

Humanización

La relación médico-paciente

Eduardo Casillas González
Maestro en Bioética

En esta ocasión, trataremos lo que, sin duda, consideramos el eje de la problemática ética en medicina: la relación médico-paciente. Nos guían dos principios: la fidelidad del médico a los valores absolutos de la persona humana, y la búsqueda de una valoración constante de la relación; esto es lo que da un fondo personalista a la medicina.

¿Qué entendemos por relación médico-paciente?

En primer lugar, el paciente es responsable de su vida y su salud; esto no quiere decir que tenga la facultad arbitraria de hacer lo que quiera con ellas, sino el deber de cuidar su vida misma y su salud. El médico, por otra parte, es el profesional llamado y elegido libremente por el paciente (convocado por la familia, u ofrecido por la sociedad) para ayudar a prevenir la enfermedad, curarla o rehabilitar al sujeto; se coloca pues, como prestador de un servicio calificado.

El paciente, pues, es siempre el agente principal (en caso de que no esté en facultades de decidir, la responsabilidad pasa a los familiares o representantes legales) de la gestión de la propia salud. El acto y el control médico, se vuelve entonces una relación sinérgica.

El enfermo, o el responsable de éste, que es consciente de su estado de salud y de sus límites, que reconoce no ser competente en el campo de la enfermedad que lo amenaza y disminuye su autonomía, buscando recuperar o prevenir el daño a su autonomía, toma la iniciativa de dirigirse a otro, al médico, que por su preparación y experiencia, es capaz de ayudarlo. El enfermo es, sin embargo, el actor principal de la gestión de la salud. El médico que acepta ayudarlo, es también actor, pero no en el sentido de quien actúa sobre un objeto, sino en el sentido de quien colabora con un sujeto principal. El hecho de que muchos enfermos sean pasivos y muchos médicos sean el actor único, no quiere decir que sea lo que se tenga que hacer.

Esto no significa tampoco que el enfermo pueda solicitar cualquier acción al médico, ni que aquél pueda usurpar las competencias propias del profesional. Es de ambos la obligación de actuar éticamente. Si el paciente, actor y responsable en primer término –lo cual no significa dueño absoluto de vida ni mucho menos de la conciencia del médico–, tomase decisiones ilícitas (la petición de eutanasia, por ejemplo), el médico puede y debe negarse a llevarlas a cabo, así como en los casos en los que no se sintiese acorde con su conciencia de llevar a cabo. Se trata, por lo tanto, de un pacto entre personas, en el cual una es la responsable principal de la iniciativa, y la otra es más competente respecto a los modos de resolver el problema: un pacto o contrato que se puede rescindir, en el caso que una de las dos partes considerase a la otra incapaz de seguir adelante con la acción terapéutica.

El acto médico

JF Malherbe ha aplicado al acto médico las categorías de la acción formuladas por Aristóteles, las cuatro causas propias de toda acción de cambio: la causa material, la causa formal, la causa eficiente y la causa final.

En el caso que nos ocupa, el acto médico, la causa material es el paciente que se ofrece al médico, por lo que es externa respecto al médico. La causa formal es el parámetro de normalidad al cual se dirige el acto médico, y también este parámetro es independiente del médico. En la causa eficiente se despliega la autonomía del médico, aunque sabemos que no es absoluta ni única, ni con respecto al paciente llamado a colaborar, ni respecto a los demás operadores de la actividad sanitaria (farmacólogo, analista, especialista, enfermeros, etcétera). La causa final es, pues, la cura o prevención de la enfermedad, y este objetivo vincula e involucra al paciente y también al médico. Resumiendo, las dos responsabilidades se complementan: la responsabilidad prioritaria y general del paciente, la sectorial y especialista del médico, subsidiaria, pero con un ámbito propio de responsabilidad autónoma.

Paolo Cattorini («*Terapia e parola. Il rapporto medico-paziente come nucleo essenziale della prassi medica* », en Medicina e Morale, Milán 1985, 4, pp. 781 799), ha precisado oportunamente: el encuentro terapéutico tiene de por sí un carácter progresivo hacia niveles siempre más elevados y más ricos.

El primer nivel es objetivo y corporal: el médico observa el órgano dañado o la disfunción fisiológica que impide la normalidad de la vida orgánica; en este primer nivel, el médico «restringe» su objetivo y «reduce» su mirada al objeto particular.

La atención, en el siguiente nivel, se centra en la integridad somática en la que se sitúa la enfermedad: la atención holística que permite «comprender» el particular en la síntesis orgánica.

Después se pasa al historial clínico del paciente: la enfermedad y el organismo tienen una historia, y en ella se sitúa la génesis de la enfermedad.

En el paso siguiente, el médico se dirige a su saber y a la ciencia adquirida en su profesión para tomar los elementos necesarios, valorando con ellos los síntomas y los datos objetivos. Estos datos son elaborados por la mente del médico, en vista de un juicio. El juicio médico, si el tiempo lo permite, debe ser comunicado al paciente, precisamente porque éste no es un objeto, sino el sujeto prioritario. Y es en esta fase que la mirada se eleva y amplía hasta comprender la psicología del enfermo: una cosa es la enfermedad en sí, otra es el modo en que la enfermedad es vivida dependiendo del estado de ánimo, psicológico y espiritual de cada paciente.

Se desemboca de esta manera en la relación interpersonal médico-paciente. De aquí la importancia del diálogo entre las dos figuras; un diálogo con valor informativo, terapéutico

y decisivo; un diálogo que coloca a los dos de frente a un bien que los trasciende a ambos: la vida y la persona con sus valores. Para el cristiano, es este punto de la relación médico-paciente el lugar de encuentro con Cristo, Dios hecho hombre: «Cada vez que han hecho estas cosas a uno solo de estos mis hermanos más pequeños, lo han hecho conmigo» (Mt 25, 40). En este sentido el diálogo se hace más amplio y, del campo de la salud, se pasa al de la salvación, sin perder la objetividad científica y humana intrínseca al acto terapéutico.

Objetivos del diálogo

Acerca de los objetivos del diálogo entre médico y paciente, nos limitamos a subrayar que deberá contar con los siguientes aspectos para ser considerado éticamente completo: informativo, terapéutico y decisivo.

El diálogo informativo debe ser dual e interpersonal, implica la obligación del secreto, y en su caso, la difícil tarea de informar al paciente sobre las verdaderas condiciones de su salud, su agravamiento o la incurabilidad de su enfermedad. No se debe dejar en segundo plano la preparación, sea técnica o psicológica, que tal diálogo exige en el médico: las técnicas de diálogo pueden ser guías útiles; es imprescindible la madurez ética del médico, pues de frente a realidades como la enfermedad, la muerte o un eventual fracaso, no se pongan en acto en el médico dinámicas psicológicas que pudieran activar mecanismos de defensa, como la fuga o la agresividad, que resultarían contraproducentes.

El diálogo es también terapéutico, en cuanto está inserido en un proceso de terapia; es eficaz cuando al mismo tiempo es escucha y palabra; es terapéutico en lo que respecta al componente psicológico, inherente en cualquier enfermedad, sobre todo en aquellas que tienen que ver con disturbios de origen nervioso.

Antes que nada, hay que estar conscientes del derecho primario del paciente sobre su salud. En este ámbito entra el problema del consentimiento informado o implícito o presunto, dependiendo de las situaciones. La necesidad del consentimiento y el respeto de los llamados «derechos del enfermo» son exigencias que siempre deben estar presentes en cualquier momento de la terapia.