

Derechos de los pacientes en Uruguay: percepción de los usuarios de hospitales

Dres. Yubarandt Bespali¹, Mario De Pena², Lic. Mario Consens³

Resumen

El trabajo fue realizado mediante encuesta evaluada con métodos de medicina social y antropología médica.

Se evalúa el conocimiento que las personas concurrentes a hospitales (quienes no habían tenido nunca acceso al tema) tienen de sus derechos como pacientes; haciendo teorización sobre la axiología cultural de la sociedad uruguaya.

Se investigó sobre derechos en internación y ambulatorios, consentimiento informado, autonomía, derecho a información, a confidencialidad, a veracidad, trato digno y cortesía, la cobertura asistencial y la imagen del médico.

Se comprueba un proceso de cambio histórico en nuestro país de la ética de la relación médico-paciente, con aparición de nuevos conceptos y valores. Reflejan que hay una interacción entre los valores morales de la sociedad uruguaya y los valores de ética profesional, de larga tradición médica. Las tendencias permiten pronosticar una nueva práctica de la ética de la medicina en Uruguay.

Palabras clave: *Bioética*

Consentimiento consciente

Confidencialidad

Relaciones médico-paciente

Antropología

Defensa del paciente

Ética médica

Medicina social

Uruguay.

Introducción

“A partir de 1975, este nuevo talante ético, que se concreta en un nuevo lenguaje, el de los derechos, unos nuevos códigos, los derechos de los pacientes, y hasta un

nuevo nombre, el de bioética, empieza a tener amplia repercusión internacional”⁽¹⁾.

Se considera que la ética médica tiene un aspecto objetivo expresado por las reglas que deben cumplirse en la práctica de la profesión y un aspecto subjetivo propio del médico como persona. En este último, enfrenta los conflictos de su conciencia moral ante los principios fundamentales de valores y las decisiones que debe asumir para cada situación particular. En esta líd se ubica el sector que les corresponde a los médicos para la defensa de los derechos de los pacientes, el cual opera como meta y guía para la ética del personal de la salud⁽²⁾.

El momento histórico en Uruguay de los noventa

Previamente al diseño de nuestro protocolo de investiga-

1. Médica psiquiatra. Licenciada en Ciencias Antropológicas. Ex docente del Departamento de Medicina Legal, Facultad de Medicina

2. Médico legista. Prof. Adjunto del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina

3. Licenciado en Ciencias Antropológicas

Investigación de campo realizada en el Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina.

Correspondencia: Dra. Y. Bespali. Casilla Correo 18007. Montevideo. Uruguay

Recibido: 29/5/95

Aceptado: 7/7/95

ción (primer semestre de 1991) no existía en Uruguay ninguna actividad pública o notoria, en el ambiente profesional, relacionada con el tema. Poco tiempo después, la Dirección del Hospital Maciel distribuía en ese nosocomio, una breve cartilla de derechos de los pacientes que se asistían allí. Y casi enseguida (marzo de 1992) el Ministro de Salud Pública, Dr. Delpiazzo, hace conocer al gremio médico un proyecto de «Normas de Conducta Médica» el cual contenía una declaración de derechos de los pacientes, basado fundamentalmente en la declaración de los hospitales norteamericana. Las normas suscitaron una vehemente discusión en el ambiente profesional, si bien no hubo oposición al contenido de la cartilla de derechos de los pacientes. El Decreto 258 del Poder Ejecutivo fue publicado en el Diario Oficial el 17 de junio de 1992 y entonces el tema de los derechos de los pacientes tomó estado público varios meses después de realizado el trabajo de campo de esta investigación, que se hizo en el tercer trimestre de 1991.

Propósito y objetivos de la investigación

1. La investigación tiene como primer propósito evaluar una realidad social: el conocimiento que las personas tienen de sus propios derechos como pacientes.
2. También se pretende elaborar, a través de los valores expresados por un público que al momento de los trabajos de campo no había tomado contacto con conceptos modernos de bioética ni del consentimiento médico, una teorización acorde con la axiología cultural de la sociedad uruguaya.
3. El tercer propósito fue docente, ya que los encuestadores fueron estudiantes de medicina de CICLIPA, quienes optaron por esta forma de evaluación continua del curso de medicina legal.

Fundamentos para la selección del tema

La visión de los aspectos éticos de la relación médico-paciente, o como diría Laín Entralgo, del momento ético-religioso de la relación médico-paciente, puede ser enfocada desde el punto de vista profesional como ética médica, o, desde el punto de vista del usuario, como la enumeración de sus derechos y obligaciones. Se eligió este último enfoque porque permitía una mejor aproximación al conocimiento de los valores que el propio usuario tiene.

El momento histórico era crucial: la encuesta refleja opiniones de personas que no habían tenido nunca acceso al tema, puesto que éste no había sido nunca motivo de educación formal, ni tampoco de discusión o polémica a nivel de medios masivos de comunicación en Uruguay.

Lugar de la encuesta

Fue realizada en tres hospitales montevideanos: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" de la Facultad de Medicina (542 encuestados), y del Ministerio de Salud Pública, Maciel (103 personas) Pasteur (135 encuestados) y en el interior del país en el Hospital de Maldonado (62 personas). Las encuestas de testeo fueron realizadas fuera de lugares de asistencia, gracias a un familiar o amigo de cada estudiante de medicina encuestador.

Material y método

El conjunto de operaciones para el manejo de los instrumentos fue, básicamente, una encuesta anónima.

El diseño de la encuesta fue realizado para investigar grandes temas de la bioética o de la ética médica moderna: derechos en general, confidencialidad, consentimiento en urgencia, para tratamientos quirúrgicos, para tratamientos médicos; derechos en asistencia ambulatoria, derechos en internación, derecho a la información. Las preguntas, totalmente abiertas, permitirían detectar los otros temas que integraran la preocupación de los participantes.

Tamaño y tipo de muestreo

Quedaron 842 encuestas válidas después de la revisión del material. El muestreo se realizó predominantemente por cuotas.

- Selección por sexo:* se eligió entrevistar a igual número de hombres que de mujeres (ya que en la población general son 49% hombres).
- Selección por papel:* para obtener además la opinión de personas que no estuvieran experimentando la tensión psicológica de una enfermedad se decidió que 30% de los entrevistados fueran acompañantes de los enfermos (también la mitad hombres y la mitad mujeres).

El grupo de 56 encuestas de prueba denominadas "teseo" no tenía cuotificación.

Criterios de inclusión

1. Persona adulta, que aparente tener entre 20 y 70 años de edad.
2. Persona que no tenga dificultades para entender y expresarse en lenguaje hablado.

El instructivo a los encuestadores especificaba las reglas, autorizaciones y requisitos que debían cumplir los estudiantes para realizar las encuestas. Previamente a las encuestas hospitalarias, hicieron una encuesta entre personas de su conocimiento (no relacionadas con servicios de salud ni el derecho), las cuales posteriormente fueron denominadas de "teseo".

Criterios de exclusión

1. Se excluye si se hace ostensible una alteración mental o de la conciencia al desarrollar el cuestionario.
2. Se excluyen aquellos pacientes en quienes aparezcan molestias o dolores que le perturben (independientemente de que en forma previa el instructivo a los encuestados, les había advertido elegir un momento y ubicación que fueran cómodos para el entrevistado).
3. Se excluyen aquellas personas (pacientes o acompañantes) que hubieran oído las respuestas de otro encuestado previamente (a fin de que las opiniones sean personales e individuales y no influidas por la de otra persona).

Procesamiento de los datos

El procesamiento del análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó mediante la última versión (1994) del Programa SPSS (Statistical Program for Social Sciences).

Resultados y discusión

Derechos a la salud

Conversación entre dos hombres en una esquina de Montevideo:

- “¿Cómo está toda su familia, Juan?”
- “Bien, ¿y la suya?”
- “Bien de salud. Eso es lo que importa. Lo demás, se puede arreglar.”

El principal derecho respecto a la salud de cada uno

Pregunta formulada: “*¿Qué es lo que usted diría en primer lugar, como su principal derecho respecto a su salud?*”

Como referencia citaremos que en mayo de 1992 el Sindicato Médico del Uruguay publicó una encuesta realizada por Equipos Consultores en Montevideo sobre la relación médico–paciente, en la cual 37% de los participantes dijeron que la salud era su preocupación más importante, y 68% ubicó a la salud entre las dos más importantes⁽³⁾.

En nuestra investigación, algunas respuestas abarcan los derechos humanos en general y tuvieron alcance muy amplio: “*Todas las personas deberían tener sus derechos, sin importar la situación socioeconómica*”.

El *derecho a la salud como bienestar* fue expresado por algunas respuestas que podrían ser suscritas por expertos en Salud Pública: “*para la persona sana, un correcto examen que le permita adelantarse a la enfermedad*”, “*cuidarme*”, “*a estar sano y tener buena atención*”.

La importancia de la salud como valor básico de la vida humana, se observa en la invocación de un creyente: “*que Dios me ayude a curarme*”. En el otro extremo se colocaría un escéptico empleado de 33 años de edad, quien dijo: “*no tenemos muchos derechos en este país*”, o la resignación de esta expresión: “*debo hacer lo que me pidan, porque tengo Tarjeta de Pobre*”.

Las más frecuentes se refieren a la calidad de la atención, en forma muy general: “*ser bien atendido*”, “*estar bien controlado*”. Hacen alusión también a los aspectos relacionados con el alcance y la cobertura: “*atención total, cubriendo todos los aspectos*”, “*hospitalización, si la necesito*”.

Un cierto número de respuestas son veladas o abiertamente críticas a las carencias del personal de salud: “*buena atención desde el punto de vista humano*”, “*no reclamo derechos porque ya me habían judeado mucho*”, “*yo exigiría una mayor preocupación del personal de salud*”, llegando al extremo de que una acompañante dijo: “*que no te traten como una bolsa de papas*”.

Otras respuestas, inmediatamente, evocan las carencias de las instituciones públicas hospitalarias: “*no estamos bien atendidos por falta de medios*”, “*derecho a medicamentos y equipamiento buenos, hospitales limpios, sin gente amontonada en las salas*”. Uno de los encuestados expresa su opinión como reflexión sociopolítica: “*El paciente que se asiste en los llamados Hospitales de Caridad cree recibir atención médica como una especie de limosna que le brinda el Estado*.”

Un ama de casa, de 22 años de edad reclamó como principal el derecho a “*elegir el médico*”. Podemos destacar que las respuestas evidencian interés por una buena relación médico–paciente, “*tener un médico de confianza*” y a su vez, que el médico demuestre preocupación por su paciente. Hay elogios hacia el personal de salud: “*no sólo médicos buenos, que los hay...*” La actitud también es crítica, y debe servir de advertencia a los médicos para mejorar la calidad de su vínculo con los pacientes: “*que los médicos se interesen más de los pacientes*”, “*que el médico me preste la atención que necesito*”. Una acompañante expuso la sutil diferencia entre tratar la afección y tratar al paciente: “*derecho a un buen tratamiento de la enfermedad, y del paciente*.” Pensamos que la sabiduría se expresó en boca de una empleada doméstica de 42 años de edad, quien tuvo el don de sintetizar lo que desearíamos para una buena relación médico–paciente de los tiempos actuales: “*ser escuchada, que me dediquen tiempo, y, si es necesario, que me realicen un tratamiento*.”

Un encuestado señaló el papel del médico como defensor de los derechos del paciente: “*los médicos son*

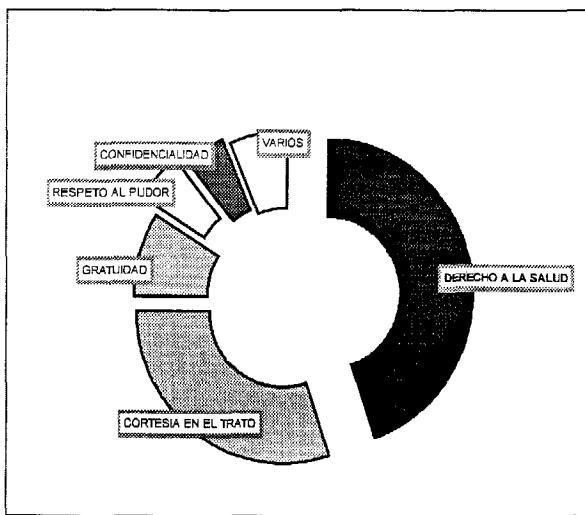


Figura 1. Los derechos en consulta

quienes le marcan los derechos, porque ellos son los que estudiaron".

El noventa y nueve por ciento de las respuestas que reivindican derechos relacionados con el trato amable, la cortesía y el respeto por el tiempo de los pacientes, provinieron de las personas que fueron entrevistadas en los hospitales, lo cual indica en forma inequívoca que los pacientes y sus acompañantes están sensibilizados, y posiblemente se sienten lesionados, en ese derecho, como para reclamarlo con la segunda respuesta en popularidad.

El reclamo de cortesía, amabilidad o evitar esperas que expusieron los encuestados en los hospitales Pasteur y Maciel fue muchísimo mayor que en los hospitales de Clínicas o de Maldonado.

Los derechos en la asistencia ambulatoria.

"Es más importante el enfermo que tiene la enfermedad que la enfermedad que tiene el enfermo." Aforismo clásico ⁽⁴⁾.

Pregunta formulada: *"Cuando se atiende en una policlínica o en un consultorio, ¿qué derechos considera que tiene?"*

Las respuestas de los encuestados cubrieron una amplia gama de temas: los derechos humanos y el trato humanitario; la cobertura de salud, la salud como bienestar; la libertad de elección de los técnicos y el derecho a la información, y principalmente la amabilidad y el trato considerado (figura 1).

Los derechos en la internación

Enrique IV: *"-Espero que tú cuides al Rey mejor que a los pobres del hospital."*

Ambrosio Paré: *"-No, Sire, es imposible."*

Enrique IV: *"-¿Por qué?"*

Ambrosio Paré: *"-Porque yo los cuido como reyes."* ⁽⁴⁾

Pregunta formulada: *"-¿Cuando Ud. se interna en un hospital o sanatorio, qué derechos considera que tiene?"*

Resultó preocupante descubrir expresiones como la de un mecánico de 60 años de edad, quien decía no tener *"ningún derecho, tengo que aceptar lo que me dan"*.

El reconocimiento de los propios derechos se hizo en una manera muy genérica por algunas personas: *"derecho a que me curen"*, *"ser bien atendido por un médico capacitado"*, *"que me alivien el dolor y me traten"*; para culminar por una precisión jurídica de *"tener los derechos que ampara la ley"*.

Aparece también el reproche a los defectos del personal de salud o del sistema asistencial: *"buena atención por parte de médicos y enfermeros"*, *"tendría que tener derechos que no se cumplen, por ejemplo que el médico escuche al paciente"*, *"ser visto por el médico diariamente"*, *"atención correcta, con respeto y privacidad"*, llegando a expresar lisa y llanamente *"que los pacientes sean atendidos como seres humanos"*.

Hubo alusiones a los procedimientos y la eficiencia del sistema hospitalario: *"no tener que esperar días para una cama"*, *"derecho a un tratamiento evitando largas internaciones"*.

Las opiniones más concretas se referían a: *"que me traten bien en un lugar limpio y tranquilo"*, *"poder recibir visitas"*, *"ser bien tratado y con buena alimentación"*, *"que me atiendan, limpian la sala y que me aseen"*, *"tener cordialidad, agua caliente en los baños, calefacción"*.

Comparación entre los derechos ambulatorios y en internación

Cuatro de cada diez encuestados destacaron que les importaba la cortesía y la amabilidad en el trato, con un porcentaje levemente más alto en la consulta ambulatoria (374 menciones versus 333). Obviamente, el confort del local aparece más importante en la internación (120 menciones) que en policlínica (53 menciones).

El respeto a la intimidad y al pudor (65/69 alusiones), y el cuidado de la privacidad y confidencialidad de los actos médicos (54/54 alusiones) tienen igual popularidad en ambos casos.

La libre elección de los técnicos aparece levemente mayor en los derechos en consultorio (36/17 menciones).

El concepto del consentimiento informado

"El derecho al consentimiento informado es tan reciente que no conocemos bien sus límites. La medicina tenía una gran experiencia en el manejo de la relación pater-

nalista, pero se encuentra prácticamente inerme ante esta nueva situación”⁽⁵⁾.

El “libre consentimiento informado” ha merecido todo un capítulo en el Código de Ética de la Academia de Medicina del Uruguay, publicado en Montevideo en noviembre de 1994⁽⁶⁾.

El consentimiento válido (por otros denominado “consentimiento informado”), es un término que implica un concepto y un contenido legal, pero su correcta aplicación queda sujeta a la ética y a la responsabilidad de cada uno. Consentimiento es una manifestación de voluntad en que una persona confiere a otra la facultad de ejercer un derecho propio, en este caso es el derecho a los cuidados de su salud. Para ser válido, requiere que sea expresado por una persona legalmente apta, mentalmente lúcida, sin coacciones de ningún tipo, previamente a una información adecuada⁽⁷⁾.

La autonomía

La decisión de una persona es autónoma, si deriva de sus propios valores y creencias, y se basa en un conocimiento y entendimientos adecuados. El concepto de autonomía moral es equivalente al concepto de libertad moral positiva; supone congruencias con planes de vida, elección y ausencia de coerción. El principio de autonomía establece que la persona libre debe conocer y hacer un balance para tomar decisiones en las que no contradice las creencias y valores de la persona⁽⁸⁾.

El paternalismo

Ha marcado toda la relación médico-paciente desde la antigüedad hasta la primera mitad de nuestro siglo. “La actitud del médico hipocrático es claramente paternalista en el sentido de que considera a los enfermos como incapacitados morales, y por lo tanto como personas que no pueden ni deben decidir sobre su propia enfermedad”⁽¹⁾.

Actualmente podría definirse que “*paternalismo es el rechazo a aceptar o a consentir los deseos, opciones y acciones de las personas que gozan de información suficiente y de capacidad o competencia adecuada, por el propio beneficio del paciente*”⁽¹⁾.

Hay paternalismos éticamente justificables, lo cual indica un conflicto de valores entre los principios de autonomía del paciente y de beneficencia del equipo sanitario.

En este proyecto se partió de la base que muchas personas sabían de su derecho a aceptar o rechazar un estudio diagnóstico o un tratamiento medicoquirúrgico, ya que la encuesta del SMU, realizada por Equipos Consultores en Montevideo en mayo de 1992, había mostrado que 76% conocía ese derecho, aunque 49% decía que esos derechos no se respetaban.

La autonomía desde la visión del usuario

Se confirma en esta investigación que las personas que concurren a hospitales en Montevideo y Maldonado, tienen como un valor preciado su autonomía para consentir o rechazar, aunque, cuando la pregunta es totalmente abierta, no lo evocan explícitamente entre los derechos: apenas cinco personas señalaron la libertad de elegir y “que le expliquen”.

Espontáneamente se reclamó el derecho a la libertad de consentimiento cuando se está internado “*derecho a decidir sí o no, al tratamiento*”.

Nítidamente los participantes delinearon tres categorías de autonomía del paciente:

- autonomía de máxima amplitud y alcance en el consentimiento para un acto quirúrgico;
- autonomía intermedia, con gran cesión de sus derechos al médico tratante en el consentimiento para la medicación;
- renuncia a la autonomía en la situación de urgencia con riesgo de vida.

El consentimiento en la urgencia

Las excepciones clásicas a la teoría del consentimiento, es decir aquellas circunstancias en las que se actúa sin cumplir necesariamente sus exigencias son: grave peligro para la salud pública, situación de urgencia, incompetencia del paciente, privilegio terapéutico de ocultar información si el médico piensa que será grave amenaza a la integridad psicológica del enfermo, e imperativos legales (por ejemplo vacunación obligatoria).

Las fundamentaciones presentadas para la opinión mayoritaria entre los encuestados, de que el consentimiento en la urgencia queda en manos del médico, generalmente pasaban “*porque sino se puede morir*” o “*porque corre riesgo de vida o muerte*”, o por los conocimientos y capacidad del médico, “*el médico sabe qué hacer*”, llegando incluso a decir: “*sí, porque es la autoridad en la salud*”. Una paciente, ama de casa, lo puso espontáneamente en lenguaje técnico: “*sí, porque el paciente no está en facultad de consentir*”.

En esta investigación se comprobó gran sincronía entre los valores éticos culturales de la sociedad uruguaya y los principios éticos profesionales. La mayoría es abrumadora, entendiendo que el médico debe actuar sin pedir autorización si corre riesgo la vida del enfermo. Este es un valor culturalmente aceptado por todos, independientemente de la edad, el nivel educativo o la profesión.

Una leve tendencia a retacear el poder del médico se observó en quienes estaban en papel de pacientes, en las mujeres y en las personas que nunca han vivido en una ciudad.

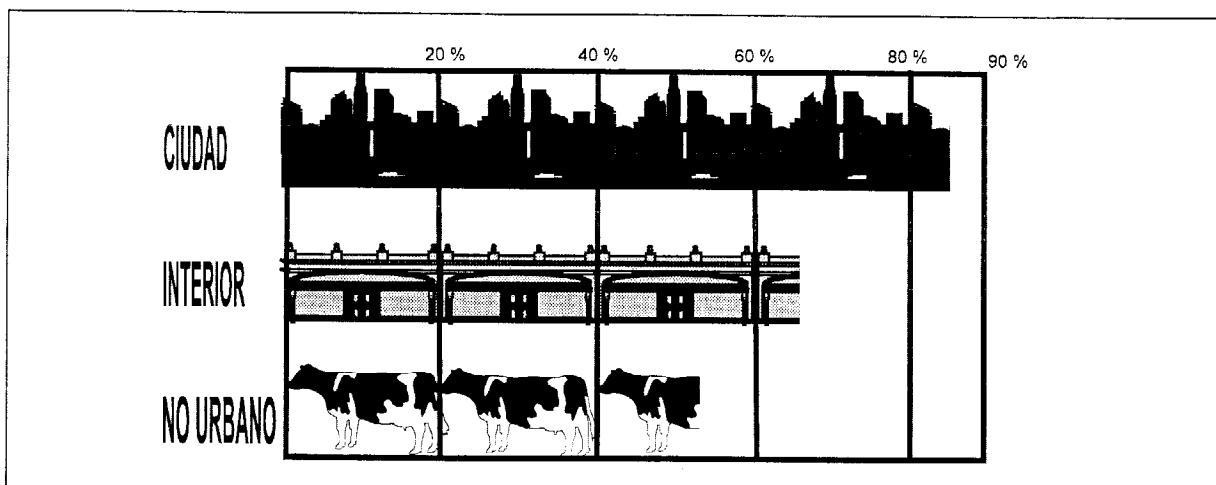


Figura 2. Confianza en capacidad médica según grado de urbanización

Estas personas podrían tener menos experiencia sobre los éxitos de la tecnología médica en la asistencia de emergencia, tal como se observa en la vida cotidiana urbana moderna. A mayor urbanización, aparece mayor confianza en la capacidad técnica y el caudal de conocimientos del médico (figura 2).

Respecto a los pacientes nos preguntamos si la cercanía ante una hipotética situación de estar corriendo riesgo su vida hace que se tornen más reticentes y celosos de sus derechos que las personas que están sanas cuando se encuentran en una situación propicia y ante un interlocutor dispuesto a recibir sus inquietudes. La opinión se expresó a pesar de la situación de dependencia de la estructura hospitalaria y de los médicos, que en la hipótesis inicial de los investigadores se le atribuyó a quienes se hallaban internados por su enfermedad.

Consideramos que hubo respuestas de gran sentido práctico (*“sí, porque el médico es el que sabe”* o, *“no, porque la familia es la que tiene que decidir”* por el paciente). Pero los encuestados mostraron una gran capacidad de abstracción aludiendo a valores (*“la vida está primero”*), considerando la obligación ética de los médicos de asumir la responsabilidad de asistir a sus pacientes, e incluso planteando la trascendencia de una decisión de tal tipo, cuya responsabilidad debería ser compartida porque es *“demasiada responsabilidad para el médico”*.

La formulación espontánea de opiniones en personas que no han estado presumiblemente en contacto con educación en los derechos del paciente en el consentimiento médico –ni siquiera al momento de la realización de la encuesta, con alguna información de los medios masivos que hiciera alusión al tema (lo que sí ocurrió poco tiempo después)– consideramos que tiene gran valor en la aceptación cultural que las normas éticas respecto a la auto-

nomía y sus limitaciones, pueden tener en la relación paciente–médico en Uruguay.

El principio de beneficencia en la visión del usuario

El principio de beneficencia es la obligación moral del médico de hacer el bien a su paciente, y se precede o se adjunta con el principio de no maleficencia, que es la obligación moral de no hacer daño al paciente. En las opiniones de los encuestados se expresó como la obligación ética del médico de asistir a quien tiene en riesgo su vida. Si bien desde la óptica del usuario no tuvo la potencia del discurso de los médicos sobre el tema, fue mencionado como la motivación para actuar en 5.4% de las respuestas. El peso de esta motivación, basada en el cumplimiento de hacer el bien al paciente, logró el doble de apoyo en el Hospital de Maldonado que en los otros.

Las personas que no tuvieron educación formal dieron el apoyo menos marcado de todos a la opciones que se clasificaron *“sí, porque tienen obligación ética”*. Si suscribíramos a las teorías de la estructura piagetiana de la moralidad, esta opinión podría traducir niveles menos abstractos de moralidad, y que no les serían tan fácilmente perceptibles los valores abstractos del principio de beneficencia.

El bien mayor en la visión del usuario

La mitad de las fundamentaciones expuestas para expresar por qué el médico debe decidir aludían a la jerarquía máxima de la vida humana como valor, lo que los juristas denominan un *“bien mayor”* en la escala axiológica, situado por encima del derecho a consentir o rechazar.

Los usuarios lo expresaron suscintamente *“la vida está primero”*.

La respuesta jerarquizadora de la trascendencia de la

decisión por la magnitud de los valores en juego, aunque decía “*no puede decidir el médico porque es demasiado responsabilidad para él solo*”, también alude en otro sentido a la jerarquía de la vida.

Cuanto menos urbanizado el encuestado, más tendencia muestra a responder por motivos relacionados con la jerarquía del valor de la vida.

¿Quién ejerce el derecho a consentir o rechazar?

Los valores culturales en la sociedad uruguaya están cambiando, así como los valores de la ética profesional en las últimas décadas, transitando de una visión paternalista y autoritaria de la relación médico–paciente hacia una visión fortalecedora del papel del paciente en su autonomía, como gestor de su propia salud.

Los encuestados fueron concluyentes en señalar que conocen y jerarquizan que las decisiones estén en manos del paciente tras una conversación con su médico (excepto en la situación de urgencia).

Igual que para el consentimiento en situación de urgencia, las mujeres son más reticentes en darle poder al médico solo (si bien hay similitud de conceptos respecto a la decisión que deben adoptar en forma compartida paciente y médico). Ellas prefieren, en ese lugar, opciones que otorgan más poder al paciente solo y a la familia. El vínculo de la familia, percibido como importante, capaz de opinar y dirigir la vida de sus miembros, y la influencia de fuentes de información alternas consideradas válidas por las mujeres para el consentimiento (otros pacientes, amigos y familiares) podrían ser atendidos como de importancia en las redes de comunicación de las mujeres.

Esta respuesta “*el paciente después de una conversación extensa con su médico*” estuvo relacionada directamente con el nivel educativo de los participantes. En la medida que en las proyecciones demográficas, la población general tiende en el futuro a tener mejores niveles educativos⁽⁹⁾, ésta será una tendencia al cambio hacia la afirmación y crecimiento del protagonismo del paciente como un valor de la sociedad uruguaya.

Las diferentes opciones que otorgan participación protagonica al paciente estuvieron presentes en las tres cuartas partes de los encuestados. En forma inversa, la opción de máximo poder paternalista al médico cirujano se dio tanto más marcada cuanto menos educado era el participante, con enormes diferencias entre el más bajo nivel educativo (26–27%) y el más alto (7,9%). La opinión de *otorgarle poder exclusivo al médico es tanto más popular cuanto más bajo el grado de educación del encuestado*. Esto indica que las personas con menor educación son proclives a favorecer un modelo de relación médico–paciente clásica más paternalista y más autoritaria.

La autonomía del paciente no es tema curricular en la

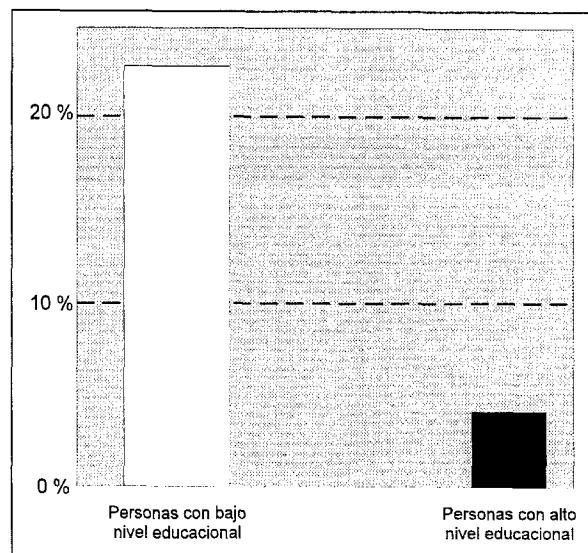


Figura 3. Poder exclusivo al médico en relación al nivel educativo del paciente

educación formal de los uruguayos. Evidentemente hay elementos formadores de opinión que actúan a través de la educación formal en forma implícita y no expresamente buscada.

El cambio en los valores de la sociedad uruguaya de los noventa también se puede proyectar como una tendencia que predominará en los próximos años, porque la decisión en manos del “*paciente tras una conversación con el médico*” es tanto más popular cuanto más joven es el encuestado. Y no se trata de despojar al médico, el técnico entrenado y capacitado de su papel en la decisión, simplemente la gente más joven reconoce y mantiene su participación, pero ya no en forma exclusiva o individual, sino en decisiones compartidas con el propio paciente (o incluso con el paciente y familiares).

También el estatus socioeconómico laboral tuvo influencia como factor notorio para el consentimiento quirúrgico en las preferencias por “*el paciente después de una conversación con su médico*”, ya que se dio en franjas: con muy alto apoyo (entre 67 y 100%) los que tienen por ocupación ser estudiantes, profesionales universitarios y empresarios; el apoyo medio se dio (51 a 58%) entre funcionarios públicos, empleados privados, labores del hogar y quienes ejercen un oficio, y apoyo menor a 46% en las ocupaciones menos calificadas y remuneradas (mendigos, desocupados, peones rurales, empleados domésticos y obreros urbanos). Aquellos cuyas ocupaciones son estudiantes, profesionales universitarios y empresarios, también son quienes eligen mayoritariamente esta opción para consentir para un tratamiento medicamentoso (figura 3).

La condición de paciente o acompañante no alteró la

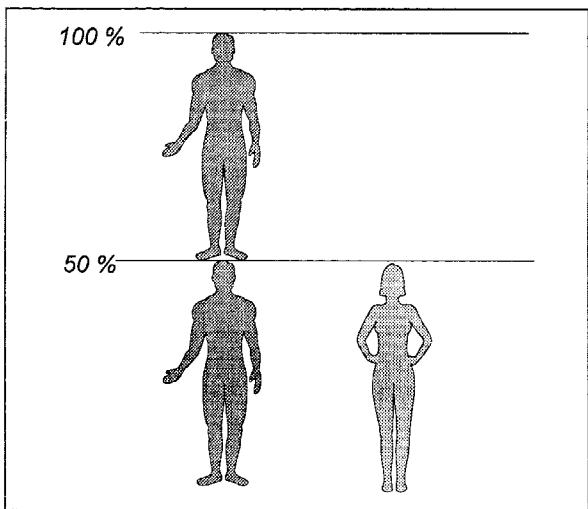


Figura 4. Dejar la decisión quirúrgica sólo en manos del médico. Los hombres duplican a las mujeres

preferencia por este tipo de consentimiento: “*el paciente después de una conversación con su médico*”.

El paciente, como único en ejercer el derecho a consentir, tuvo una preferencia baja pero permanente de 6-7%, llegando casi a 10%: entre las mujeres (9%) y las personas de edad mediana (9,8%).

También el paciente tuvo protagonismo en decisiones conjuntas con familiares en porcentajes menores. En general, todas las opciones que incluyen al paciente son más populares cuanto menos edad tiene el encuestado.

Los mayores de 62 años aceptan que el médico solo tome la decisión de una intervención quirúrgica en una relación de 8 a 5 respecto de los jóvenes. Nos planteamos la hipótesis de que las respuestas de los mayores tienen que ver con una forma de concebir los vínculos microsociales, tanto la familia como la relación médico-paciente, en una forma autoritaria y verticalista.

Nos preguntamos qué influencia ejerció para formar la opinión de los mayores en la primera mitad de este siglo el denominado “poder médico”⁽¹⁰⁾.

Y actualmente, ¿qué otra situación estará influyendo? Por ejemplo, el valor del cuerpo y de su autocuidado entre los jóvenes. “En nuestra cultura, donde nuestro cuerpo ha ido adquiriendo cada vez más importancia como símbolo indiscutible del peso que la vida privada y la intimidad individual tienen, también la enfermedad en tanto que amenaza de nuestro ser físico, ha crecido en relevancia”. Esta nueva valoración del cuerpo arranca –en otras latitudes– a mediados de la década del 60, y tardó bastante en generalizarse en nuestro país “... Se habla y se legisla sobre derechos humanos, entre los que novedosamente se incluyen los derechos del paciente. El enfermo, el paciente, aquél cuyo cuerpo está seriamente amenaza-

do o agredido, tiene un lugar especial en la sociedad, como antes nunca lo tuvo”⁽¹¹⁾.

En la opinión de los encuestados, el médico no perdió importancia en las decisiones a medida que la gente es más joven, lo que perdió es el poder de decisión exclusiva, sin la participación del paciente. La gente joven exige participar en las decisiones sobre su salud.

Es posible que las habilidades sofisticadas que el cirujano necesita para curar usando la tecnología médica, sean meramente reconocidas por las personas mayores mientras los jóvenes directamente lo asumen. Los jóvenes tienen familiaridad con todo tipo de tecnologías, se han criado en un mundo donde la vida cotidiana utiliza cada vez más elementos electrónicos, químicos, o computarizados. El cambio generacional se refleja en que mientras casi la tercera parte de los encuestados mayores le permiten al cirujano decidir por sí: sólo uno de cada cinco jóvenes le permiten tomar la decisión al médico en forma unilateral. Seis de cada diez reclaman decidir ellos mismos después de una conversación con su médico, lo que confirma las consideraciones anteriores.

Las mujeres se inclinaron levemente más que los hombres por decisiones compartidas entre varios protagonistas.

Es insoslayable en esta encuesta interpretar factores relacionados con el sexo atribuido al médico, ya que además que el imaginario colectivo considera a los médicos de sexo masculino la realidad ocupacional de nuestro país muestra una amplia mayoría de hombres entre los cirujanos, a quienes la formulación de la pregunta más fácilmente puede ser atribuida por el encuestado. Planteamos sí, para las encuestadas mujeres, la pregunta referente a la decisión de un tratamiento quirúrgico no hará surgir un conflicto de poderes entre géneros, además del conflicto de poder en la relación médico-paciente (figura 4).

La potestad de la familia para ejercer el derecho de consentir es una preferencia muy menor para nuestros encuestados, y generalmente aparece en forma compartida. En las urgencias aparecen como sustitutos en el ejercicio de los derechos de un enfermo grave en apenas 5,6% de las respuestas. En el consentimiento para cirugía, podemos observar que las opciones que incluyen a la familia tienen mayor popularidad entre las personas que han vivido más de un año en una ciudad del interior. Entendemos que esto corresponde a una mayor jerarquía del valor de la familia en ese medio, donde los grupos familiares mantienen mucho mayor contacto social entre sus miembros que quienes viven en grandes ciudades.

Cuando se trata del consentimiento para ser operado, la familia obtiene mayor apoyo de los participantes mayores de 62 años, las mujeres, las personas que viven en

el interior y los participantes del Hospital de Maldonado, lo que refleja realidades sociales de estos grupos, a los que hacemos referencia en otras partes de este trabajo. Nos hemos planteado algunas posibles explicaciones de esta preferencia entre los mayores:

1. Los ancianos tienen más necesidad de compartir la responsabilidades, mayor necesidad de apoyo y además, a diferencia de lo que ocurre con los niños y adolescentes tempranos, son conscientes de la disminución de sus capacidades para resolver solos algunos asuntos de su vida.
2. Los ancianos fueron educados en una cultura que otorgaba elevado poder de decisión al grupo familiar sobre los actos importantes de la vida de sus integrantes. Por ejemplo, los matrimonios, la elección de una profesión de los hijos.

Los acompañantes tuvieron el doble de interés que los pacientes en impregnar de poder a algunos familiares, posiblemente por identificarse ellos mismos como protagonistas.

La información relevante para consentir

Pregunta formulada: “*¿Qué datos le parecen a usted importantes que su médico le explique para poder seguir, o no, un tratamiento?*”

Cuatro de cada diez encuestados exigen espontáneamente información relevante para el consentimiento válido sobre el tratamiento propuesto. 16% de los participantes llega a exigir varios de los elementos que los bioeticistas consideran de importancia para valorar y apreciar: los efectos secundarios, los riesgos iatrogénicos de entidad, la evolución natural de la enfermedad si no se hace el tratamiento, incluso la pérdida de oportunidades y gores que puede acarrear esa terapéutica. Una persona pregunta con una frase que sintetizaría el pensamiento del bioeticista “*si se podrá vivir como antes...*”⁽¹²⁾.

Las sustancias farmacéuticas, por cierto, no se refieren solamente a la relación con los médicos, sino al poder y potencial de la tecnología avanzada⁽¹³⁾.

Sabemos que los “efectos secundarios”, término que frecuentemente se usa para aquellos resultados del tratamiento sin relación con el objetivo, están profundamente influidos por aspectos culturales (paradigmas de fisiología, nosología y terapias populares) de la sociedad local, que incluso pueden llegar a atribuirle resultados terapéuticos⁽¹⁴⁾. En antropología médica es bien conocida la diferencia de significados (por ejemplo si el sabor del medicamento es amargo) que le atribuyen respectivamente la farmacología clínica y el saber popular de la población en la asignación de potencia terapéutica.

En suma, 40% de las personas encuestadas han demostrado conocer y estar en condiciones de exigir, como in-

formación útil para decidir su tratamiento médico, los datos reconocidos por la moderna teoría bioética del consentimiento informado válido, en forma espontánea y sin sugerencias que pudieran inducir esa respuesta

El concepto de diferencias cualitativas entre tipos de consentimiento. Diferenciación entre consentimiento quirúrgico y médico.

Preguntas formuladas: A) “*¿Quién le parece que tiene que decidir cuando hay que hacer una operación para tratar una enfermedad? (Se le leerán todas las respuestas y usted eligirá una que en su opinión sea la mejor):* Sólo el paciente. Sólo el médico. Sólo los familiares del paciente. El paciente después de una conversación extensa con el médico. El paciente, con el médico y los familiares. Cualquiera de los nombrados anteriormente.”

B) “*¿Quién le parece que tiene que decidir sobre el tratamiento que usted tenga que recibir para curarse de una enfermedad? Por ejemplo, respecto a administrar medicamentos que puedan ocasionarle molestias: sólo el paciente. Sólo el médico. Sólo los familiares del paciente. El paciente después de una conversación extensa con el médico. El paciente, con el médico y los familiares. Cualquiera de los nombrados anteriormente.”*

La elección de dos preguntas diferenciadas para actos quirúrgicos y actos médicos tuvo dos fundamentos:

a)la teoría bioética del consentimiento, en la cual se considera que la exigencia de una formulario de consentimiento *por escrito* es sólo necesaria para intervenciones quirúrgicas o para técnicas de diagnóstico invasivas, marcando así una diferencia cualitativa entre ambos actos médicos;

b)la hipótesis antropológica de los investigadores de que los valores y creencias culturales de los uruguayos respecto a su salud podrían tener diferencias según se tratara de un acto quirúrgico o de tratamientos medicamentosos. La tendencia al uso de medicamentos, incluso por automedicación, y la medicalización de la sociedad actual uruguaya⁽¹⁵⁾ marcarían aspectos culturales por los cuales las personas suelen decidir por sí mismas respecto a si harán uso o no del tratamiento farmacológico por medio de un medicamento. Ante la imposibilidad de acceder en forma directa a la tecnología quirúrgica, la mediación del profesional médico resulta imprescindible, al que se exige mayor entrenamiento y aparentemente más habilidad tecnológica.

Es evidente que un tratamiento quirúrgico se percibió de distinta manera (y entidad) que uno con medicamentos. Las respuestas resultaron diferentes para consentir a un tratamiento médico que para consentir a un tratamiento quirúrgico. Las opciones de un solo protagonista, que denominamos “individualistas” tuvieron mayor porcentaje en el consentimiento médico que en el quirúrgico.

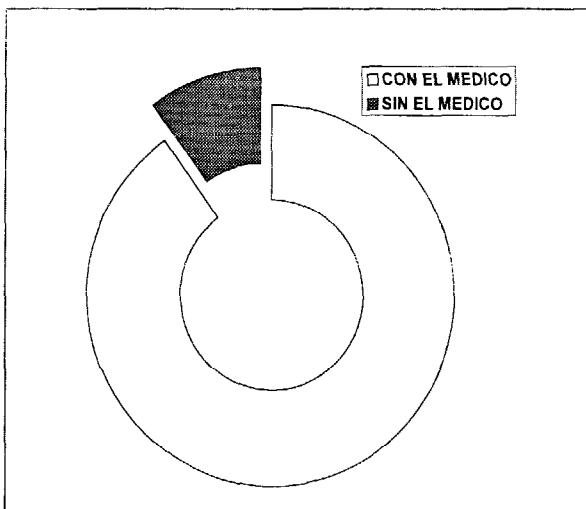


Figura 5. Papel del médico en las decisiones

Planteamos entonces que el consentimiento para un tratamiento medicamentoso tiene para los encuestados menor gravedad que para un acto quirúrgico, por lo que la responsabilidad no necesita ser tan compartida entre los participantes, según se desarrollará.

La posición modernamente más aceptada, en que “el paciente después de discutirlo con su médico” toma la decisión, tuvo adhesiones prácticamente en la mitad de los encuestados (con porcentajes de popularidad de 54.4% en cirugía y de 48% para tratamientos médicos).

En las decisiones para una operación, las opciones que incluyen al paciente (73.5%) tienen similar poder que el médico (78.2%), mientras que en las decisiones para un tratamiento médico, superan por lejos las opciones que incluyen al médico (87.5%), reclamando menos poder para el paciente (58.9%).

La diferencia más acentuada se dio en la opción “el médico solo”: 21.3% para una intervención quirúrgica y casi el doble (38.9%) para terapia medicamentosa. Quienes expresaron las máximas diferencias entre la cirugía y la medicina fueron las personas de mediana edad, los acompañantes, las mujeres, y las personas que tenían educación secundaria o superior. En el consentimiento para tratamiento medicamentoso, apenas un encuestado de cada diez excluye al médico de las decisiones. Esto revela la importancia de la figura del médico en concepto del cuerpo social (figura 5).

No hubo diferencias entre hospitales para la opción del “paciente con el médico” en el consentimiento quirúrgico. El Hospital de Maldonado tuvo elevadas las opciones de la familia, a expensas de la opción que otorga poder al médico en forma exclusiva, lo que refuerza la hipótesis planteada respecto a los lazos familiares. El Hospital Pas-

teur tuvo el modelo menos paternalista de protagonistas del consentimiento, mientras que el Hospital Maciel no se alejó del término medio para el consentimiento quirúrgico, pero tuvo el perfil más paternalista respecto al consentimiento para terapéutica medicamentosa.

Cuando se les planteó a los encuestados la decisión para un tratamiento médico, sobre una situación personal hipotética, surge como respuesta que casi 40% hace la cesión de su derecho al médico. En lo real, cotidiano y observable hay contradicción con el comportamiento de los pacientes, quienes muy frecuentemente deciden por sí mismos si tomar o no medicamentos, en total prescindencia de la opinión del médico. Hay dos fenómenos que cuando son medidos suelen tener gran importancia clínica y epidemiológica: el incumplimiento (*non-compliance*) o abandono de las indicaciones médicas, y, por el contrario, la automedicación, incluso a veces “indicada” por un lego, tal como se detectó en 14% de los montevideanos⁽³⁾. En Norteamérica, los expertos estiman, conservadoramente, que la mitad de los 1,8 billones de recetas que se extienden anualmente, no se toman correctamente, y que un tercio de los pacientes toman todo el medicamento que les fue indicado, que otro tercio toma sólo parte de lo prescrito, mientras que el tercio final no toma nada de lo recetado por el médico⁽¹⁶⁾.

La investigación antropológica típica, contrastando las normas culturales explicitadas por la sociedad con las conductas cotidianas desviantes observables en la realidad social, es una próxima etapa fecunda a cumplir en este proyecto. Dentro de esta línea, planteamos como hipótesis antropológica que, en la práctica, la autonomía del paciente se ejerce mediante incumplimiento o automedicación, por fuera de la regla ética cultural expresada normativamente en la encuesta, por la cual los usuarios dan la mayor parte del poder de decisión al médico. Otra hipótesis explicativa podría ser, desde el punto de vista de la teoría de la ética médica, que en el consentimiento para medicación, la popularidad de la respuesta que deja la decisión en manos del médico, refleja que adhieren a un modelo más paternalista que para la cirugía. Desde lo social, se puede explicar porque las personas encuestadas estarían otorgando escasa importancia a los riesgos iatrogénicos de la potente terapéutica farmacológica moderna.

Los familiares como protagonistas fueron considerados tres veces más gravitantes en las decisiones quirúrgicas (15%) que en las decisiones para tratamiento médico (5.2%). Aparece que los encuestados–pacientes dan algo más de trascendencia a una intervención quirúrgica que a “tomar pastillas” y que recurrir a los familiares es una instancia de mayor asesoramiento en un paso de tal envergadura.

Destacaron grandes diferencias entre sus propias opi-

niones en el consentimiento quirúrgico y el consentimiento para tratamientos medicamentosos: el grupo de testeo, las mujeres, las personas más jóvenes y las más cultas. Todos estos grupos marcan, sea por su influencia en el cambio de opiniones de la sociedad en el futuro (los jóvenes, o el número creciente de personas con más educación), sea por el mayor uso que hacen de los servicios de salud (las mujeres), una importante tendencia en los cambios de opinión social, a los que haremos referencia en las consideraciones finales.

La imagen del médico

Desde la antigüedad hasta nuestros días la imagen del médico lo ha presentado como un intermediario entre los hombres y los dioses, un apóstol, un sacerdote laico, integrando, junto con el sacerdocio y la monarquía, las profesiones positivamente privilegiadas por el corpus social. Ese papel del médico ha transitado desde una forma carismática (de la cual conserva esa investidura del don especial) a una tradicional, hereditaria, culminando actualmente con una burocrática, en la cual el poder se desplaza de la persona del médico a la estructura sanitaria, cada vez más tecnológica y potente sobre la vida y la muerte⁽¹⁷⁾.

Características de la imagen y el poder de los médicos han sido desarrollados en su evolución por los historiadores sociales uruguayos⁽¹⁰⁾. Tal como se señalará en las consideraciones finales hay un cambio social en el papel y *status* social del médico. La imagen del médico en Uruguay tiene un proceso claro de burocratización, tal como expresaron 78% de los montevideanos que los ubica limitados en su tarea técnica por mutualistas u hospitalares⁽³⁾.

En opinión de los encuestados, el médico osciló entre un papel de demiurgo (una ama de casa, 32 años de edad, dijo a la encuestadora: “*Señorita, después de Dios está el médico*”) al de alguien apurado, despectivo y desconsiderado, quien no presta ninguna atención al paciente ni se preocupa por comunicarse con él. Decían los pacientes: “*no entiendo nada de lo que me dice el médico*”; “*que el médico me preste la atención que necesito*”; “*quisiera ser atendido y ser respetado*”, “*no carecer de diálogo con el médico*”, o. “*hay derechos que no se cumplen: por ejemplo que el médico escuche al paciente*”.

El derecho a la información

Art.14. “Todo paciente tiene derecho a: 1. conocer sus derechos y las reglamentaciones que rigen sus obligaciones a través de las instituciones y los equipos de salud.” Código de Ética SMU⁽¹⁸⁾.

En 1990 se hizo una encuesta en los servicios sanitarios públicos de España, y al preguntarle a los usuarios

cómo creen ellos que se entiende la información que proporcionan los médicos en el ámbito hospitalario, 41% estima que se entiende regular o mal, frente a 42% que cree que bien o muy bien^(19,20).

En Montevideo, el Sindicato Médico del Uruguay hizo una encuesta en mayo de 1992, realizada por Equipos Consultores mediante 404 entrevistas a mayores de 18 años. La muestra se hizo por sorteo de manzanas y hogares montevideanos. Respecto a la información recibida del médico, los que habían estado internados en hospitales (56%) dijeron que la información fue suficiente siempre y 23% fue suficiente la mayoría de las veces⁽³⁾.

Nuestros encuestados, además de exigir información relevante para decidir su consentimiento a los tratamientos quirúrgicos o médicos, expresaron la necesidad insatisfecha de conocer más sobre la propia salud y los cuidados que los profesionales brindan: “*Que la gente esté informada sobre lo que corresponde y pueda así exigir*.” “*derecho a información por parte del médico y saber qué médico te va a atender*”. Hubo sugerencias reclamando comunicación institucional: “*Habría que preguntar sobre el mecanismo del Hospital*” “*Deberían darle una hojita con todos sus derechos*”. Un estudiante de 22 años de edad expresó lo que consideramos la síntesis de la preocupación de los investigadores de este proyecto: “*Por más que en nuestro país se reconozcan las declaraciones y códigos internacionales con respecto a los derechos de las personas enfermas, la difusión al respecto es nula*.”

La información del paciente fue considerada también como un derecho durante la internación.

Se preguntó a los enfermos internados sobre qué y cuánto les había dicho su médico respecto al diagnóstico de su enfermedad para así evaluar algunos aspectos de la calidad de la comunicación entre médico y paciente, como parte del derecho a la información. Los encuestados (estudiantes avanzados de medicina) clasificaron en cuatro grados, de acuerdo a su propia percepción de la calidad de comunicación, las respuestas dadas por los pacientes.

Sólo tres de cada cinco pacientes obtuvieron información suficiente o detallada, de buena calidad. Los otros dos, lamentablemente, no lograron una buena comunicación con su médico, y la calidad de la información fue muy escasa. Incluso uno de cada diez pacientes internados no había obtenido nada de información sobre su enfermedad!

La calidad de la información recogida por el paciente es tanto mayor cuanto más joven es el paciente. Entre los mayores de 62 años uno de cada seis no obtuvo nada de información.

Esta diferencia podría deberse a tres causas: a) mayor

demandas de información por parte de los jóvenes; b) mayor oferta de información a los jóvenes por parte del médico, quien tiende a explicarles mejor; c) más capacidad de comprender alguna información sobre la tecnología o de la jerga técnica médica, por parte de los jóvenes. Nos inclinamos a considerar que este gradiente en las frecuencias de la calidad de la información al paciente, sería debido a alguna de las dos primeras, o a una combinación de ellas.

Los participantes con buen nivel educativo obtuvieron la mejor calidad de información de parte de su médico tratante.

Considerando dos grandes grupos educativos: a) quienes no llegaron a secundaria o similar, y b) quienes sí cursaron liceo, UTU (Universidad del Trabajo de Uruguay) o universidad, aparece claramente que la información de buena calidad ("suficiente" o "detallada") está en relación directa con el grupo de mayor nivel educativo. Por el contrario la ocurrencia de mala calidad de información (o incluso "nada" de información) se da con mayor frecuencia entre los grupos que no alcanzaron la enseñanza media.

Tuvieron mayor dificultad para obtener información quienes no estaban viviendo en Montevideo (internados en Montevideo o en Maldonado). El Hospital Maciel tuvo la mayor dificultad para la información, y Pasteur la mejor calidad de información.

Respecto a lo que denominamos grado de urbanización, la peor información fue obtenida por quienes han vivido más de un año en ciudades del interior. Los que no han vivido en ninguna ciudad, tuvieron en general la media de la encuesta, dispersándose así los valores: poca información en los que han vivido en ciudades del interior y mayor información en quienes han vivido más de un año en Montevideo o en alguna otra gran ciudad.

La interpretación de estas cifras es difícil. Ya en otras preguntas del cuestionario, los que han vivido en ciudades del interior se perfilan como un grupo con características peculiares. Recordemos que no sólo se asisten en el Hospital de Maldonado (97,1% de sus pacientes), sino que también son una proporción importante de los pacientes internados en los hospitales montevideanos: 33% de los internados en el Hospital de Clínicas, y 24% en los hospitales Maciel y Pasteur. Una hipótesis primaria para comprender es que, en situación de no-enfermedad, son personas con una red de comunicaciones sociales intensa, de estrechos vínculos horizontales entre sus miembros (lo que no se daría ni en el aislamiento de las áreas rurales, ni en la sociedad extensa de las grandes ciudades). Al internarse, se insertan en una institución hospitalaria con grandes estructuras y organigramas verticalistas y peculiares reglas de comunicación, posiblemente

muy diferentes a las que a ellos les resultaban exitosas. Esto abre el planteo de la diferencia en las redes de comunicación de enfermos y no enfermos.

La ocupación laboral no influyó sobre la calidad general de la información, excepto en la categoría de "información muy detallada", donde estuvieron en desventaja los peones rurales, y en ligera ventaja los empleados privados y los funcionarios públicos. Este último fue el grupo que obtuvo la mejor información en relación a los demás: tuvieron siete casos de la más detallada información (en lugar de los 2,9 probabilísticamente esperados), a expensas de tener menos respuestas en "poca información". Nos planteamos la hipótesis de que podría corresponder al conocimiento que tienen los funcionarios públicos de las estructuras y procedimientos de una institución estatal, o incluso, que respondieran la encuesta algunos enfermos que eran trabajadores del Ministerio de Salud Pública, que allí tienen cobertura asistencial.

El derecho a la veracidad

Art. 16. ... "El paciente tiene derecho a obtener del médico un informe completo y veraz sobre la enfermedad que ha padecido y la asistencia que se le ha brindado." Código de Ética Médica SMU⁽¹⁸⁾.

La verdad como valor adquirió forma a través de las preguntas abiertas.

En forma espontánea, ya en la primera pregunta se evidenció el reclamo por la sinceridad en la relación médico-paciente: "*saber lo que tengo*", o, tal como dijo una paciente de 53 años de edad: "*mi principal derecho es tener un médico de confianza que me diga la verdad*".

Preguntados respecto a lo que consideraban necesario conocer para otorgar o rehusar el consentimiento, surgieron demandas de sinceridad a los médicos: "*quiero saber la razón, el porqué del tratamiento*". Tanto los pacientes que piden "*saber la verdad*", como los acompañantes que piden conocer "*la verdad sobre lo que tiene el paciente*" muestran el valor que tiene para el público el deber de veracidad del médico hacia su paciente.

El derecho a la confidencialidad

Preguntas formuladas: A) "*Le parece que los datos de su vida o su enfermedad, o lo que usted conversa con sus médicos puede ser contado por ellos a otras personas?*" B) "*En caso que la respuesta anterior sea afirmativa, a qué personas le parece que sus médicos podrían contar sobre su enfermedad sin que usted se sintiera incómodo?*" C) "*Por cuánto tiempo le parece que los médicos tienen que callarse respecto a lo que saben sobre la vida y enfermedad del paciente?*"

Extensión y alcance

A fin de lograr una participación más comprometida de los entrevistados con opiniones enteramente personales, la pregunta fue planteada para que el encuestado la respondiese en primera persona.

Las tres cuartas partes de los entrevistados respondieron que se le podría contar su historia clínica a determinadas personas privilegiadas.

No aparece diferencia en esta respuesta según el género.

La privacidad es un valor importante en los encuestados que viven en el interior, y mayor aún para quienes no han vivido nunca en ciudades. Una hipótesis explicativa sería que la urbanización disminuiría la reserva que las personas quieren que se tenga de su enfermedad. También nos planteamos que la experiencia obtenida al vivir en una ciudad podría determinar un mejor conocimiento sobre quiénes son habilitados para conocer datos sin que se produzca una brecha en la confidencialidad. Incluso podría ser por conocimiento de que el anonimato de las grandes ciudades y que el sistema burocrático de los hospitales, involuntariamente generando comportamientos estancos, no se presta para la circulación de la información.

El Hospital de Maldonado tuvo el porcentaje más alto de personas que respondieron que no permitirían que su historia clínica fuese contada a otros (42,6%). La hipótesis explicativa planteada es que influyó para tan alta valoración del secreto en ese hospital, que el encuestado pueda suponer que sus datos podrían ser conocidos por personas dentro de su propia comunidad (incluso por medios usuales como los avisos personalizados sobre la salud de internados que las radiodifusoras transmiten). Los pacientes del interior que se atendían en hospitales montevideanos, no tendrían tanta suspicacia, al encontrarse en una comunidad urbana en donde tienen escasos vínculos.

Es importante consignar que no hay diferencias por educación, ni por edad del encuestado, ni por su ocupación laboral, en las respuestas.

Los privilegiados para acceder al contenido del secreto médico fueron: otros médicos, estudiantes de medicina y familiares en cifras entre 37% y 27%. Los médicos, aunque no fueran el tratante, merecieron corporativamente la aprobación para ser receptores de los secretos de los pacientes (37% de las menciones).

Con porcentajes de popularidad diez veces menores aparecen los amigos u otros pacientes, advirtiéndose así el cuidado que el personal de salud debería tener para que aspectos personales de un paciente no trasciendan a otro.

Contenido

Dice el Código de Ética de la Academia Nacional de Medicina: *“Guardar secreto, como principio insoslayable, sobre cuanto hubiera conocido en forma explícita o implícita, directa o indirecta, acerca de la enfermedad, vida privada o intimidad de quienes hubiera de asistir o examinar en el ejercicio de su profesión...”* art. 30⁽⁶⁾.

Puede ser deducido de varias manifestaciones espontáneas que hicieron los encuestados como *“los datos personales”*, *“lo que me pueda identificar”*.

Duración

El Código de Ética de la Academia de Medicina expone claramente: *“Guardar secreto... aún tratándose de hechos notorios, o de que esas personas ya hubieran muerto y en esa eventualidad, mantener la misma tesisaría independientemente del tiempo transcurrido desde entonces”*, art. 30⁽⁶⁾. *La extensión temporal del secreto médico, no mostró relación ni con el género ni la edad, ni tampoco con la condición de paciente o acompañante.*

Se esperaba un porcentaje alto de respuestas por el valor que en ética médica marca la permanencia para siempre del secreto profesional. Sin embargo, menos de la mitad de los encuestados asumen que la confidencialidad deba ser permanente. Se plantea entonces un conflicto entre el precepto normativo dado por la ética médica y el valor cultural en la sociedad uruguaya.

Las respuestas podrían ser agrupadas entre:

A) Las *opciones que exigen secreto permanente o transitorio* son apoyadas por 81,2% de los encuestados. Adhirieron a las que tenían un claro fundamento preceptivo (*“siempre”*) o un gran sentido práctico (*“sólo hasta que el paciente haya fallecido”* y *“sólo hasta que cambie de médico”*).

B) La *opción que no exige callar* es apoyada por uno de cada seis encuestados. Preocupa este número tan alto de personas que no tiene claro o no exige su derecho a la privacidad. Se da con popularidad mayor cuanto menos educado es quien opina. El grupo de testeo, que era de alto nivel educativo, mostró la más alta preferencia por la preservación del secreto *“siempre”*. Ante el menor cuidado de la confidencialidad entre las personas con menos educación, planteamos como hipótesis explicativas de probabilidad decreciente:

- no pueden prever cuánto podría afectar a su privacidad la divulgación de los datos de su enfermedad en el sistema de salud;
- tienen menos acceso al conocimiento de sus derechos;
- el secreto podría cobrar mayor valor esencial tras el proceso de la educación formal.

La falta de educación formal incidió notoriamente para que optasen varias personas de ese grupo por la opción

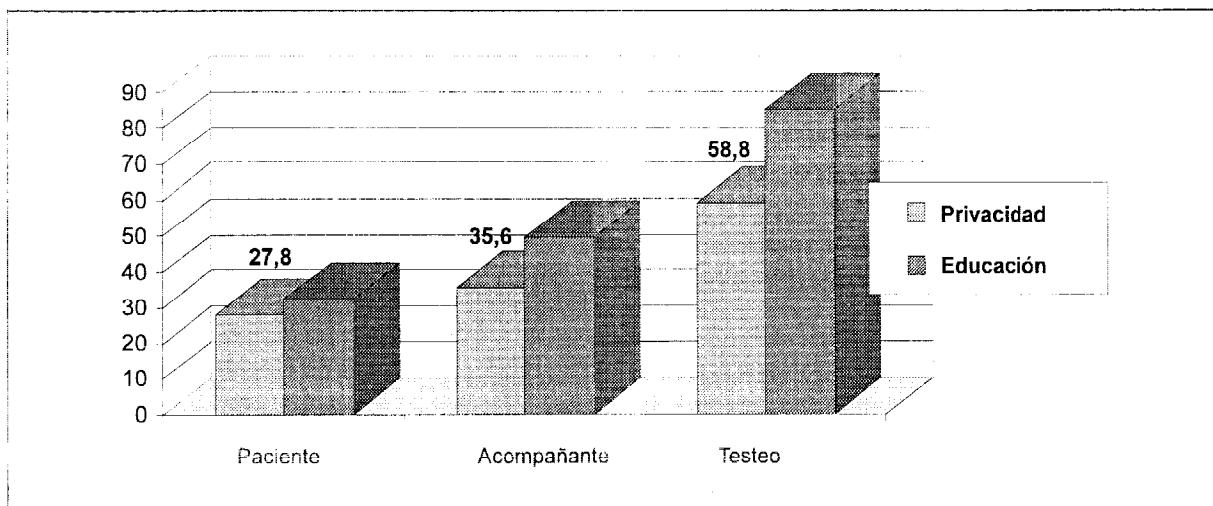


Figura 6. Relación entre privacidad y educación

“de uno a cinco años”. Esta opción carecía de fundamentación ética (no hay cambios en los valores éticos del secreto profesional porque se trate de uno o de cinco años) o práctica (no se refiere a momentos relevantes de la relación médico–paciente como podría ser la ruptura del contrato, o la muerte de uno de los protagonistas). Así se observa una aparente concordancia entre quienes dieron respuestas acordes con la ética médica y el buen nivel de educación formal.

Acceso a material privilegiado para congresos científicos.

Pregunta formulada: “*Cuando los médicos llevan un trabajo a un congreso que incluye su caso de enfermedad, ¿que tipo de datos le molestaría que se supieran de usted?*”

La gente delimita en forma precisa aquellos elementos que afectarían su derecho a la privacidad en caso que el secreto médico sea divulgado en una reunión científica: “*El nombre, la dirección, cosas de mi familia*”. Para un hombre de 41 años, que había cursado secundaria completa, lo importante era “*que no sepan quién soy*”, para otro, “*los datos relacionados con mi intimidad*” o simplemente “*mi identidad*”.

Previamente a disponer de los datos de la historia clínica para un congreso, un participante exige como requisito: “*primero que el médico me pidiera el permiso para elevar mi caso*”.

También los profesionales de la salud deben saber que cuanto más educado el paciente, mayor sigilo reclama para el manejo de sus datos en un congreso científico, es decir que la tendencia demográfica será que irá en aumento el conocimiento de este derecho por la sociedad.

El conjunto de opciones que ponen alguna objeción al

privilegio de los concurrentes a un congreso científico contaron con la mayor adhesión entre las personas más educadas: la mitad de ellas puso restricciones, mientras que sólo 13% de los que no habían accedido a educación formal reclamaron ese derecho. Ante estos datos, las hipótesis explicativas podrían transitar por algunos de estos elementos:

- a) a través de la educación formal las personas accederían a un mejor conocimiento de sus derechos ante el sistema médico;
- b) las carencias educativas dificultan al encuestado la posibilidad de imaginarse la situación concreta de un congreso y de lo que puede ser el relato de una historia clínica;
- c) la falta de educación podría influir en depositar en forma masiva la buena fe en los médicos, sin reservas críticas sobre el uso que se podría hacer de los datos. En este aspecto recordamos algunas frases provenientes de personas de bajo nivel socioeducativo que en la encuesta expresaron una fe ciega: “*después de Dios está el médico*”.

Los motivos para considerar tolerable la brecha a la confidencialidad durante un congreso, en muchos casos son altruistas: “*si sirve para mejorar a otra persona*”, “*si es para estudio*” o en forma trascendente como lo expresó una mujer de 51 años, quien tenía cursada sólo primaria y que trabajaba como doméstica dijo: “*si es para beneficio de la ciencia, no me molestaría*”.

Respecto a la condición de paciente, acompañante o testeo, cuanto más alejados de la situación de internación, más les molestaría que se conociesen elementos de su caso (el mayor sigilo es exigido por los encuestados de testeo). Ante esta mayor permisividad de quienes están

internados, planteamos la hipótesis de que los pacientes tendrían ya un acostumbramiento a mostrar sus afecciones (y su cuerpo) a los médicos, ejercitado por la condición de internado en un hospital. Cabe entonces reflexionar sobre el efectivo respeto a los derechos humanos en esos pacientes.

La educación cursada es determinante de una diferente actitud ante la privacidad, la intimidad (figura 6).

De todos los temas éticos considerados en la investigación, la confidencialidad o el secreto es donde hay más diversidad de respuestas y pluralismo de opiniones.

El derecho a la intimidad y privacidad

Durante la internación, algunos encuestados privilegiaron la obtención de intimidad o privacidad en su asistencia: “ser atendido y tener privacidad con el médico”, “tener privacidad”, o lo que denominó “privacidad y respeto”. Una acompañante de 59 años de edad, y tal como concretó una acompañante de 30 años: “ser atendido correctamente, con respeto a la intimidad”. Algunas observaciones que hicieron respecto a la privacidad pasaron por aspectos eminentemente prácticos: “los enfermos tendrían que estar separados por una pared o biombo para que no se molesten unos a otros”, tal como señalaba una señora de 40 años de edad.

Derecho al trato digno y a la cortesía

Las opiniones se extendieron en una amplia gama, comenzando por los que más abarcaban desde el punto de vista de los derechos humanos: “tener trato humanitario”, “una atención humana”, “ser tratado como un ser humano, sea pobre o rico”.

Basados en el deber ético del personal de salud, una gran mayoría de encuestados reclamaron amabilidad a quienes les asisten. Entre las numerosas alusiones al tema consignamos algunas: “buena voluntad para ser tratado”, “que tengan buen trato con el paciente”, “tener la amabilidad del personal”, “ser bien atendido y con consideración”, según señaló una obrera de 40 años de edad “respetar las indicaciones del médico pero con amabilidad por parte de los enfermeros”. Otras transitaron por reproches al personal, o al sistema de salud, de muy variable intensidad: “tener paciencia por parte del médico y “ser atendido con tiempo por parte del médico”, “que no lo rezonguen y le hablen amablemente”, “recibir trato amable, respeto”, o, como expuso crudamente una ama de casa de 27 años de edad “tener trato amable, ser considerado como una persona y no un objeto”, llegando al extremo de que una acompañante dijo “que no te traten como una bolsa de papas”.

Haciendo una cuidadosa selección de estos mismos temas tratados en la encuesta del SMU, se observa que en

aquella los reclamos apuntan más al sistema sanitario asistencial, preocupándose de disculpar las deficiencias de la atención médica mediante razonamientos como: “excesiva cantidad de pacientes para atender” o “muchos lugares de trabajo”⁽³⁾.

Cuando vertían la primera y más espontánea de sus opiniones en la encuesta, expresaban el reclamo por cortesía, amabilidad y evitar esperas inútiles como el segundo derecho en orden de popularidad.

Otros derechos: libertad de opciones, visitas.

La libertad de opción, de elegir libremente al profesional o el lugar de asistencia tuvieron claros defensores: “saber qué médico te va a atender”, “derecho a ser bien atendido, y si no, poder ir a otro lado”. La libre elección de los técnicos aparece mencionada más veces cuando hablan de sus derechos en consultorio que si debe internarse (36/17 menciones).

También reclamaron, entre otros, el derecho a tener visitas y a la comunicación.

Derecho a la cobertura y la asistencia y el principio de justicia.

El principio bioético de justicia puede ser definido como el derecho a que todos los individuos humanos, en tanto que personas, puedan alcanzar su propia perfección moral, en el sentido de que puedan alcanzar su propia autonomía. Es la constante voluntad de dar a cada uno su propio derecho. Es el principio moral rector de la sociedad, que mira por el bien común, así como la autonomía regía al paciente y la beneficencia al médico. Si nos referimos a la atención de la salud, se ha entendido como justicia distributiva (distribución de beneficios y cargas en la sociedad), la distribución equitativa de bienes escasos⁽⁸⁾.

Los participantes aludieron al principio ético de la justicia y se refirieron directamente a los recursos para asistirse: “que me atiendan y me pasen a un especialista si necesito”, “que a uno le hagan los análisis necesarios”, “tener atención, recetas y medicamentos”.

Lamentablemente, varias voces expresaron su convicción de que la justicia distributiva no se ejercía y que los derechos no tenían igualdad ante la condición económica del usuario. Un jardinero jubilado dijo que los derechos “serán diferentes si el consultorio es público o privado”; un albañil marcó la diferencia expresando que “en un sanatorio se tiene derecho a todo porque paga, y en un hospital sólo a ser atendido”; según una paciente “uno no es muy exigente porque en el hospital no paga en un lugar privado tiene más derechos porque paga”, y según un obrero de 51 años de edad “cuando uno paga tiene derecho a exigir, cuando es gratis tiene que aceptar lo que se le da”.

Entre los derechos de los pacientes internados también se aludió a los recursos escasos y a la distribución de los recursos.

Opiniones independientes de otras variables (edad, educación, sexo, condición de paciente del encuestado)

La homogeneidad de muchos aspectos de la encuesta es algo que señala valores eticoculturales comunes que trascienden diferencias de género, profesión o urbanización. No se debió a que hubiera inhibiciones ni retaceos para responder a los encuestadores. Algunas opiniones transestan todos los subgrupos sociales.

Respecto a la confidencialidad, no había influencia de educación, ni edad, ni sexo ni ocupación para determinar si se puede compartir con personas privilegiadas los datos de la historia clínica del paciente. Tampoco en la popularidad de cada uno de los protagonistas que se podrían privilegiar para conocer los datos confidenciales de la historia clínica, ni por sexo, ni edad ni situación socio-ocupacional. No hubo diferencias por sexo de los encuestados respecto a la duración de la obligación de guardar secreto profesional en la salud.

Se requiere una explicación que dé cuenta del fenómeno mediante la existencia de una base axiológica común en la cultura popular, que impregna los valores muy específicos de los derechos en la salud.

La realidad sociocultural de Uruguay y la escasa importancia que le da a la duración a permanencia para siempre del secreto médico se trasluce en el saber espontáneo de los estudiantes de medicina, quienes, en experiencia de los docentes participantes de la investigación, tienen especial dificultad para aceptar el principio normativo profesional del secreto a permanencia.

También surge cierto cambio en los valores respecto a la exigencia por parte de los pacientes o potenciales pacientes, del derecho a la veracidad. Este deber de la ética médica, tiene distinto valor en la tradición bioeticista anglosajona (donde es máximo), que en la ética europea y sobre todo latina, donde es limitado y acotado por el privilegio terapéutico del médico, quien puede o no confiar a su paciente la verdad sobre su estado si el pronóstico es malo, a fin de no afectarle psicológicamente.

Los resultados respecto a la opción acorde con el concepto moderno del consentimiento válido son: “*el paciente después de una conversación con su médico*”, evidenciaron que no hubo influencia por la condición de ser o no paciente, demostrando que es un valor cultural firme, no condicionado por las vicisitudes de la salud del encuestado, o de su papel en el hospital.

Las motivaciones para dejar la decisión del tratamiento en manos del médico en la situación de urgencia, no

tuvo relación con el nivel educativo de los encuestados, ni con su edad. En ese caso, se omite el consentimiento porque el valor ético de la vida es unánimemente aceptado. Sin embargo, esas mismas variables (edad y educación) influyeron en el consentimiento médico o quirúrgico fuera de la urgencia. En estos últimos casos el valor en juego es el principio ético de la autonomía, que no está homogéneamente representado en la cultura. Planteamos la hipótesis de que la sociedad no expresa cambios en los valores que asigna a la vida, mientras que sus valores están en proceso de cambio desde una concepción paternalista de la ética médica hacia una concepción moderna de la autonomía del paciente.

Consideraciones finales

“La ética y los valores no pueden ser separados de las determinantes sociales, culturales e históricas que regulan tanto la definición como la resolución de las incertidumbres éticas. Los antropólogos pueden contribuir al campo de la ética médica y de la bioética... llamando la atención hacia los apuntalamientos culturales que sostienen y refuerzan los constructos éticos en asuntos de salud y enfermedad, y extendiendo el alcance del campo a través de las exploraciones de la variación transcultural e intracultural en la producción de respuestas a los dilemas médicos y morales” (21).

Este trabajo es el primer documento que comprueba el cambio histórico en nuestro país de la ética de la relación médico-paciente, con la aparición de nuevos conceptos y valores. Refleja la vinculación de los valores morales de la sociedad uruguaya en relación con los valores de la ética profesional, como una nueva aproximación, con coincidencia entre muchos aspectos sociales y los actuales principios éticos médicos.

Las actitudes y opiniones de los jóvenes y de quienes tienen el mejor nivel educativo, por la importancia de su influencia creciente confirma la tendencia de la dinámica cultural.

En la actualidad hay una real interacción entre la sociedad y los valores que la normatizan por un lado, y por el otro, los médicos y los suyos de larga tradición, lo que generará un proceso dinámico hacia una nueva práctica de la ética de la medicina en Uruguay.

Agradecimientos

A los pacientes que superaron sus molestias para responder. A los acompañantes que colaboraron. A todos los médicos de salas que autorizaron las encuestas. A la Br. Rosario Chenlo, y a la Srta. Andrea de Pena, quienes colaboraron en el procesamiento de datos.

A los encuestadores, estudiantes de medicina de CLIPA en 1991: Magalli Guerrini, Guillermo Nairac,

Isabel D'Avila, Sergio R. Bentos, Leonardo Godoy, Ana-lía Varela, Javier Gómez, Alfredo Maino, Claudia Patrone. Esteban Batista, Monica Pimienta, Rafael Méndez, Edgardo Rodríguez, Carlos Villar, Carla Rolando, Rocío Clavijo, Roberto Daniel García, Wiston Cabrera, Cecilia Torres Ramírez, Salvador Del Priore, Ingrid Helbling, Irma Carri, Cecilia Marrero, Carina Real, Rafael Pereyra, Gianella Parrado, Verónica Paganini, José C. Lein, Jorge Lazo, Néstor Gómez, Patricia Kollar, Graciela Ghemi, Juan Gambetta, Fernando Genta, Mario Galli, Fanny Barrera, Cecilia Airaudo, Alejandro Piwen, Francisco Santurión, Mayra País, Hugo Mario Adrouer, Rossina Servetto, Claudio Rabotti, Gabriel Rey, Walter Oliveira, Cristina Lustenberg, Alfredo Alvarez, Carolina Goñi, Daniel Mattera, Pablo Hernández, Diego Ludano, Graciela Penna, Argelia Prieto, Serrana Motta, Marcelo Bao, Alejandro Franco.

Résumé

Le travail sur l'éthique médicale a été réalisé au moyen d'une enquête évaluée avec des méthodes de médecine sociale et anthropologie médicale.

On évalue la connaissance que les personnes qui assistent à un hôpital, ont de leurs droits en tant que patients; on théorise aussi sur l'axiologie culturelle de la société uruguayenne.

On fait une recherche sur les droits d'hospitalisation et ambulatoires, le consentement informé, l'autonomie, le droit à l'information, à la confidence, à la véracité, au traitement digne et à la politesse; aussi, sur le champ d'assistance et l'image du médecin.

On constate un changement historique chez nous, de l'éthique de la relation médecin-patient, ainsi que la naissance de nouvelles valeurs. On remarque une interaction entre les valeurs morales de la société uruguayenne et les valeurs d'éthique professionnelle, à longue tradition médicale. Les tendances permettent de pronostiquer une nouvelle pratique de l'éthique de la médecine en Uruguay.

Summary

The present work on medical ethics is based on a survey evaluated with methods of social medicine and medical anthropology. An assessment is made of the knowledge that persons attending hospitals (who had never had access to the subject) have their rights as patients, taking into account theorization on the cultural axiology of Uruguayan society.

An investigation was carried out of the rights deriving from hospitalization and ambulation, informed consent, autonomy, right to information, to confidentiality, to ve-

racity, to up right and courteous treatment; the care feature; and the physician's image.

It is possible to verify a process of historic change in our country as regards the ethics of physician-patient relationship along with the onset of new concepts and values. They reflect an interaction between the moral values of Uruguayan society and the values of professional ethics, of long medical tradition. Prevailing trends underlie the prognosis of a novel practice of medicine in Uruguay.

Bibliografía

- 1) **Gracia D.** Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema 1989: 605 pp.
- 2) **Bespali Y.** Derechos de los pacientes. In: Dpto. de Medicina Legal, Prof. Dr. G. Mesa. Medicina Legal 2a. ed., Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1993: 193-8, Tomo I.
- 3) **Equipos Consultores.** Encuesta La relación médico paciente en la población de Montevideo. In: Sindicato Médico del Uruguay, Primeras Jornadas de Prevención de la Malpraxis Médica. Montevideo: SMU, 1993: 127-67.
- 4) **Valvachan O.** Comentarios sobre ética médica. In: Sociedad de Etica en Medicina. Curso de Etica en Medicina . Buenos Aires: Universidad Maimónides, 1994:34-5.
- 5) **Gracia D.** La práctica de la Medicina. In: Tratado de medicina interna. 5a. edición. Madrid, 1992: 3-10.
- 6) **Academia Nacional de Medicina.** Código de Etica. Bol Acad Nac Med Uruguay 1994; 13: 61-91 (Separata).
- 7) **Bespali Y.** Consentimiento y malpraxis. In: Sindicato Médico del Uruguay, Primeras Jornadas de Prevención de la Malpraxis Médica. Montevideo: SMU, 1993: 41-7.
- 8) **Cerruti S, Curbelo M, de Pena M.** Etica y Sida. In: Etica y Sida. Trabajos premiados en la Jornadas de Etica Médica Buenos Aires: FADIM, 1994: 1-5.
- 9) **CELADE.** Dirección General de Estadística y Censos. Uruguay: estimaciones y proyecciones de la población urbana y rural por sexo y edad. 1975-2025. Montevideo: Dirección General de Estadísticas y Censos, 1989: 97.
- 10) **Barrán JP.** Medicina y sociedad en el Uruguay del No-vecientos. Montevideo: Banda Oriental, 1992: 279 pp. (Tomo 1), 1993: 258 pp. (Tomo 2)
- 11) **Bespali Y, Domingo P.** Yo paciente, también tengo derechos. Montevideo: Rosebud, 1994: 115 pp.
- 12) **Culver ChM, Gert B.** Philosophy in Medicine. New York: Oxford University Press, 1982: 42-3.
- 13) **Van der Geest S, Whyte SR.** The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms. Med Anthropol Q 1989; 3 (4): 345-67.
- 14) **Etkin NL.** Side Effects: Cultural Constructions and Reinterpretations of Western Pharmaceuticals. Med Anthropol Q 1992; 6(2): 99-113.
- 15) **Barrán JP.** Aspectos de la naturaleza de la Sociedad Uruguaya. In: Barrán JP, Bayce R, Geróni A, De Matos et al. La medicalización de la Sociedad. Montevideo: Nordan Goethe Institute, 1993: 145-74.

- 16) Clepper I. America's Invisible Epidemic. Fam Practic 1992; 6:7.9.
- 17) Lain Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza, 1983: 491 pp.
- 18) Sindicato Médico del Uruguay. Código de Etica Médica. Aprobado el 27 de abril de 1995. Montevideo: SMU, 1995: 64.
- 19) Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I) Barcelona: Med Clin (Barc); 1993; 100:659-63.
- 20) Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (II) Barcelona: Med Clin (Barc); 1993; 101: 174-82.
- 21) Marshall P. Anthropology and Bioethics. Med Anthropol Q 1992; 6(1):49-73.

Sindicato Médico del Uruguay Revista Médica del Uruguay

Invitan a participar del tema

Bases racionales para el manejo y tratamiento ambulatorio del asma en el niño y el adulto

1. El asma como enfermedad inflamatoria
El papel de la alergia en el asma
 2. Métodos de evaluación
 - Espirometría
 - Curva flujo/volumen
 - Picoflujometría
 3. El asma y su relación con las enfermedades obstructivas crónicas del pulmón
 4. El asma y afecciones alérgicas asociadas
 5. La historia clínica del paciente asmático
 6. Los cuatro pilares en el tratamiento y manejo del asma
 - 1) Medición objetiva de la función pulmonar
 - 2) Tratamiento farmacológico
 - ¿Cuál es el fármaco de elección?
 - ¿Es obsoleta la teofilina
 - ¿Es correcto el uso de medicamentos combinados en la terapia inhalatoria del asma?
 - 3) Medidas ambientales
 - 4) Educación del paciente y su familia
 7. El asma, enfermedad crónica
 - Educación del paciente y su familia
 - Complacencia/adhesión al tratamiento
 - El médico general frente al paciente asmático
 - ¿Cuándo debe consultarse un especialista?
 8. Resumen final
- 1^a parte:** 19:30 a 20:30
Preguntas: 20:20 a 21
- Intervalo:** 21 a 21:15
- 2^a parte:** 21:15 a 22:15
Preguntas: 22:15 a 22:30
- Lunch:** 22:30

Coordinador general: Dr. Ariel Rodríguez Quereilhac
Participan: Dres. Juan Carlos Baluga, Eduardo Milano

*El curso comenzará puntualmente
a la hora 19:30*

Salón de Actos del SMU. Bulevar Artigas 1521

Adhiere: Glaxo-Wellcome