

Bioética en la relación equipo de salud-paciente

Bioethics in the Health Team - Patient Relationship

Espinosa CV¹, Menoret V¹, Puchulu MB¹, Selios MJ¹, Witriw A¹

¹ Licenciada en Nutrición. Escuela de Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.

Correspondencia: claudiaanat@yahoo.com.ar || Recibido: 3 de agosto de 2009. Aceptado en su versión corregida: 7 de septiembre de 2009.

Resumen

Desde los años sesenta, paralelamente a la revolución técnico-científica, se observan cambios en la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes, ya que estos son cada vez más conscientes de sus derechos como tal y hacen valer su autonomía. Esto afecta la tradicional postura paternalista del médico. A su vez, la relación ha mutado de un esquema personal a la relación multidisciplinaria, donde todos los miembros del equipo de salud participan con igual consideración. Los cambios contemporáneos han llevado a que los profesionales de la salud trabajen hoy bajo distintas

presiones, observándose en consecuencia, una deshumanización en la relación.

El artículo plantea la situación actual de la relación profesional de la salud - paciente, analizando desde una perspectiva bioética los cambios y factores que intervienen en dicha relación.

Palabras clave: Bioética, relación equipo de salud-paciente, autonomía.

Diaeta (B.Aires) 2009;27 (128):31-xx. ISSN 0328-1310

Abstract

Since the decade of the '60s, along with the technical and scientific revolution, changes can be seen in the relationship between health professionals and patients, as the latter are increasingly more aware of their rights as such and vindicate their autonomy. This also affects the traditional paternalistic attitude of the physician. Additionally, the relationship has turned from a personal scheme to a multidisciplinary approach, where all members of the health team are involved with equal responsibility.

Contemporary changes have led health professionals to work under different pressures, which has resulted in a dehumanization of the relationship. This article describes the current situation of the health professional-patient relationship, analyzing the changes and factors involved in said relationship from a bioethical perspective.

Keywords: Bioethics, health team-patient relationship, autonomy.

Introducción

La relación entre los profesionales del equipo de salud y los pacientes ha cambiado progresivamente desde los años sesenta. La revolución tecnológica y científica ha impulsado estos cambios, pero también han incidido los factores sociales, culturales, políticos y económicos. Esto lleva a plantear como conjugar a la vez los diferentes principios éticos, normas deontológicas y convicciones propias para no dañar, hacer el bien y respetar al paciente.

La Bioética se define como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en la medida en que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y los valores morales. La bioética es un campo interdisciplinario constituido por principios y reglas morales ⁽¹⁾.

En la práctica clínica se destacan tres reglas morales: *Confidencialidad*, *Veracidad* y el *Consenti-*

miento Informado. El modelo bioético está constituido por los siguientes principios:

- **No maleficencia:** obliga a no hacer daño, a tratar con igual consideración y respeto a todas las personas.
- **Beneficencia:** obliga a hacer el bien al paciente, procurándoles el mayor beneficio posible, protegiendo sus intereses y limitando al máximo los riesgos, perjuicios y el mal innecesario.
- **Autonomía:** obliga a considerar que todas las personas son, por principio y mientras no se demuestre lo contrario, capaces de tomar decisiones respecto a la aceptación o no de todo aquello que le afecte.
- **Justicia:** obliga a tratar a todas las personas con respeto en el orden social y a no discriminarlas por ningún motivo, estableciendo igualdad de oportunidades.

Estos principios, de no entrar en conflicto, se deben cumplir (2,3).

En ocasiones, los profesionales de la salud, tienen que decidir sobre estos cursos de acción morales, por ejemplo, se discute si la confidencialidad y la veracidad son deberes absolutos o pueden vulnerarse bajo justificación terapéutica, obligaciones más fuertes, o frente a la mentira piadosa. Aquellos que defienden la autonomía del paciente, afirman que la mentira o la omisión de información falta al respeto de las personas y viola o daña toda relación basada en la confianza. Actualmente, el secreto profesional ha perdido vigencia, puesto que el equipo de salud debe considerar también sus obligaciones morales con la sociedad. La bioética, rama de la filosofía que reflexiona sobre el “deber ser”, es una disciplina que nos ofrece un camino para fundamentar nuestras decisiones y asegurar que son prudentes en condiciones de incertidumbre (2,4, 5).

El objetivo de este trabajo es analizar desde el punto de vista bioético la situación actual de la relación equipo de salud - paciente, considerando los factores que influyen en la misma.

El Licenciado en Nutrición, en tanto miembro del equipo de salud, esta involucrado en estas cuestiones y es su deber ético informarse para sumarse al análisis y a la reflexión sobre su relación con el paciente, ya que como parte de la sociedad esta atravesado por la historia y su evolución.

La relación equipo de salud - paciente

La relación equipo de salud - paciente surge en busca de un objetivo en común, la remisión terapéutica de la enfermedad o dolencia. Esta relación es fundamental y ya ha sido establecida desde un punto de vista filosófico hace 25 siglos por Hipócrates, que es el padre de la medicina. En esta relación, además de todos los integrantes del equipo de salud y el paciente, también participan sus familiares, allegados o representantes legales. De este vínculo, surgen los derechos y deberes de ambas partes (6-8).

La relación puede ser continua, esporádica o única en el tiempo, y queda enmarcada no solo por los participantes, sino también por la estructura del sistema de salud donde se lleva a cabo la prestación, el tipo de asistencia, la cultura, la tecnología, los recursos disponibles, entre otros. Esto hace que la relación profesional - paciente sea esencialmente conflictiva (7-9).

La relación con el paciente es un elemento decisivo en la práctica clínica, está modulada por factores sociales y culturales, y se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético. El médico se rige por el principio de no - maleficencia y beneficencia, el paciente, por el de autonomía, y la sociedad, por el de justicia. La bioética ha de hacer lo posible para respetar escrupulosamente, y al mismo tiempo, la autonomía, la beneficencia y la justicia (10).

La sociedad se encuentra en continuo progreso. Los cambios culturales, políticos, económicos, científicos y tecnológicos de los últimos años, han sido vertiginosos y profundos, llevando a reflexionar acerca de la insuficiencia de lineamientos bioéticos para tomar decisiones en la práctica profesional. Hoy nos cuestionamos *si todo lo que se puede hacer, se debe hacer*. Ante esta vorágine de cambios, la ética normativa (deontológica) encuadrada en dogmas, declaraciones, juramentos, códigos y normas, ya no es suficiente para resolver los conflictos y dilemas actuales. Sin embargo es importante tener presente que ante todo, se debe tratar a las personas siempre como fines en si mismos y no como meros medios o instrumentos (2, 11, 12, 13).

Los cambios contemporáneos también han afectado la interacción entre el trabajador de la salud y el consultante. La posición tradicional basada en el clásico paternalismo y la autonomía del paciente, hoy se juxtaponen. Este es quizás el cambio más importante en la ética clínica (4, 11, 12).

En la actualidad podemos asociar el paternalismo, con los *principios de beneficencia y no maleficencia*, donde el médico es quien toma las decisiones, considerando siempre la mejor opción, pero prescindiendo de la opinión del paciente, resultando así limitada o suprimida su participación, convirtiéndose en una relación vertical (5, 12,14).

Los integrantes del equipo de salud, caen en una relación paternalista, cuando guiados por estos principios, buscan algún tipo de beneficio para el paciente en contra de su voluntad (5).

En otro orden, el *principio de autonomía*, considera que el paciente tiene el derecho a ejercer la libertad de elegir y decidir sobre su atención. Resulta así, una relación horizontal de decisiones compartidas. Este principio supone personas competentes, libres de coacción y con información suficiente. El respeto a la autonomía ha traído confrontaciones al

tradicional modelo paternalista en la relación médico-paciente, que se ha formalizado en el Consentimiento Informado (5, 12, 13).

Los principios antes mencionados, en ocasiones se confrontan provocando conflictos que ya forman parte de una crisis de valores, donde la sumisión está siendo reemplazada por el principio de autonomía y donde el principio de beneficencia ya no es único y esencial en la medicina, sino que tiende a ser compartido con el paciente (5).

Desde la década de los años sesenta, asistimos a un movimiento progresivamente emancipador de los derechos del paciente, que ha transformado la relación fiduciaria médico-paciente en una relación donde los consultantes, cada vez más, se permiten dudar de la autoridad del profesional de la salud, juzgar la calidad de la atención, demandar, exigir, denunciar, reclamar y no dejar la decisión a otros (12).

Actualmente los profesionales, además de ser responsables del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, deben identificar las expectativas de sus pacientes, e intervenir para satisfacerlas en la medida de lo posible. Sin embargo, si bien en algunos países la autonomía ha sustituido a la beneficencia, en algunas sociedades latinas, el patrón paternalista aún se encuentra instalado. Se ha registrado que en ocasiones los pacientes prefieren prescindir de su autonomía por resignación ante la enfermedad o porque prefieren obedecer antes que asumir la responsabilidad de sus propias decisiones. Se observa con esto, que las distintas sociedades aprenden con diferente intensidad los cambios contemporáneos, por lo que podríamos estar viviendo un periodo de transición. Asimismo, estos cambios son producto de una crisis ético-médica tradicional que se pensaba eterna e inmutable y que no es necesariamente sinónimo de caos, sino solo una corriente que puede transformarse tanto en una situación mejor o peor. Lo ideal sería fusionar ambos modelos tomando los aspectos positivos de cada uno, para fomentar la responsabilidad y la participación ciudadana en el proceso de salud - enfermedad (5, 11, 16-19).

El médico, que establecía una relación con el enfermo de forma, casi familiar, ha desaparecido. La relación *médico - paciente* tradicional, acuñada por primera vez por Ernst Schweninger, donde el médico y el paciente durante la consulta, se encontraban *solos como en una isla*, ha evolucionado de ese esque-

ma personal a una relación multidisciplinaria, donde esa isla hoy está *superpoblada*. En la actualidad se considera que el médico ya no es el único que brinda atención a la salud de los individuos, también participan otros profesionales cuya relación con el individuo, puede ser tan intersubjetiva y humana como la del médico. A su vez, esto ha conducido a la atomización de la relación pudiendo provocar una sensación de desmenuzamiento y fragmentación que en ocasiones ha perturbado la intimidad, la privacidad y la confidencialidad. A raíz de este cambio, diversos autores plantean que deberíamos referirnos a una relación *equipo de salud - paciente* abandonando el término anterior. Pero como el que consulta no siempre es un enfermo, es decir un paciente, es más indicado referirnos a la relación *equipo de salud - usuario*. Como Licenciados en Nutrición, solemos realizar planes de alimentación para deportistas, embarazadas, adultos mayores, adultos normales que desean controlar su estado de nutrición y solicitan nuestra intervención, para estos casos es más apropiado emplear el término “usuario” o “consultante” y reservar el término “paciente” para aquellos que consultan porque padecen alguna enfermedad, o referirnos a ambos indistintamente como “usuarios” o “consultante” (4-6, 20).

Por otra parte, en la relación equipo de salud - usuario, la calidad de los encuentros, se ve afectada por otros factores que escapan a la voluntad del profesional y a la del usuario. Son los obstáculos que emergen de los modelos económicos y políticos, que llevan a la explotación laboral del trabajador de la salud. Los profesionales de la salud trabajan bajo diversas presiones, lejos del ideal de ejercer su profesión libremente. Esta relación se ve interrumpida por la institución, la familia, los financiadores, los gerentes, los abogados y los contadores, que influyen en el ánimo médico y tienden a dictar comportamiento. El profesional de la salud se enfrenta al dilema de defender los intereses de los enfermos y los de la institución en donde ejerce, que en ocasiones se contraponen (7, 11, 17, 20, 21).

Estos factores son sin duda generadores de sentimientos negativos y motivo de errores en la praxis. A su vez, considerando que los pacientes están más atentos a reclamar la responsabilidad legal del profesional, surge la “medicina defensiva”, donde el profesional es consciente que ante una mala praxis el paciente reclamará todos sus derechos. Se observa

entonces un distanciamiento en la relación, los profesionales mantienen la distancia, la actitud profesional, el autocontrol, emplean técnicas, procedimientos y estrategias de defensa que les asegura que ante un problema estarán protegidos. El objetivo es entonces buscar el equilibrio entre las presiones y las necesidades y exigencias del paciente para sobrevivir a la consulta. En consecuencia se produce un detrimento en la calidad de la atención (17,18, 22).

Los pacientes son conscientes de que, para que los profesionales de la salud los atiendan bien, necesitan tiempo y que éstos por lo general van con prisa. La consulta ahora dura minutos y la ecografía, la tomografía y el ecodoppler, han reemplazado el contacto físico y el relato de los pacientes. Asistimos, entonces, al ocaso de la semiología, al progresivo reemplazo del escuchar, palpar, percutir, auscultar, por el predominio de las imágenes (21, 23).

Además los pacientes, valoran de forma negativa que el profesional durante la consulta, no los mire, que ante un problema informe poco, que se muestren apurados y realicen indicaciones con rapidez. Aprecian que el profesional muestre entre otras cosas, motivación, interés, trabajo en equipo, empatía, eficiencia, competencia, accesibilidad, viéndose ello reflejado en la escucha atenta, el gesto afectuoso, la palabra oportuna, la exploración física, la información brindada, en transmitir confianza, mirarlos, en la consideración de su contexto social y familiar y que mantenga un seguimiento de su tratamiento. Esto último, sin duda, permite construir, con más facilidad, una alianza terapéutica que seguramente llevara a mejores resultados (20, 22).

Si bien la tecnología facilitó la consolidación del modelo científico con la profundización de los conocimientos biológicos y procedimientos terapéuticos, a su vez, puso distancia entre el profesional y el usuario y disminuyó la confianza en el valor de la comunicación y del examen físico. Se habla, entonces, de una deshumanización de la medicina (4, 5, 22).

Se observan dos fuerzas, que interfieren en la relación equipo de salud - usuario o más específicamente en la indicación terapéutica. Por un lado, el fácil acceso a la información induce a que la sociedad se interiorice sobre temas de salud y diversidad de tratamientos, esto lleva a que los profesionales, se encuentren hoy con usuarios más informados, lo que no significa mejor informados (12).

Por otro lado, las empresas que ofrecen bienes y servicios destinados al proceso salud-enfermedad, han desarrollado numerosos y variados productos orientados a prevenir y controlar enfermedades. Buscan posicionarlos a través de la información comercial empleando estrategias de marketing y promociones, logrando influir sobre los pacientes y profesionales, interviniendo directa o indirectamente en la indicación terapéutica. Es importante considerar además, que todo gasto en promoción, incentivos y apoyo a actividades académicas, se carga finalmente al precio de los productos. Es entonces una responsabilidad social, y atañe al *principio de justicia*, limitar estos incentivos. Como se ve, la indicación terapéutica puede tornarse una situación compleja, donde pueden intervenir conflictos de intereses que pueden llegar a afectar la ética profesional. Por lo que los profesionales de la salud, deberían mantener una relación de neutralidad con estas empresas y acudir siempre a sus conocimientos científicos y principios éticos, recordando que es prioritario responder a las necesidades del paciente (2, 9, 11, 18, 24).

Estamos llamados a afrontar un desafío trascendental, humanizar la relación con nuestros pacientes, esto implica, más diálogo entre ambas partes, una exploración física más dedicada, trabajar de manera transdisciplinaria, inspirar confianza y demostrar calidad humana, esto es interesarnos por el paciente, por su entorno, procurando brindar una atención lo más personalizada posible.

Conclusión

Las decisiones médicas afectan a la salud,preciado bien del ser humano, por lo tanto los profesionales deben observar meticulosamente los principios bioéticos. La bioética es el elemento indispensable para realizar elecciones frente a los nuevos conflictos actuales, donde no basta ni la actitud individual o personal, ni la intuición. Tanto profesionales como estudiantes de las ciencias médicas, deben adquirir conocimientos prácticos y filosóficos para poder respetar el derecho del paciente. Es necesario recurrir a la bioética en busca de lineamientos, teleológicos y deontológicos. Solo articulando estas caras de la ética, nos permitirá vivirla en plenitud (11, 25).

Se plantea como desafío, buscar una *beneficencia no paternalista* que pueda dar base a un sistema de sa-

lud más humanizado, donde los profesionales de la salud puedan ejercer su profesión sin estar a la defensiva ante los derechos de los pacientes y donde el paciente ejerza su autonomía responsablemente. En fin, una beneficencia compatible con la autonomía del paciente ⁽²⁵⁾.

Es necesaria una reflexión profunda entre los profesionales de la salud acerca de esta evolución en la relación profesional - paciente. Coyunturalmente estamos inmersos en una crisis de valores, que no significa necesariamente estar orientados hacia la ausencia de valores, sino que unos valores están siendo sustituidos por otros, o que los mismos valores están modificando o ampliando su contenido.

El principio de no maleficencia se ha expandido más allá del daño físico. Hoy abarca no dañar moral o psicológicamente al paciente, lo que implica respetar su libertad de pensamiento, sus creencias religiosas y su cultura ⁽⁵⁾.

Algunos profesionales quizás no han adquirido la formación necesaria para adaptarse a estos cambios, y procuran mantener una actitud tradicionalista, otros buscan los fundamentos para comprender los aspectos éticos de su profesión. Sin embargo, negar la evidente

evolución, es negar la historia y nuestra condición de seres racionales, por lo que todos los involucrados en la relación equipo de salud - paciente, deben recordar que históricamente, el progreso del hombre estuvo enmarcado en periodos de estabilidad seguidos por los de crisis, y que si bien las crisis implican incertidumbre, ésta no es eterna, y una vez superada, por lo general en algún sentido, se puede llegar a una situación mejor que la precedente, por lo que incentivamos a la reflexión individual y en equipo ^(5,11).

En estos momentos de crisis en donde existe la relatividad de los valores, y en consecuencia, la confusión entre lo bueno y lo malo, es cuando la Ética adquiere su real valor y marca el camino correcto en el medio de las desviaciones y de los escenarios confusos ⁽²⁶⁾.

En muchas ocasiones es muy difícil mantener una conducta recta frente a imposiciones de entidades comerciales con objetivos casi exclusivamente económicos. De ahí la importancia de mantener vivas las prescripciones éticas aprendidas, con el objeto de evitar su olvido y promover su cumplimiento por parte de las empresas de salud ⁽²⁶⁾ ■

Referencias bibliográficas ::::::::::::::

1. Mainetti JA. Bioética y revolución reproductiva. Quirón Fundación José María Mainetti para el progreso de la Medicina 1993; 24 (1) 48-51.
2. Burgos. La bioética en la práctica: análisis a partir de casos clínicos. 2007. Disponible en: www.aepap.org. (Consultado en noviembre de 2008)
3. Martínez Hernández MC. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. Rev. Cubana Salud Pública. 2006; 32 (1): 1-14.
4. Costa Gil JE. Ética Clínica y Obesidad. En Braguinsky J. Obesidad. Patogenia, clínica y tratamiento. Buenos Aires. 1996. P.1-14.
5. Ocampo Martínez J. La bioética en la relación médico-paciente. Cir. Ciruj 2002; 70: 55-59.
6. Martí ML. Simposio "Problemas actuales en la relación médico-paciente-familia-financiador". En: Boletín del consejo académico de ética en medicina. Buenos Aires. 2009.
7. Asociación Médica Argentina. De los Derechos Humanos. En: Código de Ética para el Equipo de Salud. Buenos Aires 2001.
8. Dolcini H, Yansenson J. Ética y Bioética para el equipo de salud. Buenos Aires. 2004. P.46-232.
9. Ortiz-Pommier A. Conflicto de intereses en la relación clínica. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2004; 42(1): 29-36.
10. Bolet Astoviza, M. Algunos problemas filosóficos de la nutrición: la ética en la atención nutricional del paciente. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004; 20 (1)
11. Montt Momberg J, Mancini Rueda R. Bioética y Práctica Médica. Rev Salud Mundial 1996; 5: 29-31.
12. Lifshitz A. Influencia de la bioética en la ética clínica. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 209-211.
13. Manzini JL, Salvador H. La autonomía del paciente y el consentimiento informado. Elemental análisis histórico y conceptual. Estado actual y perspectivas en la República Argentina. Quirón 1993; 24 (3): 40-47.
14. Molina Restrepo, ME. La ética en el ejercicio del nutricionista dietista. Rev Invest Educ Enferm 2004; (2):138-49.
15. Garcia GD. From clinical bioethics to a global bioethics: thirty years of evolution. Acta bioeth. 2002; 8(1): 27-39.
16. Yaselli, MA. Bioética y Nutrición en Salud Pública. Cuadernos de Bioética 2001; 46:1-11.
17. Gonzales Menéndez R. La etapa contemporánea de la relación médico paciente. Rev Cubana Salud Pública. 2004; 30 (2).

18. Bascuñán LM. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Méd Chile*. 2005; 113: 11-16.
19. Garay O. Los derechos de los profesionales del Equipo de Salud. *Rev Asoc Médi Argent* 2005; 118(2): 4-21.
20. Manzini JL. Relación medico-paciente. En: *Diccionario Latinoamericano de bioética*. Director Tealdi JC. Bogota: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. 2008. 441- 444.
21. Cháves D. Simposio Problemas actuales en la relación médico-paciente-familia-financiador. En: *Boletín del consejo académico de ética en medicina*. Buenos Aires. 2009.
22. Girón M, Begoña Beviá, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico paciente y resultado de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio de grupos focales. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2002; 76 (5): 561-575.
23. Agrest A. La relación médico paciente. En: *Boletín del consejo académico de ética en medicina*. Buenos Aires. 2009.
24. Beca infante JP, Ortiz Pommier A. Ética de la receta médica. Centro de Bioética. Facultad de Medicina Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo. 2008.
25. León Correa FJ. Autonomía y Beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva. *Biomedicina*. 2006; 2 (3): 257-260.
26. Martí ML. La Ética y la Medicina. En: *Boletín del consejo académico de ética en medicina*. Buenos Aires. 2009.

Aviso