Médicos y profesionalismo. Pacientes e información

Dr. Aurelio Carvallo V.

Physicians and professionalism. Patients and information

In the present time, the advances in sciences brought by technology are worshiped. This contributes to dehumanize human relationships. Medical profession is a commitment to oneself, society and social justice. Scientific and humanist formation must coexist during the training of new physicians. The main objective of medical profession is the relationship with patients. Patients have acquired increasing autonomy and a deliberative relationship is the closest to the ideal medical action. The relationship must be based in autonomy, beneficence, lack of maleficence and justice. The patient must receive all the information about his ailment and the diagnostic and therapeutic alternatives in a clear and intelligible language. This will allow to obtain a fully conscious informed consent from the patient. Asking for this consent, gives the patient the opportunity to practice his responsibility and to decide the best for him in a friendly and confident environment. In the middle of science and technology, a close contact with ethics and humanism will allow a better understanding of the integrity of subjects, specially when they are ill (Rev Méd Chile 2005; 133: 253-8).

(Key Words: Ethics, medical; Humanism; Informed consent; professionalism)

Recibido el 4 de agosto, 2004. Aceptado en versión corregida el 8 de octubre, 2004.
Servicio de Medicina, Departamento de Reumatología, Hospital San Juan de Dios.

Tiempo atrás se publicó en un semanario de alta circulación, una columna de opinión escrita por una periodista y que se refería al médico actual y su relación con el paciente¹. Señalaba, entre otras consideraciones: "Por generaciones de generaciones el ser médico ha estado rodeado de un aura particular. En nuestro

imaginario y también en el de ellos, han sido especies de dioses, que llegan a rescatarnos justamente cuando más vulnerables y angustiados estamos (...). En sus acciones está en juego la vida humana y, a cambio de tanta responsabilidad, la sociedad los ha investido de un alto prestigio (...). Por eso cuando estamos enfermos y nos encontramos con doctores que parecen ejercer la medicina sólo como una forma de ganarse la vida -lo cual racionalmente no tendría porqué espantar- y además dan señales de haber cambiado el concepto de paciente por cliente, nos sentimos traicionados y abandonados (...).

Correspondencia a: Dr. Aurelio Carvallo V. Departamento de Reumatología, Hospital San Juan de Dios. Chacabuco 419, Santiago de Chile. Fax: 681 6430.

Es como si en el vértigo de los avances científicos y de la especialización lo esencial del ser doctor, la relación con el enfermo y no sólo con su enfermedad, se hubiera ido desdibujando (...). Un rasgo esencial de la medicina es la relación entre alguien que busca ayuda y otro que puede proporcionarla”.

El artículo llama a reflexionar, está escrito en forma clara y respetuosa y es una de las tantas opiniones que se han vertido en el último tiempo sobre el médico. Es importante, porque es una visión del paciente. Es una visión “del otro lado”, de quien demanda nuestra ayuda, de lo que espera del médico y muchas veces no obtiene.

TECNOLOGÍA Y LA PERSONA

Vivimos una época en que el culto a la tecnología, que sin lugar a dudas ha contribuido a significativos avances, es tan importante, que el ser humano se va sintiendo solo y muchas veces confundido entre máquinas, sonidos, luces y pantallas. Miguel de Unamuno señaló que: “el hombre es un animal racional”. Pero agregó que: “no se ha dicho que es, además, un animal afectivo y sentimental”². En el mismo sentido afirma Peña y Lillo: “que aun cuando las máquinas puedan sobrepasar al hombre en sus rendimientos lógico-matemáticos no podrán conocer jamás las conmovedoras experiencias del amor, de la alegría, de la tristeza o de la felicidad”³.

Esta es una realidad y si bien en la vida real esta soledad se siente y muchas veces angustia y deprime, más aún lo es en la medicina, en que quien enferma se siente menoscabado y necesitado de un apoyo humano. Al respecto JF Drane señala que: “la medicina es una forma de encuentro humano que se caracteriza por la ayuda (...). La relación médico paciente es más que un estrecho convenio profesional. Las personas necesitan ayuda de otros desde el momento que nacen hasta que mueren, pero especialmente (y en forma particular) cuando están enfermas”⁴. Es la ayuda que debe dar el médico y, ampliándola aún más, el equipo de salud. La ayuda médica se manifiesta en la asistencia, que etimológicamente significa “estar al lado del otro”, o sea, una

cercanía, una relación, que es lo que más necesita el ser humano cuando se enferma. Es eso lo que señala el artículo periodístico, lo que se pide, pero que en gran medida se ha perdido y hay que reencontrarlo.

PROFESIÓN MÉDICA Y FORMACIÓN

Para ser médico, para dar asistencia médica, es indispensable una buena formación. Es inconcebible un saber que sea autónomo o independiente del hombre que lo piensa y lo formula³. Quien busca un saber en la medicina, entra a ella por vocación, esto es, por esa voz que llama en la conciencia en forma profunda, íntima y personal. Será esta misma vocación, el impulso que debe mantener la formación del estudiante de medicina y que, con tanta o más fuerza, debe prolongarse en su ejercicio profesional posterior. Se adquiere así una profesión que significa un compromiso con uno mismo, con los pacientes y con la justicia social.

De ahí que la formación médica continua debe tener dos vertientes fundamentales: una, la científico-técnica, a través de la cual se aprende y entiende el funcionamiento del cuerpo humano y sus patologías; su base es la adquisición de conocimientos y habilidades; es y nos conduce a todo lo que se puede hacer. Sin embargo, tan fundamental como la anterior, está la segunda vertiente que es la ético-humanista, la cual permite comprender al ser humano en su plenitud, en su profundidad y, más aún, cuando se enferma; está basada en el carácter, en la actitud y en todo un sistema de valores; enseña todo lo que se debe hacer.

Ambas son básicas, ambas se retroalimentan. No se concibe un médico ignorante o que desconoce la ciencia y las habilidades que ha de aplicar al asistir al paciente. Pero tampoco debe practicar la profesión un médico deshumanizado. El humanismo, escribe Armando Roa⁵, es necesario para el médico, para conocer al hombre como totalidad personal, con su abismo de subjetividad; para conocerlo integralmente, pues tratará a personas y sólo a través de ellas sus órganos y funciones. Como señala JF Drane, no sólo se debe

ser un buen médico, sino que además se debe llegar a ser un médico bueno⁴.

EL PRINCIPAL OBJETIVO DE LA FORMACIÓN MÉDICA

El principal objetivo de esta formación integral, es quien demanda ayuda: el enfermo; y el principal compromiso médico y de los servicios de salud es “permanecer comprometidos tanto con el bienestar de los pacientes, como con las premisas básicas de la justicia social” como lo señalan en una reciente declaración conjunta la Federación Europea de Medicina Interna, el *American College of Physicians*, la *American Society of Internal Medicine* y el *American Board of Internal Medicine*⁶. Esta declaración nace de la inquietud creciente frente a una medicina tecnológica, pero a su vez deshumanizada. Esto compromete no sólo al clínico, quien está más íntimamente en relación con el paciente, sino también al investigador, al docente, a especialidades eminentemente técnicas como laboratorio, radiología y otras, y al equipo de salud en general, ya que todo conduce a un mismo fin: la persona enferma.

Este objetivo de ayuda, de asistencia, se logra a través de una adecuada y buena relación médico-paciente. Esta constituye, en realidad, un acto entre dos seres, entre dos personas, en que debe haber entrega y donación recíproca, en que uno da ayuda médica que intenta responder a la demanda del otro. Eso es y constituye el verdadero acto médico. Se puede reflexionar que es fácil escribirlo, pero difícil hacerlo. Indudablemente que es difícil, porque somos seres humanos, con debilidades, falencias, cansancio y problemas. Porque muchas veces, especialmente en la medicina pública, estamos presionados por metas, en cuanto a la cantidad de pacientes que se deben atender, bajando por consiguiente la calidad de la atención. También muchas veces en la medicina privada se entrega poco tiempo al paciente, priorizando la cantidad, esta vez por metas especialmente económicas, ya sean del médico mismo o de su empleador. Sin embargo, el llamado de las Sociedades Científicas señaladas es a meditar y corregir, tanto en los que ya

ejercemos la profesión como, especialmente, en las nuevas generaciones que estamos contribuyendo a formar.

Como dice Peña y Lillo: “ni el diagnóstico ni la terapéutica podrán ser jamás el límite de la medicina. La mirada clínica debe ser capaz de intuir, más allá de los síntomas, la plenitud del hombre; saber definir tanto el perfil de lo mórbido como el de la salud, que es, por así decirlo, la ética de la vida”³. Para eso se necesita vocación, formación y entrega. Va más allá de lo solamente científico; va a la integración humanista de la medicina y quien la ejerce.

HACIA LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

La relación médico-paciente ha evolucionado en el tiempo, desde el antiguo modelo paternalista, que en cierto modo aún existe, en que será el médico quien discierna qué es lo mejor para el paciente, sin que sea necesaria una participación activa de éste, hasta modelos actuales, en los que el papel del paciente es más activo, más autónomo. Es así como EJ Emmanuel distingue, además, otros tres modelos de relación con el enfermo, en que el rol autónomo de este es fundamental⁷. En primer lugar, el modelo informativo o científico o técnico, en que el médico da la información relevante y será el paciente, desde sus valores, quien determine qué terapéutica se debe aplicar; el médico es así un técnico experto. En segundo lugar, está el modelo interpretativo, en que el médico informa al paciente sobre la naturaleza de su afección y sobre los riesgos y beneficios de cada intervención posible, pero a su vez, le ayuda a aclarar e interpretar sus valores; el médico es un consejero. Finalmente, un tercer modelo es el deliberativo en que se llega a una deliberación conjunta sobre qué tipo de valores relacionados con la salud puede y debe buscar el paciente. Aquí el médico actúa como maestro y amigo, comprometiendo al paciente a un diálogo sobre qué tipo de acción diagnóstica-terapéutica será mejor. Esto es, hay un diálogo de amistad buscando lo mejor para el paciente. Es probablemente el más completo y deseable, pero a su vez el que demanda más sacrificio y entrega en medio del tecnicismo actual. Es a este respecto que Armando

Roa señala la *philia*, que es una forma de amor, de amistad y el médico ama por vocación la salud (...) por lo tanto ama a quienes carecen de ella y busca restaurársela⁵.

PRINCIPIOS BÁSICOS EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Como fuera postulado por Beauchamp y Childress⁸, la relación entre médico y paciente en cualquiera de sus modelos, se basa en cuatro principios fundamentales, cuyo respeto permite transformar este encuentro en un puente ético que une el querer, o poder hacer, con el deber. Diego Gracia señala que ellos son algo así como núcleos de confluencia de todo el universo de valores, en que habiendo muchos valores, todos giran en torno a esos cuatro principios, haciendo un parangón con lo que sucede en el plano de la biología molecular, en que toda la información de la herencia, en su infinita diversidad se puede codificar en torno a los cuatro aminoácidos básicos que conforman el ADN: adenina, guanina, timina y citocina⁹. Del mismo modo los cuatro principios éticos fundamentales son la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Íntimamente ligados a ellos existen otros principios, como el respeto a la intimidad, la confidencialidad (secreto médico) y la veracidad, también básicos en la relación con el enfermo.

Se puede señalar que los tres últimos principios postulados por Beauchamp y Childress, ya existían y se respetaban desde la época de la medicina hipocrática y están contenidos en el Juramento Hipocrático¹⁰, siendo por consiguiente la autonomía, la que en los últimos treinta años ha introducido la variedad, desde una relación vertical y paternalista, hacia una más horizontal y autonomista¹¹. De este modo se incorpora también a la medicina este cambio, que luego de un largo proceso histórico se ha producido en las relaciones humanas en general, dando lugar a la concepción autonomista del ser humano¹¹. Mediante esta autonomía el enfermo busca ayuda para su enfermedad, desea ser beneficiado (beneficencia), no ser dañado (no maleficencia), que se le trate con equidad (justicia), se respete su intimidad, se resguarde la información que nos

proporciona y se le comunique la verdad. En conclusión, desea que se le informe de su enfermedad y de las alternativas a seguir, para poder tener la opción de asentir, modificar o rechazar lo propuesto por el médico. Se constituye así lo que conocemos como consentimiento informado.

EL SIGNIFICADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es ser informado y consentir basado en esa información. Es la aceptación racional de una intervención médica o la posibilidad de elección entre posibles alternativas. Es el derecho del paciente a saber y decidir, en conjunto con el médico, sobre su propia vida. No significa arbitrariedad, en el sentido que puede exigir conductas que violen la autonomía del médico⁵, sino que es un ideal del acto médico, que no se refiere a una relación de desconfianza y tampoco debe ser en base al temor o a una actitud defensiva. Al contrario, se trata de reencontrar a las personas¹².

Se constituye así el verdadero acto médico, mediante el cual el médico da la información explicando de manera adecuada y con lenguaje entendible para el paciente, cuál es la enfermedad y las alternativas diagnósticas, si las hay. Señala los exámenes que podrían ser necesarios para complementar este diagnóstico y qué base tienen. Explica el tratamiento y las posibles alternativas, si fuese necesario y, finalmente, los posibles resultados y pronóstico. Todo esto es aplicable a cada enfermo y a cada enfermedad. Debe ser una auténtica comunicación, un diálogo entre dos personas. La información puede ser simple y solamente oral o bien agregar un documento frente a situaciones más complejas, intervenciones quirúrgicas o trabajos de investigación, pero la explicación oral siempre debe existir. De este modo, por parte del paciente existirán la posibilidad y derecho, como persona autónoma, a consentir, para lo cual debe basarse en una información suficiente.

Debe ser, además, una persona competente, capaz de comunicarse, darse cuenta y comprender la información y su situación y poder razonar y decidir. Si no es competente (o es menor de

edad), será el familiar o persona más cercana o representante legal quien asuma esta función. Finalmente el enfermo debe tener plena libertad para decidir¹³.

Basado en esta relación, en que hay información, conocimiento y consentimiento, se toma la decisión que sea mejor para el paciente.

Este es y debe ser el actual modelo de relación sanitaria, basada en el diálogo con otro distinto¹². Es proponer lo que se considera la verdad al otro, al cual corresponde acogerla responsablemente. El médico puede y está en el derecho de persuadir, si considera que sus fundamentos son firmes para el bien del paciente. No debe haber manipulación, que es el intento de modificar la decisión de las personas por medios no solamente persuasivos, en que se llega a falsear, desfigurar u ocultar ciertos hechos. Menos aún debe haber coacción, que es el uso de amenazas o daños importantes para lograr influir en alguien¹¹; es un acto voluntario, libre de influencias indebidas.

Hay, sin embargo, excepciones al consentimiento informado que se deben conocer y que incluyen: las urgencias con riesgo vital, la renuncia expresa por parte del paciente, los tratamientos exigidos por ley (pruebas diagnósticas, vacunaciones y tratamientos forzosos), la posibilidad de corregir una alteración inesperada en el curso de una intervención programada, pacientes incompetentes o sin capacidad para decidir y, finalmente, el llamado privilegio terapéutico del médico, en que éste considera que la información o parte de ésta puede ser perjudicial para el curso de la enfermedad. Este privilegio es muy particular, dependiendo de cada caso, circunstancias y criterio médico. Es un privilegio que llega a ser discutible, ya que entra

en conflicto con la veracidad y no debe ser utilizado sistemáticamente¹¹.

Se puede señalar, derivado de todo lo anterior, que el objetivo primordial de un consentimiento libre e informado, no es forzar al paciente a ser teóricamente autónomo, sino brindarle la oportunidad de ejercer concretamente su responsabilidad¹². La medicina no es una ciencia exacta, de modo que si no hay una adecuada relación (donde la confianza y la información son la base), se corre el riesgo de no cumplir con el objetivo de la vocación médica, que es la buena asistencia al paciente.

La alta tecnología, el abandono de la buena clínica, la pérdida de valores, la frialdad en las relaciones, en suma la deshumanización de la medicina, han llevado a considerar que todo lo que se puede hacer se debe hacer y esto no es real. Se debe revertir el debilitamiento en la relación médico-paciente, y esto debe estar basado en la amistad y la confianza, derivando así en una auténtica vocación de servicio. La amistad es la virtud por excelencia en las relaciones humanas y en medicina es la forma privilegiada de este vínculo, porque ya es, en sí misma, sanante¹².

Precisamente el artículo periodístico que cité al inicio termina con una luz de esperanza, señalando que "aún hay muchísimos doctores que no han olvidado que el primer medicamento que recibe un paciente es, justamente, la atención compasiva y prudente de un médico".

En medio de la ciencia y de la técnica que han permitido un gran avance para entender al hombre enfermo, reencontremos la ética y el humanismo que permite comprender a la persona en su integridad y, más aún cuando enferma.

REFERENCIAS

1. WOOD ME. Médicos de cuerpos y almas. Revista El Sábado, de "El Mercurio", 2001; número 134, año 3.
2. UNAMUNO M. *Del sentimiento trágico de la vida. El hombre de carne y hueso*. Madrid. Alianza, 1997.
3. PEÑA Y LILLO S. *El temor y la felicidad*. 11ª ed. Santiago de Chile. Ed. Universitaria, 1990.
4. DRANE JF. *Cómo ser un buen médico*. Santa Fe de Bogotá. San Pablo, 1993.
5. ROA A. *Ética y bioética*. Santiago de Chile. Ed. Andrés Bello, 1998.
6. Declaración Conjunta de la Federación Europea de Medicina Interna, American College of Physicians, American Board of Internal Medicine, American Society of Internal Medicine. Profesionalismo. *Ann Intern Medicina* 2002; 136: 243-6.

7. EMANNUEL EJ, EMANNUEL LL. Cuatro modelos de relación médico-paciente. En: Couceiro A (ed.): *Ética para clínicos*. Madrid. Ed. Triacastela, 1999.
8. BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. *Principles of biomedical ethics* 3th ed. New York, Oxford. Oxford University Press, 1989.
9. GRACIA D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santa Fe de Bogotá. Ed. El Buho Ltda., 1998.
10. GOIC A. El juramento hipocrático ¿una veneración ciega? *Vida Médica* 1993; 44: 25-8.
11. SÁNCHEZ MA. *Historia, teoría y método de la medicina: Introducción al pensamiento médico*. Barcelona, España. Masson, S.A. 1998.
12. MIESUD T. *Agenda valórica en Chile*. Santiago de Chile. Santillana, 2002.
13. COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA. Hospital San Juan de Dios: Consentimiento Informado. *Bol Hosp San Juan de Dios* 2003; 50: 154-64.