

## **"CAMBIOS EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE, UNA MIRADA CONCILIADORA"**

Dra. María Noël García Simon, 2014

¿De qué vamos a hablar? ¿Desde dónde?

En primer lugar, creo que para hablar en profundidad de este tema hay que plantearse el contexto, es decir, cuáles son los cambios socio-culturales que están influyendo en el modo de relacionarse de los médicos con los pacientes y vice-versa, estos son sustanciales e inherentes a toda la sociedad en su conjunto.

La RMP está sujeta a la sociedad y a la institución a la que pertenece. El binomio hipocrático ha desaparecido como tal, para resignificarse en una relación inserta en una institución, mediada por normativas que vienen de políticas de Estado.

Ha habido cambios profundos, difíciles de asir puesto que se producen muy rápido. La aceleración de la historia hace que estos cambios sean poco reflexionados salvo por los profesionales que se dedican a analizar e interpretar estos temas como ser sociólogos y antropólogos, que también tienen dificultades en visualizarlos. La "sociedad líquida" de Bauman (2003) que se nos escapa y no nos permite asir las experiencias.

La vida virtual nos acapara mucho tiempo, alejándonos de la otra realidad, nos deja poco espacio para el pensamiento profundo, para el compromiso.

Hablaremos entonces de estos cambios para luego hablar de la relación en sí misma, planteándonos al final algunas preguntas que podríamos hacernos con vistas a mejorar la satisfacción de usuarios y personal sanitario y por tanto mejorar la relación médico-paciente.

La primera pregunta que surge antes del análisis es ¿Porqué si los médicos consideramos que lo hacemos cada vez mejor, los pacientes se manifiestan cada vez menos satisfechos y aumentan las reclamaciones?

Estas reflexiones surgen del ejercicio clínico hospitalario y de los estudios de grado y post-grado en ciencias antropológicas, también desde las actividades realizadas en el comité de bioética asistencial hospitalario.

Destacar que es un tema esencial ya que contiene salud, enfermedad y muerte, tres cuestiones sustanciales en la existencia de las personas.

La RMP es el eje sobre el que giran los servicios de salud: sin el encuentro clínico no hay

medicina.

Todos deberíamos de velar por un sistema de salud digno y responsable ya que todos somos usuarios, vulnerables, susceptibles de enfermar.

## **CAMBIOS SOCIO-CULTURALES Y ECONÓMICOS**

### **I- Instituciones, Políticas de Estado, Legislación**

En los últimos años se han promulgado leyes para normatizar el sistema de salud en nuestro país. Estas se refieren principalmente a los derechos de los usuarios y pacientes, en mucho menor grado a sus obligaciones y también a las obligaciones de los profesionales de la salud. Las vamos a mencionar solamente, se encuentran fácilmente en la web.

Políticas de Estado: Socialización de la medicina. Normativa

Año 2007 -No 18211 Ley del Sistema Nacional Integrado de salud

Año 2008 -No 18331 Ley de protección de datos

Año 2008 -No 18335 Ley: Pacientes y usuarios de los Servicios de Salud, se establecen sus derechos y obligaciones. Contiene el decreto 16 sobre Consentimiento informado.

Año 2009 -No 18473 Ley de la voluntad anticipada.

Año 2012 -18987 Ley de despenalización del aborto

Año 2014 -19286 Ley del Código de ética médica

Esta última es muy importante, acaba de ser promulgada en setiembre de este año.

Todas encaminadas a privilegiar la autonomía de los usuarios y a favorecer la comunicación entre partes. Casi ninguna menciona la palabra médico, sino profesional de la salud. Se busca desempoderar al médico para adecuar los cambios socio-culturales.

Vivimos en el lenguaje.

Ya no se trata solamente del vínculo entre el médico y el usuario sino que éste está sujeto a tomas de decisiones de otros campos que deben de ser acatadas. Cada Institución tiene sus normas, (no es lo mismo trabajar en Salud Pública que en un seguro privado).

Pero en todos los casos hay normas institucionales que enmarcan la relación y leyes que se han promulgado en los últimos años que están influyendo, como ser las que regulan "el consentimiento informado", "el aborto", "la voluntad anticipada", "los derechos y

deberes de los usuarios", y ahora la del "Código de ética médica", que deben de ser cumplidas por todas las instituciones.

Algunos centros tienen controles de calidad, casi todos controlan el tiempo de internación y el número de pacientes por consulta. Todo esto influye directamente sobre la RMP.

Muchos de los problemas que surgen en las prácticas médicas se generan en las propias instituciones, algunas veces por gestión inadecuada y/o falta de medios. Escasa dedicación a la formación del personal, pobres controles de calidad, permisividad respecto al pluriempleo de médicos y personal de enfermería, listas de espera excesivamente largas, falta de coordinación entre los médicos tratantes cuando interviene más de uno, inversiones excesivas en tecnología y escasas en lo que es el cuidado de los pacientes, sobre todo después del alta hospitalaria.

Todas estas razones pesan a la hora de relacionarse con el médico que algunas veces carga con la frustración de sus pacientes por cuestiones que no son generadas por él sino por un sistema inadecuado.

## **II- Aparición de las TIC's**

La misma crisis de autoridad que observamos en la relación profesor-alumno/a, padre-hijo/a se puede extrapolar a la relación médico-paciente. Los niños enseñan las nuevas tecnologías a maestros y a progenitores, esto produce una resignificación de la autoridad respecto a lo que vino sucediendo en otras generaciones.

El médico siempre ha concentrado poder, esto sucede en todas las culturas, el chamán acumula poder político y social, algo que refuerza su eficacia simbólica, o sea el poder del médico como una necesidad de la sociedad para que funcione el objetivo principal del vínculo que es la curación

Por otro lado, los usuarios se han empoderado debido al surgimiento y uso de las TIC'S (tecnologías de la información y de la comunicación), confunden información con conocimiento. Para poder lograr conocimiento a partir de la información que se obtiene en la web hace falta una formación de muchos años, no sólo hacer la carrera, el postgrado, sino también tener experiencia clínica. Esta asimetría que antes era total, hoy en día no es tal, al menos en las representaciones de los usuarios-pacientes que vienen muchas veces al consultorio creyendo que saben medicina. Esta actitud, a veces, genera tensiones durante el encuentro clínico, tensiones que en general se resuelven mal por falta de tiempo o porque el médico no alcanza a comprender qué es lo que realmente sucede y no sabe responder a este cambio de rol del usuario que ahora reclama

deliberación no sumisión como antes, cuando la RMP era de tipo paternalista.

Por otro lado la masificación de las TIC's nos lleva a un alejamiento de la naturaleza, a un aumento de la mitopraxis: el "mito de inmortalidad", el mito como una inflexión del conocimiento compartido por una cultura; la vida se alarga cada vez más. Surge la cirugía reparadora, los parques sustituyen a los cementerios, estas son algunas de las materializaciones que evidencian la negación de la muerte en nuestra sociedad.

Todas estas cuestiones influyen en la relación médico-paciente, sobre ambas partes, de modo que surge la futilidad terapéutica por parte de los profesionales, mayores exigencias y reclamaciones por parte de los usuarios. Hay familiares incapaces de asumir que sus cercanos fallezcan, se llega a agredir físicamente a los médicos por esta razón.

Sobre este punto de negación de la muerte, Rilke nos ilustra hace 100 años:

*“En los hospitales está la muerte pequeña.... Ahora se muere en quinientas cincuenta y nueve camas. En serie, naturalmente. Es evidente que a causa de una producción tan intensa, cada muerte particular no queda tan bien acabada, pero esto importa poco. El número es lo que cuenta. ¿Quién concede todavía importancia a una muerte bien acabada? Nadie. Hasta los ricos, que podrían sin embargo permitirse ese lujo, comienzan a hacerse descuidados, indiferentes: el deseo de tener una muerte propia es cada vez más raro... Antes se sabía que cada cual contenía su muerte y esta conciencia daba una dignidad, un silencioso orgullo. Morían según lo que eran y según aquello que hubieran llegado a ser.”*

Pero existen otros aspectos de la repercusión de las TIC's en la vida de los médicos que han sido muy positivos. Si bien se produce una sobreinformación, cada día resulta más difícil estar *agornado*, al mismo tiempo han permitido el desarrollo de la Medicina basada en la Evidencia (Sachett, 1996), que ha mejorado el nivel de las prácticas médicas. El método clínico-estadístico se ha beneficiado con esta nueva manera de almacenar y compartir el conocimiento que surge de cada caso, se establecen árboles de decisiones que complejizan cada vez más la relación que ahora privilegia la autonomía del paciente o la subroga a la familia.

Por otra parte las nuevas tecnologías han permitido un avance extraordinario en ciencias básicas, ciencias aplicadas, en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; de modo que podríamos asegurar que las TIC's han permitido y/o generado progresos notorios en las prácticas médicas.

Sin embargo, siguen existiendo frustraciones y conflictos en la RMP.

### **III- Aumento del gasto sanitario**

El envejecimiento de la población con un aumento importante de la esperanza de vida hace que las enfermedades crónicas se diparen. La HTA, la diabetes, el cáncer, son patologías muy frecuentes que requieren de los cuidados médicos y de enfermería, aumentando el gasto sanitario.

La carrera tecnológica también ha aumentado el gasto sanitario a límites insospechados, esto hace que quede poco dinero para los gastos que implican los cuidados de los pacientes.

Por último el aumento del gasto de las prestaciones sociales de los trabajadores de la salud y de los sueldos en el caso de nuestro país y también la inclusión de más usuarios a la sanidad son motivos de disparo del gasto que se suman a los anteriores.

### **IV- Medicalización de la sociedad. Especialización versus desprofesionalización.**

La sociedad se ha medicalizado, ha habido un cambio de paradigma, la salud, lo saludable, se ha vuelto un valor cultural muy importante, todos opinamos sobre las dietas, los ejercicios que hay que hacer para mantenerse sano. Ortorexia, vigorexia y deporte, se han generalizado.

También en relación a los embarazos, las ecografías de algún modo se han convertido en el primer escalón social del niño-feto, todos acuden a ver la foto y hasta opinan que si se parece al padre o a la madre. Como un adelanto de la visita durante el puerperio que era el acontecimiento social en el que el niño se daba a conocer socialmente. La intimidad exclusiva del embarazo madre-hijo desaparece antes.

Existe un desplazamiento del rol del médico hacia otros actores, una desprofesionalización.

Paradójicamente, avanza la especialización de la medicina.

### **V- Desvíos terapéuticos convencionales hacia medicinas complementarias o alternativas**

#### **Cuidados versus curación**

Nos dedicamos más a curar que a cuidar, sin embargo las medicinas complementarias se dedican a cubrir más estos campos de significación lo que hace que los usuarios recurran

con mayor frecuencia a este tipo de terapias que se basa en la biografía y en la experiencia mórbida que en el órgano enfermo como hace la medicina física o biomedicina. Estas medicinas complementarias en general son practicadas por los propios médicos, son muy redituables y no conllevan problemas de juicios ni reclamaciones. Aparecen terapias tipo Reiki, Flores de Bach, que son practicadas por personas sin formación en medicina lo que redundará en una desprofesionalización de la sociedad también en este campo. Estas medicinas complementarias llenan ese espacio que dejan las largas listas de espera de las instituciones.

En definitiva cuanto mayor es la especialización, parecería que paralelamente crecen las medicinas complementarias.

## **VI- Pluriempleo**

Uno de los problemas que hemos detectado en nuestro medio, es el pluriempleo de los médicos. Este tema es complejo porque hay profesionales que trabajan en cinco y seis instituciones diferentes y además llevan su consulta privada, esta falta de tiempo actúa en detrimento de una relación adecuada y no está regulado por las instituciones.

## **VII- Cambios sociales hacia el individualismo**

### **Tercerización de los cuidados de los enfermos**

En la actualidad es de todos conocido que la familia está tendiendo a desaparecer, la sociedad se vuelve más individualista, los jóvenes tienden a vivir solos (Samuel Beck, 1995). Proliferan los monoambientes en donde las personas viven solas. Cuando alguien se enferma resulta cada vez más difícil conseguir que la familia se haga cargo de los cuidados necesarios. Prueba de ello es que muchas veces no se les puede dar de alta a los enfermos por razones sociales. Surgen los servicios de acompañantes, las residencias de ancianos son cada vez más numerosas. Es difícil que por la noche se vea algún familiar cuidando a un paciente en hospitales y sanatorios.

Es una característica de las sociedades llamadas complejas, cada vez la familia cuida menos de los suyos, en general terceriza esos cuidados. (Por tercerizar, hasta se contrata gente para pasear a los perros).

Esto entorpece mucho la labor del personal sanitario ya que es un trabajo que cae sobre sus espaldas y que antes lo desempeñaban los familiares. Pero aún más, es un campo de significación muy difícil de llenar. Recordarles que en las sociedades tradicionales,

cuando alguien cae enfermo, tiene el apoyo de toda la aldea, lo que ejerce gran eficacia simbólica.

Los pacientes se curan antes y mejor con amor y dedicación.

## **VIII- Mercantización de la medicina**

En las últimas décadas han surgido instituciones médicas privadas de diverso tipo con fines de lucro. Esta nueva forma de hacer medicina puede generar conflictos en la RMP de tipo beneficencia del paciente versus beneficios económicos para la empresa.

El dinero como la gran metáfora de los siglos XX y XXI.

Hemos comentado el contexto, los cambios socio-culturales que creemos son más relevantes, a continuación abordaremos la relación médico-paciente como núcleo duro sobre el que gira toda la sanidad.

## **RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE (RPM)**

La RPM es lo que M.Mauss denomina un "hecho social total", está atravesada por todos los estamentos que hacen a la sociedad y al individuo, factores de índole cultural, socio-económico, judicial, político, moral, ético, laboral, familiar, religioso, educativo, emocional, filosófico.

Contiene: salud, enfermedad y muerte y por tanto vulnerabilidad.

La comprensión cabal de la RMP requiere un abordaje múltiple y complejo: Medicina Hegemónica, Medicinas Complementarias, Psicología, Antropología, Derecho, Política, Bioética, Filosofía, Economía y otros.

Existen distintos modelos que aún se superponen: paternalista, informativo, interpretativo, deliberativo, sin embargo el gran cambio hacia la deliberación ya está dado, cada vez la RMP privilegia más la autonomía lo que la ha transformado en un diálogo de tipo deliberativo que incluye al equipo de salud , al paciente y su familia.

## **I- Trayectorias**

Los cuidados médicos son una constante histórica, ontológica y de futuro, abarcan todos los aspectos de la vida, tienen por tanto una dimensión universal. (Laín Entralgo,P.)

La potenciación de los criterios curativos frente a los cuidados paliativos es una práctica que tiene poco recorrido.

La dualidad psíquico–orgánica, vista en la práctica médica actual no como aspectos complementarios de una totalidad sino como alternativas a las que se debe adherir en cuanto a la etiología del síntoma, ignora de hecho al ser humano como entidad bio-psico-social, dedicando atención exclusiva y excluyente al primer elemento de la tríada, lo que como parece obvio actúa en detrimento de la eficacia de la cura. El paciente- enfermo, es un cuerpo en interacción permanente con una mente y con un grupo social de características culturales específicas, en el que se inserta, pero reviste también significados propios de acuerdo a su historia y al momento del ciclo vital que transita. Los elementos antes mencionados complejizan la relación médico paciente, y cuando la atención de lo psico-social se sustituye por "el aparato" técnico de diagnóstico-tratamiento, la eficacia simbólica del acto médico se resignifica, impulsando al paciente a la búsqueda de nuevas alternativas de atención y de respuesta al sufrimiento padecido. (García Simon,M.N., De Souza,A., 2011).

Las terapias complementarias llenan de muy diversas maneras ese espacio simbólico vacío, poniendo el acento en la enfermedad como cristalización de un proceso conflictivo irresuelto que la persona vive ya no sólo en su cuerpo (el que lo expresa con la enfermedad) sino en todo su ser.

La acción debería ser entonces desde lo técnico pero mucho más desde la intervención del vínculo, (volvemos a la importancia de la relación médico-paciente), del discurso del médico-sanador destinado a llenar el vacío de significados que produce la enfermedad. Recordemos que ante todo la RPM es una relación de tipo FIDUCIARIO, es decir está basada en gran medida en la CONFIANZA.

Vivimos en una cultura plural, sin embargo compartimos algunos valores, algo que hay que tener presente son las representaciones sociales de la enfermedad. La enfermedad como metáfora social. (Sontag,S.).

El mal como producción del sistema de vida moderna y la asociación a temores pasados. El ser humano actual tiene clara conciencia de su vulnerabilidad, al mismo tiempo niega la muerte.

## **II- Los orígenes**



Según Michel Foucault, uno de los pensadores contemporáneos más destacados, la RPM cambia sustancialmente durante la Revolución Francesa, cuando se descubre la autopsia de los cuerpos, (Bichat), en ese momento histórico se logra la transparencia del órgano. Allí nacería el método anátomo-clínico que hace que el órgano enfermo se transparente y aparezca en escena. Hasta ese momento la medicina se reducía más que nada a los cuidados de los pacientes, no se conocía casi nada de la localización de las enfermedades, se hablaba de los cuatro humores. Este cambio radical de empezar a visualizar los órganos enfermos hace que simbólicamente la medicina centre sus objetivos, configurando las enfermedades en éstos y no en la biografía de los pacientes. Aquí comienza la brecha, una mirada objetiva al órgano o al sistema, la subjetividad queda afuera del objeto de estudio, cuando en realidad el objeto de estudio debería de ser el sujeto.

Los avances tecnológicos han hecho el resto. Han supuesto aún más transparencia de los órganos, de modo tal que la subjetivización de la relación se hace cada vez más difícil. He escuchado cirujanos brillantes decir "¿Para qué auscultar a los enfermos si tenemos la resonancia o el PET, exámenes en los que se puede ver todo?"

El médico debería de cobrar conciencia de que la RMP es una relación al menos de dos, no sólo cuenta la información que necesitamos para hacer un diagnóstico. Tengo el testimonio de una paciente que cambió de profesional porque no la miraba y ella necesitaba eso para sentirse digna, para sentirse una persona. Aunque tengamos toda la información en un TAC, tal vez sea muy importante para el paciente que también lo exploremos, tal vez sea esencial que el médico busque directamente en su cuerpo los signos que desvelen sentidos.

Podemos considerar dos campos de conocimientos y dos campos de significación diferentes que se enfrentan en este vínculo.

El Campo del Médico basa su práctica en una objetivización de parte de la narración del enfermo, la coteja con su información objetiva y la transforma en una narrativa técnica que le es útil para buscar diagnóstico pronóstico y tratamiento. Es un conocimiento anátomo-fisiológico, bioquímico, basado en la experiencia y en la probabilística, por tanto carga con una cuota de INCERTIDUMBRE algo que influye mucho en las prácticas actuales ya que existe una pérdida de confianza por parte de los usuarios y eso hace que la incertidumbre de las prácticas médicas pese mucho más y lleve a la medicina defensiva.

No sólo cuenta lo que importa a los médicos, esa es la lección que hay que aprender desde la formación más temprana, también cuenta lo que le importa al paciente y eso no es algo obvio en el ejercicio de las prácticas médicas, es algo que hay que aprender y que

lamentablemente no se enseña en la facultad.

Laplantine, un antropólogo francés pasó buena parte de su vida profesional estudiando la RPM a través de la literatura, leyó más de doscientos libros de ficción en los que éste es el tema principal. Una de las conclusiones a la que llega es que falta *subjetivizar* la relación. Tomar conciencia de que frente nuestro tenemos una persona, un sujeto, un ser bio-psico-social, no sólo un órgano enfermo que tenemos que curar.

Muchas veces el paciente reclama esta subjetivización diciéndonos "¿Y si yo fuera su madre, Ud. qué haría?...." Aunque no se trata de eso, algunos pacientes saben cómo transmitir ese vacío, es su forma de reclamar un vínculo más personalizado, más humano.

### **III- Responsabilidad médica**

La responsabilidad médica está atravesada por cuatro dimensiones: Ética, Administrativa, Jurídica Penal y Civil. Puede ser reclamada a la familia del médico, incluso después de fallecido el profesional.

Además de prevenir, cuidar, aliviar, curar, gestionar, nos preguntamos algunas cuestiones:

¿Somos capaces de contener emocionalmente a nuestros pacientes? ¿Existe por parte del médico el esfuerzo de relacionar al paciente con los valores, significados y conductas que ha creado y desarrollado el paciente como individuo y que se han creado culturalmente en relación al enfermar y al sanar? ¿Se visualizan las esperanzas y las angustias del paciente? ¿Se ayuda a reorganizar la esperanza y a movilizar los recursos afectivos? En otras palabras ¿hay una mirada biopsicosocial y un compromiso emocional con el usuario-paciente? ¿Se respeta la voz del paciente, se le escucha y se le respeta su subjetividad?

El equipo sanitario tiene la ardua y noble tarea de ayudar a recomponer esperanzas, a resignificar la vida de cada uno de nuestros pacientes, de cuidarlos y aliviarlos, de contener emociones, de acompañarlos en la búsqueda de nuevos sentidos en su experiencia mórbida. Pero muchas veces esta tarea queda relegada al personal de enfermería que es el que tiene mayor contacto con los pacientes, al menos durante la hospitalización.

Para lograrlo necesitamos una mayor dedicación, comunicarnos con un lenguaje claro, comprensible, no sólo con ellos sino también con sus familiares.

En caso de enfermedad grave y crónica tenemos el deber de informar a medida que el

paciente lo vaya requiriendo, dejando siempre un atisbo de esperanza de vida y respaldando al paciente y su familia con una atención continuada. Prevenir, aliviar, cuidar, curar, contener, al paciente y su familia, pero además el médico hoy debe de gestionar, administrando gastos en beneficio de todo el sistema de salud, eligiendo fármacos eficaces, basándose en la mejor relación precio-calidad, también muchas veces debe de elegir equipamientos, osteosíntesis, prótesis y otros.

Si bien el médico cada vez está más especializado, por otro lado, cada vez la sociedad le exige mayor cantidad de funciones.

#### **IV- El consentimiento informado**

En los últimos años surge la obligación legal de presentar al paciente un consentimiento informado antes de establecer distintos tipos de tratamientos o exploraciones. Pero existe por parte de algunos médicos un malentendido, no se trata de hacer firmar un formulario en el que se le explica lo que se le va a hacer y las complicaciones que podrían derivar de esa acción. Se trata de deliberar a lo largo de las distintas consultas sobre las tomas de decisiones con el paciente, de ir informando y consultando progresivamente acerca de lo que está sucediendo y en ese contexto se pide entonces una firma, pero lo más importante de ese consentimiento informado es lo que no está escrito, es el proceso deliberativo de toma de decisiones a realizar con cada enfermo:

“Nada acerca de mí sin mí” dice Donald Berwick presidente del Instituto de Mejoramiento de los cuidados de la salud”, EEUU.

Nuestros errores pueden tener consecuencias graves para los pacientes, para la institución y para nosotros mismos.

Tenemos finalmente una última responsabilidad, la de saber pedir perdón frente a un error que podamos cometer en cualquier momento puesto que somos humanos, también la de sabernos perdonar a nosotros mismos y continuar, mirar hacia adelante.

Conocer nuestras limitaciones, saber trabajar en equipo, recurrir a una ayuda institucional a tiempo.

#### **V- Medicina defensiva**

La respuesta de la medicina defensiva es una respuesta equivocada porque no es medicina ni es defensiva, la pregunta es ¿de qué nos estamos defendiendo? No es medicina porque no tiene fundamentos médicos que la avalen y tampoco es defensiva

porque la mejor relación se logra con una buena comunicación, con una dedicación que requiere cantidad y calidad de tiempo, con una praxis adecuada a cada paciente. La mejor medicina defensiva es tratar a los pacientes como lo que son, seres bio-psico-sociales que llegan a nuestra consulta con la carga de su experiencia mórbida, tenemos que saber escucharlos, intepretarlos, no dejar de lado esa información que nos dan tan valiosa, aunque nos parezca que no nos sirve para curarlos.

## **VI- Desde el paciente sumiso al paciente empoderado**

El campo del Enfermo supone SUFRIMIENTO Y EXPERIENCIA MÓRBIDA con sus representaciones de ANGUSTIA y ESPERANZA. Tiene una existencia por delante que tiene que resignificar, llenarla con otros sentidos.

El paciente como ser vulnerado y vulnerable accede a la consulta con cierto grado de angustia, busca comprensión, curación, necesita ser escuchado y comprendido en su experiencia mórbida.

Muchos llegan actualmente convencidos de que tienen conocimientos médicos porque acaban de informarse en la web acerca de su enfermedad. Es el momento de explicar lo complicado que resulta formarse como médico y ejercer la medicina.

En el caso de que la conducta del enfermo no sea la apropiada, algo que sucede con cierta frecuencia últimamente, cierto grado de tensión o incluso agresividad, conviene cuestionarse y cuestionarlo sin perder la calma, tratando de responder teniendo en cuenta en todo momento que el paciente está viviendo una experiencia angustiosa y que es nuestra responsabilidad conciliar. En el caso que eso no fuera posible siempre tenemos el derecho a derivar al paciente.

El médico siempre tiene el derecho a ser objetor de conciencia en el caso de no compartir los principios éticos que se le exigen.

## **VII- Los tres principios éticos modernos**

Mencionar que los tres principios éticos que están en juego en la RMP permanentemente son *beneficencia, justicia y autonomía*. (Antonelli).

Para tomar la decisión de cuál de los principios privilegiar en un encuentro clínico, hace falta la deliberación entre médico y paciente.

Para ilustrar este tema, pondré un ejemplo extremo como es el de los Testigos de Jehová. Hace algunas décadas este grupo religioso se enfrentó al sistema de creencias de los

médicos: se negaron a ser transfundidos, incluso en casos extremos, (tabú de la sangre como mandato bíblico).

Al principio fueron rechazados o derivados de consulta en consulta, ningún médico se quería comprometer a sacrificar lo que sería el principio de beneficencia por el de autonomía. Pero llegaron los juicios a favor de los pacientes que fueron transfundidos contra su voluntad. Concomitantemente se empieza a gestar el viraje descrito desde el paternalismo hacia una relación de tipo deliberativo, privilegiando la autonomía del paciente. El resultado es que se crea un Comité de enlace hospitalario que articula los intereses de médicos y pacientes con propuestas de nuevas técnicas y con una cierta flexibilidad respecto a la toma de decisiones. Esta labor conjunta ha resultado muy positiva tanto para los Testigos de Jehová como para el Sistema de Salud, ya que desde ese momento se han realizado menos transfusiones de sangre. El tratamiento de estos pacientes fuera de los límites establecidos por los médicos, dio pautas distintas de actuación respecto a las transfusiones, recurriendo a ellas en menor grado, lo que supone hoy en día un beneficio para todos ya que éstas son caras y peligrosas.

### **VIII- Surge la necesidad de asociarse**

Hacia el año 94 surge la Asociación Nacional de Defensa de los Derechos de Consumidores y Usuarios, en la que se incluye la defensa de los usuarios de la salud, (ANDCU).

Por otro lado en el año 2008 surge el SAIP, Servicio de Asistencia Integral Profesional, Cooperativa de Seguros, que reúne a los profesionales de la salud.

Para tener una idea de la magnitud de los problemas que surgen de los encuentros clínicos, los usuarios generan 430 reclamaciones al año, de las cuales solo unas pocas llegan a juicio y se ganan, en general se llega a acuerdos entre partes.

Los juicios son largos, frustrantes y caros.

## **CONFLICTOS DE INTERESES**

Las asociaciones antes mencionadas, el surgimiento de la llamada Medicina defensiva, la definición de Responsabilidad médica, la promulgación de Leyes sobre derechos y deberes de los usuarios de la Salud y la aparición de los Comités de Bioética de la Investigación y Asistenciales como respaldo institucional a médicos y usuarios denotan que existen conflictos de intereses entre médicos, instituciones y usuarios-pacientes.

En primer lugar mencionaremos conflictos de tipo bioético, los tres principios bioéticos de beneficencia justicia y autonomía entran en conflicto asiduamente, deben de ser resueltos por la institución, los pacientes y los médicos en su quehacer cotidiano.

Mencionaremos suscintamente esta problemática.

Los conflictos de intereses se generan en la interacción de la tríada médico-paciente-institución.

Existen tres campos de conflicto: asistencia, educación e investigación.

### **Intereses materiales versus beneficencia del paciente**

Industria farmacéutica:

¿Qué se receta, porqué se receta? ¿Cómo influye la Ind.Far. en la intervención de los médicos? ¿Está regularizada?

Alta tecnología:

Elección de Equipos de diagnóstico, prótesis, osteosíntesis, equipos quirúrgicos, anestésicos, y otros.

¿La elección se realiza en base a una justicia distributiva o por otros intereses?

Pluriempleo:

Menor dedicación . Como consecuencia puede suceder que se antepongan los intereses del médico a la dedicación que necesita el paciente

Bioética de la Investigación:

¿Cómo se investiga? Evaluación de perjuicios para el paciente

¿Para qué, para quien?

Tratado de Helsinki: "Toda investigación con seres humanos debe de privilegiar el bienestar del probando por encima de cualquier otro interés."

En algunos hospitales existen Comités de Ética de la Investigación que regulan estas actividades, además la Investigación en nuestro país está regulada desde el Ministerio de Sanidad a través de de normativas y leyes.

Hay un conflicto que se gesta desde el nacimiento de la clínica y se profundiza a lo largo de décadas de tecnificación de la medicina: el médico cada vez más abocado a hacer de

la medicina una ciencia y el paciente cada vez más interesado en que el médico escuche, comprenda, y atienda su subjetividad.

Los juicios a los médicos generalmente están basados en este tipo de conflicto, no en la mala praxis. Los pacientes más frustrados no son los que han sido víctimas de un error médico sino los que han sido IGNORADOS como personas, ignorados en su subjetividad, en su vulnerabilidad.

### **ALGUNAS REFORMULACIONES POSIBLES**

¿Hacia dónde vamos, es posible seguir con la carrera tecnológica tal y como hemos hecho hasta ahora o deberíamos de distribuir los medios de forma más adecuada y disponer una parte mayor de los ingresos a los cuidados de los pacientes?

¿Alcanza con aprender acorde con nuestras emociones y nuestras propias experiencias o hace falta procesar los problemas experimentados con los pacientes, conceptualizarlos para obtener conocimientos enfocados al individuo como ser biopsicosocial, y así formarnos para mejorar esta relación?

¿Sería necesaria la intervención de un equipo multi disciplinario que indague y vigile estos problemas en las instituciones y que controle la calidad de la relación médico-paciente y los procesos que la van influyendo de una forma más activa de lo que lo hacen los Comités de Bioética?

Para reformular habrá que tener en cuenta las opiniones del equipo de salud, los usuarios y las instituciones, así como las políticas de Estado.

### **BIBLIOGRAFÍA**

Adorno,R.- **“Bioética y dignidad de la persona”**, 1998. Ed. Tecnos, Madrid.

Agamben,G.- **“La potencia del pensamiento”**., Ed. Anagrama, Barcelona, 2008.

Barbado Alonzo, J, et alt. **“Aspectos histórico- antropológicos de la relación médico**

**paciente**” 2005. Revista Habilidades en Salud mental Febrero 2005, N. 70

Bauman,Z (1979), **"Modernidad líquida"**, 2003, Fondo de cultura economica, Méjico.

Beck,U. – **"El normal caos del amor"**- Cambridge, Polity Press, 1995.

Bourdieu,P.- **"Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción"**, 1997:141-142, Ed. Anagrama, Barcelona.

Cabus Moreira, E., Guilherme Biehl,J., **"Prácticas médicas de aceptación de la muerte en el CTI de un hospital general del Nordeste de Brasil"**- 2005 (30/3)- Revista de Bioética, qxd, 15:11, Pág.19. Brasil.

Ciccone,L. – **"Bioética. Historia, principios y cuestiones"**. 2005. Ed.Palabra. Madrid..

Csordas, T. – **"Asymptote of the ineffable"**, 2004: 163-185 , *Current Anthropology*, 4(2). Ed. Chicago Press.

Dethlefsen – Dahlke **"La enfermedad como camino"**, 2010, Ed. Debolsillo,s/d.

Douglas,M. **"Estilos de pensar"**, 1998, Ed. Gedisa, Barcelona.

Focault,M.- **"El lenguaje del espacio"**, 1964, Critique, abril, pp.378-382, Siglo XXI editores, Madrid.

- **"El nacimiento de la clínica"**, 2004, Siglo XXI editores, Madrid.
- **"Vigilar y castigar"**, 1975, Siglo XXI editores, Madrid -
- **"Un diálogo sobre el poder"**. Alianza Editoriial. Madrid.

García Simon, M.N., De Souza,A. - **"Cambios en la eficacia smbólica del médico en el Uruguay"**, 2011, Jornadas de FHUCE, (UDELAR) Montevideo, Uruguay.

Geertz,C.- **"La interpretación de las culturas"**, 1987:89, Ed. Gedisa, Barcelona.



Goffman, E., **“Estigma”**, 2006. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina

Kottow , **“Participación informada en clínica e investigación biomédica”**, 2007, UNESCO; Santiago de Chile.

Lain Entralgo, P., **“La medicina actual”**, 2011, Ed. Trialasco, España.

Laplantine,F.- **“Antropología de la enfermedad”**, 1999, Ed. Del Sol, Bs.Aires, Argentina

Lévi-Strauss,C.- **“El pensamiento salvaje”**-1998- Fondo de Cultura Económica; México, 1998.

- **“Mito y significado”**- 1986- Alianza Ed.- Bs. Aires

Mauss.M.- **“Les Techniques du corps”**, 1934. (1) Journal de Psychologie 32 (3-4), recogido en Sociologie et anthropologie, 1936, París, PUF. Tr.: Sociología y antropología, Tecnos, 1971 (or. 1950), Introducción de Claude Lévi-Strauss.

Portillo, J.- **“Medicina y ciencia”**, Compilación. 2006. Ed. Instituto Goëthe, Montevideo, Uruguay.

Rochel de Camargo, Kenel , Correa Matta,G., Carnot de Almeida,E., Ribeiro Guedes, C.,1998. **“Psicología Médica: Um Trayeto Teórico-Institucional”**, 1998, MS/UERJ., s/d.

Romero Gorski, S.- **“Modelos culturales y sistemas de atención de la salud”**. Compilación. 2006. Ed. Instituto Goëthe, Montevideo, Uruguay.

Scott,J.C. -**“Los dominados y el arte de la resistencia”**, 2007, Ed. Era, México.

Sontag,S.- **“La Enfermedad y sus Metáforas”** y **“El Sida y sus Metáforas”**.1996. Ed Taurus, Bs. Aires.

Tirado, F.J.Martín, - **“El espacio y el poder: Michel Foucault y la crítica de la historia”**, Setiembre/diciembre 2002. Estudios sobre Estado y Sociedad. Vol IX, No.25.

Viesca Treviño,C., Consejo y Chapela,C. **“Hábitus Médico y Relaciones de Poder : La**

**necesidad de una aproximación cualitativa en la evaluación de la calidad de atención médica y la formación”,** Departamento de historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, U.N.A.M. ,Mexico.

Nota de la autora: Este artículo fue la base teórica para la exposición de dos conferencias, la primera, presentada en el Seminario de Filosofía "Zetesis", dirigido por el Prof. Milton Mazza: "Cambios en la relación médico-paciente. Conflictos de intereses", y la segunda, en las 4as Jornadas de Bioéticas del Comité de Bioética Asistencial del HCFFAA: "Los cambios en la relación médico-paciente. Una mirada conciliadora". Ambas ponencias fueron expuestas en octubre y noviembre del 2014 respectivamente.

