

Docencia e información como elementos del comportamiento moral y ético del médico

Héctor Eloy Álvarez Martínez *

Utilizaré para estos comentarios las palabras del Dr. Ruy Pérez Tamayo,¹ quien señala que los objetivos de la medicina son tres: *a)* preservar la salud, *b)* curar, o en su defecto aliviar, pero siempre consolar y acompañar al paciente y *c)* evitar las muertes prematuras e innecesarias. La mejor manera de conseguirlos es mediante la relación médico-paciente, distinguida por el respeto mutuo, comprensión y confianza. Para lograr el comportamiento médico ético deben seguirse cuatro reglas principales: *1)* estudio continuo, *2)* docencia e información, *3)* tratamiento integral del padecimiento, y *4)* investigación científica.

El estudio continuo es una de las obligaciones morales del médico, pues la calidad de su atención depende de los conocimientos y habilidades que tenga. Para ello debe mantenerse en proceso de educación continua. Son palabras del Dr. Horacio Jinich:² *¿acaso no somos, no seguimos siendo, a todo lo largo de nuestra vida, estudiantes perennes? y estar al día.* Para el Dr. Ignacio Chávez³ la moral médica comienza ahí, al proporcionar al enfermo el mejor servicio que la medicina ofrece.

La docencia, en medicina, es una antigua práctica que permitió la formación de médicos, en ausencia de escuelas formales de medicina, a través de la cercanía de los alumnos con el médico maestro; de

ahí la palabra doctor, utilizada para referirse a los médicos en diversas partes del mundo. El término doctor procede del latín *docere*, que significa enseñar. En la actualidad no solo se aplica a los estudiantes inscritos en las escuelas de medicina, sino a los colegas y al resto del personal de salud o a todo aquel que se beneficie de los conocimientos del médico. Por lo tanto, la educación continua y docencia e información se relacionan bidireccionalmente, ya que el beneficio que proporciona el médico se traduce en ventajas para el paciente, sus familiares y la sociedad. Los retos de la docencia, ante los estudiantes, médicos o pacientes, incentivan las necesidades de educación continua del médico ético.

Mi objetivo no es particularizar la docencia que se imparte en las escuelas de medicina, ya sea en pregrado o postgrado como parte de los programas de formación de especialistas, o de maestría o doctorado, sino ahondar un poco más en la docencia e información hacia los pacientes y sus familiares en cualquier sitio donde se produzca la interacción médico-paciente.

La mejor manera de lograr los objetivos de la medicina se realiza con la exitosa relación médico-paciente. Esta es esencial para la profesión, ya que no solo se trata de contar con conocimientos suficientes y actualizados para ejercerla, sino lograr un clima de confianza y respeto mutuo. La relación favorece la docencia e información a los pacientes y sus familiares. Para lograrla, el médico debe orientar su conducta desde el inicio de la consulta hasta superar la posición de desventaja del enfermo, mediante el contacto visual, un saludo afable y respetuoso, el trato amable, la atención solícita y, de manera fundamental, el ajuste del lenguaje médico hacia el aciente y sus familiares.

* Hospital Regional Presidente Juárez, ISSSTE, Oaxaca, Oaxaca.

Correspondencia: Dr. Héctor Eloy Álvarez Martínez. Emilio Carranza núm. 313, colonia Reforma, CP 68050, Oaxaca, Oaxaca, México. Tel.: (951) 513-8774, fax (951) 520-0991. E-mail: heloy_57@yahoo.com.mx, heloy_57@hotmail.com

Recibido: julio, 2007. Aceptado: julio, 2007.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Con esto se obtiene el vínculo afectivo necesario y la posibilidad de establecer un modelo de comunicación eficaz para los fines médicos.

La relación médico-paciente se denomina la “puerta de entrada”⁴ para lograr una adecuada comunicación con el enfermo. Esta se registra en el marco de la historia clínica, donde el médico recorre de manera ordenada los diferentes aspectos que conforman las manifestaciones de la enfermedad y la afección del paciente. El padecer se constituye por lo que inquieta, molesta y hace sufrir al enfermo; lo que le hace pensar que no se encuentra bien de salud y por lo tanto, *cree que el médico puede ayudar y lo lleva a consultar*. En algunas ocasiones hay padecimientos sin enfermedad biológica o basados en cómo interpreta, acepta o rechaza el paciente su padecimiento. Es aquí donde inicia propiamente el acto médico, cuando el paciente y sus familiares confían en que el médico resolverá sus problemas. Cuando el médico identifica el padecimiento, los síntomas constituyen el factor fundamental para iniciar la relación médico-paciente. ¿Cómo logra el clínico establecer una sólida relación médico-paciente? La palabra clave es escuchar. Para el clínico es el centro del proceso diagnóstico y con frecuencia el objetivo de su actividad. Es importante mantener un escuchar activo, prestar atención al lenguaje verbal y no verbal del paciente (ambiente cálido donde prevalezca el respeto y se omita la crítica), aceptar la individualidad y los valores del otro.⁵ La relación médico-paciente es fundamental para diagnosticar al enfermo. La relación exitosa genera una atmósfera de confianza, fe, comprensión y respeto, para que el paciente revele sus más íntimos pensamientos y sentimientos, con la finalidad de aportar la clave del diagnóstico.

Es importante recordar que la entrevista médica no solo tiene potencialidades diagnósticas, sino también terapéuticas y lo que el paciente demanda de su médico se relaciona con las cualidades intelectuales y afectivas para cumplir con las habilidades de comunicación.

A lo largo de la historia han prevalecido diversos modelos de comunicación médico-paciente. Algunos aprecian el valor de los pacientes y reconocen su autonomía, pero hay otros que no los reconocen y se tratan de modelos paternalistas e impositivos. En

los primeros se reconocen y respetan los valores del paciente (el médico interactúa con el enfermo para establecer el plan diagnóstico y terapéutico); en los segundos se encuentra el paternalismo y es el médico quien selecciona la intervención a seguir y toma la decisión terapéutica sin considerar los valores del paciente o su familia. Por supuesto, uno de los retos de la medicina actual es –citando nuevamente al Dr. Pérez Tamayo– el tratamiento integral del paciente, con delicadeza, discreción y respeto, es decir, conocer, respetar sus valores y dignidad como ser humano.¹

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, la relación médico-paciente, considerada por algunos como la edad de oro del humanismo, la espiritualidad y la ética médica, alcanzó un *status social* matizado por el respeto, admiración y gratitud de los usuarios, similares a los que otorgaban a maestros y sacerdotes.⁶

En relación con la docencia e información, como parte del comportamiento moral y ético del médico, es precisamente un médico con conocimientos actualizados y que a través de una relación médico-paciente exitosa se gana el respeto y consideración del paciente y su familia. Es el mejor protagonista para la difícil tarea de informar con un lenguaje sencillo y apropiado las causas de la enfermedad, de las mejores y más eficaces medidas de prevención, de las opciones terapéuticas existentes y de sus bondades y riesgos; todo esto con el propósito de seleccionar las medidas que produzcan un menor daño en el paciente. El médico debe instruir a sus pacientes y familiares ante el embate actual de las enfermedades crónico-degenerativas, donde su participación debe ser más educativa que prescriptiva y en las que, según la OMS, el autocuidado de la salud es el recurso más importante de la atención médica. En este mismo contexto, el médico debe propiciar la autonomía de sus pacientes y evitar su dependencia; brindar asesoría, validación de decisiones, retroinformación y vigilancia; como señala el Dr. Alberto Lifshitz:⁷ ser el puente más anchamente tendido entre la ciencia y el humanismo.

Concluyo parafraseando –con el debido respeto– al Dr. Ruy Pérez Tamayo: “Uno de los objetivos de la medicina es curar y cuando no es posible, aliviar, pero siempre consolar, acompañar y educar al paciente”.

REFERENCIAS

1. Pérez-Tamayo R. El médico y la muerte. *Med Int Mex* 2002;5:251-7.
2. Halabe Ch J, Lifshitz GA. Valoración perioperatoria integral en el adulto. 3^a ed. México: Editorial Limusa, 2004; pp:11.
3. Gómez-Almaguer D, Pérez-Tamayo R, Ruiz-Argüelles A, Lisker R. Cómo escribir y publicar un artículo científico. 1^a ed. México: Nieto Editores, 2007;pp:33.
4. García-Vigil JL. La relación médico-paciente como un modelo de comunicación humana. En: Laredo Sánchez F, Lifshitz A. Introducción al estudio de la medicina clínica. Nuevo enfoque. 1^a Ed. México: Editorial Prado, 2000;pp:177-85.
5. Jinich H. La clínica y el médico general. *Gac Med Mex* 2004;140 (Suppl 1):S23-29.
6. González MR. La etapa contemporánea de la relación médico-paciente. *Rev Cubana Salud Pública* 2004;30(2).
7. Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. 2^a ed. México: UNAM, 1997.