

La relación médico—paciente

JAIME BEDOYA

PALABRAS CLAVE
RELACION MEDICO—PACIENTE
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Llama la atención el inusitado interés que en los últimos tiempos ha despertado el aspecto ético del ejercicio de la medicina. Este interés, no obstante, parece más centrado en los aspectos legales y sólo tangencialmente en el dilema moral que se origina en muchas de las actuaciones de los médicos.

La relación médico—paciente se puede entender como de tipo contractual, fundamentada en la confianza y el respeto mutuos, condicionada por la necesidad de ayuda por parte del enfermo y suministrada ésta por un profesional competente.

Una relación fundamentada en la confianza hace referencia, a la vez, al conocimiento del médico y a sus valores morales. También incluye la sinceridad y lealtad del enfermo quien se somete a las normas que el procedimiento médico determine.

El principio de autonomía, inspirado en el respeto al ser racional, que es autónomo para el desempeño social y las relaciones interpersonales, se aplica tanto al médico como al paciente en esta relación contractual.

El acto médico, sin embargo, normalmente realizado en un marco de intimidad, posee ciertas carac-

terísticas y reviste una serie de complejidades que desafían todo intento de generalización estricta y que invocan la reflexión ética, en el interior de cada una de las situaciones de relación del médico con su paciente.

No obstante el inmenso aporte de la legislación sobre la práctica médica y el invaluable servicio que se deriva de observar fielmente los llamados derechos de los enfermos, lo que ahora parece más apremiante es rescatar la verdadera esencia de la relación del médico o de la institución de salud con el enfermo.

Sobre la base del reconocimiento de la dignidad del enfermo, con todos los derechos del hombre, existe el deber de descifrar y tratar en consecuencia toda la interacción que se da entre la persona enferma y sus circunstancias biológicas, psicológicas, culturales y sociales.

El proceso de la enfermedad, aparte de su expresión clínica, tiene un significado para el enfermo, para el médico y para quienes los rodean. Tal significado, sumado a la autopercepción del cuerpo y su funcionalidad, puede provocar variaciones en el psiquismo del enfermo y por ende, en la conformación del vínculo médico—paciente y de ambos con el entorno.

DOCTOR JAIME BEDOYA RESTREPO, Profesor Titular, Departamento de Psiquiatría y Vicedecano, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

La ética médica no podrá centrarse exclusivamente en la vigilancia del cumplimiento de unos deberes y derechos, sino en todas las variables que necesariamente se dan en cada relación del médico con su enfermo; dado que cada ser humano es único esa relación tendrá que ser considerada también como algo único y, por lo tanto, opuesto a la simple y degradante condición del enfermo de tal o cual problema; en vez de esta concepción hay que asignarle toda la singularidad que exige su ser individual.

El espíritu del principio del consentimiento informado estipula que debe respetarse la voluntad racional del enfermo de aceptar un procedimiento biomédico experimental o una terapéutica convencional, en el ejercicio clínico o quirúrgico del médico. Ante los numerosos dilemas que se originan para la cabal aplicación de este principio el médico, tradicionalmente, ha estado amparado por principios complementarios como el de beneficencia que esencialmente postula procurar siempre hacer el bien al enfermo y no infligirle daño.

La ética médica tendrá que ocuparse de aquellos casos en los cuales el paciente, haciendo uso de su autonomía y en procura de lo que, para él, representa su bienestar, solicita al médico una atención reñida con los estándares éticos tradicionalmente vigentes.

La solicitud de un enfermo terminal de que se le administre una dosis letal que acorte un proceso de muerte inevitable, hecha en estado de competencia mental, está amparada tanto en la autonomía como en la búsqueda del bienestar. Aun así, el médico se abstiene de satisfacerla porque él, milenariamente, ha estado destinado por oficio a conservar la vida y, también, porque la legislación de la mayoría de los estados así lo determina.

En otra situación, con desenlace diferente pero quizás igualmente dramático, una mujer embarazada como producto de una violación puede ejercitar su autonomía y procurar su bienestar, solicitando interrupción del embarazo; también esta petición es desatendida por razones similares a las arriba mencionadas.

La premisa básica por la cual se desatiende la solicitud de administrar una dosis letal para aliviar el sufrimiento de un enfermo terminal, es el hecho de que la medicina dispone hoy de analgésicos de calidad suficiente para el alivio del dolor y de asistencia de calidad para una muerte con dignidad; sin embargo, persiste el hecho de que el sufrimiento que

el enfermo padece y la calidad de vida que logra, pueden no ser compatibles con sus expectativas y deseos.

De igual manera, la lesión de la autoestima de la mujer violada que debe soportar y llevar a término un embarazo producto de esa violación, ciertamente podrá ser atenuada mediante ayuda psicológica pero ésta puede resultar inferior a la trascendencia del trauma psicosocial experimentado.

El argumento conocido como pendiente de deslizamiento o sea la posibilidad de que la situación particular pueda prestarse a generalización y abuso (en los casos ilustrados la eutanasia y el aborto), suele estar encaminado a un estricto control del bien común, vale decir a proteger la sociedad del daño potencial hecho por particulares; este argumento, sin embargo, no resulta aplicable en todos los casos. Si así lo fuera, la legalización de la pena de muerte en algunos estados, habría sido criticada con iguales argumentos y los psicofármacos habrían sido abolidos por el hecho de que con ellos se ha reportado abuso por exceso en su dosificación.

Una aplicación exacta del principio del consentimiento informado, a todas luces indispensable en la reciprocidad de la relación médico—paciente, exige que éstos lleguen a la mutua confianza y al respeto sobre la base de una comunicación abierta, clara y libre de prejuicios individuales.

Un ejemplo de lo anterior es el caso de los médicos que, en forma apresurada, sugieren la esterilización a mujeres en edad gestacional y múltiparas, con la justificación de que el número de hijos que tienen ya es suficiente.

En otras circunstancias como es el caso de mujeres jóvenes con trastorno psicótico o retardo mental, o sea franco estado de incompetencia psicológica para el consentimiento, las instituciones de salud determinan la realización de una esterilización, fundamentadas en la necesidad de prevenir embarazos no deseados y también por razones de tipo eugenésico.

En los dos ejemplos anteriores, cabe aplicar igual interrogante ético sobre la relación entre el daño y el beneficio, entendidas como daño la amputación de la función reproductora, la alteración de la autorrepresentación de la figura corporal y la repercusión de estas alteraciones en una posible relación marital futura.

Indudablemente, una amplia comunicación con el enfermo sobre los riesgos previstos del tratamiento y las alternativas terapéuticas que la situación amerita, enmarcada en una concepción global de la personalidad del enfermo, hace honor a la dignidad de éste y, a la vez, a la del médico.

La complejidad e intimidad del acto médico cada vez resultan más puestas a prueba por la esencia misma de los fenómenos biológicos y las variables psicosociales inextricablemente ligadas al componente biológico de las personas.

No podemos aceptar una medicina mecanizada, pero tampoco sería prudente recurrir a un legalismo a ultranza según el cual la provisión de una póliza de amparo contra demanda civil por mala práctica profesional, sea la carta de garantía y el único aval de que dispongan el médico y el paciente para una ética profesional. La garantía de un médico como agente moral social, es resultado de una formación adecuada. El ejercicio de la reflexión ética en las complejidades de la práctica clínica y la investigación biomédica, sumado a la operatividad de los comités de ética en cada una de las especialidades y en las instituciones hospitalarias, hará posible que la noble profesión médica y la dignidad e intimidad del acto

médico sean vigiladas y reguladas conforme al respeto y cabal comprensión de lo que en forma muy esquemática suele llamarse relación médico—paciente.

SUMMARY

DOCTOR—PATIENT RELATIONSHIP

Some brief considerations are made concerning doctor—patient relationship with emphasis on informed consent and on respect for the autonomy of the patient.

BIBLIOGRAFIA

1. BROCK DW. Euthanasia. *Rhode Island J Med* 1993; 76: 585-589.
2. ANNAS GJ, GLANTZ LH, MARINER WK. The right of privacy protects the doctor—patient relationship. *JAMA* 1990; 263: 858-861.
3. BEDOYA J. Aspectos éticos del ejercicio psiquiátrico. Ponencia presentada ante el XXXII Congreso Colombiano de Psiquiatría, Medellín.

