



OPINIÓN

¿CÓMO DEBEN PRESENTARSE LOS MÉDICOS ANTE LOS PACIENTES, PARA FAVORECER LA ADECUADA RELACIÓN PROFESIONAL ENTRE AMBOS?

Ac. Francisco Crestanello

INTRODUCCIÓN

El buen ejercicio de la Medicina exige una relación directa y calma, entre un paciente preocupado porque tiene o cree tener un problema de salud, y un médico que en forma diligente, humana y oportuna le brinda su atención, el tiempo necesario y todo lo mejor de su capacitación para diagnosticarlo y tratarlo.

En los últimos años esa relación se ha deteriorado, posiblemente por los cambios culturales y porque la Medicina, que se ha vuelto cada vez más tecnificada, más compartimentada y más gestionada, aparece cada vez más como deshumanizada.

Ese deterioro, y sus múltiples consecuencias, han sido y son objeto de muchos estudios.

La relación médico – paciente es esencialmente una relación de confianza del paciente hacia el médico, porque percibe que va a ser tratado:

1. poniendo ante todo el cuidado de sus intereses sanitarios que están en riesgo,
2. con competencia técnica, aplicada con diligencia,
3. informándolo de manera adecuada y con veracidad,
4. y con una respuesta de disponibilidad, de proximidad, y de apoyo humano oportuno, adecuado a sus necesidades, que alivie sus molestias, que respete sus sentimientos, y que mantenga en el ámbito de la confidencialidad la información personal que recaba.

La confianza del paciente hacia su médico, depende entonces en gran parte de las acciones de este último. Se gana con mayor o menor dificultad y es lábil; por eso día a día es necesario cultivarla, robustecerla y evitar todo lo que pueda disminuirla o hacerla perder.

Lograrlo exige, entre otras cosas, una apropiada comunicación del médico con el paciente, que no sólo es verbal, sino también gestual y simbólica.

Esta última ha merecido menos atención y, en la actualidad, con frecuencia creciente, algunas de sus fallas son tema de quejas y hasta de denuncias.

Entonces parece oportuno preguntarse, **¿cómo deben**

presentarse los médicos ante los pacientes, para favorecer la adecuada relación profesional entre ambos?

En 2005, con el propósito de orientar a los estudiantes de Medicina que comienzan su interacción con pacientes, en uno de los capítulos finales de un libro de texto de mi autoría ⁽¹⁾, incluí unas breves consideraciones sobre este tema, basadas en reflexiones sobre lo aprendido en muchos años de ejercicio de la profesión; ellas dan algunas pautas muy generales al respecto y las razones que a mi modo de ver las fundamentan.

A casi diez años de escritas, a pedido del Consejo Directivo de la Academia Nacional de Medicina de Uruguay, las reproduzco con el propósito de que, en la coincidencia o la discrepancia, sirvan para promover un estudio más profundo de este aspecto tan importante de la asistencia y una aplicación práctica más cuidadosa de lo que resulte del mismo.

Ac. Francisco Crestanello
Octubre de 2014

PARÁMETROS GENERALES DE COMPORTAMIENTO EN LOS AMBIENTES ASISTENCIALES ⁽²⁾

En los escenarios asistenciales todos tienen que ajustar su comportamiento a ciertos parámetros. Nadie puede proceder de cualquier manera o como le parezca.

Todos los integrantes del personal de salud, incluidos los estudiantes, están sometidos a parámetros de comportamiento para desarrollar su actividad en los ambientes donde se relacionan directa o indirectamente con los pacientes y su familia: la comunidad, las policlínicas y los servicios hospitalarios.

Estas pautas buscan organizar y uniformizar la actuación de cada integrante del personal de salud en estas complejas estructuras asistenciales, respetando sus derechos y su jerarquía profesional, e impedir así que la inevitable diversidad personal y cultural, origine comportamientos inadecuados o inaceptables para el desarrollo de una actividad asistencial correcta.

Este aspecto tiene particularidades específicas en los hospitales docentes, en donde además del personal de salud, actúa un considerable número de estudiantes.

Los parámetros de comportamiento son de diverso tipo.

Los más simples y generales son implícitos, no redactados, y de aceptación universal. Se originaron en el curso de la historia de la medicina y se transmitieron de generación en generación; hoy son considerados como parámetros tradicionales del comportamiento

adecuado y tienen aceptación tácita en la mayoría de los escenarios asistenciales.

El elevado número de profesionales que actúan en los procesos asistenciales contemporáneos, la complejidad actual de muchos de ellos y los avances del conocimiento, han hecho necesario formular cierto número de regulaciones específicas para actuar en áreas asistenciales de mediana o alta complejidad: block operatorio, unidades de cuidados intermedios e intensivos, áreas de internación y tratamiento de pacientes inmuno-deprimidos, etc.

Por la inabarcable diversidad de aspectos a considerar, probablemente no exista una enumeración única completa de los parámetros y las regulaciones de los comportamientos en los ambientes asistenciales.

Lo que sigue no es un manual de urbanidad, ni un libreto que describa con precisión el papel que obligatoriamente deben representar los integrantes del equipo de salud en los ambientes asistenciales. Es una enumeración de los principales aspectos cuyo cuidado se considera habitualmente más importante para que el comportamiento del personal de salud en los ambientes asistenciales, particularmente el de los médicos, sea correcto.

Toda la actividad asistencial se centra en el paciente y en muchos aspectos los comportamientos integran un lenguaje de símbolos conscientes o inconscientes, a través del que se comunican médico y paciente. Por ello, un comportamiento médico adecuado, es uno de los elementos, por cierto muy importante, para condicionar positivamente las características de la relación médico - paciente.

No se puede ignorar que entre esta enumeración ideal y la realidad de muchos hospitales docentes, del alto número de estudiantes y de la premura que los sistemas asistenciales imponen a las actividades clínicas, existe una gran distancia; sin embargo estos parámetros no pueden dejar de ser descritos porque son marcos de referencia y metas a alcanzar.

Los cuatro primeros se refieren especialmente a aspectos que tienen particular importancia para que, en la relación médico - paciente, el primero gane en este último el grado de confianza, de respeto y el ascendiente necesarios para conducir el proceso asistencial dentro de los márgenes más convenientes a los intereses del segundo.

1.- EL ASPECTO PERSONAL.

El médico debe presentarse limpio y aseado, revelando un cuidado mínimo de su persona.

Debe controlar sus sentimientos y adoptar una postura, gestos, palabras y mirada que expresen interés, atención, aceptación y comprensión, calma y disponibilidad de tiempo, aunque sus sentimientos no sean esos. No debe expresar sus sentimientos

personales o tener reacciones de disgusto o desaprobación.

La vestimenta debe ser discreta; frecuentemente es sustituida por un pijama hospitalario o un pantalón y chaqueta personales de color blanco. Sobre ambos suele vestirse una túnica blanca, que no sólo responde a necesidades de identificación y uniformización del personal de salud dentro del conjunto de personas que actúa en cada escenario asistencial, sino que, como se describe más adelante, cumple importante papel en el control de las infecciones hospitalarias. Es obvio que por este papel, no es correcto usar vestimentas personales de uso general (prendas de abrigo, impermeables, etc.) encima de la túnica.

Vestimenta, equipo y túnica deben estar constantemente limpios, cambiándolos con la frecuencia necesaria para ello. Deben ser bien portadas; una túnica abierta, es decir sin sus botones o cierre abrochados, es equivalente a no usar túnica.

Hay vestimentas específicas para ciertas áreas asistenciales, como la sala de operaciones. Se debe ser sumamente respetuoso en el empleo de la vestimenta específica de cada área.

Cada miembro del personal de salud debe portar una identificación visible y legible, oficial, es decir emitida por la institución, y uniforme, en donde como mínimo debe figurar nombre, apellido y cargo. Existen diversos sistemas desde los datos grabados o bordados en el bolsillo superior de cada prenda hasta los solaperos modernos que además incluyen una fotografía del técnico y un código de barras o una banda magnética para facilitar la identificación en las diversas actuaciones asistenciales.

Los artículos personales que se llevan consigo en el desempeño de la actividad clínica atentan contra la higiene y pueden ser vehículos de transmisión de infecciones; por lo tanto deben ser los mínimos: elementos de escritura, instrumentos electrónicos de comunicación, estetoscopio, etc. No se debe estar en los ambientes asistenciales con carteras, portafolios, mochilas, ropas de abrigo, etc.

2.- LOS PRINCIPALES HÁBITOS.

Muchos ambientes asistenciales tienen niveles sonoros de fondo naturalmente elevados, por la cantidad de personas que actúan en ellos y por los diversos tipos de sonidos que generan los equipos médicos y sus alarmas. Este elevado nivel de ruido molesta e inquieta a los pacientes, que necesitan tranquilidad y sueño. El personal de salud debe cuidar que todas sus actuaciones asistenciales no generen más ruido que el inevitable, particularmente en los turnos de la noche en que los pacientes deben descansar.

Parte del trabajo clínico debe realizarse sentado para examinar al paciente, escribir las anotaciones en la historia, etc. No se debe sentar en la cama del paciente o encima de las mesadas de los escritorios o enfermerías.

La satisfacción de las necesidades de alimentación y bebida del

personal de salud está prevista por las instituciones, y existen momentos y lugares para hacerlo. Las disposiciones deben respetarse; no se debe comer, beber o tomar colaciones en las áreas asistenciales destinadas a los pacientes, en las áreas públicas o en las áreas docentes.

En las instituciones asistenciales sólo está permitido fumar en los ambientes habilitados para ello o en el exterior.

3.- EL TRATO CON PACIENTES.

Debe mantenerse siempre en el plano de una relación profesional evitando cuidadosamente pasar al plano de una relación personal.

Cuando el médico se refiere a los pacientes, debe emplear su nombre y apellido, evitando identificarlos por referencias despersonalizantes como "la cama 4", o eventualmente peyorativas como "el viejo" o "el tipo" o "el del SIDA o del cáncer".

Se les debe tratar respetuosamente para que sientan la consideración diligente de sus problemas, amigablemente para estimular su confianza, pero sin entrar en un trato confianzudo que haga perder el necesario ascendiente profesional.

Se debe evitar referirse a él por denominaciones tales como "don", "viejo", "hijo", etc. .

El empleo del tuteo o del nombre de pila merece una consideración especial. En el idioma español de la vida corriente su uso cambia con el lugar y sobre todo con la época. Hasta mediados del siglo XX se guardaban mucho las formas. Por ello no se empleaban nunca en la relación con extraños ni en la relación médico-paciente; se guardaban para círculos menos formales como el de la familia y el de las amistades. Posteriormente en el lenguaje popular se produjo un cambio hacia su empleo generalizado, que no puede ignorarse. En consecuencia hoy no es posible establecer genéricamente si su uso en el trato profesional debe considerarse correcto o incorrecto. Lo aconsejable es adecuarlo a las características del paciente. En general no deben emplearse si ello compromete el nivel de ascendiente profesional necesario para la asistencia; en las personas mayores que suelen conservar paradigmas sociales tradicionales en uso en su época de formación, no es aconsejable emplearlos a menos que sean concedidos.

4.- LA RELACIÓN CON LOS FAMILIARES. LA INFORMACIÓN MÉDICA A LA FAMILIA.

Detrás de cada paciente suele haber un núcleo familiar que se interesa por él. La relación del médico con los familiares es muy importante y debe ser adecuada. Merece una dedicación especial, es decir separada de las actuaciones asistenciales con el paciente, y específica es decir destinada a tal fin, para lo que se le reserva un

lugar y un espacio de tiempo.

Durante la entrevista con el paciente puede permitirse la presencia de un familiar, especialmente en casos de pacientes ancianos o minusválidos. Durante la realización de ciertas partes del examen físico o de maniobras diagnósticas invasivas o terapéuticas, el familiar debe ser invitado a retirarse de la habitación donde se realiza.

La información a la familia se suele dar después de cada entrevista. Debe ser dada a uno o dos miembros de la familia, siempre los mismos, que la representan como interlocutores; no se debe dar a todos porque ello suele ser fuente de confusiones o contradicciones. Toda vez que sea posible, debe ser dada en presencia del paciente, y en lenguaje claro y comprensible por personas que no tienen formación médica. Debe ser objetiva y no darla por terminada hasta que haya razonable evidencia de que los destinatarios comprendieron y que no tienen más preguntas que formular.

Salvo autorización expresa de los responsables del equipo de salud, **los estudiantes no deben brindar información clínica a los pacientes o a su familia** porque:

- no tienen experiencia y pueden equivocarse o canalizarla de manera inadecuada, con los consiguiente daños, a veces muy grandes e irreparables. Dice un proverbio muy antiguo que si un hombre común tira una joya a un río, se necesitan muchos sabios para recuperarla.
- no tienen responsabilidad asistencial.

5.- EL RELACIONAMIENTO CON LOS DEMÁS INTEGRANTES DEL PERSONAL DE SALUD.

Debe mantenerse dentro de los parámetros generales de lo que se consideran relaciones humanas correctas. La multiplicidad y diversidad de caracteres de los integrantes de los equipos de salud y las tensiones provocadas por las situaciones, a veces límite, que se viven en la actividad asistencial, ponen en riesgo la corrección de este relacionamiento, surgiendo frecuentemente conflictos en esta área, cuya solución por parte de las jerarquías a veces es sumamente compleja.

Una forma especial de relación circunstancial entre profesionales, es la consulta médica a otro especialista y la solicitud de una segunda opinión. El consultado suele estar en una posición ventajosa respecto a quien consulta. Como ya se ha señalado, en estas actuaciones asistenciales se requiere que, cuando el consultado discrepe profesionalmente con lo actuado por el que consulta, exprese libremente su opinión en forma tal que respete la persona, la capacitación y el prestigio profesional de este último y salvaguarde particularmente la calidad de su relación con el paciente y su familia, ya que ésta es particularmente vulnerable.

6.- EL RESPETO POR LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN EL LUGAR Y POR LAS LÍNEAS DE MANDO.

El personal de salud de cada institución funciona organizado en equipos lo que significa que cada integrante ocupa un lugar donde tiene un papel que cumplir, papel necesario que está integrado al proceso asistencial y sometido a sus líneas de mando y mecanismos de supervisión. Es obvio que cada integrante del personal de salud conoce, comprende y acepta lo que tiene que hacer y que incurre en responsabilidades por omisión si no lo hace.

7.- EL CUMPLIMIENTO RESPONSABLE Y EL REGISTRO ADECUADO DE TODAS SUS ACTUACIONES.

8.- EL RESPETO POR LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE SE MANEJA.

Estos dos parámetros de comportamiento en los ambientes asistenciales, merecen consideraciones más detalladas, que se encuentran en el capítulo 6 (La Historia Clínica).

9.- EL CUIDADO DEL EQUIPAMIENTO, LOS INSUMOS, LOS AMBIENTES Y SU HIGIENE.

Los escenarios asistenciales modernos, particularmente los hospitales, son estructuras complejas muy onerosas y sometidas a un uso público e intensivo que las somete a un desgaste muy superior a los de estructuras más simples y de uso restringido como es una vivienda. Construirlos, equiparlos y mantenerlos en condiciones operativas adecuadas cuesta mucho dinero a la comunidad. El personal de salud debe ser consciente de este hecho y hacer un uso cuidadoso del equipamiento sofisticado, evitar el derroche innecesario de insumos, así como los hábitos que atentan contra la conservación física de los ambientes asistenciales y su buen nivel de higiene.

10.- LA PREOCUPACIÓN POR EL CONTROL DE COSTOS ASISTENCIALES.

Los costos de cada proceso asistencial son la suma de los costos de cada una de sus etapas. Cada médico participa en el cuidado de los costos asistenciales en forma más importante que los administradores y de lo que él cree, porque cada orden de examen, cada prescripción de medicamentos, o cada procedimiento terapéutico que se indica, son, desde este punto de vista, un cheque librado contra la cuenta de la institución. Cada decisión en ese sentido, debe estar precedida de una reflexión sobre la corrección de la misma, en términos de beneficios, de riesgos y también de costos.

Desde hace algunos años razones económicas determinaron que la financiación pública de la asistencia sanitaria de una determinada comunidad, obligara a elegir entre los procedimientos de igual eficacia para lograr el objetivo terapéutico buscado, el de costo más bajo, es decir el de mayor eficiencia. Es el **costo individual**.

Pero más recientemente por razones de eficiencia y de equidad, la consideración de los costos además tiene en cuenta los costos de la asistencia de todos los pacientes. Hacer lo mejor para un paciente puede influir negativamente en conseguir lo mejor para el conjunto de todos ellos. Es el **costo social de oportunidad**, cuya consideración es inevitable.

11.- LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS.

Por su importancia particular, se tratan en un sub-capítulo especial.

La preocupación por la alta calidad del ejercicio profesional conciliando del mejor modo posible la honestidad científica y técnica, el mejor nivel de actualización, el avance de la especialidad, la defensa de su área de competencia dentro de la Medicina, su justa consideración en el ámbito de la sociedad y sus sistemas de prestación sanitaria, el respeto irrestricto de los aspectos éticos y el control de los costos asistenciales, es un tema cada vez más recurrente en todas las actividades médicas.

En una reciente conferencia presidencial, Ascher ⁽³⁾ expuso su visión de los modernos diez mandamientos del cirujano vascular; se transcriben porque son aplicables a todas las demás actividades médicas y resumen la mayoría de los aspectos que se han enumerado en este capítulo.

LOS DIEZ MANDAMIENTOS DEL CIRUJANO VASCULAR DEL SIGLO XXI

Ascher E.

1. Respete a sus pacientes.
2. No les provoque perjuicio o daño.
3. No tergiversar su capacitación o habilidad profesional.
4. No levante falsos testimonios contra sus colegas.
5. No codicie la actividad de sus colegas.
6. No le quite sus pacientes.
7. Honre a sus mentores.
8. Guíe a los jóvenes.
9. Comparta sus conocimientos con sus pares.
10. Contribuya al avance de los ideales de la Cirugía Vascular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Crestanello F, Perrier J.P, Varela D, Pressa C

El diagnóstico contemporáneo en Cirugía. Principios y práctica.
771 págs y un disco compacto con 1200 figuras. Montevideo.
Editorial Arena. 2005

2.- Crestanello F.

Parámetros generales de comportamiento en los ambientes asistenciales.

En: Crestanello F, Perrier J.P, Varela D, Pressa C

El diagnóstico contemporáneo en Cirugía. Principios y práctica.
771 págs y un disco compacto con 1200 figuras. Montevideo.
Editorial Arena. 2005

Capítulo 32. Parámetros contemporáneos de comportamiento en las actividades asistenciales. Págs.763-771

3.- Ascher E.

Presidential Address: Nostrums, Quackery, and Ethics in Vascular Surgery: How to Remain True to the Path of Hippocrates and Still Feed Our Families

18a reunion annual de la Eastern Vascular Society. Philadelphia.
29 de abril a 2 de mayo de 2004.

Sitio Internet http://www.medscape.com/viewarticle/498508_8

Visitado el 5 de octubre de 2005