

**UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO OBSTETRICIA**

GUIA DE APUNTES BIOETICA CLINICA

“ ETICA Y RELACION CLINICA ”

**JULIO NICOLAS ALFARO TOLEDO
MATRON
ACADEMICO DEPARTAMENTO OBSTETRICIA
MAGISTER EN BIOETICA CLINICA**

LA RELACION CLINICA.

La clásica relación médico-enfermo ha sufrido en los últimos veinticinco años cambios probablemente mayores que en los pasados veinticinco siglos. Muchas de las antiguas ideas sobre su estructura y contenido han dejado de tener vigencia, hasta el punto de que hoy resulta problemático hasta encontrar palabras adecuadas para denominarla. Frente a la expresión mas clásica, “relación médico-enfermo” (REM), han surgido otras: “relación médico-paciente” (RMP), “relación sanitario-usuario”. (RUS). “relación sanitaria” (RS) , “relación clínica” (RC), etc. Basta enumerar estas alternativas para percibir que los cambios afectan a todos y cada uno de los elementos de la relación: ni el médico es ya el único sanitario que interviene en ella, ni puede calificarse de enfermo a todo el que acude al sistema sanitario, ni, en fin, la relación entre unos y otros se establece ya necesariamente conforme al clásico modelo paternalista.

I.- MEDICOS, MATRONES(AS), ENFERMEROS, SANITARIOS, ADMINISTRATIVOS

El primero de los términos de la REM ha tenido que irse ampliando en estas últimas décadas, hasta dar cabida a todos los profesionales de la Salud que intervienen en el acto clínico y participan en la atención y el cuidado al paciente. Además de la clásica relación que el médico establece con su paciente, está la propia del personal de Obstetricia, enfermería, personal auxiliar, la de los administrativos, etc. Ninguna de éstas es relación médica, pero todas son relaciones sanitarias. De ahí que hoy la clásica relación médico – enfermo deba verse como un caso particular, bien que paradigmático, de la más amplia y genérica relación sanitario – enfermo (RES).

II.- ENFERMOS, PACIENTES, CLIENTES, CONSUMIDORES, USUARIOS

Por otra parte, tampoco es cierto que todos los que entran en relación con el sistema sanitario sean enfermos o deban ser tenidos por tales. Hay muchos que no pretenden otra cosa que conservar su salud o prevenir la enfermedad. No sólo no están enfermos, sino que acuden al sistema sanitario para evitar estarlo. Se les podría llamar, en vez de enfermos, **Pacientes**. Pero este también es un término poco afortunado, al sugerir que los sanitarios sin los sujetos activos o “Agentes” de la relación, y que el enfermo tiene en ella un rol meramente pasivo o “paciente”. La expresión es tanto más impropia, cuanto que la iniciativa de la relación suele partir del llamado paciente, que de ese modo se convierte en el agente primero, si no en el principal.

Términos alternativos a los de enfermo y paciente son los de **consumidor, cliente, usuario**. Cada uno tiene su especificidad. El término consumidor proviene del lenguaje propio de la ciencia económica: hay bienes de producción y bienes de consumo, y la salud, al menos durante el último medio siglo, se ha comportado como un ejemplo paradigmático de estos últimos. La palabra cliente procede del vocabulario propio de la economía liberal de mercado, razón por la que resulta el más adecuado para designar el llamado “ejercicio liberal” de la profesión (de ahí que en esos casos se hable de “clientela”). El término usuario, en fin, es el de más amplio perímetro de cobertura, al no prejuzgar si la salud es bien de consumo o de producción, o si la relación que establecen los sanitarios con sus pacientes es liberal o socializada. Quizá por eso es el más útil en países en que la sanidad es predominantemente pública, como son los europeos. El sistema de salud tiene sus usuarios, lo mismo que cualquier otra institución. Y estos usuarios, como todos los demás, tienen unos derechos que deben ser respetados escrupulosamente. De aquí procede todo el movimiento de derechos de los pacientes, mejor, de los usuarios de los servicios de salud. El movimiento de derecho de los usuarios del sistema de salud ha demostrado que estos no quieren seguir siendo tratados como meros pacientes. Son agentes de la relación, con derechos y deberes específicos. Sus derechos no se los reconoció nadie mientras ellos permanecieron sumisos al clásico rol de pacientes. La iniciativa de emancipación partió de ellos, no del sistema sanitario, lo cual demuestra que en ese mismo momento empezó a perder gran parte de su antigua vigencia el concepto de paciente.

Usuario, paciente, enfermo, no son términos superponibles, ni puede pensarse que la utilización de uno de ellos pueda acabar con el uso de los otros. De hecho, la cobertura del primero es más amplia que la del segundo, y ésta que la del tercero. Todos los que se ponen en contacto con el sistema de salud son usuarios suyos, pero de ellos solo una parte adquirirá la categoría de pacientes, y dentro de éstos solamente algunos serán tratados como enfermos. Los tres términos conservan, pues, sentido y vigencia. Cuando un ciudadano se acerca a un servicio sanitario y realiza los trámites burocráticos de ingreso, adquiere ante el personal administrativo y ante la administración la categoría de “usuario”. Más tarde, cuando es sometido a un conjunto de exploraciones para determinar su estado de salud, se comporta como “paciente”. Y si esas pruebas objetivan algún tipo de desorden morbosos, adquiere la categoría de “enfermo”. Cabe decir, en términos generales, que los administrativos del sistema de salud tratan con “usuarios”, los técnicos con “pacientes” y los clínicos propiamente dicho con “enfermos”. En cualquier caso, como el núcleo de todo el sistema sanitario es la relación clínica, bien puede decirse que este término, “relación clínica” (RC), abarca de algún modo a todos los demás. Su carácter abstracto, por otra parte, evita los personalismos de las otras denominaciones, lo que en una situación como la presente no deja de ser una ventaja.

III.- FACTORES QUE HAN DETERIORADO LA RELACION CLINICA

- Interposición de máquinas (deshumanización)
- Sofisticada tecnología.
- Subespecialización (múltiple dependencia)
- Medicina estatal, tecnológicamente pobre.
- Medicina estatal, que da atención fundamental a personas que se juzgan a si mismos como no aptos para participar de decisiones médicas (paternalismo)
- Medicina privada (relación consumidor – proveedor)
- Reducción de enfermedad a aspectos biológicos.

IV.- MODELOS Y METAFORAS DE LA RELACION CLINICA

La complejidad de la estructura clínica no procede sólo de los términos o elementos que la constituyen, sino también del modo como éstos se articulan.

El problema no está sólo en los relatos, sino también en la relación. Dos conocidos Bioeticistas norteamericanos, James F. Childress y Mark Siegler han contabilizado hace años no menos de siete modelos o metáforas, cada uno de los cuales intenta expresar adecuadamente la estructura de esa relación. El hecho de que puedan coexistir pacíficamente demuestra que ninguno alcanza su objetivo de modo pleno, lo que por otra parte evidencia la dificultad de encontrar un modelo perfectamente ajustado a la totalidad de los datos.

- a) **MODELO ACTIVIDAD PASIVIDAD (PARENTAL O PATERNAL):** Este es el modelo más clásico. Su origen se pierde en la noche de los tiempos. En la medicina occidental ha estado vigente desde los orígenes de ésta en la época hipocrática, hasta casi nuestros días. Según él, buen médico es aquel que se comporta como un padre solícito, que quiere lo mejor para su hijo y hace todo lo posible para dárselo, aún a riesgo de su propia vida, pero siempre según su parecer, no según el del hijo. Recíprocamente, buen enfermo es el que se comporta como un hijo piadoso, que acata los mandatos del padre sumisa y obedientemente. La ética del médico es, pues, la del mandato, y la del enfermo la de la obediencia. Recordando la consigna del despotismo ilustrado, podría resumirse este modelo en la expresión ***“todo para el paciente pero sin el paciente”***. Esto es lo que hoy se conoce con el nombre de “paternalismo”. Siguiendo a Thomas Szasz y Marc Hollender, es frecuente distinguir dos tipos de paternalismo, el fuerte y el débil, según que se considere al paciente, bien como niño (parent – infant relationship), bien como adolescente (parent – adolescent relationship).
- b) **MODELO COOPERACION GUIA:** Paciente busca un guía y está dispuesto a cooperar en la realización de indicaciones médicas tanto diagnósticas como terapéuticas. Existe cierto grado de interacción entre profesional y paciente, esto le quita cierta responsabilidad al profesional. (ante paciente competente, es muy difícil que profesional no sienta obligación de informar). Si se piensa en los miembros de la RC, incluidos los pacientes, como adultos, la metáfora adecuada ya no puede ser la parental o paternal, sino aquella que exprese mejor la relación entre personas

emancipadas (adult – adult relationship). Para Szasz y Hollender este tipo de relación exige al menos tres requisitos: que los participantes tengan aproximadamente el mismo poder; que cada uno necesite del otro, es decir que ambos sean interdependientes; y que estén empeñados en una actividad satisfactoria para los intereses de ambos. Para Erick Cassell, la relación que cumple con estos requisitos se ha de llamar (partnership). Tras la época de paternalismo, la RC debería configurarse así, como la colaboración de dos personas adultas y autónomas, en orden a conseguir un fin ventajoso para ambas. La camaradería es la antesala de la amistad. Laín Entralgo ha definido la camaradería como la **“asociación cooperativa y solidaria de dos o más hombres para el logro de un bien objetivo y común”**. La amistad por el contrario, es el resultado de la conjunción de tres notas, la benevolencia, la beneficencia y la confianza. Por obra sobre todo de esta última, un camarada deja de serlo para convertirse en amigo, a diferencia de los demás, que seguirán siendo sólo compañeros. Para Laín Entralgo en la relación del mero compañerismo se toma al otro en tanto que otro; de ahí que la llame “otredad”. Por el contrario, en las relaciones de amistad se toma al otro no en tanto que otro, sino en tanto que persona; es la “proximidad”. En el primer caso los dos constituyen un “Dúo”; en el segundo, una “Díada”. En la relación clínica se dan ambos niveles. La medicina necesita objetivar al paciente, estudiarlo como una “cosa”, y por lo tanto establecer con él una relación “Dual”. Pero a la vez ha de tener en cuenta su intimidad, considerarlo como persona, lo que hace de ella una relación “Diádica”. ***En consecuencia, dice Laín Entralgo, la REM es una peculiar mezcla de esos dos niveles, y por ello mismo merece el nombre de relación “Cuasi Diádica” ó “cooperación – guía”.***

- c) **MODELO DE PARTICIPACION O NEGOCIACION:** Finalmente están los que entienden la RC como una negociación. Su objetivo es el logro de un acuerdo provechoso para las dos partes. Dado el carácter procesual de toda negociación, en ella pueden distinguirse varias fases. Según Mark Siegler, en la negociación médica son evidentes cuando menos tres: una fase previa al encuentro, en la que el individuo cree tener un problema de salud y decide consultar un médico. El segundo momento comienza cuando el médico entra en escena e inicia el proceso de recolección de datos, ordenación, discernimiento y diagnóstico. A partir de aquí comienza la tercera fase, que Siegler llama de **“acomodación entre el médico y el paciente”** (the physician – patient accommodation). Es el verdadero proceso negociador. A la vista de los datos clínicos, el paciente expresa sus elecciones, ante las que el médico

reacciona manifestando también las suyas. Se inicia así un proceso que puede o no llevar a un acuerdo, pero que en cualquier caso ha de estar presidido por los criterios de **ayuda mutua, voluntariedad, no coacción y respeto por la autonomía**. La libertad para negociar de ambos, médico y paciente, es el centro de la práctica médica aceptable. En opinión de Siegler esta metáfora de la negociación expresa bien dos importantes características de la RC: primera el carácter autónomo de médico y paciente; y segunda, que no se trata de un hecho instantáneo, sino de un proceso que necesita tiempo, además de sinceridad, confianza, etc.

Cuando se absolutiza la dimensión dual u objetiva de la medicina, cobra toda su vigencia otra metáfora, la del médico como técnico experto. En ella se concibe el cuerpo como una máquina, y al médico como el ingeniero que sabe arreglarla. De hecho la medicina empezó a ganar en confianza y prestigio cuando fue capaz de objetivar las enfermedades de los pacientes, y corregirlas con la efectividad de un ingeniero o un técnico. No es un azar que desde el tiempo de los hipocráticos se venga considerando a la medicina una técnica o un arte. Cosa distinta es que esta perspectiva agote la riqueza de la RC, como con toda razón han puesto en evidencia sus críticos.

Para Alasdair MacIntyre, la RC no sólo no es íntima ni de amistad, sino que ni siquiera es técnica. La realidad cotidiana nos demuestra, según él, que se trata de una relación entre extraños, lo cual explica que vayamos a ella con miedo y desconfianza. También permite entender este modelo la importancia que en la RC tienen las formalidades y los procedimientos. En las relaciones íntimas las reglas de conducta son poco importantes. Por el contrario, en las relaciones entre extraños las reglas y los procedimientos son esenciales, ya que al inspirar el otro término de la relación más miedo que confianza, la seguridad no puede venir más que del procedimiento. De ahí la importancia en la RC actual, en tanto que relación entre extraños, han adquirido procedimientos como el **consentimiento informado, el respeto de la autonomía del paciente**, etc. Si se tratara de relaciones entre amigos, muchos de ellos resultarían superfluos. En cualquier caso, en la presente situación esos procedimientos son esenciales para disminuir la desconfianza y consecuentemente los conflictos.

Es también posible considerar la RC desde la categoría jurídica de contrato. Así ha sido entendida tradicionalmente por el llamado derecho sanitario. El prototipo de este modelo

es el contrato específico en el que los individuos acuerdan intercambiar bienes y servicios y aceptan sufrir penas y sanciones si no cumplen sus obligaciones contractuales. El contrato o cuasi – contrato sanitario suele ser un tipo especial de los llamados “**contratos de arrendamiento de servicios**”, ya que sólo en contadas ocasiones se le pueden exigir al médico resultados efectivos, como sucede en los llamados “**contratos de obra**”. Para muchos autores, como Robert Veatch, la relación contractual no obliga sólo a respetar el contenido de los códigos jurídicos, sino también el de los éticos y deontológicos, ya que el auge del neocontractualismo ha llevado a muchos Bioeticistas a pensar que el fundamento de éstos es también meramente contractual.

V.- ACTITUDES ETICAS EXIGIDAS EN LA RELACION CLINICA

- Preocupación primaria por el absoluto bienestar del paciente.
- Proporcionar por todos los medios posibles, una atención de salud continua e integral.
- Sensibilidad a necesidades físicas, emocionales culturales y sociales de su paciente.
- Reconocimiento de limitación profesional.
- Aceptar ansiedad, temores y aún hostilidad de su paciente y debe aceptar la responsabilidad de otorgar atención carente de prejuicios.
- Aceptar responsabilidad de educar al paciente, familia o ambos.
- Minimizar el costo de la atención médica
- Participar de acuerdo a su habilidad en educación de estudiantes internos, residentes y otros profesionales de la salud.
- Cautelar tiempo y energía para mantener sus habilidades y conocimiento clínico.
- Comprender limitaciones del conocimiento médico para explicar los aspectos de los problemas del paciente.

VI.- ETICA DE LA RELACION CLINICA

Puede discutirse cuál de los modelos anteriores expresa mejor la esencia de la relación clínica, pero de lo que no hay duda es de que esta exige, además de una gran competencia técnica, una exquisita sensibilidad moral. Sólo así se explica el espectacular desarrollo de la bioética clínica en las dos últimas décadas. El profesional Bioeticista, hasta hace poco un desconocido, hoy todavía un extraño, ha empezado a jugar un papel relevante en el proceso de toma de decisiones sanitarias.

En la RC cada parte tiene su propia especificidad moral. La ética del sanitario se rige por el principio de “no maleficencia” y la del usuario por el de “autonomía”. Entre uno y otro hay la misma diferencia que entre la “indicación médica” y la “elección” por parte del paciente. Ambos son momentos indispensables de todo auténtico proceso sanitario. Pero además la ética del enfermo y del médico, en la RC intervienen otros factores, cuando menos dos, cada uno de los cuales hace presente una dimensión moral específica. Está, en primer lugar la familia, que aporta a la relación un principio distinto a los de autonomía y no – maleficencia, el llamado principio de “beneficencia”; y está, en fin, la sociedad, depositaria y garante del principio de “justicia”. Si la ética del sanitario se expresa bajo la forma de “indicación” y la del paciente en la “elección”, la ética de la sociedad es la de la “distribución de recursos, y la institución familiar, como medio en que se realizan los ideales de vida de las personas, es el lugar de la ética de la “perfección” y de las decisiones de sustitución. Esos cuatro momentos no sólo son necesarios sino que se complementan entre sí. Y es que la enfermedad es un hecho tan dramático de la vida humana, que pone a prueba tanto la autonomía del enfermo como la no - maleficencia del sanitario, la beneficencia de la familia y la justicia de la sociedad.

PROFESIONAL	PRINCIPIO ETICO	FORMA DE EXPRESION ETICA
MEDICO	NO-MALEFICENCIA	INDICACION
PACIENTE	AUTONOMIA	ELECCION
FAMILIA	BENEFICENCIA	PERFECCION
SOCIEDAD	JUSTICIA	DISTRIBUCION / RECURSOS

BIBLIOGRAFIA

- **BIOETICA CLINICA; DIEGO GRACIA, PRIMERA EDICION 1998.**
- **APUNTES PERSONALES, SR. JULIO ALFARO TOLEDO.**