

La crisis como oportunidad: reformulando la relación sanitaria

Palabras clave: *RELACIONES MÉDICO-PACIENTE.
ÉTICA PROFESIONAL.
ADMINISTRACIÓN SANITARIA.
ÉTICA CLÍNICA.*

La relación médico-paciente está en crisis⁽¹⁾. Esta crisis se expresa de múltiples maneras, aunque probablemente ninguna tan clara como la desconfianza en los usuarios, por un lado, y la llamada “medicina defensiva” desde los profesionales, por otro⁽²⁾.

La gravedad de la situación obliga a un ejercicio reflexivo y autocrítico. Gran parte de la responsabilidad corresponde a comportamientos y actitudes incorrectos y éticamente cuestionables desde los médicos y el equipo de salud⁽¹⁾, en el marco de un sistema institucional en general hostil tanto con los profesionales como con los usuarios. La ineficiencia, la arrogancia, el aumento de la iatrogenia, la necedad, la falta de compromiso desde la profesión, la falta de autorregulación, son algunas de las causas de esta crisis.

A pesar de esto, desde los profesionales de la salud se puede dar el primer paso para comenzar a cambiar esta situación. Contamos para ello básicamente con tres grandes recursos que corresponden a otros tantos pilares de nuestra profesión.

Ellos son básicamente el accionar acorde a los principios de la bioética⁽³⁾, el desarrollo de una comunicación asertiva⁽²⁾ y el compromiso irrestricto con el secreto profesional⁽⁴⁾.

Desde el primer pilar, desde la bioética, se debe repensar nuestra profesión, en base al respeto y la promoción de los derechos humanos, mejorando así nuestras formas de actuar y de ser reconocidos por la comunidad. Debemos estimular que desde cada uno de los principios de la bioética⁽³⁾ –la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia– se desarrolle su complemento en las actitudes que desarrolla el colectivo social y los individuos como sujetos de derecho que coyunturalmente son pacientes.

Así la autonomía tiene su contrapartida en el empoderamiento⁽⁵⁾ que los usuarios hacen de la gestión responsable y libre de su salud, base del desarrollo de la conciencia en la toma de resoluciones.

La beneficencia, por su lado, tiene como contrapartida desde los usuarios el consentimiento informado, verdadero contralor moral de la actividad profesional⁽⁶⁾.

La no maleficencia tiene como contrapartida social el involucramiento de los individuos y las comunidades en la asistencia sanitaria. Es, desde este punto de vista, esencial que los individuos y las sociedades participen en la elaboración de las normativas de asistencia en salud y en el desarrollo de los sistemas asistenciales. Esta participación real hará posible que se facilite la relación profesionales-usuarios en una dirección común.

Por su parte, el principio bioético de justicia se relaciona dialécticamente con el ejercicio de los derechos humanos y específicamente con el derecho de los usuarios y las comunidades a obtener el más alto estándar de atención en salud⁽⁷⁾, independientemente de diferencias económicas, sociales, religiosas, de género y raciales, entre otras. En este sentido las reivindicaciones por una salud mejor para todos se

enmarca en la reivindicación por una sociedad mejor.

El segundo pilar es la comunicación asertiva. La asertividad, como comunicación humana respetuosa de los valores y derechos de la otra persona, aplicada a la medicina, permite a los profesionales contribuir a la construcción de confianza con la comunidad. Confianza no ciega, sino basada en el reconocimiento mutuo de profesionales y comunidad desde donde provienen y a quienes se deben. La asertividad se aprende y enseñarla es una prioridad en la formación médica.

Por último, el tercer pilar, el secreto profesional⁽⁴⁾. Este expresa el compromiso individual y colectivo del cuerpo médico para con los usuarios—pacientes por sobre cualquier otra consideración, la contrapartida del secreto es el derecho a la confidencialidad del paciente y de la comunidad. El secreto nos posiciona en un lugar privilegiado para ayudar a los individuos y a las comunidades a tomar las resoluciones mejores en la gestión de su salud.

Desde estos pilares podemos contribuir a reformular la relación sanitaria.

Definir el modelo que queremos, como construcción social y no solo profesional, es prioritario. Este modelo debe estar centrado en el usuario, buscando como único objetivo común su bienestar.

Es una relación asimétrica en cuanto a la información, el conocimiento y la experiencia, pero esta asimetría no necesariamente debería generar rupturas e inequidad, en la medida que es una relación pro activa y de beneficio mutuo basada en el intercambio del cuidado de la salud por el reconocimiento de la labor profesional.

Algunas de las características principales de este modelo de relación sanitaria serían la de ser más comprometida desde los profesionales y equipos y más equitativa para los usuarios. Donde el usuario se empodere de sus derechos y tenga capacidad de ejercerlos y estos derechos incluyen el derecho a ser atendido con calidad técnica y humana, el derecho a ser informado para la toma de decisiones responsables y libres, es decir conscientes, en la marco de las normativas vigentes, el derecho a no ser denunciado ni violentado de ninguna forma. Además de ser una relación desde donde surjan demandas y propuestas de formas para satisfacerlas en dirección al sistema de provisión de servicios de asistencia en particular y hacia el sistema de salud en general.

En el marco de una relación sanitaria con estas características los médicos nos sentiremos más realizados profesionalmente y los pacientes se sentirán y estarán mejor atendidos.

Pero además, modificando la relación sanitaria, desde una actitud activa de los profesionales de la salud, se habilitan mecanismos que, eventualmente, pueden ser luego transferidos a la vida de la sociedad.

Es en ese sentido posible contribuir desde la relación médico-paciente al mejoramiento del relacionamiento social. Desde una relación sanitaria basada en el ejercicio de derechos se contribuirá al desarrollo de condiciones que incrementen el ejercicio pleno de la ciudadanía para todos.

Dr. Leonel Briozzo

Profesor Agregado de Clínica Ginecotológica "C". Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Director General de Iniciativas Sanitarias

ibliografía

1. **Pardell Alentà H.** *¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy?* Educ. méd. (serial on the Internet). , 2003 **6**(2): p. 7-24. .
2. **Rodríguez Almada H.** *De la medicina defensiva a la medicina asertiva.* Rev Med Urug, 2006. **22**: p. 167-168.
3. **Beauchamps T, Childress J.** *Principles of biomedical ethics.* New York: Oxford University Press, , 1979.
4. **SMU Código de Ética Médica.** 1995, Sindicato Médico del Uruguay: Montevideo.
5. **Isfahan Merali B, Thomasma D.** *Mejorando la Salud Reproductiva: Para la Emancipación de la Mujer y sus Derechos Reproductivos,* Sociedad Canadiense de Obstetricia y Ginecología.. Canada., Editor: 2001, SOGC: 780 Promenade Echo Drive, Ottawa, Ontario K1S 5R7 Canada
6. **González González, D, Rodríguez Almada H, Berro Rovira G.** *Consentimiento informado. Análisis crítico de su aplicación en un servicio quirúrgico.* Rev Med Uruguay: , 2005. 21: p. 291-297.
7. **Naciones Unidas.** *Declaración Universal de los Derechos humanos.* in *Asamblea General 217 A (iii)* 1948. NY.