

Sección: Contribución especial

Los derechos del paciente y la relación médico-paciente

Javier Gutiérrez Jaramillo, M.D.*

RESUMEN

Se hace una revisión de los principales derechos del paciente y sobre ellos se dan comentarios de cómo puede ser mejorada la relación médico-paciente.

Se hace énfasis en la individualidad al tratar dichos derechos, como son el derecho al dolor, elección libre del médico, costos de la atención, libertad de aceptar o rechazar procedimientos, el derecho a la verdad y a la información; el derecho a la privacidad y, por último, el derecho a morir dignamente.

La Asociación Médica Mundial en sus reuniones de Helsinki (1964) y Tokio (1975), estableció el siguiente principio que está consagrado en el Código Colombiano de Ética Médica (CCEM)¹, acerca del deber del médico: "Velar solícitamente y ante todo, por la salud de mi paciente".

En el Manual de Ética del Colegio Médico Americano², el subcapítulo relación médico-paciente, establece lo siguiente:

"Las metas primarias de los médicos son aliviar el sufrimiento, prevenir la muerte prematura y mejorar la salud del paciente, mientras mantiene la dignidad de la persona". Estas son las metas principales de acción en la relación médico-paciente.

La Comunidad Económica Europea en su reunión de Nuremberg en 1967, estableció:

"La vida humana desde su origen y la persona humana en su integridad material y espiritual, debe ser objeto de un respeto

total". Con estos principios se debe tratar el paciente en todo momento, durante el ejercicio de la profesión médica. Es un ser humano compuesto de alma y cuerpo, de sentimientos y órganos enfermos, que por merecer respeto se le debe llamar por su nombre e **individualizar** en todo el análisis científico. El es sólo él y todo su proceso tendrá variantes diferentes a lo común de las enfermedades, lo común de las reacciones bioquímicas, fisiopatológicas y del espíritu.

No será un infarto del miocardio, un cáncer gástrico, una gangrena, sino un ser humano con un tipo especial de infarto de miocardio, con unos sentimientos de depresión hacia su cáncer gástrico o hacia su gangrena.

El texto "En búsqueda de la excelencia"³ donde se analiza el éxito de las industrias de los Estados Unidos, muestra que la clave está en una serie de principios filosóficos inmutables alrededor de los cuales gira la empresa. Uno de estos principios, traducido al ejercicio de la profesión médica debe ser: **"Todo por el paciente"**.

En las instituciones hospitalarias docentes se debe enseñar a los alumnos, que en ellas lo más importante es **el paciente**. En el hospital humanizado⁴, el enfermo ha de ser el centro de toda la acción. No es el aparato sofisticado con el avance de la alta tecnología que nos invade. Hay que analizar al paciente en forma integral para buscar sus bienestares biológicos, psicológicos y espirituales. En la enseñanza médica se hace mucho énfasis en el diagnóstico y tratamiento, en la adquisición de conocimientos. Se abrumba a los estudiantes con cifras estadísticas, con conocimientos que penetran la fisiología y bioquímica celular y se olvida, o no se tiene la conciencia de crear actitudes clínicas que mejoren la relación médico-paciente⁵.

INDIVIDUALIZACION DEL PACIENTE

La medicina se debe centrar sobre el enfermo, con todos sus problemas, y no sobre el médico. Aquí viene la **individualización** de los casos con una objetividad científica de sus problemas. Al individualizar al paciente, es posible comprenderlo mejor. Es necesario dejar de ser médicos organicistas

* Profesor Titular, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

que separan cuerpo y alma. Hay dedicación experta hacia los órganos enfermos, aún más si se es especialista y se desprecia el espíritu o la interconexión de los distintos órganos. No se consideran los sentimientos de los pacientes, aunque se actúe en forma muy científica.

En la historia personal del paciente siempre es indispensable preguntar qué sentimientos tiene acerca de sus problemas de salud. ¿Qué piensa él? ¿Cómo ve su problema? Aquí habrá sorpresas en la disparidad de los sentimientos y la realidad del problema. La persona cree tener un cáncer con síntomas sobre todo psicósomáticos y forma con ese pensamiento un círculo vicioso de enfermedad. Son síntomas que crean angustia y ésta crea más síntomas. Cuántas veces los médicos mismos al tener cualquier síntoma no lo han relacionado con enfermedades graves: "Ya me va a dar el infarto". "Ya tengo un linfoma".

Lo más común en la consulta son problemas psicósomáticos que requieren un análisis integral y que se pueden mejorar con una buena psicoterapia de apoyo. La acción no puede terminar con la frase común: "Usted no tiene nada". Ese paciente se transformará en visitador de numerosos médicos, gastará mucho dinero en exámenes de laboratorio, para llegar a la misma conclusión del principio: un estado depresivo, un estado de angustia.

Con toda sinceridad, el médico general puede ayudar mucho a este tipo de individuo, si con paciencia lo auxilia y orienta sin necesidad del concurso del psiquiatra. No se le debe abandonar a su suerte porque no se encuentra un órgano enfermo. La angustia y la depresión merecen tanta o más atención que el cólico renal u otro problema orgánico.

Una enfermedad orgánica altera el espíritu y es imperativo atender a estas dos anomalías. En enfermedad incurable, ayudarle a aprender a convivir con su mal. No es posible separar alma y cuerpo. Ambos influyen el uno sobre el otro. Se debe tratar al ser enfermo integralmente y no sólo a un órgano afectado. Por eso hay que tener en cuenta los síntomas del paciente. Siempre se piensa en curar y se olvida sentir compasión por el paciente. Muchas veces, en forma científica el médico se abstiene de darle droga a un paciente porque el diagnóstico no es claro, cuando ese sujeto puede recibir un analgésico u otra droga sintomática, mientras se clarifica el diagnóstico. Aquí no se tiene compasión por el paciente.

EL DERECHO AL DOLOR

Se debe respetar en todo momento el dolor orgánico o psicósomático de los pacientes. Cuando se ha sufrido algunos de los síntomas que tiene el paciente, se le comprende mejor.

El médico que tuvo un cólico renal comprenderá cómo su paciente tiene derecho al "grito o llanto del dolor", cuando el cálculo baja por el uréter.

Haber experimentado procedimientos molestos, hace comprender más el temor que pueda tener el enfermo hacia tales procedimientos. En un hospital universitario donde enseñan a hacer endoscopia digestiva, exigen como uno de los requisitos de aprendizaje, que el médico sienta en carne propia las molestias de esas técnicas. Los métodos invasivos pueden producir dolor en algunas de las etapas que se hacen. Si no hay

conciencia de esto, el médico será un ser frío que contribuirá a aumentar el sufrimiento.

Cuántas veces no se oye decir a los pacientes: "Doctor, quíteme este dolor aunque me muera". El enfoque y el manejo científicos deben dar paso a la compasión, porque siempre se puede consolar y calmar. Siempre es factible trazar un plan terapéutico sintomático, aunque el diagnóstico no se haya clarificado.

El dolor "psicósomático" debe también contar con el respeto y la consideración, porque se siente en la realidad, aunque el órgano enfermo no se vea. La palabra "histeria" que implica una actitud de menosprecio, debe tener una concepción completamente distinta.

Se debe tener en cuenta que el umbral del dolor es distinto para cada enfermo. Unos son estoicos, otros más sensibles. No se les puede medir a todos con una misma medida.

EL PACIENTE TIENE DERECHO A ELEGIR LIBREMENTE A SU MEDICO

El CCEM dice a este respecto: "El médico respetará la libertad del enfermo para prescindir de sus servicios, siempre y cuando el paciente tenga la capacidad de manifestar su libre albedrío" (Artículo 8º).

El celo profesional se altera cuando uno de los pacientes nos cambia por otro colega. Hay que ser respetuosos de esta decisión y ello no debe ser motivo para rechazar su atención en otra oportunidad. Los especialistas que tratan enfermedades crónicas, ven con mucha frecuencia estas situaciones. El paciente se cansa, cree que el médico no le pone mucha atención a sus quejas repetidas. Es la misma droga, quiere buscar otras alternativas.

El cambio del médico es mucho más simple, cuando el enfermo es atendido ambulatoriamente. Se dificulta más cuando está hospitalizado. En estas circunstancias, el paciente o los familiares deben siempre avisar al médico tratante la decisión del cambio, antes que el otro médico intervenga.

En medicina institucional, la elección libre del médico se ve obstaculizada por el sistema, aunque dentro de él sí se puede permitir la flexibilidad suficiente para favorecer el que una persona sea vista por el mismo médico, si la relación médico-paciente es satisfactoria; o puede solicitar el cambio si ésta no se lleva a cabo o si hay dificultades. A este respecto, el CCEM dice: "En el trabajo institucional, el derecho de libre elección del médico por parte del paciente, estará sujeto a las posibilidades de cada institución".

INTERCONSULTAS

Cuando se hace una interconsulta a un colega, se debe aclarar desde un comienzo la razón principal de ella: "Le remito al señor N.N., para conocer su opinión sobre el diagnóstico y tratamiento". "Le remito al señor X.X., para que usted se encargue de todo su manejo". O en un paciente hospitalizado: "Le solicito el manejo conjunto de este paciente".

Es importante en las interconsultas mantener unas buenas relaciones entre el interconsultante y el interconsultado. Siempre se debe devolver el paciente haciendo una comunica-

ción verbal o escrita (idealmente ésta), hacia el médico remitente.

Cuando el paciente o los familiares solicitan llamar a otro médico para oír otra opinión, se debe respetar este deseo. Aun hay casos especiales y complejos donde el mismo médico tratante se debe adelantar a tal deseo, pues esto trae más tranquilidad a la familia. Se debe tener mucho cuidado en no socavar la dignidad y autoridad del médico remitente: "La lealtad y consideraciones mutuas constituyen el fundamento de las relaciones entre los médicos" (Artículo 29º, CCEM).

El médico no desaprobará con palabras o de cualquiera otra manera, las actuaciones de sus colegas en relación con los enfermos. "Será agravante de esa conducta, el hecho que esté dirigida a buscar la sustitución del médico tratante" (Artículo 30º CCEM). "No constituyen actos desaprobatorios las diferencias de criterio u opinión entre médicos que, manifestadas en forma prudente, surjan de la discusión, análisis y tratamiento del paciente" (Artículo 21º, CCEM). Las dudas o controversias que puedan resultar de este proceso siempre se deben dirimir a la luz de lo que sea mejor para el paciente.

Cuando hay numerosos médicos que manejan un mismo paciente, es conducta recomendable que uno de ellos sea el de cabecera para coordinar las acciones en el plan diagnóstico, terapéutico y educacional a fin de evitar las órdenes y contraórdenes y la comunicación contradictoria que pueda surgir de los distintos médicos hacia el paciente y los familiares.

SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO Y PROCEDIMIENTOS

"El médico no exigirá exámenes de laboratorio innecesarios". Esta misma conducta se debe aplicar a los otros métodos paraclínicos.

Hay abusos en la solicitud de exámenes de laboratorio o de procedimientos, muchas veces originados en la ignorancia de los conocimientos clínicos. Esto agrava los costos de atención y puede producir angustias innecesarias al paciente.

Los exámenes de laboratorio deben influir la definición de una conducta o el establecimiento de un pronóstico. El solo hecho de "querer saber", o razones académicas, puede no ser de peso al solicitar un examen.

Los exámenes de rutina a todo paciente también hacen perder el juicio clínico y el sentido común e incurrir en excesos en lo que se busca.

Muchas veces es una rutina establecida en otros sitios pero que aplicada a un paciente particular, no le va a ayudar en modo alguno a variar la conducta o el plan educacional.

Se piden exámenes innecesariamente y la balanza se ha inclinado en las instituciones hospitalarias al exceso más que al defecto. Si antes el profesor exigía "¿Por qué no le ha pedido este examen?", ahora debe preguntar: "¿Para qué le ha pedido ese examen?". La cantidad de exámenes solicitados va en proporción directa con la ignorancia clínica y la complejidad del caso. Muchas veces no se tiene en cuenta el costo de los exámenes y mucho menos interesa si es una institución la que los paga. En los hospitales universitarios no se enseña

esto y el academicismo lleva al exceso: "el querer saber simplemente" o "demostrar que estoy en lo cierto", sin tener en consideración si ayuda o no a solucionar los problemas del paciente. También se abusa en los procedimientos sin considerar su morbilidad o el costo excesivo. Un ejemplo es la tomografía axial computadorizada (CAT) del cerebro o de otras partes del organismo.

El juicio clínico para pesar un examen o un análisis del problema se reemplaza por la vía fácil de ordenar un CAT. Al enfrentarse a una persona con un accidente cerebrovascular, se puede llegar a la rutina excesiva de indicar CAT en forma indiscriminada, sin considerar costos o situación clínica.

Hay que pedir las pruebas de laboratorio con mayor análisis crítico y debe aceptarse en el área clínica trabajar con algún grado de incertidumbre⁶. El mercantilismo médico que favorece la utilización de una técnica o un aparato, es una práctica que es necesario criticar, si de ella no se beneficia el paciente.

Se da el nombre de "cascada clínica" a una serie de exámenes y procedimientos que obligatoriamente se deben hacer cuando se encuentra algo anormal⁷. Una historia clínica defectuosa o un examen sin bases clínicas, pueden precipitar la "cascada clínica", complicar el estudio de un paciente y originar angustia en éste y en el médico tratante. No tener en cuenta el valor predictivo de un examen de laboratorio puede llevar a errores funestos en el manejo del enfermo. Esta influencia sobre la "cascada clínica" se puede ver también claramente en las interconsultas. El interconsultante transmite angustia al interconsultado y puede presionarlo a solicitar exámenes que quizá él no hubiera pedido si hubiera visto primero al enfermo. Como en la "cascada clínica" se puede llegar a una serie de procedimientos que traigan morbilidad y aun mortalidad, es importante hacer tomar parte activa al paciente en las decisiones⁸.

Se pasa del concepto tradicional de un médico omnipotente, autónomo, y enfermo dependiente y pasivo a una clara negociación donde el primero explica con toda claridad los pros y los contras de un procedimiento dado con todos los peligros para que en forma conjunta, se tome una decisión. Así se respeta otro derecho del paciente que es **poder rechazar en última instancia cualquier procedimiento**. Esta negociación es mucho más activa en enfermedades crónicas, donde el paciente participa vs el paciente con enfermedad aguda o comatoso.

Cuántas veces se ve en las salas que llevan a un paciente a endoscopia para practicarle una gastroscopia, sin que nadie le explique qué se le va a hacer, en qué consiste el procedimiento, qué molestias puede traer o qué morbilidad tiene. Esta falta de comunicación entre médico y paciente puede ser una de las causas de desilusiones en la atención médica, a pesar de los avances tecnológicos. La negociación con el enfermo puede ser un factor positivo para mejorar las relaciones. El clínico debe ser flexible y convincente en sus recomendaciones. Debe ser sencillo en sus explicaciones. Debe ser comprensivo.

El bisturí para el cirujano es como la palabra para el clínico. Cuando se usa en forma efectiva, los pacientes andan bien; si no, los resultados pueden ser desastrosos. Muchos enfermos

extrañan y están resentidos hoy en día por la incapacidad para comunicarse con sus médicos de una manera productiva. Tienen preguntas que requieren respuestas, necesitan que les disipen dudas o malos entendidos y que les clarifiquen conceptos⁹.

EL PACIENTE TIENE DERECHO A CONOCER EL VALOR DE SUS SERVICIOS

Establecer unas tarifas puede evitar el abuso en el cobro de los servicios profesionales. Las tarifas pueden variar si son institucionales o privadas y de hecho, esta variación existe en la realidad. Debe haber una franca honestidad en el cobro de los servicios profesionales, evitando en todo momento el mercantilismo médico que busca el enriquecimiento fácil.

En la medicina familiar hay una filosofía de acción que debe ser principio en toda la medicina y sus especialidades y es el "compromiso con el paciente". El médico familiar no sólo considera los aspectos de la enfermedad y la salud, sino que se vuelve un abogado de su paciente para protegerlo a él y a sus familiares de colegas inescrupulosos que, perdido el sentido de la profesión, piensan sólo en el dinero que pueden ganar y pasan cuentas escandalosas sin ninguna justificación.

Los mismos médicos deben reconocer y aislar a tales colegas inescrupulosos, aunque la comunidad los identifica.

Es recomendable que el enfermo conozca previamente el costo de su atención antes del procedimiento y reciba toda orientación y guía.

EL DERECHO A LA VERDAD Y A LA INFORMACION

En el artículo sobre creación de actitudes clínicas y en lo referente a la historia orientada por problemas⁵, se decía lo importante que es en la acción de todo médico el **plan educacional** al paciente, que consiste en explicarle qué se piensa acerca de su enfermedad con un análisis objetivo y cómo debe colaborar en su tratamiento. Se deben evitar detalles sin importancia o muy técnicos, pues no van a ser comprendidos y pueden ser motivo de nueva ansiedad. La comunicación debe ser clara, sencilla, con oportunidades para que el paciente haga todas las preguntas sobre sus problemas y que sea copartícipe en las soluciones que el médico ofrece. Los conceptos importantes se deben decir en forma reiterada, persistente y firme. Hay que enfatizar y reenfatizar una y otra vez.

El hipertenso o el diabético que comprenden su enfermedad, aceptan unos controles y tratamiento donde ellos son las personas más importantes. De aquí vienen las asociaciones de diabéticos, hipertensos, artríticos.

Debe haber una relación dinámica que cambie la situación de un médico autoritario y autónomo sobre un enfermo pasivo y dependiente, a la de un médico objetivo, honesto, orientador, comprensivo y un paciente copartícipe, colaborador y motivado en un proceso que busca su salud.

La omnipotencia del médico y las barreras psicológicas del paciente contribuyen a la actitud tradicional. Se puede creer que el exceso de información va a traer más ansiedad al paciente y que puede ser una pérdida de tiempo, pero una

persona informada participa mejor en el proceso de control o curación de su enfermedad.

La comunicación debe ser en dos sentidos: paciente-médico y médico-paciente para aclarar dudas y dar información con bases científicas y con un trasfondo completo de honestidad. Las palabras, las manos, la simpatía, pueden tener mayor efecto terapéutico que la mejor droga.

El buen clínico debe aprender a tener gusto al hablar con sus pacientes. El ama de casa angustiada por problemas familiares muestra multitud de síntomas psicosomáticos, cefaleas, náuseas, cansancio. La consulta no debe ser resuelta con un simple tranquilizante o una droga sintomática. El clínico integral debe ayudarla, orientarla, darle psicoterapia de soporte. Hacerle ver las cosas positivas de su vida. Una vía fácil puede ser remitirla al psiquiatra, conducta con la cual el autor no estaría de acuerdo, salvo en casos especiales.

El clínico debe aprender a oír como lo hace el psiquiatra. Debe captarse la confianza de su enfermo, para facilitarle salir de su crisis. No es posible ser rígidos en las apreciaciones y conductas. La actitud de flexibilidad puede aumentar la empatía con el paciente. Debe haber una protección a la libertad y dignidad individuales. La participación del enfermo en llegar a un acuerdo con su médico sobre la definición de los problemas, prioridades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, las expectativas, forman parte esencial en la relación médico-paciente.

El médico puede actuar de manera más agresiva en la evaluación y manejo de los problemas y ve la tecnología como sinónimo de progreso. El paciente ve las cosas distintas. Puede evaluar las intervenciones en términos de costo, inconveniencia, reacciones adversas y puede desear una conducta más conservadora. El acto de incorporar al paciente en la toma de decisiones y estudio de alternativas, va rompiendo esas barreras.

El **derecho a la verdad** se debe seguir como regla general, pero hay excepciones en circunstancias muy especiales. Casi todos los médicos y especialmente los que tienen que ver con enfermedades graves como los oncólogos, están de acuerdo en que el paciente debe conocer la enfermedad. Cómo decir esta verdad es un arte y se debe individualizar para cada caso. Recurrir a los familiares directos puede ser una ayuda, aunque con frecuencia ellos ponen una barrera en la comunicación entre médico y paciente: "Doctor, no le vaya a decir a mi papá que tiene cáncer". Empieza aquí la "conspiración del silencio", que forma un obstáculo en la relación médico-paciente. Como el enfermo sospecha la verdad, pero no se atreve a enfrentarla para no crear angustia a los familiares, aumentan su soledad y su aislamiento.

En las tutorías, cuando el autor confronta a los estudiantes con un paciente que tiene un diagnóstico claro de infarto de miocardio, les pregunta si le dirían al sujeto el diagnóstico; la respuesta más frecuente es: "no, porque lo agravaría más". En los mismos médicos hay el temor y la resistencia interna a decir la verdad al paciente, aunque esto se ha ido modificando cada vez más.

En cada una de las especialidades médicas se puede ayudar al paciente, aun en enfermedades graves. Por esto, la actitud de decir la verdad no debe terminar allí, sino que debe ser seguida con una actitud de ayuda y alivio para el paciente.

Visitar sitios donde hay pacientes con cáncer que conocen su diagnóstico, hace modificar la creencia que estos sujetos están dados a morir. Soportan con entrega sus problemas y en muchos de ellos hay una paz interior inconcebible. Estos individuos con enfermedades graves deben seguir recibiendo toda la ayuda, sin adoptar una actitud derrotista, si se tiene en mente que siempre es posible consolar: "La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia a un paciente" (Artículo 17º, CCEM).

Cuando se habla de decir la verdad, ésta se debe basar en datos objetivos y no en meras hipótesis diagnósticas que pueden alarmar innecesariamente al enfermo. Con frecuencia hay diagnósticos de cardiopatía isquémica sin bases claras y sin esfuerzo del médico por clarificar esta situación. Debe haber una honestidad completa en la información.

Muchas veces no se sabe qué tiene el paciente. Cuando se trata de una fiebre de etiología desconocida o de un problema abdominal confuso, se le debe decir así al enfermo, explicándole que se van a hacer exámenes para clarificar la situación. La comunicación con él, hace aumentar la confianza entre médico y paciente. Hay que ser tolerantes con los familiares al dar respuesta a todas sus preguntas y comprender su situación de angustia.

EL DERECHO A LA PRIVACIDAD

"Entiéndese por secreto profesional médico, lo que no es ético o lícito revelar sin causa justa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales" (Artículo 37º, CCEM).

Si se tienen en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierna y convenga.
- A los familiares, si la revelación es útil al tratamiento.
- A los responsables del caso, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
- A las autoridades judiciales o de higiene y salud, según prevean las disposiciones legales.
- A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o su descendencia" (Artículo 38º, CCEM).

Hay que despertar en los pacientes la certeza que sus sentimientos o confesiones íntimas se guardarán en el mayor secreto. Se debe ser celosos en cuidar las historias clínicas y mantener lo más posible sus confidencias. La privacidad es cada día más difícil de guardar en la medicina institucional, donde el personal auxiliar u otros profesionales pueden leer las historias clínicas.

Así se ve que cuando un colega se enferma y se hospitaliza en cualquier institución, el diagnóstico y sus problemas de salud se conocen rápidamente.

La solidaridad o querer saber sobre el amigo, facilitan o presionan a los médicos tratantes a dar esta información. Se debe evitar discutir estos problemas en lugares públicos como ascensores o cafetería.

Las leyes de cada área pueden también influir sobre la información que se solicita. La comunicación con el paciente cuando se busca su consentimiento para dar los datos respectivos, facilita la labor. Cuando el enfermo viaja, es recomendable darle un resumen de la historia clínica que le puede ser de utilidad en cualquier contingencia. En personas con problemas complejos conviene darles el listado de esos problemas, pues les puede ayudar en un caso de urgencia, para que otro médico se oriente sobre su situación y facilite el manejo.

El autor recomienda a los pacientes tener un folder con su historia, los exámenes de laboratorio y las fórmulas, pues esto puede ayudarle a solucionar sus problemas de salud, sobre todo cuando lo ve otro colega por diversas razones. Este folder será para su uso exclusivo, lo mismo que de sus familiares y allegados.

La privacidad se refiere también a respetar su pudor. Cuando en las salas se hace un examen físico o un examen ginecológico sin cerrar las cortinas en presencia de los demás pacientes, se quebranta el derecho a la privacidad. Si debido a la sobrecarga asistencial se ven varios pacientes en el mismo consultorio, también se quebranta ese derecho. Hay que luchar para que esto no ocurra. Cuando un enfermo solicita que se lo vea solo, sin presencia de algún familiar o amigo, se debe acatar tal deseo. Es conducta recomendable, que no va contra la privacidad, hacer un examen ginecológico a toda paciente en presencia de una enfermera auxiliar o de un familiar muy cercano.

EL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

La prolongación de la vida no debe constituir en sí el fin exclusivo de la práctica médica. La muerte no debe ser vista como un fracaso, porque es algo inherente a la naturaleza humana y no somos todopoderosos para "jugar a Dios con nuestros enfermos". Lo único seguro que tenemos todos en esta vida es la muerte. "Y me sorprende mucho que la muerte haya pensado en mí. Yo nunca pensé en ella" Epitafio.

Las medidas extremas en estados graves e incurables prolongan la agonía y el sufrimiento en forma innecesaria. El médico tiene la obligación de brindar a su enfermo desahuciado y sin esperanza, una muerte con dignidad y el menor sufrimiento posible. En las unidades de cuidado intensivo uno se acostumbra a ver el sostenimiento artificial de una vida con respiradores, tubos, marcapasos y líquidos parenterales que alejan la muerte a toda costa y prolongan la agonía de personas llenas de soledad, sin familiares y sin afecto.

La ciencia hace olvidar la parte humana en estos casos. Se tienen en cuenta los gases arteriales alterados, el potasio bajo, la hipotensión que afecta el flujo renal, pero no se considera a ese ser humano lleno de angustia en sus primeras 24 horas y que luego puede entrar en una gran depresión. Se hacen

rondas al pie de su cama y se mencionan todas las complicaciones que pueden venir. Se olvidan los sentimientos de los pacientes y si trabaja un equipo de médicos, cada cual quiere hacer más, no importa los sufrimientos que se originen en esa lucha estéril, cuando todo está perdido. La decisión "ya no más" es difícil para todos y se necesita valor para tomarla.

Muchos médicos luchan denodadamente contra la muerte y olvidan el otro deber de aliviar. En el médico tratante vienen sentimientos de perder su prestigio personal y profesional. También los sentimientos encontrados ambivalentes de los familiares (amor y deseos que todo termine rápido), rodean la atmósfera de tensión y angustia. Son los sentimientos de culpa y de un duelo anticipado¹⁰ que acompañan penosamente el final de un ser querido. Aquí es indispensable una gran comprensión para limar las críticas o comentarios injustos que puedan salir sobre el manejo. Los costos de atención agravan esos sentimientos ambivalentes. El paciente tiene derecho a vivir, pero también derecho a su propia muerte pues ésta pertenece a la vida del hombre. Y cuando el fin ya se acerca, el médico debe comunicarlo a los familiares para colaborar en la solución de los problemas materiales y rodear al enfermo con la ayuda de las creencias espirituales a que pertenece.

"Si la situación del enfermo es grave, el médico tiene la obligación de comunicarla a sus familiares o allegados y al paciente, en los casos en que ello contribuya a la solución de sus problemas espirituales y materiales" (Artículo 18º, CCEM).

La eutanasia directa no se permite porque va contra el principio de la inviolabilidad de la vida. Dios es el Creador y Señor único de la vida humana. El Código de Ética Médica para los hospitales católicos de Estados Unidos dice: "La muerte directa de cualquier inocente, aun por su propia petición, es siempre moralmente mala. Cualquier procedimiento que tenga como efecto únicamente la muerte de un ser humano, es un homicidio directo. La eutanasia ('muerte misericordiosa') en todas sus formas está prohibida"¹¹. "Debe haber una clara distinción entre una actitud activa que busca poner fin a la vida y una actitud pasiva que permite morir a un paciente que no tiene esperanza y que no supone el uso de procedimientos inútiles. Es deber del médico librar a ese paciente, en cuanto sea posible, tanto de dolores físicos como de torturas mentales. Esto es muy distinto a poner fin a la vida deliberadamente, lo cual es contrario a la ética de nuestra profesión"¹².

Frente a la prolongación de la vida hay 3 posiciones: 2 extremas y opuestas y una actitud moderada. Los extremos son: la que sostiene que **siempre** se deben emplear todos los procedimientos posibles para conservar la vida. La otra es la de la aplicación de la eutanasia directa. La actitud moderada tiene un profundo respeto por la vida, pero a la vez comprende que la conservación de la vida tiene sus límites. Para ello emplea todas las medicinas, tratamientos, operaciones o métodos que ofrecen una esperanza razonable y que se pueden obtener y usar sin excesivo gasto, dolor y otros inconvenientes y cuyo empleo ofrece una razonable esperanza de provecho. A este respecto, Juan Pablo II manifiesta: "Es siempre lícito contentarse con los medios que la medicina puede ofrecer. Por tanto, no se puede imponer a nadie la obligación

de recurrir a un tipo de cura que, aunque esté en uso, no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio sino más bien significa simple aceptación de la condición humana o deseo de evitar la puesta en práctica de un procedimiento médico desproporcionado a los resultados, o bien la voluntad de no imponer gastos excesivos a la familia o a la colectividad". El Papa Juan XXIII no dejó que sus médicos lo operaran del cáncer incurable que lo llevó a la tumba.

Hay una organización internacional llamada "Fundación pro-derecho a morir con dignidad", que también funciona en Colombia (Apartado Aéreo 88900, Bogotá). Asesorado por esta Asociación, el paciente firma documentos que autorizan a sus médicos, en caso de enfermedades incurables no sostenerle la vida con medidas artificiales heroicas. "Es mi voluntad, en caso que por enfermedad física o mental extrema, no hubiere esperanza razonable para que me recupere hacia una existencia útil, que no se me prolongue la vida por medios artificiales o medidas heroicas".

El paciente desahuciado debe recibir toda la ayuda hasta cuando llegue la muerte. Hay que conversar con él, oírlo, respetar sus sentimientos, consolarlo, aliviarlo siempre en sus dolores. La negación de la muerte es un sentimiento que humanamente puede invadir a cualquiera. Puede persistir en todos algo de esta ilusión de omnipotencia que existe durante la niñez¹³ y al perder la lucha con la muerte haber sentimientos de frustración o culpabilidad que pueden llevar a sobretratar a los pacientes terminales o, en sentido contrario, abandonarlos a su suerte.

En los pacientes con enfermedades graves pasan esos sentimientos negativos. "No, a mí no me puede suceder esto", "no, no es cierto". Aquí se debe ser más pacientes que el mismo paciente. Hay que aceptar las dudas que humanamente se presentan al dictamen. Vendrán etapas de angustia: "¿Por qué a mí?". La irritabilidad y la agresividad del paciente se pueden volver hacia los mismos médicos.

Posteriormente puede aparecer la fase de regateo o trato, donde son comunes los pensamientos mágicos de sanidad: "Prometo hacer todo lo que usted me ordene, con el fin de curarme"¹³. En esta etapa no es posible crear falsas expectativas.

Aunque no es raro que los pasos sigan el orden mencionado, son probables grandes variaciones individuales o la llegada directa a la depresión. La realidad de los hechos, el retroceso de la salud, hacen deprimir más al enfermo. Finalmente, viene la etapa de aceptación, donde se puede rodear de una paz interior. En este momento ya no se quiere ver a nadie. Tomarle afectuosamente la mano puede ser más benéfico que hablar. No se debe aumentar la soledad del moribundo con engaños y mentiras. Hay que permitirle expresar sus necesidades y sentimientos. Casi siempre se considera a la muerte como una terrible pesadilla que hace actuar en una atmósfera de teatro irreal¹⁵.

Los valores de los moribundos son muy distintos con respecto a los de las personas sanas. El desprendimiento de las cosas materiales hace más placentera la contemplación de un atardecer o el recuerdo de momentos felices de la vida pasada¹⁵.

Hay que tener paciencia y amor. Saber escuchar y tener tiempo para sentarse un rato al lado del paciente, sin afán y sin ser "visita de médico". Sin duda que aquí es necesario dejar un poco la ciencia y tomar un aspecto más humano.

En cada una de las etapas es indispensable respetar los sentimientos: el deseo de estar solo, el deseo de estar con los seres queridos, el deseo de hablar del pasado, "lo que siente su corazón" o respetar su silencio o la decisión propia de cómo pasar los últimos días. En todas las circunstancias siempre se debe aliviar el dolor. Hay que evitar la soledad o aislamiento de sus seres queridos, propiciar el arreglo de los negocios pendientes y la ayuda espiritual y religiosa. Todo ello en completa comunicación con los familiares, quienes serán parte esencial en el manejo¹⁵.

REFERENCIAS

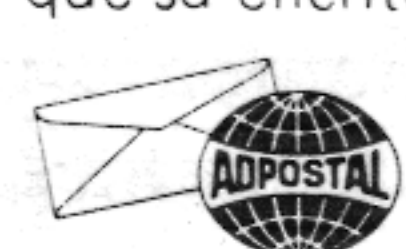
1. Ley 23 de febrero 10 de 1981. **Código de ética médica colombiana**.
2. American College of Physicians. Ethics manual and hoc committee on medical ethics. **Ann Intern Med**, 1984, **101**: 129-137.

3. Peters, T.J. & Waterman, R.H.: **En busca de la excelencia. Experiencia de las empresas mejor gerenciadas de los Estados Unidos**. Editorial Norma, Bogotá, 1984.
4. Marchesi, P.P.: **Por un hospital más humano**. Colección Selare. Indo, American Press Service, 1981.
5. Gutiérrez, J.: La creación de actitudes clínicas. Una fuente primordial para formular objetivos educacionales en el entrenamiento médico. **Colombia Med**, 1983, **14**: 55-58.
6. Reuben, D.B.: Sounding board. Learning diagnostic restraint. **New Engl J Med**, 1984, **310**: 591-593.
7. Mold, J.W. & Stein, H.F.: Sounding board. The cascade effect in the clinical care of patients. **New Engl J Med**, 1986, **316**: 512-514.
8. Brody, D.S.: The patient's role in clinical decision making. **Ann Intern Med**, 1980, **93**: 718-722.
9. Tumulty, P.A.: Qué es un clínico y cuál es su función. **New Engl J Med**, 1970.
10. Kubler, J. & Ross, E.: **On death and dying**. New York, MacMillan Co, 1972.
11. Kelly, G.: **Moral problems**. The Catholic Hospital Association, 552 pp., 1959.
12. Williard, S.: **The ethical basis of medical practice**. P.B. Hoeber (ed), New York, 1950.
13. Urbaitis, J.C.: **J Fam Pract**, 1978, **6**: 185-197.
14. Alvarez T.: Editorial Por Hacer Limitada, Medellín, 1985.

HAGA MAS VENTAS POR CORREO, UTILIZANDO EL "SERVICIO DE REEMBOLSO C.O.D." DE ADPOSTAL

Es un servicio que le permite estar en varias ciudades a un mismo tiempo entregando y cobrando a la vez su mercancía! Parece increíble, verdad? Usted hace el envío de sus productos, y en el momento mismo en que su cliente los retira de nuestras oficinas, le giramos su dinero! Además es rápido y seguro!






CORREO DE COLOMBIA
llega seguro y a tiempo!
MAYOR INFORMACION: TELS. 2415531 Y 2826842