

Uno de los elementos de la calidad de vida: el contrato médico

Psic. Alicia García López¹

Resumen

A partir del análisis de sentimientos en médicos y pacientes con respecto a la atención de salud, se intenta una explicación del fenómeno del malestar observado en esta área. Para ello se aborda el concepto de calidad de vida y sus componentes, mostrándose las áreas que conforman la calidad de vida del paciente y la interacción de éstas con las áreas de calidad de vida del médico. Se estudia cómo el médico influye en la calidad de vida del paciente y viceversa; sobre todo la influencia del paciente en el ejercicio profesional y situación laboral del médico. Finalmente se elucida el concepto de contrato entre el médico y el paciente. Su análisis detallado, el intento de aproximación a satisfacer las expectativas ideales de las partes concernientes, la comprensión de los requisitos, su fundamentación y su explicitación, serían los elementos clave para un buen diseño y desempeño del contrato.

Palabras clave: *Calidad de la atención de salud
Calidad de vida
Relaciones médico-paciente
Atención médica.*

Introducción

A lo largo del trabajo se elucida el concepto de calidad de vida asociado a la interacción del médico y paciente, sosteniendo que cuando la misma se establece en base a requisitos claramente formulados y compartidos, sobre un contrato explícito, la calidad del vínculo se incrementa.

Al comienzo del trabajo se encontrarán los antecedentes en materia de estudios específicos sobre expectativas y satisfacción de la atención médica realizados en Uruguay y Estados Unidos. A continuación, partiendo de la elaboración teórica efectuada por un grupo de la OMS,

y de otros estudios de varios países, se establece una definición operativa de calidad de vida.

Posteriormente se presenta la interacción entre las dimensiones de calidad de vida del paciente y del médico, para concentrarse en los factores principales que constituyen la situación laboral y profesional médica.

Lo anterior permite llegar al concepto de contrato médico y en particular a las deficiencias que se perciben en la forma en que habitualmente se lo establece, para concluir así en el señalamiento de posibles caminos de acción para maximizar la efectividad del vínculo médico-paciente.

Antecedentes

La idea del presente trabajo surge del escuchar de forma analítica, durante varios años, a pacientes orgánicos — principalmente oncológicos — y de médicos y otros técnicos de la salud, que trabajan con pacientes en situación de enfermedad orgánica.

El hecho de escuchar a pacientes tratados en psicoterapia individual y a médicos (algunos en psicoterapia individual, y otros de grupo analizando la relación médi-

Trabajo realizado en base a una exposición efectuada en las V Jornadas de Actualización Oncológica, Montevideo, junio 1993.

1. Psicóloga de la Cátedra de Oncología Clínica. Facultad de Medicina de la Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Licenciada en la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica.

Correspondencia: Alicia García López. Av. Rivera 4660. CP 11400. Montevideo, Uruguay.

Recibido 31/5/95

Aceptado 28/7/95

co-paciente), conduce a observar la distancia significativa que existe entre unos y otros, acerca de lo que debe ser el encuentro, de lo que debe ser el comportamiento del otro y sus actitudes.

Estas afirmaciones se apoyan asimismo en dos estudios realizados con pacientes, ginecológicos ⁽¹⁾ y oncológicos ⁽²⁾, sobre las expectativas de los mismos en cuanto a servicios y atención de los profesionales de la salud.

El concepto de calidad, usado en el sentido positivo, de lo «bueno», es sumamente variable, ya sea cuando se habla de calidad de atención o calidad de vida, pues significa muchas cosas diferentes según las personas y desde donde se lo conciba. Igualmente, es un concepto dinámico que ha ido variando a través de los años. En una época pasada, la definición de calidad era efectuada por especialistas, quienes enumeraban las características que debía poseer un producto o servicio para ser considerado de calidad. En la actualidad, a dicho requisito determinado por los expertos se le agrega la opinión o expectativas de los destinatarios o usuarios del servicio a brindar, las que serán contempladas por los primeros que tratarán de conciliar las demandas ideales de los destinatarios con las posibilidades reales de concreción. Y más aún, algunas organizaciones complejas, líderes en servicios o productos, definen la calidad como la capacidad de brindar un algo positivo, no esperado por el destinatario.

A. Donabedian, de la Escuela de Salud Pública Ann Arbor de la Universidad de Michigan ⁽³⁾, refiriéndose a la calidad de asistencia, señala que la calidad y su definición depende de si se ha de valorar sólo la actuación de los facultativos o también las contribuciones de los pacientes o del sistema de asistencia sanitaria, de la amplitud con que se definen la salud, y la responsabilidad acerca de la salud; si se busca la asistencia de eficacia máxima u óptima y de si las preferencias individuales o sociales definen lo óptimo.

Y agrega: «Los juicios sobre la calidad técnica están en función de aquellos que es lo mejor en los conocimientos y tecnología actuales. La relación interpersonal es el segundo componente en la actuación facultativa. A través del intercambio relacional, de información, el médico logra mayor colaboración y confianza del paciente o no, por lo que incide en el logro del éxito. Pero esta conducta también debe estar en consonancia con las expectativas y estándares individuales y sociales».

Son muchos los que intervienen en el encuentro médico-paciente: familiares, amigos e instituciones; teniendo cada uno su propia noción de calidad. Así, una institución puede tener un concepto de calidad de atención que no coincide con el del médico y tampoco con el del paciente. O también una institución puede pretender brindar una buena calidad de atención, sin atender lo sufi-

cientemente la calidad de vida de aquellos que dentro de la institución son los encargados de brindar dicha atención, o aun atendiendo las necesidades de sus integrantes, no lograr transmitírselo a los mismos adecuadamente.

Hoy existe gran preocupación por la calidad de vida del paciente que habría quedado muchas veces relegada por la importante capacidad tecnológica. Pero también se ha descuidado la calidad de vida del médico, o al menos no se la ha meditado lo suficiente; e incluso la calidad de vida de las instituciones en su globalidad ha tenido poca atención, lo que en muchos casos lleva a hacer peligrar su existencia misma.

A veces se confunde calidad de vida del médico con posibilidades de trabajo y buena remuneración, mientras que la calidad de vida es mucho más, es también tranquilidad y comodidad en el ejercicio de la profesión, armonía entre expectativas ideales y posibilidades reales.

Asimismo, la calidad de vida de una institución, es también un concepto complejo, donde la acumulación de tecnología o de profesionales «destacados», en servicios, en administración, no necesariamente asegura la buena atención de los pacientes, ni el bienestar de los que en la institución se desempeñan. Entendiendo por calidad de vida de una institución el clima agradable, distendido, de confianza, apoyo y orgullo de pertenecer a la misma, por parte de sus integrantes, donde cada uno es consciente de la importancia de su papel dentro de la institución para el mantenimiento de dicha calidad de vida propia, y a brindar. Estos son requisitos imprescindibles para que pueda ofrecerse calidad de atención y de vida a sus destinatarios finales: los pacientes, siendo los profesionales o funcionarios intermediarios para ello, a la vez que destinatarios también de calidad de vida («clientes» internos de la institución), asegurándose por tanto la existencia de la institución misma.

Si los desencuentros se acumulan, los malos entendidos se suman, se puede llegar a que unos y otros (médicos y pacientes, médicos y mutualistas) se perciban casi como rivales y no como colaboradores mutuos. Si los ánimos se radicalizan la tarea, la salud, la medicina, sus objetivos y funciones, se hacen muy poco viables en cuanto a calidad se refiere.

Son frecuentes los conflictos que se hacen públicos, incluso con mensajes televisivos, donde hemos tenido oportunidad de ver ataques institucionales hacia los médicos y a la inversa. Del mismo modo, es de conocimiento público la realización de asambleas e informes efectuados por médicos, donde se puede apreciar malestar en el ejercicio profesional, poniéndose el énfasis en diferentes áreas, según el comunicador.

Dice E. Stanley ⁽⁴⁾ al informar de los temas tratados en una asamblea del gremio médico realizada en Solís en

1992: «...no se pude acceder a los conocimientos porque ante la vorágine de adelantos la frecuencia de salida al exterior debe ser mucho mayor, y porque los costos son inaccesibles para el poder adquisitivo de los médicos». Y más adelante: «La Facultad de Medicina está ausente de la investigación y de la formación en las nuevas tecnologías. La calidad de la atención médica sigue siendo buena en ciertos sectores, pero exclusivamente a costa de los esfuerzos personales de los médicos». «Las reivindicaciones salariales dominaron el ambiente a todo lo largo de las sesiones de trabajo».

También es notorio el aumento de juicios por parte de pacientes contra la «malpraxis» médica, no llegándose a la situación extrema que viven países como Estados Unidos, donde casi todo paciente es un potencial promotor de juicio, pero de todos modos, el crecimiento de éstos en nuestro medio, es preocupante. Según el Dr. A. J. Porro⁽⁵⁾, abogado del Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca, entre los años 1990 y 1994, el número de juicios ha aumentado en más de 60%.

Incluso en una encuesta de Equipos Consultores⁽⁶⁾ sobre la imagen social del médico, es altamente significativo que sólo 67% de los encuestados haya manifestado satisfacción con la atención médica.

Principalmente teniendo en cuenta las observaciones de Peterson y Wilson⁽⁷⁾, de la Universidad de Texas, según las cuales este tipo de investigaciones «habitualmente poseen una distribución en la cual la mayoría de las respuestas indican que los encuestados están satisfechos».

Lo que también destacaron Hall y Dornan en Estados Unidos⁽⁸⁾: «Los grados de satisfacción observados pueden generalmente exagerar la satisfacción». Los mismos recopilan 68 estudios de satisfacción en la atención médica, obteniendo el valor de la mediana, como porcentaje de satisfechos, de 84%.

En la mencionada encuesta de Equipos Consultores en Montevideo⁽⁹⁾, los juicios positivos aumentan cuando 87% afirma tener confianza en los médicos, 85% evalúa positivamente la atención en los aspectos técnicos, y 82% se muestran satisfechos con respecto a la atención brindada por los médicos en los aspectos humanos. Sin embargo 30% dice que nunca o casi nunca se respeta el derecho a ser informado adecuadamente, componente fundamental de la explicitación del contrato, al que nos referiremos más adelante.

Si el malestar es grande, las frustraciones y depresiones de unos y otros son intensas, las heridas al amor propio se acrecientan a través de los no reconocimientos, del no respeto reiterado, se llega a explicaciones reduccionistas del fenómeno, que hacen daño y paralizan. Así los pacientes dirán: «La atención es un desastre», «El médi-

co dijo que me iba a mandar una tomografía y cuando se lo recordé me dijo que no», «Retacean los estudios, la calidad de los medicamentos», «El que me operó me ocultó a mí y a mis familiares que era maligno», «Entra gente e invariablemente nadie se presenta, uno no sabe si el que entró es el de puerta, el residente, el jefe; no se distinguen enfermeras de doctoras, ni de mucamas»⁽¹¹⁾.

Cuando los pacientes experimentan malestar con la atención, se puede discriminar —como observadores— a través del relato, si la frustración es ocasionada por el médico o la institución, pero tratándose de éstas últimas, los pacientes en general suelen molestarse más con el profesional que con la institución —aunque no se lo expliciten verbalmente— porque al que identifican es al rostro visible, el que vehiculiza, «da la cara» por aquello que la organización no brinda, y porque su carácter de profesional lo ubica en una situación de mayor responsabilidad.

Y los médicos pueden decir: «Y el paciente, ¿qué quiere?, no es un paciente particular para averiguar mi teléfono y llamar a mi casa a cualquier hora», «Tuvo el coraje de decirme: dice el Dr. X que me mande hacer tal examen», «Yo la había visto y le recomendé...», se fue y no volvió más. El otro día aparece y me dice que vio al Dr. Y, que le recetó Z, a ver si como es muy caro, jno se lo recetaba yo!

Sin embargo, no podemos caer en un reduccionismo simple de pensar los unos, que los otros son «malos», «desubicados». No se trata de malas voluntades, ni de intenciones maliciosas, ni de intentos de abusos respectivos movidos por tenebrosas necesidades. Se trata de elementos, de variables que hacen al encuentro y que no han sido controlados, por descuido o desconocimiento; y que son fundamentales para facilitar el abordaje satisfactorio de todas las partes en cuestión.

Fue Hipócrates el primero en señalar los factores importantes a tener en cuenta en el trato con pacientes los que indudablemente fueron corregidos y mejorados por los clínicos siguientes. Y fue S. Freud posteriormente, con el descubrimiento del inconsciente, con la creación del psicoanálisis, el que agrega otra dimensión diferente en el encuentro con el paciente⁽¹⁰⁾.

En la obra freudiana, de acuerdo a lo que nos ocupa, se destaca: a) la comprensión de un lenguaje inconsciente detrás del lenguaje manifiesto (por ejemplo, cuando un paciente le pide ayuda a su médico y éste se la promete, en el inconsciente de cada uno, ¿es lo mismo lo que ambos entienden por ayuda?, b) el fenómeno transferencial (transferencia de sentimientos en la actualidad de médicos y pacientes hacia el otro, de sentimientos experimentados con otras personas anteriormente), y c) el análisis

minucioso del encuadre, que es lo que finalmente nos ocupará aquí ⁽¹¹⁾.

Intento de aproximarnos a una definición de calidad de vida

Intentar definir un concepto complejo en pocas palabras, resulta difícil y puede pecar de una simpleza lejana a la realidad. Sin embargo es necesario efectuarlo, a modo de guía, para aproximarnos a aquello acerca de lo cual deseamos reflexionar.

La mayoría de los autores coinciden en que se trata de un concepto compuesto de elementos subjetivos relacionados a la percepción de bienestar de un individuo en un momento dado. Del mismo modo coinciden en que el mismo está comprendido en el concepto de salud definido por la OMS como «estado físico, mental y social de bienestar, no meramente la ausencia de enfermedad» ⁽¹²⁾.

Según J. Orley y W. Kuyken, para el grupo de la OMS ⁽¹²⁾ creado para tratar este tema, consiste en «una percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y de los sistemas de valores, en el cual él o ella vive, y ello en relación a sus logros y expectativas estándares y acordadas».

O. F. Cella y D. S. Tulsky ⁽¹³⁾, refiriéndose a la calidad de vida de los pacientes afirman que es «la estimación de los pacientes y la satisfacción con su nivel habitual de funcionamiento comparado con lo que ellos perciben como posible o ideal». Mientras que J. Schavelzon ⁽¹⁴⁾ sostiene que «la calidad de vida es un sentimiento del paciente sobre sí mismo y considerado en cada momento de la vida».

Igualmente, distintos autores también coinciden en la dificultad de medición de la calidad de vida, porque depende de las percepciones subjetivas que se evalúen. Así, A. Dazord, P. Gevin y J. P. Boissel ⁽¹⁵⁾ señalan que «muchos malentendidos y dificultades terapéuticas resurgen cuando no es seguro qué aspecto del concepto está siendo considerado, por ejemplo el aspecto objetivo de la vida diaria (cambiando desde estados de salud a consideraciones materiales, incluyendo capacidades funcionales) o el aspecto subjetivo (de la propia experiencia subjetiva interna), o ambos. Podríamos, por lo tanto, hablar por cualquiera de las dos: la calidad de vida objetiva o subjetiva y usamos el término en general, calidad de vida, cuando ambos aspectos están siendo considerados».

En la misma línea, A. Campbell, P. E. Converse y W. L. Rodgers ⁽¹⁶⁾ sostienen que la calidad de vida es multidimensional y que «no puede ser medida de un modo válido porque significa muchas cosas diferentes para mucha gente».

Sin embargo, entendemos que admitiendo la complejidad del concepto y su evaluación, la incorporación de

las diferentes dimensiones contempladas por distintos investigadores nos permite aproximarnos a una mejoría continua de la calidad de vida de los pacientes, así como de los profesionales de la salud.

Dado que el presente trabajo pretende abarcar una reflexión sobre la calidad de vida del paciente, relacionada a la calidad de vida del médico, preferimos esquematizar el concepto de la siguiente manera.

La calidad de vida, en un sentido positivo, sería:

- Una sensación subjetiva e individual de bienestar.
- Una adecuada adaptación a las circunstancias de vida de una persona, que resulta en un balance satisfactorio, donde se trata de aumentar lo placentero y gratificante, disminuyendo o manejando lo desagradable.

Se pueden establecer parámetros generales a nivel social de lo que significa calidad de vida: derechos generales de los individuos a satisfacer necesidades básicas y necesarias para un buen desarrollo humano, pero el concepto es esencialmente individual. En las generalidades podemos estar de acuerdo, pero cómo se jerarquizan esas generalidades depende de cada individuo.

Se trata de un concepto dinámico, variable según las épocas históricas en que nos toca vivir, según las circunstancias particulares de vida de una persona. Así, la calidad de vida que podemos esperar para un país en guerra no será la misma que para un país en época de paz, tampoco es la misma a la que podemos aspirar para un niño sano de tres años en un ambiente estimulante, que para un niño que nace con una malformación en el mismo medio. Todos pueden tender al máximo de calidad de vida esperable para las circunstancias particulares e históricas en que están inmersos.

Calidad de vida del paciente y del médico

La calidad de vida del paciente y del médico, de la enfermera, y el psicólogo o psiquiatra, depende de diferentes áreas que interactúan entre sí (interacción entre las áreas de un mismo individuo y con las áreas de los otros); y que tienen un preponderancia variable según cada sujeto y su momento histórico particular.

El esquema que presentaremos a continuación, tiene como único objetivo facilitar la exposición, pues como decíamos las áreas no están claramente delimitadas, se superponen o se alejan. La importancia de cada una puede aumentar o disminuir según el caso o el momento. Es decir, lo que se presenta de manera simétrica no lo sería en la realidad (figura 1).

En lo que hace a la calidad de vida del paciente, el médico puede incidir principalmente en dos áreas del primero (figura 1: flechas con línea continua): en el área de la enfermedad a través del diagnóstico y del tratamiento; y en el área de la relación que puedan establecer entre

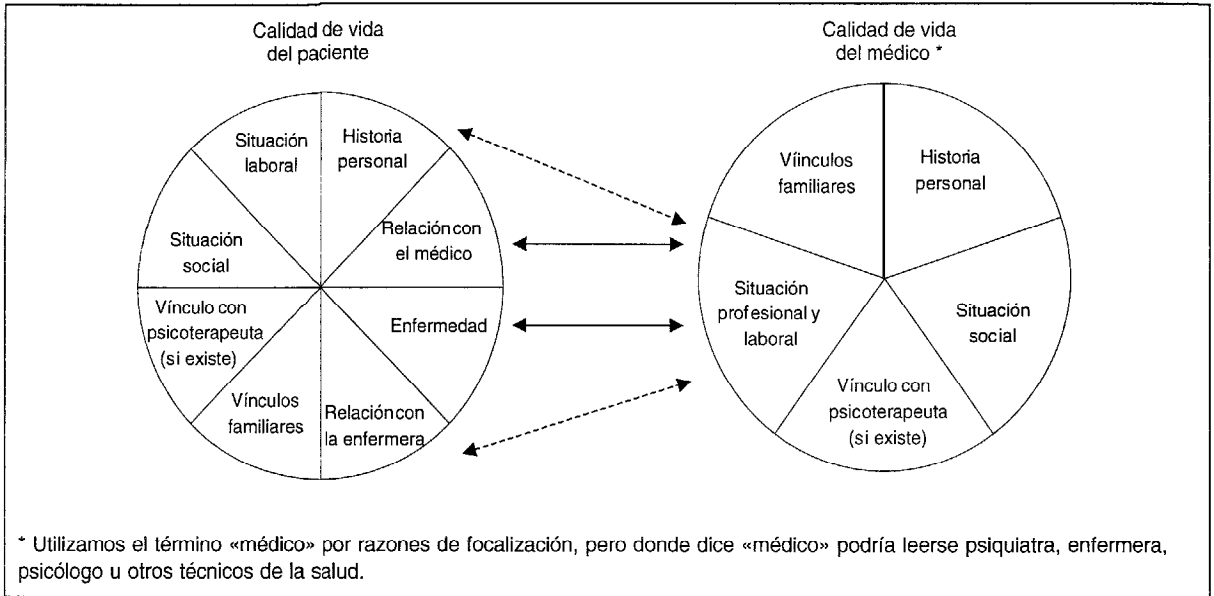


Figura 1. Calidad de vida del paciente y del médico

ambos (la confianza mutua, lo agradable del encuentro, la tranquilidad que ello conlleva).

A su vez, desde el vínculo entre ambos se incide en la evolución de la enfermedad y ésta también influye sobre el vínculo. Si el paciente respeta íntimamente a su médico, confiará en sus prescripciones y éstas pueden dar mejores resultados que si dicha confianza no está presente. Simultáneamente el diagnóstico de la enfermedad, va a determinar que haya, por ejemplo, mayor o menor tensión en el encuentro. El buen resultado de una biopsia puede distender la relación entre los dos, mientras que por el contrario la tensión aumentará si el resultado no es auspicioso.

Por su parte, el paciente incide fundamentalmente en el área profesional y laboral del médico. Cuando un médico obtiene mayor cantidad de buenos resultados con sus tratamientos, establece vínculos satisfactorios en general con sus pacientes, su situación profesional —desde los pacientes— mejora. Un médico se convierte en médico por su título, eleva su jerarquía por concursos y posgrados, pero también a través de la confirmación, brindada como tal, por los pacientes.

O sea que el producto de la interacción entre las tres áreas: tipo de enfermedad, vínculos entre médico y paciente y situación profesional y laboral del médico, va a incidir en la calidad de vida de ambos.

Existen dos áreas (figura 1, flechas con línea discontinua) en las cuales el médico tiene una incidencia menor, donde secundariamente puede influir: en el área de la relación del paciente con el personal de enfermería a través de la facilitación de dichos vínculos y en el área de las relaciones familiares, a partir de los intercambios con los

mismos. De todos modos, esta incidencia también tiene muchísimos intercambios con la familia, allí la influencia mutua va a ser mayor; sin embargo, no desplaza la jerarquía que tiene la relación con el paciente mismo.

Siguiendo con la misma correspondencia, la situación laboral y profesional del médico es menos alterada —de modo general— por los familiares de sus pacientes que por el paciente mismo, así como por el resto del personal que trata a dichos pacientes. Aunque a veces la interacción con la familia es tan importante que la situación profesional se ve más afectada por ésta que por el paciente. Por ejemplo, una enfermera interpreta mal una prescripción del médico, ello trae consecuencias significativas, y este vínculo se convierte en el de mayor influencia en la situación laboral y profesional del médico, en un momento determinado.

En las restantes cuatro áreas, la incidencia del médico sobre la calidad de vida del paciente es mínima. En el área laboral del paciente, por ejemplo, se limitaría a expedir un certificado para el trabajo, hacer una sugerencia, pero no va a decidir si el paciente sigue o no en el mismo trabajo, si en el trabajo deciden jubilarlo o cambiarlo de puesto. En cuanto a la historia del paciente, obviamente no va a intervenir. En el vínculo que pueda existir del paciente con un psicoterapeuta o con sus relaciones sociales, en general se limita al haber derivado a un psicoterapeuta, o haber sido derivado por una persona a la cual ambos están relacionados o tienen amistad.

La incidencia que estas cuatro áreas del paciente pueden tener sobre la situación laboral y profesional del médico y desde allí contribuir a su calidad de vida, obviamente es mínima. Aunque, como ya dijéramos, según las

circunstancias y los vínculos particulares para cada caso, esto puede alterarse.

Es analizando la composición del área de la situación laboral y profesional del médico que se puede llegar a comprender su complejidad, y a partir de ésta actuar en consecuencia de un modo más consciente y satisfactorio.

Principales factores que componen la situación laboral y profesional médica

La satisfacción o *displacer* de un médico con su situación laboral y profesional depende de:

- ❑ La capacidad técnica: condición necesaria pero no suficiente.
- ❑ Los ideales: expectativas con la profesión, ilusiones.
- ❑ La relación con los pacientes.
- ❑ La relación con los familiares de los pacientes.
- ❑ La relación con las instituciones.
- ❑ La relación con los colegas médicos.
- ❑ La relación con otros profesionales de la salud.

Indudablemente la capacidad técnica del médico es un elemento fundamental para su desarrollo profesional y laboral. Es desde ella que va a contribuir al bienestar del paciente, su calidad de vida. Y es en ella donde se ha puesto el énfasis en este siglo, a través de la actualización permanente en materia de los últimos gigantescos avances tecnológicos y farmacológicos. Es obligación del médico estar informado de los resultados de las últimas investigaciones efectuadas en su especialidad e incorporarlos a su conjunto de conocimientos para ponerlos al servicio de sus pacientes lo cual, obviamente, redundará en su desarrollo profesional.

Sin embargo, esta capacidad técnica necesaria, que depende de una habilidad individual, de la capacidad de aprendizaje, de la posibilidad de estudio, y de la permanente inquietud por incorporar más conocimientos y habilidades, no es suficiente.

La situación laboral y profesional del médico, depende también de las expectativas que, a lo largo de su vida y su carrera, ha ido forjando con respecto a su profesión. Depende de las ilusiones que tenía cuando joven, al iniciar la carrera de medicina, las que fue moldeando a través de sus propias expectativas, pero también a partir de las de su entorno: descubrir un nuevo medicamento, destacarse por la habilidad de sus tratamientos, por su «arte», alcanzar prestigio profesional y económico, trabajar en un ambiente agradable con libertad horaria e independencia.

Estas expectativas sociales e individuales a la vez, pueden ser algunas realistas pero otras no. Cuando más alejadas ellas se encuentren de la realidad, a mayor frustración quedará expuesto aquel que las posea, consciente o inconscientemente.

Por ejemplo, en los años 50, la mayoría de los médicos, gozaban en general de prestigio, respeto, admiración y poder económico. Los sujetos nacidos en dicha década es probable que crecieran estimulados por dicho modelo, transmitido por los padres y la sociedad. ¿Qué madre podía no sentirse orgullosa de que su hijo estudiara medicina? Pero también aquel chico acumulaba experiencia propia, más allá de la de sus padres: observando la respetabilidad de que gozaba en la escuela el padre de determinado compañero por ser médico, y de la que el mismo compañero se investía.

Pero para los nacidos en la década del 50, que habrían iniciado sus estudios de medicina en los años 70, ya no fue tan sencillo alcanzar aquellos modelos con todo lo que representaban. Por lo tanto, si alguno de estos médicos poseía consciente o inconscientemente esta expectativa, las posibilidades de frustración son altas; y en tales condiciones es difícil la calidad de vida de dicha persona, desde el área laboral y profesional, y de los que con él interactúan desde sus respectivas áreas: pacientes, familiares y colegas.

La situación profesional y laboral del médico depende también de las relaciones que establezca con los pacientes, los familiares de los mismos, las instituciones en las que se desempeña, con los colegas u otros profesionales de la salud. Indudablemente esto depende de las cualidades personales para las relaciones humanas, las que se habrán desarrollado a lo largo de su vida, de su habilidad para circular en medios conflictivos como pueden ser aquellos en los que predomina la situación de enfermedad, donde hay luchas de poder e intereses desentrañados.

Sin embargo, existe un elemento fundamental que determina la calidad de las relaciones establecidas antes mencionadas, y éste es el contrato que se efectúa entre los protagonistas de dichas relaciones. Incluso dentro de un mismo sujeto que debe establecer «contratos» entre diferentes aspectos de su propia personalidad, diversos intereses, valores, expectativas y deseos.

Así, la capacidad técnica y los ideales con respecto a la profesión dependen de los contratos que la persona haga consigo misma, de la conciliación que pueda efectuar entre intereses propios que pueden ser contradictorios, o al menos entre los que hay que elegir cuáles privilegiar y cuáles sacrificar o postergar. Por ejemplo: privilegiar el tiempo de lectura científica puede significar sacrificar el tiempo de lectura política que también puede ser interesante para determinado médico. No sacrificar ninguna puede representar sacrificar el tiempo de dedicación a los hijos, lo cual también le importa, y así sucesivamente. Esto es, debe establecer un contrato íntimo en el que va a tratar de satisfacer la mayor cantidad posible

de sus necesidades y placeres, y de los que quiere y desea conservar: familiares, pacientes, aficiones, ambiciones políticas u otras.

En cuanto a los contratos con las instituciones, no nos detendremos acá, pues su complejidad y vastedad debería ser objeto de otro trabajo; simplemente nos limitaremos a señalar que seguramente existe una enorme cantidad de contradicciones y ambivalencias, conscientes e inconscientes, encerradas en el ejercicio de la profesión médica de un modo dependiente, pero con exigencias de libertad —desde los profesionales y desde los pacientes—. Así como desde los empleadores, probablemente también existan ambivalencias y contradicciones en cuanto a conciliar las características de los empleados en general, y de los empleados profesionales en particular, de un modo bastante masivo. Al respecto, el Dr. C. Pittamiglio⁽¹⁷⁾, en un informe sobre el estatuto del trabajo médico, señala diversas características particularísimas del médico como empleado que, aunque muy claras en su definición, tal vez no sean tan claras o al menos practicables, desde el punto de vista de quienes cumplen la función de empleadores o administradores o ambos.

Es por ello, que aquí también debería poder accederse a contratos explícitos, donde se trataran de contemplar el máximo de expectativas concebibles como posibles, aproximándose al ideal, para ambas partes; permitiéndose así mejorar la calidad de vida de las instituciones y sus miembros.

Contrato – Encuadre – Transacción

Lo que a nivel jurídico legal se suele decir «contrato», a nivel psicoanalítico se lo denomina «encuadre», a nivel de organizaciones se suele conceptualizar como «transacciones».

El contrato, encuadre o transacción tendría dos dimensiones:

- ❑ El establecimiento de requisitos, normas protectoras de ambas partes (uno fijos, otros flexibles).
- ❑ Un proceso de interacción mutua en el que se analiza la viabilidad de satisfacer las expectativas respectivas y conciliación de intereses que se aproxime al ideal de ambos protagonistas.

El contrato o encuadre puede ser explícito o implícito, o ambos a la vez, pero siempre está presente cuando dos personas o más se encuentran para llevar adelante una tarea en común. O incluso en una sola persona, entre aspectos internos de la misma, como decíamos anteriormente. Cuanto más explícito es el mismo, más chances le brinda a las partes de perfeccionarlo y ajustarlo de un modo satisfactorio para todos los actores intervinientes.

Y cuanto más implícito es, como en la mayor parte de los actos médicos, mayor es la posibilidad de frustración

mutua, debido a expectativas no realistas con respecto al otro, médico o paciente. Donde incluso a veces existen intermediarios de este contrato, que estipulan condiciones con uno y otro de los contractantes, que los mismos desconocen o interpretan de modo diferente. Así, la mutualista, un familiar, un amigo, pueden interferir entre el que brinda el servicio y su destinatario.

Por ejemplo, una mutualista puede ofrecer «cobertura total de salud a sus afiliados». Uno de ellos, paciente oncológico, puede entender que esto significa que su médico oncólogo lo vea en las condiciones establecidas entre el que brinda el servicio directamente (médico) y el intermediario (mutualista), no incluyen tal servicio: el médico se ha comprometido a ver sus paciente sólo en policlínicas con número, o en sanatorio hasta dentro de las cuarenta y ocho horas de avisado.

El conocimiento de los requisitos imprescindibles para llevar adelante la tarea de un modo que se aproxime a la optimización, y su explicitación, es fundamental para mejorar la calidad del encuentro entre ambas partes, y así desde dicho sitio contribuir a la calidad de vida de los que en tal contrato, encuadre o transacción se encuentren.

Algunas de estas normas que conforman el contrato deben ser rígidas y otras flexibles, pero es al profesional al que le corresponde reflexionar, analizar y decidir cuáles son dichas normas y cuáles son las que pueden flexibilizarse y las que no. Unas han de ser generales a la profesión, de técnica, de ética, pero otras pueden y deben ser particulares, porque no todo estilo de ejercicio profesional es válido para todos los colegas.

Por ejemplo es norma general que un cirujano efectúe una cirugía en un medio aséptico, o que todos los médicos señalen en la historia clínica de un paciente lo que fue su intervención. Pero, un médico, trabajando en su consultorio particular, puede tener como requisito inflexible contar con el deseo explícito de un paciente consciente de tratarse con él, mientras que para otro profesional podría no ser un requisito imprescindible. Tal norma sería absurda si pretendiese ser impuesta por un médico que se desempeña en la puerta de emergencia de un hospital frente a un paciente en estado inconsciente.

Un mismo profesional puede ser inflexible en tratar a un determinado paciente conjuntamente con otro profesional que el paciente proponga, o flexible según el paciente y los colegas involucrados. Es decir, los requisitos a parte de los generales unánimemente aceptada por técnica y ética, varían según las circunstancias, el lugar de atención, las enfermedades, personalidades de los pacientes y de los médicos.

Algunos aspectos de lo que requiere diseñar un contrato médico

- ❑ Análisis detallado de los elementos que conforman un modo de atención y trabajo «ideal» para las partes involucradas, y de cuáles son los aspectos a privilegiar.
- ❑ Anticipación de situaciones futuras o nuevas demandas.
- ❑ Ir más allá de lo que el paciente manifiestamente dice querer en forma explícita y analizar su viabilidad.
- ❑ Descubrir necesidades que el paciente no conoce que tiene.
- ❑ Estimular quejas y dudas que dan la posibilidad de aclarar, informar adecuadamente, o corregir el contrato.
- ❑ Informar lo más explícitamente posible lo que se puede brindar y lo que no se puede brindar.
- ❑ Mejora continua.
- ❑ Cumplimiento estricto de lo pactado.

Analizar detalladamente la mayor cantidad posible de elementos a tener en cuenta para desarrollar la profesión de una manera óptima, para el paciente y el profesional actuante, constituye una guía fundamental, para aproximarse a dicha optimización. La medicina lo viene haciendo y perfeccionando día a día en lo que se refiere a los estrictamente técnico: momento de efectuar determinados análisis, bajo qué condiciones físicas, incluso psicológicas, qué tratamiento efectuar según la edad, estado general del paciente, sexo, hábitos, entre muchísimos otros.

Sin embargo, el análisis y precisión de los elementos que hacen al vínculo de calidad entre el médico y sus pacientes, el médico y las instituciones, lejos están de gozar de una importancia similar. Así como se han privilegiado las enfermedades por sobre los enfermos (individuos únicos, a la vez que con enfermedades comunes a otros), se ha privilegiado el concepto del médico como científico y ser objetivo, olvidando que éste, a la vez, es un hombre, único, pero con muchos elementos comunes a los demás hombres, y también un ser subjetivo.

La anticipación de las consecuencias de las opciones que hagamos en un contrato, nos permite en primera instancia, estar prevenidos de los efectos y en segunda instancia decidir si queremos esos efectos u otros.

El médico establece contratos con instituciones, hospitales, mutualistas en las que trabaja, y contratos con sus pacientes, en forma particular o institucional. Así, la mutualista puede determinar que el médico debe ver catorce pacientes en dos horas y para ello lo contrata, mientras que el médico puede coincidir con tal requisito y adaptarse cómodamente o no. Si no coincide con su modo de ver la forma en que debe trabajar, va a sufrir un malestar: o se va a quedar más tiempo haciéndose cargo del costo,

lo cual le va a provocar una irritación progresiva, o se va a limitar a cumplir el contrato pero también va a padecer una incomodidad que la va a transmitir a los pacientes, que explícitamente o no, la captan. Esta situación de incomodidad por un contrato que no contempla las necesidades de unos y otros protagonistas de la situación, no beneficia a ninguno de ellos. Ni tampoco al intermedio, en este ejemplo, la mutualista.

El contrato también requiere ir más allá de lo que una de las partes dice explícitamente desear. El paciente puede manifestar que él está dispuesto a pagar un médico que esté las veinticuatro horas del día a su disposición, pero ello implicaría que el médico no tuviese vida privada o no tuviese otros pacientes. Esto es inviable y si no se explicita la imposibilidad, el médico va a frustrar mucho más al paciente —en el primer llamado en el que se le responda que «el Dr. está de viaje»— que la frustración que puede significar el no prometer tal disponibilidad, argumentando los porqués, pero ofreciendo también algo que se aproxime a satisfacer tal demanda.

Del mismo modo, los dueños de una mutualista, médicos o no, pueden desear tener un equipo de profesionales para brindar un servicio de salud, pero imponerles un contrato que no se adapte a las variaciones de cada profesional. Esto es ir en contra del profesionalismo, lo cual indudablemente trae como consecuencia una amplia gama de efectos no deseados y no previstos por unos y otros.

Simultáneamente, pretender que una organización grande y compleja se adapte a la inmensa variedad de necesidades individuales de sus miembros, sin caer en las injusticias que la uniformización pretende evitar, obviamente es inviable. De todos modos, ello no excluye la posibilidad de alcanzar una situación intermedia —a través de un sistema de evaluación continua— que sin ser injusta, se aproxime a respetar más las necesidades individuales, o al menos de determinados grupos de profesionales con características comunes.

Cuando decimos «descubrir necesidades que el paciente no conoce que tienen», nos estamos refiriendo a necesidades que sólo a través del análisis del lenguaje manifiesto, que oculta otro latente, podemos descubrir. Por ejemplo, el paciente manifiesta que desea ser «curado» o «aliviado» por su médico. Pero cuando se queja que el médico llegó muy tarde a la consulta, o que atendió a otro que llegó después que él «porque estaba acompañado con uno de túnica que debería ser médico», está expresando la necesidad de ser respetado como persona, ser tratado igual que otros. Reconocido en asimetría sólo por la desventaja de estar enfermo, pero respetado simétricamente como individuo valioso, como igual que su médico y los otros pacientes en cuanto a su capacidad

intelectual, en el valor de su tiempo, en su dignidad moral. En definitiva «ser querido», y respetado por su médico, ni más ni menos que el resto de sus pacientes, y ni más ni menos que el mismo médico como persona humana.

Este ejemplo, no desconoce que el médico es también objeto de derecho de igual respeto por parte de los pacientes y que éstos muchas veces también lo desconocen y atacan la dignidad y respetabilidad médicas, como así también los intermediarios que ya mencionáramos: instituciones, colegas, amigos, familiares.

Frecuentemente se tiende a impedir que el que está delante, con el que se está efectuando un contrato, en el caso que nos ocupa, un paciente, exprese sus quejas, dudas y temores en cuanto al tratamiento a seguir, el modo de atención, las contraindicaciones; con la fantasía de que impidiéndolas, éstas no van a estar presentes. Sin embargo, ello es percibido como inseguridad, debilidad para dar una respuesta válida o incapacidad de corrección, por lo tanto las dudas, quejas y temores aumentan implícitamente.

Si el paciente se puede quejar de algo que está al alcance del médico corregir, es una oportunidad para ambos de mejorar tal situación. Si se queja de algo que es imposible modificar, es útil que el paciente esté informado del porqué es inviable. De tal modo va a tener menos expectativas de que ello cambie, por lo tanto menos frustraciones, al mismo tiempo que comprobará que no se trata de un capricho del médico, o de una sumisión de éste —no profesional— hacia sus autoridades, lo cual le genera mayor inseguridad, falta de respeto y desconfianza; sino que tal impedimento tiene una fundamentación racional, lógica, profesional e incluso afectiva.

Informar explícitamente lo que se puede o no brindar y asegurar, permite la no creación de expectativas no realistas las cuales conllevan grandes frustraciones, a la vez que permite el acceso a satisfacciones no esperadas, lo cual trae aparejado vivencias positivas. Esto es, si alguien espera más de lo realmente posible y no lo obtiene, la frustración, la ira, el reproche es grande, pero si alguien no espera importantes gratificaciones y éstas llegan, la emoción placentera que puede llegar a experimentar, es muy significativa.

Todos estos componentes del contrato requieren una evaluación permanente, y un ajuste continuo y renovable cada vez que se establece un nuevo contrato con una persona o institución diferente, o se hace un recontrato entre protagonistas que ya tenían contratos anteriores.

Finalmente, el cumplimiento estricto de lo pactado, asegura la confianza, el respeto y la aproximación a la calidad de vida de todas las partes involucradas, donde el tender al beneficio y bienestar de uno, de ningún modo

implica lo contrario para el otro contractante en cuestión. Sólo cuando ambas partes se benefician del encuentro mutuo, se hace por la calidad de vida de ambos: la calidad de vida de uno en detrimento de la del otro, o de la de los demás, altera la de todos los intervinientes.

Conclusiones

Médicos y pacientes suelen tener expectativas —los unos de los otros— a veces lejanas a la realidad concreta y posible. Frecuentemente no coinciden en lo que respecta al concepto de calidad de vida, calidad de atención. Y más habitualmente aún, tampoco las instituciones —que comúnmente son el campo de encuentro entre médicos y pacientes— tienen un concepto armónico con los mencionados protagonistas, acerca de lo que significan dichos términos.

Los conflictos a los que lleva el desacuerdo, lejos están de ser resueltos, por momentos se ponen más de manifiesto, de lo contrario de modo latente continúan su acción: los pacientes se quejan del servicio de las instituciones y de la atención de los médicos, éstos últimos protestan contra las imposiciones de las mutualistas y las pretensiones de los pacientes. Y las instituciones, por su parte, muchas veces viven a los técnicos como «ventajeros» de los servicios, «explotadores» de la institución y los pacientes; y a la masa de «usuarios» o afiliados, como un sector muy difícil de satisfacer.

Todos estos desencuentros y malestares, se deben fundamentalmente a un sistema diseñado para no dar más que estos resultados. Pero ello no se debe a malas intenciones de unos y otros, sino a falta de análisis de los fenómenos subyacentes y a diálogo comprensivo, despreciado, entre representantes de los involucrados, que lleve a la elucidación de los conflictos latentes y algunos no tan latentes, y así a su resolución.

Es necesario poner sobre el tapete los conceptos de calidad de vida, calidad de atención y de ejercicio profesional, entre otros. Analizarlos detalladamente, para tratar de llegar a un acuerdo, a un «contrato» explícito que trate de aproximarse al intercambio armónico entre todos, que contemple al máximo las necesidades y expectativas ideales de aquellos que de él participan. El ánimo derrotista que se resumiría en frases tales como «es imposible», «en este país no se puede», «con esta gente no se puede hablar», asegura indudablemente el fracaso de tal propuesta.

Solamente explicitando las expectativas a los que les concierne tratando que ellas se aproximen al ideal de lo esperable por todos en un encuentro, y compatibilizándolas con los requerimientos intrínsecos al ejercicio profesional, es que se hace posible la discriminación entre lo viable y lo no viable, lo que permitiría ya no esperar

lo que nunca ha de llegar —con la consiguiente frustración y sentimiento de fracaso— y sí poder concretar de manera tangible lo que es dable esperar, a través del rediseño de los servicios, la capacitación para la calidad y el ejemplo de los responsables de la conducción y las prestaciones.

Résumé

On essaye d'expliquer le malaise observé chez les médecins et les patients en ce qui concerne l'assistance de la santé, à partir d'une analyse de leurs sentiments.

Pour ce faire, on aborde la conception de qualité de vie du patient et son interaction avec celle du médecin. On étudie comment le médecin influe sur la qualité de vie du patient et viceversa; surtout, l'influence du patient sur l'exercice professionnel et la situation de travail du médecin.

Enfin, on analyse l'idée de contrat entre le médecin et le patient, dans le but d'un rapprochement des expectatives des deux parties, d'une compréhension des actes requis, éléments-clé pour le bon dessin et la viabilité du contrat.

Summary

On the basis of the analysis of feelings in physicians and patients as regards the care of health, an attempt is made of an explanation of dissatisfaction phenomena observed in this area.

For this purpose we approach the concept of quality of life and its components involving the areas making up the quality of life of patients and its interaction with areas of quality of life of physicians. A study is carried out of the manner physicians influence the quality of life of patients and viceversa, particularly the influence of patients of physicians' practice and working conditions.

Finally elucidation is taken up on the concept of contract between the physician and the patient. Its detailed analysis is carried out in an attempt to approach meeting the ideal expectancies of the parties concerned as regards an understanding of underlaid requirements and their explanation dealing with the key elements, the basis of a good design and fulfilment of the contract.

Bibliografía

1. **García A.** Estudio focal sobre los servicios de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación sobre Recursos Humanos en cuatro policlínicas. Montevideo: AUPFIRH, 1989.
2. **García A.** Investigación para la mejoría de la calidad de atención a pacientes oncológicos. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Montevideo: CHLCC, 1994.
3. **Donabedian A.** La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? JAMA 1988;260:1743-4.
4. **Stanley E.** Buscando el camino juntos. Noticias 1992;59:6-9.
5. **Porro AJ.** Entrevistado por Bistancic AI: Demandas contra los médicos: ¿justicia, moda o negocio? Indice Universitario 1994;1(4):5.
6. **Equipos Consultores.** La relación médico-paciente vista por los montevideanos. Noticias (SMU) 1992 (59):74.
7. **Peterson RA, Wilson WR.** Measuring Customer Satisfaction: fact and artifact. J Acad Marketing Sci 1992;20(1):70-1.
8. **Hall J, Dornan MC.** Meta-analysis of satisfaction with medical-care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med 1988;27(6):637.
9. **Equipos Consultores.** La relación médico-paciente vista por los montevideanos. Noticias (SMU) 1992;(58):12-5.
10. **Freud S.** Técnica psicoanalítica. In: Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1968: Cap 6 (Vol 2).
11. **Freud S.** Psicoanálisis y medicina. In: Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1968: Cap 11 (Vol 2).
12. **Orley J, Kuyken W.** Quality of life assessment: international perspectives. Berlin: Springer-Verlag. Foundation Ipsen, 1994:43-4.
13. **Cella OF, Tulsky DS.** Measuring quality of life today: methodological aspects. Oncology 1990;4(5):29.
14. **Schavelzon J.** V Jornadas de Actualización Oncológica. Sociedad de Oncología Médica y Pediátrica del Uruguay. Montevideo, 1993. (Exposición).
15. **Dazard A, Gevin P, Boissel JP.** In: Orley J, Kuyken W: Quality of life assessment: international perspectives. Berlin: Springer-Verlag. Foundation Ipsen, 1994:185-6.
16. **Campbell A, Converse PE, Rodgers WL.** The quality of american life. New York: Sage, 1976:471.
17. **Pittamiglio C.** Lineamientos generales de un estatuto del trabajo médico. Noticias (SMU) 1992; (59):27-44.