

Vigencia de los valores del acto médico y de la relación médico-paciente

Validity of the values of the medical act and the doctor -patient relationship

Benjamín Alhalel-Gabay¹

Medicina es la ciencia que estudia la prevención y tratamiento de las enfermedades humanas. La medicina interna es parte de la medicina que estudia las enfermedades que no necesitan intervención quirúrgica, la medicina clínica es la que el médico ejerce en su relación con el paciente.

El médico internista es el especialista en Medicina Interna, la misma que representa el área troncal e integradora de la medicina que se ocupa en su relación con el paciente para conocer no solo los parámetros instituidos en el conocimiento nosográfico de una entidad sino también las repercusiones multiorgánicas o sistémicas, a fin de establecer su interrelación con la fisiopatología, patología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, profilaxis y rehabilitación de las enfermedades de aproximadamente 14 especialidades médicas. Por ello, el internista es calificado como el médico clínico por excelencia.

Para recordar cuándo se vislumbra y cómo evoluciona la relación médico-paciente, resumiremos la evolución histórica de la medicina clínica en cuatro etapas conocidas de su desarrollo: la medicina precientífica, la medicina antigua, la medicina moderna y la medicina contemporánea.

Durante muchos siglos de la vida humana –en la etapa llamada medicina precientífica–, el concepto de salud o enfermedad se desarrolló sobre la base de creencias sobrenaturales, en donde ‘el hombre se atiende a sí mismo’. Posteriormente, creencias supersticiosas y religiosas, con la aparición de magos y después curanderos o chamanes, se vislumbra una relación ‘hombre-hombre’ pero sobre una base empírica.

La medicina antigua empieza a florecer con conceptos reales en la medicina griega desde 500 años antes de la era de Cristo consolidando el concepto “médico-paciente”, pero por pocos años de esta era, y pronto decae hasta el comienzo de la llamada medicina moderna. En ésta se producen los

primeros grandes inventos y empieza a desarrollarse la ciencia y la tecnología entre los siglos XV hasta comienzos del siglo XX, y es a partir de la tercera parte de este siglo, y tal vez de los últimos 60 años, que la ciencia y la tecnología superan con creces los amplios conocimientos acumulados en décadas anteriores a la que hemos llamado medicina contemporánea. En esta época el conocimiento de la medicina, sobre todo en sus conceptos básicos, como la anatomía humana, histopatología, fisiopatología, propedéutica clínica o semiología, la nosografía y nosología, así como, el tratamiento de muchas enfermedades, reposaban en los conceptos de la medicina clásica europea, particularmente de la francesa que, sobre la base de conocimientos bien desarrollados para entonces, fue clínica y que gradualmente se profundizó hasta alcanzar una mejor interpretación de las manifestaciones corporales o mentales del ser humano.

Así, desde lo reconocible por nuestros sentidos, de las manifestaciones alteradas en sistemas, aparatos u órganos se fue avanzando en el estudio de las características estructurales y funcionales de los tejidos, células y organelas. Las interrelaciones funcionales celulares y las relaciones entre órganos y sistemas para el soporte vital del individuo, significan ya, un cimiento en el conocimiento de la fisiopatología.

Es en estas últimas décadas, tiempo en que la mayoría de nosotros hemos desarrollado nuestra actividad profesional como médicos, que con el avance de la ciencia y la tecnología, y en particular de la ciencia médica, se suscitan grandes cambios en la evolución del conocimiento del médico. Empieza a practicarse una medicina más científica debido también al desarrollo de la investigación experimental y clínica aplicables al ser humano; con el incremento paralelo prácticamente inaccesible al médico de una literatura médica publicada en libros, revistas, en medios de comunicación, como la radio, televisión y de centros de documentación e información científica a través de Internet.

1. Miembro Titular de la SPMI y Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina.

El incremento y mayor conocimiento de las enfermedades tumorales y genéticas y de la población de adultos mayores, enfermedades reumáticas e infecciosas con patologías y tratamientos singulares han hecho aparecer nuevas especialidades como la oncología y genética y subespecialidades como la geriatría, reumatología e infectología, todas de competencia de la Medicina Interna. Autoridades científicas y médicos han remarcado que los progresos alcanzados en este último período superan los valiosos conocimientos acumulados en las últimas décadas anteriores.

De la infinidad de aportes que han potenciado la evolución positiva de la medicina podemos resumir el valor alcanzado con:

1. El arsenal de pruebas y exámenes complementarios por el laboratorio clínico y por imágenes en apoyo al diagnóstico.
2. El diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades y en especial de las enfermedades infecciosas, cardiovasculares y tumorales que aún ocasionan el mayor número de muertes.
3. Los trasplantes de órganos y de células vivas.
4. La biología molecular, el genoma humano y la medicina genética.

EL ACTO MÉDICO Y DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En relación al tema, con una perspectiva práctica y clínica, 'El acto médico' es un servicio que el médico, en general y en especial el internista, le otorga al paciente en la entrevista (relación médico-paciente) para actualizar un estado potencial de salud, enfermedad o dolencia, aplicando sus conocimientos científicos, arte y sensibilidad humana, con el objeto de recoger, analizar y sintetizar todos los elementos de la historia clínica que le permitan establecer él o los síndromes diagnósticos con sus determinantes etiológicos y patogénicos y por consiguiente el pronóstico y tratamiento con el afán de curar, aliviar, prevenir, rehabilitar, educar o cuando menos confortar al paciente bajo el marco de los principios humanísticos, deontológicos, éticos y morales.

Por ello, quisiera mencionar algunas características que pueden hacer variar el acto médico: el médico y el paciente como personas y qué factores pueden modificar la relación médico-paciente:

EL MÉDICO COMO PERSONA

La actitud del médico frente al paciente puede ser diferente en relación a distintos estados del paciente, tales como estado psíquico, edad, lugar de la entrevista (consultorio, domicilio, hospital, Unidad de Cuidados Intensivos), condición clínica (agudo, crónico, grave o terminal), o si se trata de solucionar un problema polémico como la eutanasia.

EL PACIENTE COMO PERSONA

El médico debe considerar algunos factores relacionados con la persona que entrevista como paciente, tales como su personalidad, situación socioeconómica y cultural; el desconocimiento del idioma, trastornos sensoriales o dificultad en la expresión verbal. La relación de dependencia o independencia física o psíquica con personas de su entorno. El significado real o implícito de la enfermedad en la mente del enfermo. Reconocer a pacientes que 'usan enfermedades' para ganar la atención del médico y expresar así su situación emocional estresante. Se puede encontrar pacientes con manifestaciones psicósomáticas de una depresión enmascarada.

En el acto médico el médico clínico en su relación con el paciente sustenta su actividad en tres pilares o valores de la medicina clínica: ciencia, arte y humanidad.

MEDICINA CON CIENCIA

L. Goldman señala que "la medicina no es una ciencia, pero sí una profesión que abarca a la ciencia médica así como sus atributos profesionales, personales (arte, técnica) y humanísticos".

El médico clínico con vocación de servicio aplica su conocimiento científico adquirido en sus estudios universitarios, internado, residentado y actualizándose con una educación médica continuada para recoger e interpretar los datos obtenidos de la historia clínica completa a través de la anamnesis, examen físico y exámenes complementarios que le van a ofrecer experiencia práctica y de cuyo análisis y síntesis elabora los síndromes de uno o más diagnósticos (de sospecha, provisional o definitivo) y, por lo tanto, su pronóstico y tratamiento.

Los procedimientos de ayuda al diagnóstico, laboratorio o imágenes que se ordenen en este momento, deben ser escogidos después de considerar las características de utilidad (sensibilidad) y exactitud (especificidad), incidencia y prevalencia de la enfermedad, riesgo potencial y perfil del costo-beneficio.

MEDICINA CON ARTE

Arte es la técnica para aplicar los conocimientos científicos, en la forma de recoger los síntomas y signos. El médico debe cultivar estas cualidades para alcanzar lo "fundamental en el arte", es decir la empatía, en base a la "experiencia asimilada", intuición lógica, madurez de juicio, actitud positiva pero modesta, respeto, atención, paciencia, interés y acuciosidad. Es un arte el rescatar los datos de significado primordial y también definir, cuándo se debe iniciar y cuando suspender un tipo de investigación, exploración o tratamiento.

Entender las motivaciones que muchas veces rigen un comportamiento y cuando la mención casual de una molestia aparentemente trivial es un ardid del enfermo para encontrar tranquilidad acerca de un padecimiento oculto y por lo tanto temido.

El médico debe saber cuándo explorar los aspectos más íntimos de la vida del paciente o cuando no deben ser tocados. Si debe expresar un diagnóstico y pronóstico optimista y/o tranquilizador, ser dubitativo o cauteloso. Así mismo, debe mantener la objetividad en el estudio y cuidado de su paciente con prudencia en sus juicios y sin olvidar que su finalidad primaria y tradicional es utilitaria; o sea, la prevención, curación, alivio o rehabilitación de una enfermedad, sea esta física o mental. Es parte del arte elegir el tratamiento más adecuado conociendo en forma integral al paciente.

MEDICINA CON HUMANIDAD

El médico como ser humano debe estar adiestrado como psicólogo de la conducta humana y como biólogo de las enfermedades y dolencias del hombre. Debe infundir el sentimiento humano de confianza haciendo sentir al paciente que reconoce y aprecia su individualidad para actuar muchas veces como confidente dentro de un canal ético; a la vez ser generoso, bondadoso, sensible y compasivo para alcanzar así la comprensión y brindarle esperanza al paciente. La relación humana se puede considerar como una muy buena herramienta de la terapéutica.

En la entrevista médica se cobran concreta y complementariamente cinco etapas o momentos: 1) afectivo; 2) cognoscitivo; 3) operativo; 4) ético y 5) social.

El momento afectivo empieza desde el encuentro en la entrevista con el paciente y se fortalece durante todo el acto médico. El médico debe despertar en el acto médico lo que puede significar en el paciente el valor de la confianza, comportándose con respeto, atención y el tiempo necesario para escucharlo sin interrupciones ni jactancia, sino con sensibilidad, empatía y solidaridad para alcanzar su comprensión (Es en este momento que se aplica el valor de la sensibilidad humana).

El momento cognoscitivo esta relacionado con la recopilación de datos que el médico con conocimiento nosológico y experiencia metodológica busca, reúne e interpreta por medio de la historia clínica y apoyándose, si lo cree conveniente, en exámenes complementarios del laboratorio o por imágenes, para llegar al diagnóstico. En el acto médico la historia clínica es el instrumento imprescindible para establecer la mejor relación médico-paciente y lograr un buen diagnóstico, pues, junto con el momento afectivo, actúa como un buen placebo a fin de lograr un tratamiento más eficaz (valor del conocimiento científico y del arte).

El momento operativo se refiere a la acción terapéutica como meta de todo acto médico. Sobre la sospecha o certeza del diagnóstico de enfermedad o dolencia, el médico debe reconocer la etiología y las alteraciones funcionales, fisiopatológicas y orgánicas (anatomopatológicas) que dan lugar a las manifestaciones de síntomas y signos, para poder actuar sobre la causa y/o sobre las repercusiones de las mismas. En el acto médico el momento operativo se puede iniciar desde el momento en que el paciente

entrevista al médico para una constatación. Una constelación de factores entran en juego para que la terapéutica alcance un mejor éxito: a) la presencia del médico, antes de dictar alguna medida terapéutica puede generar una esperanza que potenciaría la eficacia terapéutica; b) el ambiente o lugar donde se produce la entrevista influye sobre el ánimo del paciente para inspirar confianza o desconfianza con el consiguiente efecto sobre la eficacia del tratamiento prescrito; c) el paciente que, como persona, actúa decididamente en el proceso curativo y que como titular de actitudes anímicas e intereses personales, participa en el tratamiento y d) el remedio, pues a partir de los conceptos de Freud, a los tres agentes terapéuticos (la dieta, el fármaco y la intervención quirúrgica) con los cuales la medicina actúa se ha agregado un cuarto agente que es la palabra. Parafraseando a Hipócrates se puede decir: "Lo que no cura la palabra, lo cura la dieta; lo que la dieta y la palabra no curan, lo cura el fármaco; lo que no curan el fármaco, la dieta y la palabra, lo cura la intervención quirúrgica; y, lo que ni la intervención quirúrgica ni el fármaco pueden hoy curar, deberá esperar lo que la investigación del mañana nos ofrezca" (valores de la ciencia, el arte y la sensibilidad humana).

El momento ético, al contraer consigo decisiones y comportamientos de orden moral, está presente en el acto médico. Actualmente el concepto de ética médica que primó quizá hasta mediados del siglo pasado y que respondía predominantemente a la relación médico-paciente ha ampliado su ámbito de acción a otros estados que comprometen al médico con la sociedad, con sus colegas, con otros profesionales o personal que labora en el campo de la salud en situaciones muy particulares que tienen que ver con el derecho y obligaciones del médico, principios y valores de la vida, con la muerte y la dignidad humana. A pesar del conocimiento científico, de la experiencia, del sentido común, la buena voluntad, o la bondad del médico, no siempre es posible resolver los problemas éticos. Por ello, es básico conocer los principios éticos que guían hacia el éxito del diagnóstico y el tratamiento: honestidad, beneficencia, justicia, evitar conflicto de intereses, y compromisos de no hacer daño (valores humanísticos, deontológicos, éticos y morales). Por supuesto, la condición moral del acto médico no solo atañe a la conducta del médico sino también a la conducta moral del paciente quien debe colaborar responsablemente con el médico en el propósito de su curación. Dos pautas éticas fundamentales, muchas veces conflictivas, son: el respeto de la autonomía del paciente y el actuar en su beneficio. Un problema ético controversial es el del acto médico ante el paciente terminal con relación a la eutanasia; el conflicto entre la autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia distributiva, debería hacernos comprender las individualidades de cada paciente en el marco de los principios éticos y actuar para resolver el problema ante las poderosas trabas que imponen la ley, la religión, su situación económica y a veces los deseos de la familia. William Osler rubrica este juicio: "Una cosa es cierta, no debe ser aquel que poniéndose el birrete negro asume

la función de juez y quita la esperanza a cualquier paciente, esperanza en la que todos no refugiamos” (valor del actuar éticamente con conocimiento científico, arte y sensibilidad humana).

El momento social empieza también desde el momento que el médico como persona entabla una relación con el paciente como persona. El recoger una información válida y captar la razón fundamental por la que el enfermo visita al médico son dos metas que la habilidad del médico debe establecer para alcanzar con participación mutua una comunicación efectiva. La mirada, la palabra y el silencio, el contacto manual y la relación instrumental son los principales recursos técnicos para establecer una buena comunicación. El médico debe actuar como educador y, por lo tanto, explicar al paciente de acuerdo a su nivel cultural lo que piensa respecto al diagnóstico, pronóstico, medidas terapéuticas y de prevención más eficaces y seguras. Complemento importante de una buena comunicación con el paciente es también extender a los familiares, a la comunidad y a la sociedad la necesidad de un cambio de estilo de vida cuando muchas veces con ella puede prevenirse o curar una enfermedad. Existe la evidencia que la incidencia de la mala práctica está relacionada con la deficiente comunicación entre ambas partes (valores éticos y morales). Para alcanzar con éxito una relación médico-paciente en el acto médico el internista debe sustentar con sensibilidad humana su diagnóstico en base a la aplicación de sus conocimientos científicos y su experiencia en la metodología al elaborar e interpretar la historia clínica.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

En el contexto de la relación médico-paciente el médico clínico debe hacer uso de los hallazgos de la investigación biomédica más actualizada para la toma de decisiones en el acto médico y así poner en práctica la medicina basada en la evidencia; sin embargo, el clínico bajo el criterio que “no existen enfermedades sino enfermos” deberá utilizar su experiencia, juicio y raciocinio lógico para tomar decisiones porque la medicina, en general, no es una ciencia exacta y existe un margen de posibilidades que no siempre están comprendidas en la llamada evidencia, es preferible dudar cuando el diagnóstico basado en la evidencia no es obvio y ‘buscar para encontrar’ otras posibilidades diagnósticas o corroborar el primero. Tal como sentencia el notable G. Marañón: “Transmitir a las generaciones médicas y futuras que la poderosa medicina actual basada en la evidencia debería amasarse con una buena dosis de afectividad”.

Los factores que pueden modificar la vigencia del acto médico y la relación médico-paciente son:

La práctica de una medicina adiagnóstica; desafortunadamente cada vez más desarrollada. Es decir, puramente sintomática y realizada sin intentar siquiera una hipótesis de diagnóstico, y que hace perder los objetivos fundamentales del acto médico: curar,

aliviar o confortar con el soporte de todo el conocimiento científico, arte y sensibilidad, para ofrecer el mejor tratamiento de una enfermedad o dolencia diagnosticada.

La pérdida de la figura del médico responsable de manera principal y continua ante el paciente. Cada vez es más frecuente observar que los enfermos no son tratados por profesionales independientes, sino por grupos de médicos en horarios rotativos y pertenecientes a clínicas, hospitales u organizaciones de atención de la salud. Esta situación no permite el fortalecimiento de la relación médico-paciente y crea desconfianza en el seguimiento de cualquier tratamiento por pérdida de la figura del médico primario responsable.

La participación de profesionales especialistas en diversas disciplinas en la atención de un paciente. Para no perder la confianza del paciente el médico debe estar familiarizado de las habilidades, capacidades y objetivos de sus recomendados para interpretar los resultados y ofrecer el verdadero diagnóstico y el mejor tratamiento, conservando la responsabilidad de sus decisiones. Este problema está relacionado con la ética profesional.

La relación médico-paciente también puede afectarse como consecuencia de la producción de iatrogenia. Si “toda alteración del estado del paciente producida por el médico es iatrogenia” debemos aceptar que el médico es el único profesional de la medicina que puede ejecutar el acto médico y por consiguiente expuesto a provocar iatrogenia. Esta puede ser por injuria verbal (importancia de la palabra del médico), por instrumentos o medicamentos con repercusiones psíquicas, orgánicas o funcionales, por lo que es muy importante, cómo se relaciona el médico con el paciente, como le comunica su diagnóstico u ofrece el procedimiento terapéutico. La iatrogenia puede ser negativa necesaria o previsible donde el médico debe saber del riesgo de daño que la oferta terapéutica puede producir pero ponderando el cociente beneficio/daño, o ser iatrogenia negativa innecesaria cuando la acción médica ha producido un daño que no tendría porque suceder; ésta ocurrencia es consecuencia de ignorancia y es éticamente inaceptable. El agente terapéutico más usado por el médico clínico es el medicamento o fármaco. Por ello, para evitar o atenuar las posibilidades de injuria, el médico no solo debe conocer la enfermedad actual si no el estado general del paciente –a fin de elegir el medicamento más adecuado– y conocer la farmacología (farmacodinamia y farmacocinética), potencial de toxicidad, eventos adversos e interacciones medicamentosas de la droga a utilizar.

Asimismo, también deben considerarse otros factores, tales como: edad, sexo, peso corporal, defecto orgánico o funcional, defecto genético, sugestionabilidad y hasta la posibilidad de automedicación a su libre albedrío.

Si el médico –que conoce su prescripción– no tiene una comunicación adecuada, no educa o advierte al paciente de esos posibles efectos iatrogénicos, generará en el paciente desconfianza, temor en proseguir las indicaciones y no alcanzará

el beneficio de la prescripción, todo o cual romperá la relación con el médico y por consiguiente deteriorará el acto médico.

El despliegue tecnológico y el consiguiente desarrollo de la medicina, son los factores tal vez, los más importantes y complejos que están modificando la vigencia del acto médico y la relación médico-paciente.

En la medicina clínica el acto médico conlleva el propósito ideal de lograr el mayor éxito revirtiendo un estado de enfermedad o dolencia al de salud. El médico clínico, para alcanzar dicho propósito, debe tener no solo un amplio conocimiento científico sino también saber aplicar esos conocimientos con metodología y técnica para recoger la información ofrecida por el paciente y la de los procedimientos complementarios solicitándolos en orden jerárquico y en relación al pensamiento diagnóstico para confirmarlo o alejarlo para interpretarlos correctamente.

El incremento del conocimiento médico y tecnológico está provocando un claro desequilibrio entre los tres pilares, valores o soportes de la medicina clínica que mantienen y le dan vigor y vigencia al acto médico ideal. La tendencia del médico contemporáneo de solicitar y utilizar una serie de exámenes complementarios del laboratorio o de ayuda por imágenes para hacer un diagnóstico son muchas veces innecesarios. Esta actitud no puede reemplazar al uso de un ejercicio de saber recoger la información, interpretarla y aplicarla con raciocinio y juicio lógico para lograr dicho diagnóstico. Se está perdiendo la oportunidad de ganar experiencia clínica y la posibilidad de un mayor éxito en el acto médico al no ofrecer la comunicación ni la sensibilidad humana indispensables para ganar la empatía y confianza en el contacto con el paciente. Se trata, pues, del abuso de la tecnología en desmedro del razonamiento clínico.

Otros factores que ponen en riesgo la vigencia del acto médico son el incremento de los costos de los procedimientos de ayuda al diagnóstico y el de los medicamentos que, siendo imprescindibles para establecer un diagnóstico y mejor tratamiento de enfermedades agudas o crónicas, están fuera del alcance de los pacientes, reduciendo así el éxito del acto médico.

INTERROGANTES QUE DEBEN RESOLVERSE A FIN DE EVITAR EL DETERIORO DEL ACTO MÉDICO

- ¿Cómo poner en práctica la medicina basada en la evidencia, una medicina positivista, sin amalgamar una buena dosis de medicina basada en la experiencia personal frente a cada enfermo y sin el ingrediente indispensable de la sensibilidad humana?
- ¿Cómo superar las obligaciones impuestas al médico, sobre todo en las instituciones públicas o Centros de Salud, al tener que atender cada vez un mayor número de pacientes en un tiempo limitado dedicado a la atención de cada paciente?
- ¿Cómo esperar el mejor resultado de un efecto medicamentoso si no se ofrece una prescripción correcta, si no se

comunica al paciente la importancia de cumplimiento de ésta, su beneficio vs. posibles efectos adversos secundarios?

- ¿Cómo competir con aquellos ‘médicos informales’ (que no son médicos ni químicos farmacéuticos) que actúan como dispensadores cambiando lo que un profesional médico prescribe o recomendando otros fármacos, a veces de la misma molécula pero no del laboratorio que el médico confió por su experiencia, o solamente para controlar un síntoma o signo sin conocer al paciente?
- ¿Cómo elegir el medicamento por más eficaz que se le conozca para una enfermedad si no se conoce de manera integral a un paciente?
- ¿Cómo evitar el deterioro del acto médico y cómo permitir el fortalecimiento de la relación médico-paciente en aquellos centros de atención a la salud donde más de un médico se hace cargo de un paciente, situación en la que se pierde la figura del profesional primario responsable?
- ¿Cómo realizar un acto médico ideal si hay compañías aseguradoras de salud que plantean objeciones al uso de algunos estudios complementarios e interfieren en determinadas prescripciones produciendo desconfianza del paciente y poniendo en duda el criterio del médico?

PALABRAS FINALES

Creo que un riesgo patente y amenazador nos invita a pensar en la necesidad imperativa de una reconstrucción del pensamiento médico y en particular de la medicina clínica, invocando a una mayor dedicación y esfuerzo de todas las instituciones tutelares de la salud en el país, en especial las universidades que cuentan con facultades de medicina, para que transmitan a las generaciones médicas futuras, durante la carrera del estudiante que se desarrolle no solo el conocimiento científico, sino un adiestramiento metodológico y de experiencia práctica para reforzar el arte y la comprensión humana que a cada paciente se le pueda proporcionar.

Uno de los aspectos esenciales al que deberán atender las facultades de medicina del futuro será el de convertir a sus alumnos en autoaprendices para toda la vida. Si de las universidades egresaran buenos clínicos, en el sentido correcto del calificativo, habría un mayor número de pacientes enfermos o dolientes curados, aliviados o confortados. Solamente el clínico que ofrece su servicio cultivando sus conocimientos y aplicándolos con habilidad y humanidad podrá reforzar la vigencia del acto médico evitando su caducidad.

Finalmente, la importancia de la vigencia del acto médico puede concretarse en el siguiente juicio: *Convertirse en ‘un buen clínico’ debería ser el objetivo inaplazable de todo estudiante de medicina, pero convertirse en un ‘mejor clínico internista’ ha de ser una ambición de cualquier médico en ejercicio.*