

RELACIÓN INTERSUBJETIVA MÉDICO-PACIENTE: EN DEFENSA PROPIA

Patricia Sorokin

Viamonte 1664 piso 7, of. 58 (1055), Ciudad de Buenos Aires. Argentina

maxwellsm@ciudad.com.ar

Desde el surgimiento de la Medicina Occidental, cuyo exponente más reconocido es el médico griego Hipócrates de Cos, la ética médica ha utilizado un criterio naturalista para discernir "lo bueno" de "lo malo".

Dicho criterio identificaba "lo bueno" con el "orden natural", en tanto "lo malo" se asociaba con "el desorden". Esta concepción entendía como "malo" todo uso de alguno de los órganos del cuerpo humano que no fuese natural y condicionaba a este encuadre de *orden* la relación interpersonal médico-paciente.

Tal "orden natural" no era de carácter unívoco, ya que el médico (en aquella época las mujeres no accedían a la educación) era considerado un sujeto activo y el enfermo estaba ubicado en un rol de pasividad absoluta. Por ello, el deber del médico consistía en "hacer el bien" a sus pacientes y la obligación de éstos radicaba en "aceptar" sus indicaciones.

La misión del médico era la de lograr un "bien objetivo" al restituir el orden natural al organismo sufriente. Si el enfermo se resistía a aceptar las prescripciones médicas por considerar que no eran "buenas" para sí, esta negativa se analizaba como "error subjetivo".

Por lo tanto, el médico era agente técnico y moral, mientras que el paciente era una persona necesitada de ayuda especializada y ética. Esta caracterización de la relación médico-paciente que signó la ética médica del orden natural es hasta hoy denominada Paternalismo médico.

Las antiguas creencias medievales que sustentaban el establecimiento de relaciones humanas en virtud de un orden jerárquico comenzaron a ser percibidas como monárquicas, verticalistas y sobreprotectoras.

Al ingresar en la Edad Moderna el espíritu social fue acercándose a alternativas intelectuales

basadas en la horizontalidad y la democracia, "vehiculizadas" éstas, mediante la revolución en Inglaterra, luego en Estados Unidos y finalmente en Francia.

El aporte esencial de dichos procesos sociales, fue el continuo viraje desde estructuras de gobierno y de pensamiento autoritarias hacia otras más participativas. Este cambio de mentalidades permitió incorporar la noción de Autonomía.

La bioética, en tanto disciplina contemporánea, ha evolucionado desde el paternalismo médico (que omitía a la familia, a la sociedad y al Estado) hacia enfoques más amplios de la relación médico-paciente en los cuales el médico no sólo determina qué es bueno y qué es malo para el enfermo sino que se empiezan a plantear dudas respecto del significado del "respeto a la vida" en la toma de decisiones.

Si el derecho refleja la mutabilidad de los valores sociales y a través de sus regulaciones da cuenta de fenómenos extra-jurídicos, podríamos plantear que el terreno bioético resulta propicio para iniciar un debate profundo acerca de cuestiones cuasi-elementales y poco discutidas como la relación médico-paciente (no ya de las implicancias jurídicas de las desavenencias entre ambas partes, sino del encuentro o des-encuentro de subjetividades).

¿En qué circunstancias se da actualmente esa relación médico-paciente?. El tipo de relación interpersonal entre estas dos personas ofrece características que permiten inferir un modo de relación poco vinculante entre ambos. Ello se debe a las condiciones en las cuales se desarrolla la consulta conmoviendo -en ocasiones- las creencias religiosas, éticas y morales, generando un amplio campo de discusión multidisciplinaria (fundamentalmente para la sociología, la filosofía la educación, la

medicina, la psicología, la economía, la bioética, el derecho y la antropología) pendiente aún de acuerdos básicos. Indicaré a continuación algunas de ellas:

- 1) Tendencia creciente hacia la utilización de tecnologías cada vez más sofisticadas para la obtención de certeza diagnóstica que permita mejorar así la prognosis. La irrupción e interposición del aparataje entre el médico y el paciente ha contribuido a la deshumanización de la práctica médica, al privilegiar un modo de interacción impersonal.
- 2) La interconsulta del paciente con médicos especializados en ramas clínicas, provoca en los miembros de este equipo ad hoc un sentimiento difuso respecto de la responsabilidad de cada uno en la toma de decisiones. Para el paciente esta sensación de ser revisado por cada especialista como una parte y no como un todo, genera incertidumbre, hastío y deseos de suspender esta relación múltiple que le impide reconocer a un médico como referente y a los sub-especialistas reconocerse como responsables por dicho paciente.
- 3) El sistema de salud pública en América Latina se ha ido pauperizando progresivamente, pero subsiste aún la creencia arraigada de que el modelo paternalista es el apropiado para la población que demanda los servicios asistenciales (especialmente en los médicos que superan los 60 años de edad), considerando que "sus" pacientes no poseen las aptitudes necesarias para participar en la toma de decisiones referidas a su salud. Pueden visualizarse intentos por cambiar este modelo, de relación médico-paciente basada en el paternalismo, los cuales están emergiendo lentamente y con ciertas dificultades o resistencias por parte tanto de sus colegas como de la comunidad a la que asisten, que dista mucho de aceptar como cotidiano este cambio en la actitud profesional.
- 4) Los sistemas de salud privados son percibidos como empresas médicas fundadas en motivaciones de carácter exclusivamente económico. Se crea entre médico y paciente una relación de proveedor- consumidor o de agente-principal.

- 5) Reduccionismo médico, basado en la concepción biologista de la enfermedad. Generalmente una persona concurre a la consulta especializada sólo en aquellos casos en que considera que su salud está deteriorada, es decir que recurre al médico a los efectos de ser curado de una determinada dolencia, quedando fuera de este contrato la medicina preventiva.

Pero, ¿Será prudente generar un intercambio masivo de opiniones y de ideas acerca de los alcances de la relación médico-paciente en un momento social en el cual pareciera que las relaciones interpersonales han dejado de ser vinculantes y simplemente han pasado a convertirse en una mera formalidad?.

La confianza en el prójimo como un mecanismo capaz de sostener vínculos intersubjetivos ha ido cediendo espacio a la idea de un nivel mínimo de confianza informal como alternativa para concebir la vida económica moderna: "Aunque más no fuera, la confianza tiene un importante valor pragmático. En un sistema social, la confianza es el lubricante básico y muy eficiente. Un grado adecuado de fe en la palabra de otros nos ahorra una gran cantidad de trastornos. Desafortunadamente no es un bien que se pueda comprar con mucha facilidad. Si se lo tiene que comprar, ello significa que ya se tienen ciertas dudas sobre lo que se está comprando. La confianza y sus valores afines como la lealtad y la veracidad, son ejemplos de lo que los economistas denominarían "externalidades". Son bienes, son commodities, tienen un valor económico real y práctico; incrementan la eficiencia del sistema, permiten producir más bienes o más de cualquier tipo de valores que se tengan en alta estima. Pero su comercialización en el mercado es técnicamente imposible y carente de significado"

En esta globalización de los principios y de las costumbres se ha ido extendiendo gradualmente la opinión respecto a que los médicos por temor a las demandas judiciales actúan de modo paternalista y beneficente. Empero la tradicional medicina paternalista y basada en la beneficencia tiene como elemento básico la confianza mutua entre médico y enfermo, situación que debiera llevar a una práctica no defensiva.

Es precisamente la desconfianza del médico en el enfermo o en su entorno (conocida vul-

garmente como la "industria del juicio") la base de la tan mentada medicina defensiva.

Entiendo por medicina defensiva al conjunto de conductas desarrolladas por los médicos para evitar las demandas por mala praxis, consistentes en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos aún aquellos de escasa efectividad o evitar pacientes de alto riesgo, ocasionando gastos excesivos al sistema de atención y sometiendo al paciente a riesgos evitables.

Históricamente, la medicina defensiva adquiere relevancia en los Estados Unidos en la década del setenta, como consecuencia esperable de la espiral creciente de demandas contra médicos. Dichas prácticas defensivas causaron un preocupante crecimiento del gasto en salud, tanto por el énfasis en la utilización de tecnologías para arribar a un diagnóstico como por el aumento de las primas de los seguros, que se tornaron casi imprescindibles para el ejercicio profesional. Algunos estudios calcularon los costos derivados de la medicina defensiva y las conclusiones se utilizaron para lograr reformas legales que pusieran algún tipo de límite a las demandas.

Los vertiginosos progresos en el diagnóstico y el tratamiento médico como consecuencia de las innovaciones tecnológicas incorporadas en la práctica médica, han sido acompañados por la implantación de técnicas sofisticadas, algunas de ellas cruentas, mortificantes, intrusivas, frecuentemente muy costosas y de alta complejidad.

Por otro lado, a la par del avance técnico, se han incrementado el número de demandas por mala praxis médica, como resultado de la fragilización de la relación entre el médico y el enfermo.

El aumento de demandas legales ha producido en forma reactiva el desarrollo de estrategias polimórficas entre los médicos y otros profesionales de la salud, las cuales modifican las prácticas comunes, pudiendo provocar gastos innecesarios al sistema de atención y al enfermo sin mejorar los resultados clínicos.

La incorporación sistemática de una tecnología impersonal y deshumanizante en detrimento de un vínculo de comunicación médico-enfermo, reduce los momentos de intersubjetivi-

dad y desaparecen así las variables socio-antropológicas del análisis contextual en que se desarrolla una enfermedad, la profesión apoya en la tecnología.

La presión social y el deseo de acceder a una salud equitativa, genera paradójicamente que los mismos dolientes y sus familiares exijan para sí que les sean prescritas dichas prácticas de alta complejidad porque caso contrario aducen sentirse como "pacientes de 2ª categoría".

La responsabilidad de la salud ha de ser compartida entre el médico y el paciente y fundamentalmente en el conocimiento, el respeto mutuo y la combinación de la pericia y la ética". Considero, entonces, que el núcleo de la práctica médica se centra en la relación médico-paciente, pero también creo que en dicha relación no siempre existe una interacción entre ambas partes.

Asimismo, el gradual reconocimiento del paciente como agente moral, es decir, responsable en la atención de su salud, capaz de saber y decidir, han ido modificando los cánones de la tradicional relación médico-paciente (asimétrica, vertical y paternalista, cuando no autoritaria y deshumanizante), fenómeno que se tradujo, entre otros hitos, en la aparición de numerosas Cartas y Declaraciones de Derechos del Paciente y en la sanción de leyes de igual contenido (en Argentina, la reciente ley n° 3076 de la Provincia de Río Negro), consolidándose así, entre otros, el derecho a la disidencia terapéutica y el rechazo, limitación o supresión de un tratamiento por parte del paciente competente debidamente informado o de sus cuidadores primarios (cónyuge, parientes, representantes legales, otras personas a cargo), en caso de incompetencia del anterior.

Finalmente, el ideal igualitario de acceso a los servicios de salud -siempre complicado, cuando no dificultado, pero obviamente exigible- y la justa asignación de los recursos biomédicos de todo tipo -humanos, infraestructurales, tecnológicos, farmacológicos, distribución del tiempo (recurso no renovable, pudiendo aquí una demora equivaler a incapacidad o muerte), etc.-, a fin de asegurar el derecho a la preservación de la salud -en Argentina, de rango constitucional-, es también un factor determinante de la problemática indicada. Sin embargo distamos

mucho de alcanzar niveles aceptables de equidad en el acceso a la salud.

Los médicos se enfrentan cruelmente a una justicia distributiva escasamente justa a la hora de asistir a sus pacientes en un hospital público y muchas de las demandas por mala praxis obedecen a negligencia, imprudencia o impericia causada fundamentalmente por carencia de recursos sanitarios básicos o a los daños provocados mediante terapéuticas aplicadas en pacientes ingresados por urgencia .

La medicina tecnológica altera la relación clínica en la fase de elaboración del diagnóstico, y en el mismo sentido, desvirtúa el acto terapéutico. El verdadero médico no es visto como aquel que cuida al paciente, sino quien cura "cómo sea" la enfermedad.

El encuentro del equilibrio para que la Medicina Moderna logre promover nuevamente la aproximación del médico y el enfermo está aún por llegar y todavía parece lejano. La intromisión de la tecnología en la relación clínica es tan grande y profunda que los desafortunados protagonistas ni siquiera se re-conocen; y si no hubo un conocimiento profundo entre ambos -y carecen el enfermo de valoración y de entidad en tanto persona y el médico de reconocimiento profesional- es casi obvio que la gente crea mágicamente en la tecnología como "salvación" para postergar su deterioro psico-físico y/o su muerte.

Si Potter concibió a la Bioética como "un puente hacia el futuro" y aquel futuro es hoy un presente globalizado que se caracteriza por ciertos patrones de conductas tales como: la competitividad exacerbada, el deseo de éxito y la ambición de dinero y/o de poder desmedida , las que tienen como sustentos basales: la pérdida del afecto en los vínculos intersubjetivos, el individualismo extremo y la hipercompetitividad, entonces se corre el riesgo social que dichas conductas -al ser aceptadas como habituales, al igual que cierto tipo de sustancias psicoactivas- comiencen a generar tolerancia.

Construir relaciones vinculantes, solidarias y basadas en la confianza recíproca (más allá del plano declamatorio y circunstancial) fortalecerá una Bioética menos abstracta y más comprometida con la realidad de la gente, aquélla que reclama día tras día gozar de los privilegios

que supone la "calidad de vida", es decir ser tratados dignamente, tanto se trate de médicos como de pacientes.

NOTAS

1. Laín Entralgo, P: La medicina hipocrática. Analiza Universidad. Madrid. 1987.
2. Gracia, D: Bioética Clínica. Edit. El Bicho. Bogotá. 1998.
3. Para profundizar véase Sánchez González, M. A: Historia, Teoría y Método de la Medicina: Introducción al pensamiento médico. Masson. Barcelona. 1998; y sobre el mismo tema ver Drane, J: Becoming a good doctor. The place of virtue and character in medical ethics. Sheed & Ward. Kansas. 1988.
4. Lavados, M y Serani, A: Ética clínica: Fundamentos y Aplicaciones. Ed. Universidad Católica de Chile. Colección Textos Universitarios. Santiago de Chile. 1993. p. 348.
5. Sorokin, P: Acerca del consentimiento Informado en lo test gráficos de figura humana. En Bioética y Derecho un análisis socio-jurídico. DE 045. Programación Científica UBA 1994/97.
6. Arrow, Kenneth. The limits of organization. Norton. New York. 1974.; p. 23.
7. Blanco MR: Temas de Responsabilidad Médica por Mala Praxis. Ed. Akadia. 1993, Buenos Aires, p. 1-10.
8. Szasz H. M. La Bioética: Fundamentos filosóficos y aplicaciones. Boletín de la Organización Panamericana de la Salud. 1990; 108 (5-6): 331
9. Ver Beauchamp, Tom L. y Childress, James F., Principles of biomedical ethics, Oxford University Press, New York-Oxford, 1994, p. 271 y ss. Para el rol del enfermo en el derecho, ver Mackinson, G. J., "Bioética y derecho: reflexiones sociojurídicas", en Bioética, sociedad y derecho, Lema, Bs. As., 1995, p. 129 y ss.
10. Competencia e incompetencia, en sentido bioético, no son sinónimos de capacidad e incapacidad en sentido jurídico. En general, cabe decir que un paciente es competente cuando puede comprender la naturaleza y consecuencias de su estado y del tratamiento médico propuesto, contando con aptitud de elección basada en las expectativas médicas (cfr. Annas, George J., The rights of patients, Southern Illinois University Press-Carbondale and Edwardsville, U.S.A., 1989, p. 201.
11. Ver Blanco, L. G., "Principios bioéticos contenidos en las nuevas normas constitucionales. Derecho a la salud y protección del usuario de los servicios de salud"; Mackinson, G. J., "Derecho a la salud", ambos En Estudios sobre la reforma constitucional de 1994, Depalma, Bs. As., 1995, p. 95 y ss. y 161 y ss.,
12. Van Rensselaer Potter, médico oncólogo, publica en 1970 "Bioethics": bridge to the future", libro en el cual vuelca su preocupación por la tecnologización de la medicina y la importancia de pensar en las personas por sobre todas las cosas.