

Relación médico-paciente y tecnología médica: Una visión personalista

Dr. Jorge H. Suardíaz Pareras¹

INTRODUCCIÓN

La ciencia y la técnica ofrecen hoy, como nunca antes, enormes posibilidades de modificar la realidad en que vive el hombre –y también al propio hombre-. La tecnología médica es cada vez más capaz de introducirse en los eventos más esenciales del ser humano: el origen de la vida; el inicio y la calidad de la misma; la salud y la enfermedad; el dolor, el sufrimiento y la muerte. En el cambiante contexto cultural, sociológico, económico y político del mundo actual, el concepto de salud ha adquirido nuevas connotaciones¹, al igual que nuestra interpretación del derecho a recibir asistencia sanitaria por parte de todos los seres humanos sin excepción: En 1978, la Conferencia de Alma-Ata, asumiendo las conquistas de la sociología médica, definió un sistema de tres niveles de salud (primario, secundario y terciario) y vinculó el concepto de “Salud para todos en el 2000” al nivel primario, que definió como aquel que permite *una vida económica y socialmente productiva*. Es decir, que si en la definición de 1946 la salud se identificaba con *bienestar*, en esta declaración se identifica con *productividad*: de un bien de consumo, pasa a ser un bien de producción². Sin embargo, estas grandes posibilidades que se abren ante nosotros, tienen también su lado oscuro: si bien es cierto que esos progresos han cambiado el destino del hombre, a veces nos preguntamos si siempre y en todos los casos, lo han mejorado. Sin hablar de las muchas –y bien conocidas- circunstancias negativas, de orden político, económico y social, que imperan en el mundo de hoy, la propia medicina parece haberse vuelto prepotente y se ha alertado contra el peligro de su despersonalización; hay quien ha afirmado que “nunca como en este momento, estuvo la ciencia médica tan cercana a la enfermedad y tan lejana del enfermo”³. Al mismo tiempo, la insatisfacción entre los pacientes se puede apreciar en el aumento de críticas –e incluso demandas- por mala praxis y la búsqueda de terapias alternativas a las clínicamente establecidas. Esta es, sin duda, una de las grandes antinomias del mundo sanitario en los comienzos del siglo XXI.

Se hace evidente, por todo lo anteriormente expuesto, la necesidad de establecer una visión única, integradora, de la persona, que se plantee ante todo no subestimar la condición humana del paciente. La atención sanitaria desarrolla su servicio precisamente muy cercana a la perso-

na, al servicio de sus bienes más preciados. Es por ello que este campo de ejercicio profesional experimenta hoy los embates y tensiones del proceso de deshumanización que sufre nuestra sociedad global. A continuación, se intentará hacer una somera revisión de los retos y perspectivas a las que nos enfrentamos, en la búsqueda de una atención sanitaria verdaderamente humanizada.

DESARROLLO

En evidente contraste con los triunfos de la ciencia médica, asistimos también a una creciente insatisfacción, tanto del paciente como del médico. La raíz de ello, siguiendo a E. Pellegrino, pudiera estar en el hecho de que la medicina se define por su finalidad y no por los elementos que la integran: su finalidad estriba en preservar o restablecer la salud y por ello se trata de una actividad beneficiante que, para ser llevada a cabo necesita, sin duda, interiorizar determinados conocimientos de orden teórico y dominar determinadas técnicas; sin embargo, no son aquellos ni estas los que definen su esencia, sino su sentido y razón de ser, profundamente humanos⁴. No son pocos los médicos que reconocen que la técnica sofisticada, el lucro y el prestigio asociados a la medicina ya no satisfacen plenamente; más bien sienten un vacío interior y una fatiga existencial en su práctica cotidiana. Cabe preguntarse entonces qué está ocurriendo en la medicina contemporánea y, más puntualmente, en la relación médico-paciente (RMP) en sí misma. La respuesta a esta pregunta contribuirá a explicar, en un sentido básico, la insatisfacción reinante en el cuidado del orden de la salud y la vida, un servicio ligado en todas las épocas al bienestar humano y enmarcado en su correspondiente contexto cultural⁵.

La práctica médica actual detenta como nunca antes un insospechado poder sobre las personas⁶. Ese poder, en ausencia de claros referentes éticos, puede conducir al vértigo del dominio y de la manipulación, en lugar del servicio noble que está realmente llamada a ser. Y es precisamente en el contexto de las prácticas sanitarias donde el abandono de la condición humana del enfermo, así como del proceso salud-enfermedad produce las consecuencias más negativas. En la introducción a la instrucción *Donum vitae*, el entonces cardenal Joseph Ratzinger escribió que “si bien en una perspectiva pura-

mente científica el cuerpo humano puede considerarse y tratarse como un complejo de tejidos, órganos y funciones, a aquel que lo mira con ojo metafísico, esta realidad aparece de modo esencialmente distinto, pues se sitúa de hecho en un grado de ser cualitativamente superior”⁷. Es decir: no puede reducirse la cuestión de la salud humana a su aspecto naturalista-biológico. Y mucho menos a una cuestión de estadísticas sanitarias, propagandas políticas o criterios economicistas de carácter comercial. Se ha dicho que “una práctica sanitaria incapaz de una sistemática intención antropológica está destinada inevitablemente a transformarse de práctica sanante en práctica enfermante”⁸. Por otra parte, el uso correcto de las tecnologías médicas de punta exige no sólo la humanización del personal que las maneja, sino también una comprensión más cabal de sus usos y limitaciones; y esto es más un problema social y ético que tecnológico. Tenemos, por lo tanto, ante nosotros un conjunto de problemas nuevos y muy complejos y unas contradicciones muy distintas a las que siempre habían existido. ¿Son suficientes los códigos deontológicos tradicionales para hacer frente a esta situación? Evidentemente, ante estos desafíos, la ética médica clásica se revela como insuficiente; la ética debe responder a la esencia de la naturaleza humana y a sus relaciones inmanentes. No vive en las cosas, sino en las personas; en el juicio de éstas, en su conciencia, su personalidad y en su concepción y realización de valores. La conclusión que de ello se desprende, es que debe basarse en la experiencia de intersubjetividad que, a su vez, constituirá el núcleo del encuentro entre el médico y el paciente: la empatía. Según Edith Stein, la empatía es la base de la intersubjetividad y expresa la posibilidad de trascendencia, inherente al sujeto⁹. Indica la aptitud para ponerse en la situación del otro, lo que hace que se sienta el mundo como él lo siente. Son evidentes las implicaciones que esta actitud tiene en la práctica sanitaria: A partir del desarrollo de la disponibilidad empática, se abre un nuevo modo de relación asistencial; de bien subjetivo, la salud se vuelve, así, un bien ínter subjetivo.

El concepto de persona incluye, esencialmente, la relación dialogante de ésta con las demás personas y con el mundo que la rodea; sólo en esta relación puede desarrollarse la personalidad. Todo acto de fidelidad, de responsabilidad por la propia acción, de estructuración y afirmación de sí mismo, todo acto o empeño personal, va dirigido del “yo” a un mundo del que forma parte la persona y al cual pertenece: La persona es “ser en sí” y “ser para los otros”; es motor decisivo de toda unión comunitaria y social humana¹⁰.

La estructura moral de la medicina se revela en la constitución de la relación médico-paciente (RMP). En ella, el enfermo, por decisión compartida con su médico,

se coloca bajo el cuidado de éste que, a su vez, afirma su capacidad para asistirlo. Aún cuando la RMP admite modificaciones en cada época y cultura, se percibe una continuidad, porque la medicina satisface una necesidad universal y permanente del ser humano, a la cual responde de modo constante¹¹. En efecto, los problemas por los cuales se busca ayuda médica, subsisten en todos los países y todas las épocas, con independencia de los cambios políticos y económicos; y el encuentro entre el médico y el paciente es el evento permanente que pone de manifiesto la continuidad en la medicina.

¿Cuáles son los rasgos más comunes de lo que se ha dado en llamar “deshumanización” de la práctica sanitaria?¹² J. Gafo señala como la primera la “cosificación” del paciente, que *pierde sus rasgos personales e individuales, se desprende de sus sentimientos y valores y se le identifica con sus rasgos externos*¹³. Es decir, se convierte en “la cama tal”, la “hepatitis” o “el caso tal”. En segundo lugar, se suele observar una falta de calor en la relación humana, un distanciamiento afectivo por parte del personal sanitario, rayano en la indiferencia. Paralelamente, se percibe la ausencia de un verdadero encuentro entre los ámbitos personales del paciente y de los miembros del equipo asistencial: el primero es atendido en forma más o menos simultánea por un numeroso grupo de profesionales sanitarios, cada uno de los cuales, a su vez, atiende a un gran volumen de pacientes. De esa forma, no es posible que se desarrollen formas de encuentro mutuamente enriquecedoras¹⁴. El otro componente que debe citarse es la violación de los derechos del enfermo (privacidad, confidencialidad, autonomía, comunicación de la verdad).

En medio de la tendencia actual, que parece trasladar casi por completo el debate bioético al mundo tecnológico (clonación, transgénesis, células estaminales) se hace necesaria una reflexión acerca de los principales factores cuya presencia e interacción favorece la aparición de estos rasgos de despersonalización en la asistencia sanitaria en el mundo contemporáneo. A continuación, se pretende hacer un apretado análisis fenomenológico de los elementos que, siguiendo a Santos y Peña¹⁵, tienen un mayor peso en el desarrollo de este fenómeno.

Factores sociológicos

Vivimos en sociedades secularizadas, en las que se impone cada vez más una cultura homogénea y prevalece el tener sobre el ser. El relativismo y subjetivismo morales, que caracteriza a la mentalidad post-moderna, favorece el desarrollo de un pensamiento débil y la ausencia de grandes sistemas de valores e ideales. En un mundo tan plural en creencias, posturas políticas e ideológicas y filosofías, ha sido hasta ahora imposible alcanzar unos principios éticos fundamentales que nos permitan llegar a un consenso responsable; esto es, una ética “de mínimos”.

Nos encontramos, pues, en medio de una Babel ética, donde no logramos entendernos¹⁶.

Por otro lado, en el seno del mundo contemporáneo existe una profunda ambigüedad, que consiste en que por una parte, se le exige de manera válida al personal sanitario una cuota de sacrificio, entrega y desinterés que, sin embargo, la sociedad contemporánea, marcada por el individualismo, el afán de lucro y el hedonismo, no está dispuesta a asumir ni a vivenciar y, por tanto, es incapaz de incentivar, lo cual obliga al personal sanitario de verdadera vocación a vivir a contrapelo de la misma¹⁷.

La medicina actual ya no es sólo una parte importante de nuestra cultura, sino el elemento dominante. La salud se ha convertido en el criterio moral último y único: bueno es lo que produce salud y bienestar, es decir, dicha; y malo lo contrario. Además es un hecho indiscutible que los numerosos problemas y las tensiones e insatisfacciones de todo tipo que las personas afrontan de manera constante, se traducen a menudo en síntomas de origen funcional, pertinaces y de muy difícil control. Estos factores generan una demanda que presiona los sistemas sanitarios, estimulando su hipertrofia. De esta forma, son invertidos en el mundo cuantiosos recursos materiales y humanos que, con la pretensión de solucionar “problemas de salud”, sólo están tratando signos y síntomas en lugar de sus verdaderas causas, pues la solución de éstas a menudo rebasa ampliamente la perspectiva sanitaria¹⁸.

Factores dependientes

de las estructuras sanitarias

Debido a la complejidad, dinamismo y sobrecarga a los que están expuestos los servicios de salud, no siempre es posible garantizar la estabilidad de la atención y el seguimiento del paciente por un mismo profesional (o equipo de salud). Otro peligroso factor de despersonalización de la asistencia sanitaria es la cada vez mayor fragmentación de los servicios, lo cual atenta contra la visión de la persona enferma en su compleja e indivisible totalidad. Por otra parte, en las últimas décadas ha tenido lugar el progresivo establecimiento, en la mayoría de las naciones (especialmente de nuestra área latinoamericana), de la economía de corte neoliberal, en la que las leyes del mercado disfrutaban de un poder casi ilimitado. Al mismo tiempo, los estados parecen desentenderse cada vez más de su tradicional papel de velar por el interés general y de asistir a los más desfavorecidos. Como una de sus consecuencias negativas, ha ido ganando terreno la tendencia a evaluar también la calidad de los servicios de salud con fríos criterios economicistas (competencia, productividad, eficiencia), encaminados a hacer rentables al máximo los recursos sanitarios y originar ganancias. En la práctica, esto se traduce en recortes presupuestarios y de personal, omisión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos por

considerarlos costosos, así como una escandalosa carestía de servicios y seguros médicos, que excluye a aquellos que no poseen suficiente capacidad financiera¹⁹. Otra tendencia negativa es la de evaluar la calidad de los servicios con criterios de efectividad; es decir, con el logro de determinadas metas de tipo estadístico. La persona concreta afronta, entonces, el riesgo de ser ignorada o vulnerada en su subjetividad, puesto que sus intereses, necesidades e incluso sus derechos, como el de recibir información o el de la confidencialidad, están supeditados al logro de determinada cifra o indicador. Este reduccionismo, de origen a menudo propagandístico, puede llegar a ser más deshumanizante que el mercantilismo. La dirección excesivamente centralizada, con esquemas rígidos en los que todo está normado de antemano, de tal forma que la defensa de un criterio profesional o la adopción de una determinada postura necesita ser aprobada por los niveles superiores, frena la creatividad y genera descontento y frustración en el personal, así como falta de compromiso con los resultados de su labor²⁰.

Otros factores a tener en cuenta serían el desequilibrio en la formación académica, la excesiva especialización, la aparición de la llamada medicina defensiva y la sobrecarga de trabajo y desgaste profesional, conocida como síndrome de “Burn-out”

Por parte de los pacientes pueden influir fenómenos tales como la desconfianza, las falsas expectativas -que pueden desembocar más tarde en un sentimiento de frustración en el caso de que no sean satisfechas- y el ejercicio inadecuado de la autonomía: Sucede con relativa frecuencia que la persona enferma, confiando en su propia “cultura médica”, adquirida casi siempre de manera dispersa a través de los medios de comunicación social, se realiza un autodiagnóstico preliminar, para luego partir en busca del especialista que considera más indicado, lo cual a menudo le conduce de una consulta a otra, sin resolverle su situación. En nuestro país, donde los servicios médicos son gratuitos, se observa con mucha frecuencia este fenómeno, que P. González ha llamado “paciente fragmentado en la mente y en el cuerpo”²¹ y que ocasiona, además, un evidente despilfarro de recursos, siempre limitados.

Las dificultades para tomar la salud como tarea, se presentan como un aspecto particular de una situación más general: lo que ha dado en llamarse *la crisis ética del sujeto posmoderno, bombardeado por estímulos, opciones y deseos de naturaleza moral en conflicto entre ellos; y es sobre sus espaldas que recae la responsabilidad de las acciones que realiza*²². Y parece que es precisamente de eso de lo que estamos carentes: Todos tenemos necesidad de afectos, de cariño y de amor al prójimo, en nuestra profesión; de descargarlas en la relación médico-paciente, con cada una de esas personas que acuden a nosotros en busca de asistencia y que no

son simples ciudadanos, usuarios y mucho menos clientes. Bajo esta luz, la actividad médico sanitaria toma un sentido más alto como servicio a la vida y ministerio terapéutico; y el cumplimiento de esta misión, sólo puede ser motivado y sostenido por un compromiso interior, que permita superar los miedos, el cansancio, el individualismo y la búsqueda del propio bien material. Ese servicio tiene que ser un estímulo permanente para ser mejores cada día y vencer la tentación de ceder a la inercia de la costumbre. El agente sanitario está obligado a hacer que la relación con la persona enferma y sus familiares sea un verdadero diálogo y un verdadero encuentro entre dos personas. Si se logra eso, la relación entre el paciente y el agente de salud será un tributo a la dignidad humana de cada uno de los protagonistas. En realidad, en este encuentro ganamos más que el paciente: éste nos ayuda a ser más humildes y a crecer y realizarnos como personas en nuestro papel.

CONCLUSIÓN

Es evidente que en el mundo actual la importancia de la relación médico-paciente se relega cada vez más a un segundo plano, reemplazada por las amplias posibilidades que nos ofrecen las tecnologías "de punta" aplicadas a la atención sanitaria. A menudo se habla de ella con nostalgia, como de algo que pertenece a un pasado romántico; pero no como lo que realmente es: un bien precioso que se está perdiendo. Se tiende a reducir este encuentro a una mera formalidad, olvidando que la verdadera calidad de la medicina está condicionada por la forma en que tiene lugar. El paso a una concepción verdaderamente humana, se encuentra en el nivel intersubjetivo: la contraposición entre apatía y empatía. La primera, implica incapacidad para sentir y acoger las señales de la enfermedad y el sufrimiento en los demás; por el contrario, la empatía implica la aptitud para ponerse en la situación del otro, lo que hace que se sienta el mundo como él lo siente. A partir del desarrollo de esta disponibilidad empática, se abre un nuevo modo de estructurarse para una relación terapéutica realmente sanante. El profesional sanitario –el médico en primer lugar-, en su ejercicio junto al enfermo, tiene que actuar con una adecuada certidumbre moral en su quehacer ante esa persona. De lo contrario, no estará profesando la medicina: será sólo un técnico que repara algo que no funciona correctamente. Los avances tecnológicos han contribuido a tomar esta posición, pero no constituyen el único factor; la moral asumida ante la persona enferma es el hilo conductor para alcanzar una fructífera y efectiva relación médico-paciente.

Notas

- 1 La salud, estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental (OMS, 1946).
- 2 Posteriormente (en 1997), la propia Organización Mundial de la Salud insistió en este aspecto al afirmar que ... *La salud es aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven.*
- 3 Manni, C. ¿Tecnología o tecnicismo, para la sociedad del tercer milenio? *Dolentium Hominum* 1998; 37: 125-30.
- 4 Torralba, F. Filosofía de la Medicina. Fundación MAPFRE Medicina, Madrid, 2001. pp. 213.
- 5 Lugo, E. Relación médico/paciente. Ed. Pontificia Univ. Católica de Puerto Rico, 2001.
- 6 Manuel de Santiago ha dicho que *La gente ignora el fabuloso poder del médico para influir decisivamente sobre sus vidas: sobre el número de hijos, el tipo de trabajo, el modo de comer, el modo de sentir o de amar y, en fin, sobre el modo de morir.* (de Santiago, M. La crisis de la conciencia médica en nuestro tiempo. *Cuadernos de Bioética* 1998; 36(9):665-78).
- 7 Ratzinger, J. Presentación de la instrucción *Donum vitae*, 1992.
- 8 Viafora, C. Las dimensiones antropológicas de la salud. *Dolentium Hominum* 1998; 37: 16-21.
- 9 Lugo, E. Edith Stein: Empatía, responsabilidad moral y Dios. *Rev. Fundación Argentina de Psicoterapia* 1999; 2(2):93-100.
- 10 Lugo, E. Op. cit.
- 11 Pellegrino, E. *The lived world of doctor and patient*. Ed. Yale Univ. New Haven, 1996.
- 12 El autor de estas líneas prefiere llamarla "despersonalización", por considerar que este término representa mejor el distanciamiento entre los profesionales sanitarios y sus pacientes, motivado por la fugacidad y superficialidad de la relación que se establece, carente de identidad y subjetividad y con pobre afectividad y comunicación interpersonal.
- 13 Gafo, J. Diez palabras clave en Bioética. Ed. Verbo Divino, Navarra, 1991.
- 14 Casa, ML. Conocer y amar: vocación médica. *Cuadernos de Bioética* 1998; 34(9):336-43.
- 15 Santos, A y Peña, M. Humanización de la atención sanitaria: Retos y perspectivas (I) *Bioética* 2004; 5(2) 12-18.
- 16 *Ibidem*.
- 17 Laucirica, C. La vocación del trabajador de la salud y su servicio a la promoción humana. *Ethos* 2000; 19(5):14-16.
- 18 Santos, A y Peña, M. Op. cit.
- 19 *Los hospitales están considerados como empresas comerciales que deben someterse al criterio del provecho (...) la asistencia sanitaria proporcionada, se ha convertido en un 'producto' y el paciente en un 'cliente'; la calidad del producto que se proporciona, debe ser calibrada con el menor costo y ser lo más eficiente posible.* Lelkens, J. Deshumanización de la asistencia sanitaria dentro y fuera de las estructuras sanitarias. *Dolentium Hominum* 2001; 46(16):21-24.
- 20 Santos, A y Peña, M. Op. cit.
- 21 González, P. Medicina y persona humana. *Cuadernos de Bioética* 1998; 34(9):275-83.
- 22 Bauman, Z. *Le sfide dell'etica*. Citado por Viafora, C. Op. cit.

1 Médico especialista en Laboratorio Clínico. Profesor Auxiliar de la Universidad Médica de La Habana y del Instituto de Ciencias Religiosas María Reina. Master en Bioética. Centro de Bioética Juan Pablo II y Profesor Coordinador del Master en Bioética de esta institución.