

## La nueva relación médico-paciente

Dr. Hugo Murzi

Miembro Correspondiente Nacional

Durante los últimos 50 años se han operado cambios muy significativos en la forma de actuar del paciente, los cuales, indudablemente, están relacionados con la vigencia que han adquirido los derechos humanos en el mundo. En efecto, numerosos mandatos o contratos consensuales encaminados a mejorar la condición social del enfermo ante el médico y la medicina, muy difíciles de cumplir la mayoría, han dado un vuelco a la relación médico-paciente y han modificado la asistencia médica en general.

Primero aparece, en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya constitución significó una nueva dimensión ética, al reconocer la salud como derecho humano y al definirla en una amplia concepción que abarca un completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades, concepto extendido a todos, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Poco tiempo después se constituyó la Organización Panamericana de la Salud, filial de la OMS, que tiene como propósito básico la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del hemisferio occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes.

Seguidamente vino la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que le da a todo ser humano el derecho a un nivel de vida que le permita, a él y a su familia, gozar de salud y bienestar que incluyan alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

Esta declaración marcó el inicio de ese magnífico concepto que es la asistencia social, que le concede derecho a seguridad en caso de desempleo,

enfermedad, incapacidad, viudez u otro caso de pérdida de sus medios de subsistencia, por circunstancias ajenas a su voluntad.

También en 1947, se aprobó el Código de Nuremberg sobre experimentos médicos permitidos en seres humanos y la Declaración de Helsinki, en 1964, acerca de recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica.

Ambas han tenido gran repercusión, pues hasta entonces los médicos no teníamos limitaciones legales para investigar en nuestros semejantes, y nos guiábamos sólo por los dictados de nuestra conciencia, lo que no era suficiente, por razones obvias.

En 1981, en la 34ª Asamblea Médica Mundial, en Lisboa, se formuló la Declaración de Lisboa, sobre los Derechos Humanos del Paciente. Dicha declaración recoge algunos de los principales derechos que la profesión médica desea que se reconozcan a los pacientes, como: elegir libremente a su médico, ser tratado por un médico que goce de libertad para hacer juicios clínicos y éticos, sin ninguna interferencia exterior; ser informado sobre el tratamiento que se le va a hacer y aceptarlo o rechazarlo; confiar en que su médico respete la confidencialidad de todos los datos médicos y personales que le conciernen; poder morir con dignidad y recibir o rechazar la asistencia espiritual o moral; que se le atienda con consideración y respeto; que no se le rechace en ningún hospital o clínica; ser advertido en caso de que el médico o la institución quieran utilizarlo para experimento; ser atendido sin imposición de citas ni de fechas para actos médicos programados, examinar y recibir explicación de la factura de sus gastos, independientemente de quien vaya a abonar la cuenta; y, en

fin conocer las normas y reglamentos del hospital o clínica donde sea atendido y exigir su cumplimiento, a todo evento, por cualquier médico que trabaje en esa institución.

Está fresca aún la Declaración de Alma Ata, que pide la convergencia de esfuerzos y de recursos en pro de un ambicioso objetivo: “Salud para todos en el año dos mil”, lo que implica un cambio radical en la política de salud de todos los países del orbe y la formación de un médico con una mentalidad totalmente diferente a la del actual, que lo prepara para la atención individual, técnica y lo aleja de la atención primaria, colectiva, finalidad básica de la Declaración de Alma Ata.

Llama la atención que haya sido sólo en las últimas décadas cuando han comenzado a surgir esos numerosos derechos médicos-sociales del hombre, que bien podemos relacionar con la explosión demográfica que ha traído aparejada un aumento de conocimientos y de técnicas que paradójicamente, lejos de beneficiar a las masas, las ha colocado en una condición de inferioridad.

Hoy el ciudadano se siente más solo e indefenso, para solucionar sus problemas médicos-sociales, que el de antes de mediados de este siglo y por eso ha tenido que apelar a la búsqueda de tratados de solidaridad social como los que hemos enumerado, que vienen a complementar los que hasta entonces había logrado y poco los había necesitado.

Hasta los años 50 de este siglo, el hombre, por lo que toca a su salud se mantuvo en la vieja tradición de la medicina occidental, que comenzó con Hipócrates y que se basaba en el “orden natural” que, en líneas generales, se consideraba la guía para la relación médico-paciente-sociedad y se fundamentaba en la dinámica de la naturaleza.

Este pensamiento se mantuvo invariable hasta hace pocos años, a pesar de las revoluciones que transformaron el concepto del hombre y de la libertad, como la Reforma a mediados del siglo XVI, la Revolución Inglesa, en 1649, la Norteamericana, en 1774 y la Francesa en 1789.

Es en los últimos 25 años cuando la autonomía ha desplazado a la beneficencia como primer factor de la ética médica. Éste es el cambio más radical ocurrido en la larga historia de la tradición hipocrática. Y como resultado de esta nueva orientación, la relación entre el médico y el paciente ha variado substancialmente y ha influido mucho en ambos.

Hoy el paciente puede y debe opinar sobre las indicaciones médicas y puede objetarlas si, en su concepto, lo perjudican.

En este sentido tiene derecho a que no se le aplique un tratamiento si choca con sus convicciones religiosas o morales, a que no se le prolongue la vida sin su consentimiento en caso de enfermedad terminal, a que no lo intervenga quirúrgicamente un cirujano en el cual no tenga confianza, a que no se le hospitalice o se le interne en una unidad de cuidados intensivos sin su adquiescencia, o a que se experimenten en su organismo drogas y procedimientos exploratorios o terapéuticos.

Los pacientes en pleno uso de sus facultades tienen el derecho moral y legal de tomar sus propias decisiones y éstas tienen prioridad sobre las del médico y las de la familia.

Autonomía es capacidad para gobernarse así mismo y, por lo que toca al paciente, es una nueva actitud de éste frente al médico.

La autonomía yace en la doctrina del consentimiento informado, que se ha convertido, en los países desarrollados, en un requisito indispensable en la toma de decisiones médicas moralmente válidas. En Estados Unidos el enfermo recibe una información detallada de su dolencia, de sus posibilidades de curación o mejoría, de las posibles complicaciones o fracaso de un tratamiento u operación, antes de tomar cualquier determinación importante.

Desgraciadamente, en ese país la autonomía ha llegado a tener una acentuada cualidad legalista. Los juicios de mala praxis se han transformado en un millonario negocio de abogados y médicos que repercute en los costos de la atención médica, pues el médico trabaja a la defensiva. Las pruebas documentales y la protección contra pleitos se convierten casi en preocupaciones obsesivas y obligan al facultativo a realizar exámenes innecesarios y a hacer gravosas inversiones en protección de las compañías de seguro.

Por otra parte, este enfoque ha hecho que la relación del médico con el paciente se transforme en un contrato y no en una relación armoniosa o un acuerdo, con el agravante de que en este tipo de relación siempre la lleva perdida el paciente —la parte vulnerable y explotable— pues el médico tiene los conocimientos y el poder para influir en las decisiones finales.

Hay que anotar que entre nosotros aún no se ha

hecho sentir plenamente este movimiento autonomista del paciente, a pesar de que ya están comenzando a presentarse, con cierta frecuencia, juicios por mala praxis médica. En meses pasados un juez de la Capital de la República, informó por la prensa que tenía pendientes en el juzgado alrededor de 300 juicios a médicos.

Como es natural, la autonomía del paciente tiene sus limitaciones y no puede violar la integridad del médico como persona. Por ejemplo, el médico puede oponerse a practicar un aborto o a aplicar la eutanasia a un paciente que se lo exija, pues ninguno puede imponer sus valores al otro.

Otra limitación a la decisión autónoma del paciente se produce cuando la acción pueda causar daños graves, definibles y directos a otra persona, como el caso de un paciente infectado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que se opone a que ese diagnóstico le sea revelado a su cónyuge o a su compañero sexual. En este caso el médico tiene la obligación de decírselo a la persona en riesgo. Lo mismo sería en el caso de una seria incapacidad de un cirujano para realizar una operación de mucha responsabilidad.

Hay, pues, cierto grado de conflicto, en las relaciones normales entre enfermos y médicos. Laín Entralgo (1), gran autoridad en la materia, atribuye dicho conflicto, en parte, a los grandes adelantos de la técnica que tal vez obstaculicen el contacto humano, al fenómeno de la transferencia, a la creciente socialización de la atención médica y, por último, a la “cultura de masas”, que puede llevar a los pacientes a dirigir el curso del tratamiento por falta de una relación satisfactoria con el médico.

Técnicamente Laín Entralgo resume la relación médico-paciente así: es el encuentro de dos personas, por lo general dirigido a que una de ellas recobre o mantenga la salud. La base del encuentro es una relación mutua que abarca cuatro aspectos: cognoscitivo (diagnóstico), operativo (tratamiento), afectivo (amistad-transferencia) y ético-religioso (costumbres y creencias).

Señala el mismo autor que la relación médica socializada (atención gratuita y con seguro médico), puede presentar problemas de índole afectiva, técnico-económica y moral e indica varios problemas prácticos: poco tiempo para atender al paciente, falta de incentivos económicos en el médico, limitación de recursos diagnósticos y terapéuticos, formación social inadecuada del médico y educación

igualmente inadecuada del enfermo.

Los problemas de relación médico-enfermo se agravan si se tiene en cuenta que en esta relación pueden intervenir enfermeros, directores de hospital o clínica, compañías de seguros, familiares del paciente, abogados, jueces, etc.

En resumen, podríamos decir que la relación médico-paciente, en la época moderna, puede reducirse a tres factores que tienen sus propios intereses: el enfermo, el médico y la sociedad.

El primero actúa guiado por el principio moral de “autonomía”, el segundo por el de “beneficencia” y el tercero por el de “justicia”; por lo que no es raro que haya frecuentes choques entre esos puntos de vista que confluyen en el ejercicio de la medicina.

En nuestro medio aún no se ha sentido el impacto definitivo de esos movimientos en pro del enfermo y de la sociedad, como ha ocurrido en los países desarrollados. Aquí todavía el paciente, en gran parte, sigue siendo paciente —valga la redundancia— y poco hace uso de la autonomía. Y la sociedad no se ha constituido en la “asociación civil” que en otras partes del mundo, es la más fuerte e influyente de las asociaciones.

Pero ese movimiento emancipador nos está llegando indefectiblemente y cada día tendremos que adaptarnos a sus exigencias.

Hay que llamar la atención sobre estos cambios sociales que quizás muchos consideran intrascendentes y otros ni los han advertido aún pero que, es indudable, están transformando definitivamente nuestro quehacer médico.

Todo lo que se proyecte de ahora en adelante en salud, sea oficial o privada, o en educación médica, o en asuntos gremiales debe concebirse tomando en cuenta estos hechos. De otra manera nos exponemos a caer en anacronismo lamentables.

Y como final, no podemos dejar de hacer algunos comentarios sobre el impacto que este nuevo modus vivendi entre médicos y pacientes, tendrá sobre unos y otros.

No hay duda que para los médicos estos cambios no son favorables, pues ahora tienen que entenderse con un paciente menos manejable y más inquisidor, desconfiado y agresivo.

Para los enfermos, aunque han ganado en poder decisorio y en protección contra los abusos que se pueden cometer con ellos en consultorios, hospitales y clínicas, ahora el médico los mira con más reserva

y hasta con temor, porque pueden transformarse en un terrible enemigo en un momento dado.

Esta brecha que se ha creado entre el médico y el enfermo, ha ido en detrimento de ese aire de taumaturgia que el enfermo percibía en el médico de antes y que tenía gran influencia en el éxito terapéutico.

¿No tendremos que volver un poco atrás y revisar algunos de esos cambios que han ocurrido en nuestra comunicación con el paciente?

Es a los médicos a quienes nos corresponde evitar que esta ominosa brecha se siga ensanchando. En manos de nosotros está que nuestra relación con los pacientes no llegue a un plano de deshumanización.

Respetemos las conquistas que en materia de derechos ha obtenido el enfermo, pero evitemos ver en él otra cosa que no sea un ser humano, que necesita de la ayuda que, sólo nosotros, con las armas que nos da nuestra condición de médico —que no es puramente técnica— podemos proporcionarle.

#### REFERENCIA

1. Lain Entralgo P. El diagnóstico médico. Historia y teoría. Barcelona: Salvat Editores, SA; 1982.

---

## “Pesquisa para el cáncer colo-rectal”

“El cáncer colo-rectal es el tercer más comúnmente diagnosticado cáncer en hombres y mujeres en Estados Unidos y es la segunda causa de muertes relacionadas con cáncer. Durante 1996 se diagnosticarán, aproximadamente, 135 000 nuevos casos de cáncer colo-rectal y morirán 54 900 por esta enfermedad. Evidencias recientes de la eficacia de la pesquisa de este cáncer para reducir la mortalidad fue revisada por el Comité Específico de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF), grupo independiente de expertos consejeros del Servicio de Salud Pública. Las revisadas recomendaciones del USPSTF sobre la pesquisa de cáncer sugieren que el riesgo de mortalidad relacionada

con el cáncer colo-rectal, puede ser reducido por el uso de pruebas específicas (ejemplo, búsqueda anual de sangre oculta en las heces y/o sigmoidoscopia periódica para personas de 50 o más años). Para estimar la prevalencia de las prácticas de pesquisas de cáncer colo-rectal, el Centro de Control de Enfermedades analizó los datos para 1992 y 1993 del Sistema de Vigilancia del Comportamiento de los Factores de Riesgo. Este reporte resume los resultados de ese análisis, el cual documenta las bajas ratas de uso de las pesquisas de cáncer colo-rectal y subraya la necesidad de aumentar los esfuerzos”. (JAMA 1996;275: 830-831).