

La relación médico-paciente (RMP) y su actual encuadre legal

*Guido Berro Rovira**

Resumen

¿Ha cambiado la relación médico-paciente? En las últimas décadas el *paternalismo médico* y los llamados modelos de relación médico paciente han evolucionado hacia nuevas formas, con énfasis en la opinión de pacientes, con generación de nuevos dilemas, y a su vez también surgieron nuevas regulaciones normativas. El autor en el presente artículo hace un repaso de estos temas y finalmente destaca el marco legal actual y sus principales y más importantes disposiciones de imprescindible conocimiento para el ejercicio profesional médico.

Palabras clave: relación médico paciente, medicina legal, derecho médico.

“Nosotros hacemos una promesa que no hace ninguna otra persona, prometer ser servidor y esclavo de nuestros señores, los enfermos”.

(Orden medieval de los Caballeros Hospitalarios).

* Médico, Académico, Academia Nacional de Medicina. Profesor de Medicina Legal

Abstract

Have doctor-patient relations changed? In recent decades, medical paternalism and so-called doctor-patient relation models have evolved into new forms, which highlight patients' opinions, and give rise to new dilemmas, in addition to new regulatory frameworks. The author of this paper provides an overview of these issues and concludes by emphasizing the current legal framework and its principal stipulations, which it is essential to be aware of in order to practice medicine.

Key words: doctor patient relations, legal medicine, medical law.

“We make a vow no other person makes;
we vow to serve and be slaves
to our masters, the sick.”

(Medieval order of the Brothers Hospitallers).

1. Generalidades

La relación médico-paciente (RMP) es un vínculo interpersonal, entre el paciente: “*que padece*” y el médico (de: “*mederi*”): “*que cuida, remedia*”. Conlleva un compromiso mutuo dado por una necesidad absoluta o relativa de vínculo.

La relación médico-paciente fue definida como: “Encuentro entre una CONFIANZA y una CONCIENCIA”. Hoy presenta dificultades y transformaciones al punto que en más de una oportunidad nos hemos planteado si realmente ¿existe?, al menos en su concepción clásica.

Se ha dicho: *Los niños creen en su médico, los adultos en la Medicina*. El adulto cree en una ciencia sabia, segura y asegu-

radora. Cree menos en el médico.

La RMP como mencionábamos, la definió y caracterizó Portes diciendo que: **“Es el encuentro entre una confianza y una conciencia..., no hay médicos sin confianza, confianza sin confidencias y confidencias sin secreto”** (L. Portes: A la recherche d'une éthique médicale).

La RMP se concreta en el acto médico, que es: obligación moral y legal de hondo contenido ético. A propósito nos parece trascendente recordar que: “*nadie puede valer como médico lo que no vale como ser humano*”. Como relación interpersonal el paciente y el médico aportan: lo que son y cómo son, lo que tienen y cuánto pueden o quieren dar.

¿Pero a que RMP nos referimos?

No a aquella del paciente nómada y el médico fugaz (hoy muy frecuente y donde la verdadera RMP es prácticamente inexistente).

Nos referimos y queremos rescatar la RMP como verdadero relacionamiento, que hoy en día incluye al equipo de salud, institución y sus funcionarios, familiares y allegados del paciente. Que implica: conocimiento mutuo y vínculo más o menos permanente, duradero.

Y el paciente, ¿qué espera y qué brinda a la RMP?

El paciente espera un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento. A la inversa del médico,

antepone la necesidad de que se le diga el pronóstico aún antes del tratamiento.

Pero durante la entrevista y según el clima que se genere y el médico que encuentre, será la relación que se forje y/o quiera, y como posee los datos, podrá según las circunstancias y el tipo de encuentro brindarlos todos, escamotearlos o falsearlos.

Respecto del “motivo de consulta” es frecuente que exista divergencia entre el motivo de consulta alegado y verdadero, muchas veces por falta de esa adecuada comunicación o encuentro beneficioso.

El grado de interés y preocupación que ponga el médico por los factores psico-sociales del paciente y la realización del examen físico han sido descritos como los factores más importantes para lograr mayor y mejor comunicación.

No se debe olvidar que el paciente generalmente ya trae su “diagnóstico”, verbalizado o no. Posee “creencias”, ciertas o erróneas. Prestó oídos a “sugerencias” de familiares, amigos. “Consultó” antes, a enfermeras, farmacéuticos, estudiantes de medicina, etc.

Por otra parte confía en mensajes publicitarios, lecturas de diarios y revistas, medios informáticos, etc.

El paciente además, tiene fe, miedos, malos o buenos recuerdos, experiencias propias o de parientes y amigos, prejuicios respecto de los médicos o la medicina o la institución. Por to-

do esto, el problema que porta puede venir acompañado de un cúmulo de “fantasmas” muy estructurados.

Rechaza mostrarse débil y asustado o por lo contrario se refugia en su enfermedad y la “usa”. Clama por “relación paternalista” o contrariamente ejerce a ultranza su libertad y autonomía. A veces simula o sobresimula remedándonos el síndrome de Munchausen o es de tipo hipochondríaco, fóbico o muy aprensivo con las enfermedades.

El médico, puede ocurrir que no ponga interés en éste o en todos los pacientes. Que sufra un síndrome de burnout.

Para su comunicación técnica aprendió más de 13.000 términos técnicos al terminar su carrera de médico (más que un idioma básico) que paradójicamente lo separan del paciente, incomunicándolo.

En el establecimiento de una adecuada RMP se destaca:

La importancia de la “primera impresión” o como se dio la “primera entrevista”. “El clima” en que transcurrió la misma, los “factores ambientales” que refieren a un buen ambiente físico, un consultorio seriamente acondicionado, confortable, higiénico, etc. Y el establecimiento de una comunicación verbal y no verbal buena, basada en escuchar, respetar silencios, respeto personal sabiendo poner límites y respetando roles.

Y todo con “*Calidez, humanidad, accesibilidad, desplegando*

una medicina asertiva, no a la defensiva ni de complacencia”. Pero calidez y comunicación son sinónimos de ¿amistad?, bueno probablemente sí, pero con mantenimiento de cierta distancia, conservando cada uno su rol. A propósito es elocuente cierto consejo de un antiguo profesor: “*En la casa del cliente ni un café*”. Y aunque parezca y sea exagerado, sirve para demostrar que se debe mantener la posición y distancia que corresponde entre quien asiste y quien solicita atención. Pero no es sencillo, máxime cuando el paciente espera certezas y la Medicina es inexacta, compleja.

“*La Medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de lo probable.*” enseñaba Sir William Osler.

2. Modelo Tradicional de la RMP

Veamos ahora el “modelo tradicional” de la RMP:

Indudablemente es una relación de características asimétricas, basada en el modelo hipocrático donde el enfermo por el solo hecho de estarlo estaba incapacitado de tomar decisiones (enfermo = incapaz).

En este modelo la *beneficencia*, es ejercida a través del *paternalismo*, a veces benevolente, otras veces autoritario.

El paciente en el modelo tradicional es:

- Obediente.
- Deposita confianza absoluta.
- No tiene capacidad de decidir, por falta de conocimientos o por la propia enfermedad.

- Pasivo, acrítico, sumiso, disciplinado.
- Se podría decir que se basa en la plena vigencia de: “una confianza frente a una conciencia”, sin cuestionarse nada de lo que el médico decide.

El Médico en el modelo tradicional es:

- Benefactor.
- Paternalista.
- Capaz de ejercer autoridad, frecuentemente represivo aunque a favor de la salud de “su” enfermo.
- Puede caer sin quererlo en la llamada *omnipotencia médica*

A propósito nótese la advertencia que al respecto, y para estar a cubierto de la omnipotencia médica lanzaba hace más de 800 años Maimónides:

“Oh señor, aleja de mí la idea de que todo lo puedo”

3. Los Nuevos Modelos de la RMP

Parece bien evidente que existe hoy en día un cambio profundo en la RMP con establecimiento de los denominados: “Nuevos Modelos”. El cambio social ha generado nuevo tipo de paciente: aparece el “*usuario*”. Tal vez también un nuevo médico: “*prestador de servicios*”.

El *nuevo modelo* cuestiona la asimetría del anterior. El paciente tiene comportamientos de consumidor, selecciona ofertas, busca paquetes, acecha oportunidades, compara precios y servicios y elige según un mercado (pero a su vez el mercado de los

servicios de salud es imperfecto y puede ser seducido por superficialidades, promociones engañosas e informaciones tendenciosas).

El nuevo modelo, además ha permitido el surgimiento de una variedad de pacientes críticos, desconfiados y beligerantes (posiblemente en respuesta a insatisfacciones propias o de allegados).

El nuevo modelo es reconecedor y respetuoso de los derechos del paciente, permite segundas y hasta terceras consultas u opiniones antes de decidir. Consultan bases de datos para ver si lo que le indicaron es correcto y cuestionan. Demandan cuando se sienten dañados. Se organizan para sus exigencias en asociaciones, impensables anteriormente (Asociaciones de Usuarios).

Todo lo anterior conllevó a su regulación. Regulación social y legal del nuevo modelo que se caracteriza por:

- Basarse en una relación de tipo contractual de la RMP o prestador de salud-usuario.
- Ambas partes con sus: derechos y obligaciones.
- Aparición y aumento de reclamos por fallas a las obligaciones.

En los nuevos modelos el médico pasa a ser mencionado como “trabajador o profesional de la salud” o “prestador de servicios”.

El paciente ya no es sólo el que padece sino que es también: “*usuario*”.

En esta nueva forma de RMP se reconocen derechos de los pacientes y usuarios, pero con frecuencia se vulneran o disminuyen lazos afectivos.

Dijimos que el nuevo modelo reconoce derechos, sin dudas reconoce LIBERTAD y AUTONOMIA de los usuarios y pacientes. Y para el válido ejercicio de esos derechos se reconoce también como imprescindibles y personalísimos los derechos a información y participar de las decisiones, a consentir más que a asentir u obedecer, y a rechazar. A la libre elección del médico y de la institución (no totalmente satisfecha en nuestro actual sistema de prestación todavía).

4. Evolución de la RMP (sus modelos)

En una mirada evolutiva se puede expresar que de aquel modelo “actividad-pasividad”, más antiguo, donde el médico era el activo y el paciente el pasivo, se evoluciona a los modelos más modernos: actualmente el “modelo de participación”, habiendo pasado, aunque parcialmente, por el “modelo cooperación-guía”.

Pero a su vez la RMP se ha complejizado por otras ramificaciones y ampliaciones, por el rol de los interpositos y reconocimiento también de derechos de estas terceras personas vinculadas y/o familiares, y por las evoluciones tecnológicas donde “las máquinas y estudios” cumplen su rol.

Así se podría hablar y vincular a la RMP, otras relaciones como:

- Médico-maquina-paciente
- Médico-institución-paciente
- Médico-administración-paciente
- Médico-leyes, normas-paciente
- Médico-familia-allegados-paciente
- Médico-funcionarios-paciente
- Médico-colegas-paciente
- Médico-instigadores-paciente
- Etc., etc.

Indudablemente no ha sido fácil a todos los médicos el cambio del *paternalismo* a la *autonomía* y ello hasta se ve reflejado en este “LAMENTO CRÍTICO DEL ACTUAL MODELO de RMP” (anónimo) que ha circulado por Internet: “Yo era un médico, ahora soy un proveedor de servicios de salud.

Solía practicar medicina, ahora funciono en un sistema de atención gerenciada.

Solía tener pacientes, ahora tengo una lista de usuarios.

Solía realizar diagnósticos, ahora me aprueban para realizar una consulta.

Solía dar tratamientos, ahora tengo que esperar la autorización.

Solía tener una práctica exitosa, ahora tengo una insuficiencia de papel.

Solía destinar tiempo a escuchar a mis pacientes, ahora lo utilizo para justificarme ante las autoridades.

Solía tener sentimientos, ahora tengo una actitud.

Ahora no sé bien lo que soy”.

En suma: los modelos básicos de la RMP son:

Modelo actividad-pasividad (antiguo, tradicional, médico decide, paciente pasivo)

Modelo de cooperación-guía (paciente busca una guía, colabora y coopera, permanece cierta asimetría)

Modelo de participación (se apoya en el principio de igualdad. Énfasis en dignidad, igualdad, libertad y autonomía).

Independientemente de lo anterior, desde lo médico-legal, la RMP actual se caracteriza por: obligatoriedad de atención cuidadosa, consentida, prudente y técnica. Enmarcada en normas éticas y legales.

5. Marco Normativo

Como decíamos, aparece también en esta evolución de la RMP su regulación legal, destacándose algunas normas importantes (leyes y decretos) que conforman el marco legal actual de la RMP, por su importancia hemos extraído de la Ley 18.335 sus disposiciones de mayor interés en este tema, para trasmitirlas en este aporte, poniendo en **negrita** algunos pasajes que entendimos ameritaban destaque:

Ley N° 18.335 del 15/08/2008

PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, SE ESTABLECEN SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES.

(Hemos extractado los artículos que más interés tienen en re-

ferencia al tema motivo de esta ponencia)

De las disposiciones generales

Artículo 1º.- La presente ley regula los derechos y obligaciones de los **pacientes y usuarios** de los servicios de salud con **respecto a los trabajadores de la salud** y a los servicios de atención de la salud.

Artículo 2º.- Los **pacientes y usuarios** tienen derecho a recibir **tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados** por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

Capítulo II. de las disposiciones

Artículo 3º.- Se considera **servicio de salud** a toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud.

Artículo 4º.- Se entiende por **trabajador de la salud**, a los efectos de los derechos de los pacientes, a toda persona que desempeñe funciones y esté habilitada para ello, en el ámbito de un servicio de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3º de la presente ley, que cumpla una actividad permanente o temporal, remunerada o no.

Artículo 5º.- Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiriera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

Se entiende por **paciente** a toda persona que recibe atención de la salud, **o en su defecto sus familiares**, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquélla.

En los casos de **incapacidad** o de manifiesta **imposibilidad** de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará **su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal**.

Artículo 11.- Todo procedimiento de atención médica será **acordado** entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud.

El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado **en la historia clínica en forma expresa**. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demostrar por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando

se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.

Artículo 17.- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a:

a) Ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, en especial recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo, y ser atendido en los horarios de atención comprometidos.

b) Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.

c) Estar acompañado por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles.

d) Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir **en forma natural**, en paz, sin dolor, **evitando** en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (**eutanasia**) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (**futilidad terapéutica**), **con excepción de**

lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.

e) Negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos. En todas las situaciones en que se requiera un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa.

f) Que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.

Artículo 18.- Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a:

a) Conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud.

b) Conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha **por escrito si así lo solicitase el paciente**; así como el derecho a ser informado de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud. En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente **con consentimiento de los familiares** se podrá establecer

restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (derecho a no saber). Este derecho a no saber puede ser relevado cuando, a juicio del médico, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.

c) Conocer quién o quiénes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad, con especificación de nombre, cargo y función

d) Que se lleve una **historia clínica** completa, escrita o electrónica, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte. La historia clínica constituye un conjunto de documentos, no sujetos a alteración ni destrucción, salvo lo establecido en la normativa vigente. El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas, y en caso de indigencia le será proporcionada al paciente en forma gratuita. En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del **usuario**. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del **usuario**. **La historia clínica es de propiedad del paciente**, será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con éstos, el

paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente. El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediare orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal.

e) Que los familiares u otras personas que acompañen al paciente -ante requerimiento expreso de los mismos- conozcan la situación de salud del enfermo y siempre que no medie la negativa expresa de éste. En caso de enfermedades consideradas estigmatizantes en lo social, el médico deberá consultar con el paciente el alcance de esa comunicación. La responsabilidad del profesional en caso de negativa por parte del enfermo quedará salvada asentando en la historia clínica esta decisión.

f) Que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando a continuación la orden médica: **“No Reanimar”** impartida por el médico tratante, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente.

g) Conocer previamente, cuando corresponda, el costo que tendrá el servicio de salud prestado, sin que se produzcan modificaciones generadas durante el proceso de atención. En caso de que esto tenga posibilidad de ocurrir será previsto por las autoridades de la institución o los profesionales actuantes.

h) Conocer sus derechos y obligaciones y las reglamentaciones que rigen los mismos.

i) Realizar consultas que aporten una segunda opinión médica en cuanto al diagnóstico de su condición de salud y a las alternativas terapéuticas aplicables a su caso. Las consultas de carácter privado que se realicen con este fin serán de cargo del paciente.

Capítulo VII. de los deberes de los pacientes

Artículo 22.- Toda persona tiene el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad, tal como lo establece el artículo 44 de la Constitución de la República. Asimismo tiene la obligación de someterse a las medidas preventivas o terapéuticas que se le impongan, cuando su estado de salud, a juicio del Ministerio de Salud Pública, pueda constituir un peligro público, tal como lo dispone el artículo 224 del Código Penal.

El paciente tiene la obligación de suministrar al equipo de salud actuante información cierta, precisa y completa de su proceso de enfermedad, así como de los hábitos de vida adoptados.

Artículo 23.- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud. Tiene igualmente el deber de utilizar razonablemente los servicios de salud, evitando un uso abusivo que desvirtúe su finalidad y utilice recursos en forma innecesaria.

Artículo 24.- El paciente o en su caso quien lo representa es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsa algún procedimiento de carácter diagnóstico o terapéutico, así como si no sigue las directivas médicas.

Si el paciente abandonare el centro asistencial sin el alta médica correspondiente, tal decisión deberá consignarse en la historia clínica, siendo considerada la situación como de **“alta contra la voluntad médica”**, quedando exonerada la institución y el equipo de salud de todo tipo de responsabilidad.

En suma, se puede destacar: Según la reciente ley, son usuarios: quienes tienen derecho a utilizar bienes o servicios de salud. Son pacientes: los que están en atención y sus familiares cuando aquellos no pueden ejercer sus derechos. Si está incapacitado decidirá: cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.

El consentimiento: debe ser registrado por escrito y en forma expresa. No es legal la eutanasia. Pero tampoco el encarnizamiento terapéutico y se podrán retirar medidas fútiles, salvo si se hará trasplante que a sus efectos se

podrá mantener soporte. La historia clínica: es del paciente, pero el original lo debe mantener y resguardar el centro de asistencia y nada se dice expresamente para después de la muerte. Los familiares y acompañantes cuentan con derecho a saber de la salud de su pariente, salvo expresa excepción puesta por el paciente. Se puede poner la orden No reanimar y dado el caso también Alta contra voluntad médica en las historias clínicas.■

Bibliografía

1. Gentile Ramos I: Relación médico paciente. En: Medicina Legal 2ªed. Dpto. de Medicina Legal. Of. del Libro AEM. Montevideo, 1995.
2. Lain Entralgo P: Historia de la Medicina. Ed. Salvat. Madrid, 1978.
3. Lain Entralgo P: La Medicina actual. Ed. Salvat. Madrid, 1973.
4. Ley 18.335 de “Pacientes y usuarios de los servicios de salud, se establecen sus derechos y obligaciones” del 15/08/2008. Uruguay.
5. Woods M S y cols.: Responsabilidad Profesional Médica. El poder de la comunicación, pedir permiso, dar gracias, decir lo siento, intentar no errar. Ed. Dunken. Bs. As., 2007.
6. Wulff H R, Pedersen S A y Rosenberg R: Introducción a La filosofía de la medicina. Ed. Triacastela. Madrid, 2006.