

¿Negligencia Médica?

La relación médico-paciente

El Centro de Ética de la Universidad Alberto Hurtado publica periódicamente un breve Informe Ethos, ofreciendo una *lectura* ética de un tema de interés nacional para ayudar en el *discernimiento* de un juicio moral responsable con vistas a una *acción* coherente. Se adopta el método ignaciano del triple paso: experiencia (hecho) – reflexión (su comprensión e implicaciones éticas) – acción (elementos para el discernimiento): una *reflexión* sobre la *experiencia* con miras a una *acción* consecuente.

Los **Informes Ethos**¹ no pretenden agotar un tema como tampoco pronunciar una palabra conclusiva. La finalidad es presentar un breve escrito que introduzca elementos éticos, de inspiración cristiana, en el debate nacional sobre temas de interés público para apoyar la formación de un juicio ético correspondiente. Su propósito es poner de relieve la dimensión ética en la discusión sobre temas que inciden en la vida ciudadana y, directa o indirectamente, en cada miembro de la sociedad. En otras palabras, no se pretende *pensar* éticamente por otros sino *estimular a otros para pensar* éticamente.

1.- El hecho

1. La conocida actriz Rebeca Ghigliotto denuncia, por supuesta negligencia médica, a la clínica donde era tratada. No es el primer ni el único caso en lo que va corrido del año. ¿Qué tipo de relación médico-paciente reflejan estas denuncias?

2.- La comprensión del hecho

2. La relación médico-paciente es una relación profesional compleja y a través del tiempo ha cambiado su contexto. Los avances tecnológicos, el aumento de las exigencias de parte de algunos pacientes, el mayor conocimiento de las patologías por parte del público, han ido transformando una relación centrada anteriormente en el conocimiento personal y en la confianza, como resultado del compromiso y la entrega del profesional. Los sistemas de salud han ido posibilitando el cambio del **paciente**, cada vez menos “paciente”, al concepto de usuario, o **cliente**, lo que va bastante más allá de un mero cambio de nombre.

3. Antiguamente en la sociedad había tres poderes que eran admirados y venerados por todas

las personas. El **sacerdote**, el **juez** y el **médico**. El papel del médico, como el sanador y acompañante de la familia, fue perdiendo reverencia hasta ser hoy día un título más dentro de las muchas profesiones que existen y que son dignas de respeto por sí mismas.

4. Durante largo tiempo los médicos fueron endiosados. El médico era quien salvaba a los enfermos de la muerte y siempre sabía qué era lo que debía hacer con sus pacientes. El mismo término “paciente” denota las facultades supremas del doctor. El enfermo siempre esperaba que el médico le dijera qué era bueno y adecuado para su patología.

5. La relación que se establecía entre médico y enfermo era siempre asimétrica, porque el facultativo era quien sabía y a quien había que someterse para que fuera restablecida la salud. La relación del médico con el enfermo y su familia era de confianza, de comprensión, de respeto e incluso, de amistad.

6. En la utilización del lenguaje es posible encontrar algunas **notas** de esta relación. Cada vez que se hacía referencia al paciente y a su tratamiento se ocupaban tiempos verbales pasivos. Lo que más se podía conceder era que el paciente tomara una única decisión por sí mismo, la de ir a abandonarse en las manos de quien era depositario de su confianza, el médico.

7. Esta relación privilegiada y completa, pero pasiva, fue perdiéndose. La superespecialización de la medicina ha permitido que los enfermos se aproximen al especialista en una determinada

¹ Los Informes Ethos no representan la opinión oficial de la Universidad Alberto Hurtado sino ofrecen una reflexión del Centro de Ética. En la actualidad el equipo está conformado por Tony Mifsud s.j. (Director, Doctor en Teología Moral), Elizabeth Lira (Investigadora y Profesora, Psicóloga), Pablo Salvat (Investigador y Profesor, Doctor en Filosofía), y

patología. Esto ha posibilitado la pérdida de la visión de globalidad del paciente, cuando el médico pierde una mirada integral del paciente limitándose a su especialidad.

8. Esta superespecialización ha llevado a que la atención de salud aumente considerablemente sus precios. La salud se ha hecho costosa, ya que se exige la precisión diagnóstica y esto conlleva a que se pidan cada vez más exámenes con el fin de determinar las causas de una tal o cual patología. Los médicos se están protegiendo y algunos pacientes están atendiendo a sus derechos como tales. Ya no es siempre el médico quien determina lo adecuado. Hoy se postula que la decisión debería ser de común acuerdo, de otra manera es el paciente quien, ante un abanico de posibilidades, debería tomar sus propias decisiones.

9. La abundancia de seguros para los médicos, contra posibles acusaciones de parte de los usuarios, constituye una de las expresiones que demuestra que la relación de confianza esta rota. Se ha **resquebrajado** el vínculo que alguna vez hubo. El médico de cabecera, que se conocía cuando éramos niños ya no existe; han dejado de haber médicos dedicados a la atención global de la persona y de la familia.

10. Se ha transformado la relación de amistad y confianza, en una de competencia y satisfacción. Esta misma relación ha ido cambiando al sujeto de las acciones, ya no es el médico. Ahora es el **cliente** el que decide lo que cree mejor para sí mismo. Busca la mejor atención, el mejor precio de acuerdo a la oferta y la demanda, y el mejor tratamiento de acuerdo a sus intereses y a sus

posibilidades emocionales, económicas y de satisfacción del producto. El antiguo lazo se pierde y se establece una vinculación de tipo **comercial**. El enfermo, lejos de abandonarse en las manos del médico, se pone a su misma altura e incluso por sobre éste y comienza a exigir mejor atención, mejor diagnóstico, mejores precios, mejor servicio, mejor disposición, mejor comprensión.

3.- Implicaciones Éticas

11. Hay una serie de cambios culturales que han ido facilitando que esta relación, ya bastante deteriorada, no siga cayendo inevitablemente en el pozo a que se ve destinada. Los movimientos en favor de los derechos de los pacientes han ido realizando gestos. El paciente ha de ser quien tomará las decisiones respecto de su enfermedad. La relación médico-enfermo habrá de asegurar la adecuada transmisión del significado de la enfermedad, de sus posibles tratamientos y de sus riesgos y beneficios. Será entonces el paciente quien, habiendo sido asesorado por el profesional de la salud y entendiendo adecuadamente su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, dará su **consentimiento** para que el facultativo lo intervenga. Este ideal no refiere una relación de desconfianza, tampoco una en base al temor y a la defensiva. Al contrario se trata de reencontrar a las personas.

12. Hay un intento por reconstruir la imagen de ese médico de cabecera que era amigo de sus pacientes, que compartía con ellos, que era una especie de confesor. No hay que olvidar que el médico tiene, o puede tener, antecedentes que nadie conoce y debe ser capaz de administrar bien la información que posee. El médico tiene el

privilegio, pero, a la vez, la responsabilidad de conocer lo más íntimo de las personas, sus detalles y su historia, en resumen, su vida completa.

13. El médico debe establecer con su paciente una relación de confianza y de seguridad. No hay que olvidar que la enfermedad vuelve vulnerable a las personas. El paciente tiene que poder sentir en su médico a alguien que lo va a proteger, a alguien que le va a ser honesto, que lo va a ayudar a tomar decisiones, en fin, a un amigo en quien poder confiar.

14. En vista al curso que ha ido tomando la relación médico paciente han surgido voces que apuntan al fortalecimiento del concepto de medicina familiar. Esta se ocupa de tres ámbitos: a) la **extensión** o lo que dice relación con la persona y su entorno; b) la **continuidad** que apunta a la sistematicidad en la atención; y c) la **profundidad** que verá cómo obtener y entregar mayor información.

15. Otro de los antecedentes que conviene tener presente en esta nueva comprensión de la relación médico paciente es lo que dice relación con la ficha clínica. Este es un documento que pertenece al paciente; por lo tanto, las anotaciones deben ser legibles para un lego en la materia y deben contener todo aquello que diga relación con la enfermedad y su tratamiento. Parte del endiosamiento de la profesión médica pasa por estos detalles que dificultan el acceso a la información y al conocimiento cabal de la situación por la que se atraviesa.

16. El surgimiento de los **Comités de Ética** al interior de los hospitales y centros privados de salud ha posibilitado la introducción de nuevos

conceptos que antes no se conocían. La disciplina de la Bioética ha ido perfilando unos principios orientadores que protegen esta relación: a) la **No Maleficencia**, entendida como la prohibición explícita de hacer daño; b) la **Beneficencia** asegurará que en la relación médico-paciente lo primordial es hacer el bien; c) la **Justicia** que se refiere a dos aspectos, por un lado la distributiva entendida como dar a cada uno lo que le corresponde y al mismo tiempo como comprendida en cuanto a no actuar nunca contra lo que una ley justa permite; por último, d) la **Autonomía**, que compromete al enfermo como el sujeto que toma las decisiones. Es él mismo quien es agente y ya no paciente. La función de los Comités de Ética no es sancionar malas gestiones, ni permitir una medicina defensiva. Antes bien, su función es ayudar a un mejor discernimiento respecto de los antecedentes que se plantean y facilitar un mejor seguimiento de los principios antes descritos.

17. Con el ingreso de los principios de la Bioética y la copia fiel de lo que ocurre en los países que la han desarrollado más, se da cuenta de una translocación de contenidos que no tiene mucho asidero en el país. Chile no es un país donde la autonomía esté tan desarrollada, porque la gente no siempre desea ser tratada como totalmente responsable de sus actos. A veces se quiere ser autónomo hasta cierto punto, porque hay ocasiones donde se prefiere ser tratado en forma paternalista.

4.- Elementos para el discernimiento

18. Hasta el año 1981 los colegios profesionales eran responsables de las sanciones morales a sus colegiados. Luego esta facultad les fue arrebatada, dejando entonces a los tribunales de justicia esta

responsabilidad con todo lo que ello implica. ¿Sería bueno, entonces, que los Colegios profesionales volvieran a tener esta facultad, ya que son ellos quienes mejor conocen sobre lo que debe y no debe hacer un profesional en su gestión?

19. La relación médico enfermo esta **debilitada**. El paciente es un supuesto “adversario”. Si el médico se equivoca, aunque no lastime al paciente con el error, éste puede dañar gravemente al médico². La medicina no es una ciencia exacta, de manera que si no hay una adecuada relación, donde la información y la confianza son la base, entonces se está ante un peligro inminente. La falta de confianza en las relaciones humanas y el exitismo que impera en la sociedad hacen que aquello que no da buenos e inmediatos resultados, sea desechado por inservible.

20. Se considera que todo lo que se puede hacer, se **debe** hacer y esto no es real. Se debe definir lo que es verdaderamente beneficioso, y eso lo ha de determinar el paciente asesorado por su médico y confiado en esta relación. Esto permitirá que la avalancha de exámenes y hospitalizaciones innecesarias se vean contenidas, disminuyendo así los costos. Entonces aparecerá **la justicia distributiva** como un modelo a seguir. Dado que hay una nueva relación de confianza con la persona que se tiene al frente, resulta posible creer que lo que se decida es realmente bueno y justo para la patología que se sufre. De esta manera será posible visualizar con entera certeza la bondad del dar a cada uno lo suyo, sabiendo que aquello es lo mejor para todos los miembros de la sociedad.

Esto adquiere mayor relevancia en los servicios de salud pública donde los recursos son escasos, donde, muchas veces, lo que se da a uno se le quita a otro. Entonces la seguridad de ocupar bien los medios otorga tranquilidad en la gestión.

21. Los pacientes tienen la **responsabilidad** de cuidar y proteger la relación médico-enfermo. Los pacientes se deben a sus médicos y viceversa. Los enfermos deben procurar establecer una relación igualitaria, no permitiendo una intromisión innecesaria, ni menos, la intervención sin consentimiento. Tampoco se debe permitir que otros tomen las decisiones que sólo cada uno debe tomar. Es responsabilidad del enfermo ser un buen paciente requiriendo con aprecio y respeto lo que cada uno considera justo para sí mismo.

22. En cuanto al médico, “la vieja figura social y jurídica del servilismo no puede ser nunca el ideal de las relaciones humanas. Estas deben basarse no en el servicio, sino en la amistad. La amistad es la virtud por excelencia de las relaciones humanas”³. La relación del médico con el enfermo, debe estar basada en la **amistad** y la confianza, llegando así a ser una auténtica expresión de una vocación de servicio. La amistad es la forma privilegiada de este vínculo, porque ya es, en sí misma, **sanante**.

² Al respecto, la intervención de figuras públicas, periodistas y, en general, medios de comunicación social, daña gravemente y, a veces, distorsiona la realidad produciendo un enorme estigma al médico, a su familia, etc.

³ Diego Gracia, Fundamentación y enseñanza de la Bioética, (Madrid: Editorial Búho, 1998), p.144.