



LA FORMACIÓN EN BIOÉTICA: UNA ALTERNATIVA PARA LA CALIDAD DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

PABLO ARANGO RESTREPO

Médico Ortopedista. C. Magister en Bioética
Vicerrector Académico
Director Departamento de Bioética
Universidad de La Sabana

La relación médico-paciente está modulada por factores sociales y culturales. Esta relación se desarrolla en un plano intelectual y teórico, pero también afectivo y ético. La relación médico-paciente constituye lo que puede definirse como acto médico (Guzmán, 1994).

El acto médico es una forma especial de relación entre una persona enferma, quien acude motivada por su estado de salud y otra con capacidad de orientar y sanar.

Son muchos y de muy variado orden los cambios que los nuevos contextos han introducido en el accionar médico. Pese a ello, la calidad de vida de la humanidad tiene mucho que agradecer a la medicina, que más que ciencia, es un arte que trabaja con la materia más humana de la creación de Dios: la vida, la existencia y el cuerpo del hombre (Llano Escobar, 1990).

El médico, desde el momento mismo de obtener un diploma, tiene en sus manos el cuerpo del enfermo, para dar a él la salud, la belleza y el bienestar. Por esta consideración el accionar médico no es un acto cualquiera. Está cargado de la responsabilidad de mirar por el cuerpo humano, la persona humana, de tratar muchas vidas para librarlas de la enfermedad, del dolor y hasta de la muerte misma. Por eso, más allá de los cambios y los nuevos contextos, los rasgos humanitarios, la vocación, el respeto, el bien y el servicio son características del actuar médico y deben permear cada una de las relaciones que éste establece con cada uno de sus pacientes (Bordin, 1996).

La relación médico-paciente ha de estar normada por el respeto de este último y por su consideración como persona y no como un dato estadístico (Pacini, 1996). El paciente no es un órgano enfermo; es una persona, un ser integral que deposita, mediante un voto de confianza, el bien más preciado, cual es su salud, en el médico.

Teóricos recientes (Engelhardt, 1995) han llamado la atención sobre el hecho de que la relación médico-paciente no se estructura de un modo único,

haciendo alusión a que hay un factor de comunicación que media entre el médico y el paciente.

Los individuos deben comunicarse y valorar lo que desea cada una de las partes para llegar a un entendimiento. Parten de la base de que el paciente no comunica todo al médico como éste tampoco se compromete del todo.

Engelhardt (1995) dice, para corroborar esta afirmación, que "la dedicación de los seres finitos siempre está limitada.... Por lo común, algo se refiere, algo se reserva...".

A partir de las afirmaciones anteriores se entiende la judiliciación de la medicina. Si no es posible contar con el médico, en quién deposito mi confianza, en aras de garantizar mi salud, entonces es necesario un conjunto de normas que especifiquen mis derechos como paciente y los deberes del profesional de la salud. Si la comunicación entre médico y paciente no está mediada por la verdad, entonces esta relación, base por excelencia del accionar médico, ha perdido su sentido.

También han contribuido a desvirtuar la relación médico-paciente las exigencias de ampliación de la cobertura en salud. No tiene discusión el hecho de que la salud y la mejor calidad de vida son derechos que tiene el ser humano como persona; no obstante, no deben ser limitantes de la calidad de los servicios de la salud.

En la actualidad, el médico se debate entre cómo conciliar su formación en busca del bien y del servicio y las exigencias de los servicios de salud por más consultas en menos tiempo; también por cómo llevar a cabo el tratamiento correcto sin sobrepasar lo cotizado por el paciente en un plan de salud.

Esta socialización y judiliciación de la medicina ha originado desconfianza entre médicos y pacientes y ha llevado a la renuncia de este último a ciertos tratamientos, basándose en el principio de autonomía (Spagnolo, 1995).

Los problemas señalados anteriormente con respecto a la relación médico-paciente son consecuencia de modelos mecanicistas y economicistas en una relación, que al tener de por medio la salud y la vida del hombre, debería regirse por un modelo sinérgico, fundado en la autonomía y en la responsabilidad (Malherbe, 1994).

La relación médico-paciente también se ve interferida por algunas consecuencias de la aplicación de las nuevas tecnologías informáticas: historias clínicas computarizadas; informaciones —antes confidenciales— hoy compartidas por exigencias de los seguros de la salud; consejos médicos para pagos de primas a las pre-pagadas; amplia difusión de avances científicos en materia de tratamientos y medicamentos en internet, son algunos ejemplos de situaciones que afectan la confidencialidad y la confianza de la relación médico-paciente. El profesional de la salud ya no es el único que conoce la situación de su paciente, sino que ésta es debatida como una información más que circula sin restricción. Por otra parte, el paciente —en un ánimo consumista— puede demandar bienes y servicios que éste sabe que existen, sin tener en cuenta el criterio del galeno.

Esta situación pone de presente el problema del límite de la información médica y remite también a la pregunta de hasta dónde debe ir el conocimiento del paciente y hasta dónde debe informar el médico al paciente sobre la enfermedad y su tratamiento.

Los nuevos contextos no sólo afectan negativamente la relación médico-paciente: también generan retos: ¿qué hacer, por ejemplo, con el enfermo terminal?; ¿cómo establecer una buena relación médico-paciente con el enfermo de cáncer o de Sida o con quien demanda servicios no permitidos por la doctrina de la Iglesia?

Al respecto vale la pena señalar la importancia de que el médico sea sensible a los contextos culturales del paciente. Esta sintonía no implica ceder en sus peticiones, pero sí origina elementos nuevos para la comprensión y el manejo de las situaciones conflictivas: demandas provenientes de creencias religiosas de los pacientes (ORR, 1997); silencios y ausencias de información como consecuencia del deficiente manejo del idioma, como sucede en algunas comunidades marginales o con algunos inmigrantes en los Estados Unidos (Wolf, 1994).

Esta última parte remite a la necesidad de que el médico pueda establecer una buena relación con el paciente moribundo. Quizá no hayamos sido formados en la concepción de que el ciclo de la vida se termina con la muerte y que ésta no es una enemiga que cuestiona nuestra competencia y nuestro saber.

El buen morir se constituye en un reto para la relación médico-paciente. José Luis del Barco bellamente introduce la temática de la bioética del consuelo. Cuando ya no queda más que esperar la muerte, la relación médico-paciente se estructura sobre la compasión, la comprensión y el apoyo. Sobre el estar ahí como soporte del otro.

Ante las enfermedades incurables, la medicina paliativa ataca el dolor físico y el sufrimiento, y el médico tiene como interés principal el bienestar del paciente: "Hay que educar para el cuidado paliativo y la buena atención del paciente terminal. El primer escollo que es necesario vencer es el intelectual y de fundamento filosófico. El médico debe dejar de percibir la muerte como el enemigo que hay que derrotar a ultranza, en todo momento, a cualquier precio y con todas las armas..." (Maldonado, 1997).

Estas consideraciones llevan a replantear la formación del médico, y en general, de todos los profesionales del área de la salud.

Es conveniente que la formación de estos profesionales se incline hacia dimensiones más humanísticas y con un carácter de interdisciplinariedad.

En este orden de ideas la Bioética puede constituir un eje que aglutine estas nuevas necesidades de formación. Thorton (1993) ofrece una alternativa curricular en la que incluye la historia de la medicina y la bioética con el análisis de casos, la evaluación de programas y estrategias de implementación de los mismos, entre otros tópicos, con el fin de estimular la imaginación moral y desarrollar el pensamiento analítico. La bioética personalista debe dar al médico unas bases sólidas para tratar al paciente como un ser humano único e irreplicable, que merece de todos el máximo respeto y consideración.

También es necesario replantear la práctica médica en las instituciones prestadoras de salud. Hemos señalado anteriormente como una de las dificultades en la relación médico-paciente el dilema en que se sitúa la misma entre los planteamientos hipocráticos y la presión economicista (Taboulet, 1996). Ante la distribución de escasos recursos entre gran número de pacientes, ante la necesidad de conciliar el mejor tratamiento con las cuotas moderadoras de los servicios de salud, los Comités de bioética se constituyen en un recurso acertado.

Casi todos los comités nacen de la idea de que para entender y resolver los problemas bioéticos es bueno buscar la opinión o el consejo de otros, en especial cuando se consideran cuestiones bioéticas de alcance público. Entonces conviene escuchar a muchos, escrutar sus razones y descubrir en el diálogo modos, a veces insospechados, de ver y de solucionar esos problemas (Herranz, 1997).

Los Comités de Bioética son grupos interdisciplinarios que asesoran y analizan dilemas éticos que ocurren en la práctica médica y que inciden en la calidad de la relación médico-paciente.

Los Comités de Bioética son diferentes de los Tribunales de Ética Médica y en ellos no debe tomar parte ni el director de la institución hospitalaria ni el decano de la facultad. Con su ayuda es posible tomar decisiones más acertadas a la par que discutir posibles alternativas de atención a los pacientes en aras de mantener la calidad de la relación del médico con ellos.

Estas son sólo algunas ideas de la manera como la bioética puede entrar en la formación médica y de todos los profesionales en el área de la salud.

Por otro lado, a nivel de la formación de los futuros ciudadanos, se impone un rescate de los valores fundantes del hombre como persona: respeto a la inviolabilidad de la vida; reconocimiento de su corporeidad; rescate de la racionalidad y complementariedad de la reproducción humana; fomento del desarrollo de la vida humana según el sentido cristiano y sensibilización ante el sentido de pertenencia a una comunidad que establece vínculos de solidaridad.

En este orden de ideas, el desarrollo de los principios derivados de la medicina paliativa y en general de la bioética del consuelo señalan un derrotero a seguir para tratar con dignidad toda la problemática asociada a la enfermedad, la vejez y la muerte, así como frente a todas las situaciones para las que la ciencia y la técnica no tienen solución.

Esta es, sin lugar a dudas, una buena alternativa para mantener la calidad de la relación entre el médico y su paciente.

Bibliografía

- BORDIN (1996). *El accionar médico*. En Bioética, experiencia trasdisciplinar desde un Comité Hospitalario de Ética. Buenos Aires. Editorial Lumen.
- DEL BARCO, J. L., (1998). *Bioética del consuelo*. En Revista *Persona y Bioética*, No. 3. Universidad de La Sabana.
- ENGELHARDT (1995). *Consentimiento libre e informado. Rechazo del tratamiento y del equipo sanitario. Las múltiples caras de la libertad*. En los Fundamentos de la Bioética. Barcelona.
- GUZMAN, F. (1994). *El acto médico*. En Acta Médica Colombiana, Vol. 19, No. 3. Bogotá.
- HERRANZ, G. (1998). *El Genoma humano; los Comités de Bioética y el futuro de la ética médica*. En Revista *Persona y Bioética*, No. 2. Universidad de La Sabana.
- LLANO, E. (1990). *Relación de la medicina con la ética y cómo nació la Bioética*. Bogotá.
- MALDONADO, J., *Editorial*. Ildiba, agosto de 1987.
- MALHERBE (1994). *El riesgo de la alienación en el acto médico*. En Hacia una ética de la medicina. Bogotá. Editorial San Pablo.
- ORR (1997). *Request for inappropriate treatment based on religious belief*. Journal of medical ethical. No. 23. Loma Linda.
- PACINI (1996). *La relación médico-paciente*. En Servir a la vida. Editorial San Pablo, Colombia.
- SPAGNOLO (1995). *El bien del paciente y los límites de los testamentos de vida*. En L'osservatore romano, No. 28.
- TABOULET, F. (1996). *Reducción de los costos sanitarios y Medicina Hipocrática*. De la autonomía a la conciliación. En Cuadernos de Bioética, No. 27.
- THORTON et alii (1993). *Bioethics education. Expanding the circle of participants*. En Hasting Center Report. January-February, 1993.
- WOLFF (1994). *Health care reform and the future of patient and ethics*.