KJW. The nature of explanation. Cambridge: Cambridge University Press; 1943. ↑Ver página 4
- [5] Senge P. La quinta disciplina. Barcelona: Granica; 1996. ↑Ver página 5
- [6] Burgos-Calderón R, Depine SÁ, Aroca-Martínez G. Population kidney health. A new paradigm for chronic kidney disease management. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):6786. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136786> ↑Ver página 5
- [7] Depine SÁ, Aroca Martínez G. Desafiando a la inequidad de Latinoamérica. Estrategias facilitadoras de “control” de la Enfermedad Renal Crónica. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar; 2018. <https://doi.org/10.17081/bonga.2283> ↑Ver página 5
- [8] Depine SÁ. Universidad, organizaciones y competencias genéricas. Una alianza de éxito para el siglo XXI. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2018. <https://doi.org/10.17081/bonga.2649> ↑Ver página 6
- [9] Abd F. Cuántos años tardamos en adoptar la tecnología desde que fue inventada. *Diario La Nación*; 2016. <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/cuantos-anos-tardamos-en-adoptar-la-tecnologia-desde-que-fue-inventada-nid1940955/> ↑Ver página 8
- [10] AudacIA. Proyectos. AudacIA; 2023. <https://audacia.ai/proyectos/> ↑Ver página 8
- [11] National Human Genome Research Institute. Medicina de precisión. National Human Genome Research Institute; 2023. <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Precision-Medicine> ↑Ver página 8
- [12] Zielinski C. Infodemics and infodemiology: a short history, a long future. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e40. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.40> ↑Ver página 8

- [13] Laín Entralgo P. Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat; 1984. ↑Ver página 10
- [14] World Health Organization. Recommendations on digital interventions for health system strengthening. Ginebra: WHO; 2019. ↑Ver página 11
- [15] Organización Panamericana de la Salud. La eSalud en la Región de las Américas: derribando las barreras a la implementación. Resultados de la Tercera Encuesta Global de eSalud de la Organización Mundial de la Salud. Washington D. C.: OPS; 2016. ↑Ver página 11
- [16] Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Cepalstat: bases de datos y publicaciones estadísticas. Cepal; 2022 [citado 2024 jul. 25] https://statistics.cepal.org/portal/databank/?indicator_id=4623&lang=es ↑Ver página 11
- [17] Kassem H, Silverman H. Historia y principios de la ética en la investigación biomédica. Institute for Bioethics & Health Policy. https://bioethics.miami.edu/_assets/pdf/international/pan-american-bioethics-initiative/pabi-fogarty-grant/honduras/Modules/module14194.pdf ↑Ver página 12
- [18] Marcano-Salazar L. Bioética: del código de Núremberg a la jurisprudencia. Kairós. 2024;7(12):9-23. <https://doi.org/10.37135/kai.03.12.01> ↑Ver página 12
- [19] Sánchez López JD, Cambil Martín J, Luque Martínez F. Informe Belmont. Una crítica teórica y práctica actualizada. J Healthc Qual Res. 2021;36(3):179-80. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.01.011> ↑Ver página 12
- [20] de Quiroga S. La falta de médicos en Atención Primaria: Una crisis que exige responsabilidad compartida. Gaceta Médica; 2024. <https://gacetamedica.com/opinion/la-falta-de-medicos-en-atencion-primaria-una-crisis-que-exige-responsabilidad-compartida/> ↑Ver página 14
- [21] WHO. Nueva alianza mundial busca abordar escasez mundial de médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud. WHO; 2006. <https://www.who.int/news/item/25-05-2006-new-global-alliance-seeks-to-address-worldwide-shortage-of-doctors-nurses-and-other-health-workers> ↑Ver página 14
- [22] Grupo Banco Mundial. La falta de servicios de salud representa un desperdicio en materia de capital humano: cinco maneras para lograr una cobertura sanitaria universal. Banco Mundial; 2018. <https://www.bancomundial.org/es/news/immersive-story/2018/12/07/>

[lack-of-health-care-is-a-waste-of-human-capital-5-ways-to-achieve-universal-health-coverage-by-2030](#) ↑Ver página 15

[23] Maguregui C. René Favaloro: «Hay que sentir al paciente». educ.ar portal; 1996 [citado 2024 jul. 25]. <https://www.educ.ar/recursos/108644/rene-favaloro-hay-que-sentir-al-paciente> ↑Ver página 15