

# La transmisión de información y la relación médico-paciente en el contexto de un hospital general

Concepción Fernández Pol

Psicóloga clínica  
CSM IV Oviedo

La relación médico-enfermo en la sociedad occidental ha poseído un carácter eminentemente paternalista cuyos orígenes se remontan a los escritos de Hipócrates, contextualizados en una cultura que utiliza el criterio naturalista para diferenciar el bien del mal y en donde “ethos” significa régimen de vida y alude a la normativación de la vida diaria y su orden natural. Esta conceptualización naturalista de la ética equipara lo “bueno,” “saludable” y “bello” con el orden natural y asimila lo “malo” con el desorden. En este contexto, la enfermedad es concebida como una propiedad antinatural que requiere explicación.

Una de las clasificaciones establecidas diferenciaba entre enfermedades “crónicas” y “agudas,” estas últimas de carácter religioso en la medida en que estaban producidas por algo superior al orden natural, surgían súbitamente y comprometían más la vida que las enfermedades crónicas, producidas por un desarreglo de las **more**s o costumbres y cuyo tratamiento consistiría en el uso adecuado y justo de cosas no naturales como la comida y la bebida. De esta clasificación se deriva una doble función por parte del médico: en razón del carácter reli-

gioso de las enfermedades agudas, éste se convertirá en un mediador entre el hombre y la divinidad; en razón del carácter inmoral de las enfermedades crónicas, el médico deberá, además, de actuar como un moralista. A la configuración del carácter sacerdotal y paternalista asociado a la medicina contribuyeron decisivamente dos corrientes de pensamiento: la categoría de hombre perfecto que Platón, en la *República*, concede a los gobernantes —a cuya clase social pertenece el médico— y que les faculta para imponer sus valores a sus súbditos, de categoría moral menor o inexistente; y, por otra parte, la afirmación de Aristóteles de que la enfermedad produce perturbación del juicio moral y pérdida de decisión prudente. Es así, en base a las diferentes posiciones ocupadas por el enfermo y por el médico, a la supuesta superioridad moral de éste y a su carisma (Khárisma), cómo se establece una relación paternalista que legitima al médico para ejercer su autoridad sobre el paciente. En esta relación basada en la desigualdad se espera del médico que actúe de acuerdo con el principio de beneficencia, que cuide al enfermo como si se tratase de un niño, procurando su bien incluso en contra de su

<sup>1</sup> En la tradición galénica se entendía por “cosas no naturales” aquellas que, no formando parte de la naturaleza intrínseca del cuerpo humano, podían ser posibles causas externas de enfermedad, constituir un importante pilar de la terapéutica y formar parte del esquema en el que se apoyaba la “dietética” o técnica de regular la vida humana desde la medicina. Dicha tradición las clasificaba en seis géneros distintos: aire y ambiente, comida y bebida, trabajo y descanso, excreciones y secreciones, y movimientos o afectos del alma.

<sup>2</sup> Ética a Nicómano, VI, 5:1,140b15-20

voluntad. Del enfermo se espera un papel complementario: el buen enfermo es aquel que sigue las pautas médicas sin cuestionarlas.

La medicina hipocrática se apoya en este principio de desigualdad que convierte a los médicos en sacerdotes que proporcionan simultáneamente ayuda técnica y ética y a los pacientes en incapacitados morales privados del poder de decisión sobre su enfermedad, siendo el **Juramento Hipocrático** el documento más representativo de esta actitud paternalista que repercutirá a lo largo de los siglos en la orientación que se le dará a la relación médico-enfermo y que tendrá importantes consecuencias en los criterios de transmisión de información.

Hemos dicho que para Platón sólo los gobernantes pueden imponer las normas a los demás e, incluso, transgredirlas. El médico también estaba legitimado para realizar la transgresión, pudiendo utilizar la mentira con fines terapéuticos, es decir, la ocultación de información sobre el diagnóstico y el pronóstico y la omisión de conformidad del enfermo en relación a determinadas actuaciones terapéuticas. Pero no parecen subyacer sólo criterios de beneficencia en la ocultación de información al paciente. En el escrito hipocrático *Sobre la decencia*, uno de los motivos por los que se aconseja ocultar información está en conexión con el mantenimiento del propio estatus profesional, la competitividad de otros colegas en este caso, como cuando aconseja al médico a que anime al enfermo, pero “sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual, pues muchos acuden a otros médicos por causa de esa declaración del pronóstico sobre su presente y futuro” y también con la preservación de la complementariedad de la relación, evitando que el enfermo posea la información que le permita formular una valoración crítica del tratamiento, tal como cuando aconseja al médico no “dar a los paganos más explicaciones de las estrictamente necesarias, pues eso suele ser forzosamente una incitación a enjuiciar el tratamiento.”

Los criterios de información de la tradición hipocrática que exigen al enfermo obediencia incuestionable a las directrices médicas se mantuvieron a lo largo de los siglos.

Galeno, que en el siglo II actualizó la tradición hipocrática, consideraba que el médico es quien debe decidir lo que resulta conveniente para el enfermo. En los *Aforismos*, libro de texto en las escuelas y universidades a lo largo de los siglos, insistió en la conveniencia de gratificar al enfermo, pero sin permitirle opinar sobre el tratamiento médico. Con la llegada del cristianismo, la ética hipocrática paternalista-clerical fue confirmada y validada universalmente. Tras el descubrimiento de América, con la constatación de una sociedad distinta de la europea, se fue produciendo una primacía de lo singular frente a lo universal y una progresiva diferenciación del orden moral respecto al físico. Pensadores modernos, como Kant, empezaron a reivindicar una moral autónoma con respecto al orden de la naturaleza, exigiendo el deber de la veracidad, aplicable también al enfermo, incluso cuando derive en un perjuicio para los demás. La nueva corriente ideológica condujo a cambios políticos y sociales que se tradujeron en la sustitución de la dominación moral o carismática por una dominación de tipo legal o burocrático que dicta leyes y se hace cumplir. La medicina, al igual que otras instituciones, intentó hacerse con esta dominación a través de tácticas monopolistas. El Royal College Of Physicians de Londres consiguió dicho monopolio apoyándose en el paternalismo del “*medicus gratus*” de la tradición hipocrática, pasando el control colegial a denominarse “ética médica”. Su orden normativo, el orden médico, lo constituyen los deberes del médico para consigo mismo, para con el enfermo y para con los demás. El modo idóneo en que estos deberes habrían de articularse fue indicado, entre otros, por Thomas Percival, para quien el “*medicus gratus*” se convierte en “*medicus politicus*” que se ocupará de los sentimientos, emociones y síntomas del paciente, al cual se le deberá decir la verdad excepto si se trata de una enfermedad grave, en cuyo

<sup>3</sup> Kant, E: El deber del hombre para consigo mismo considerado únicamente como ser moral. Metafísica de las costumbres. Madrid, Tecnos, 1689; pp. 290-4.

caso será la familia la encargada de transmitirlo. Es decir, la información es considerada un privilegio del médico y no un derecho del enfermo. Los posteriores códigos nacionales de deontología médica asumieron y transcribieron el código de Percival, siendo mínimos los cambios introducidos.

La superación formal del paternalismo sólo pareció conseguirse en la revisión de los *Principles of Medical Ethics* de 1980, al reconocerse los derechos de los enfermos como criterio de ética médica cuando entraba en conflicto con la sociedad. En la incorporación de la nueva ética desempeñaron un papel importante los tribunales, pues a través suyo los enfermos empezaron a ver confirmados sus derechos a la información y a la elección autónoma sobre su salud, hasta entonces enajenada en poder del médico, impune en base al carácter benefactor de su profesión.

Nuestro país se unió también a este nuevo talante ético con la Ley 14/86, General de Sanidad, cuyo artículo décimo contiene, modificada, la Carta de Derechos y Deberes del Paciente, entre los que figuran el derecho a la confidencialidad, a la información completa y continuada de todo lo relativo a su proceso, la libre determinación entre las opciones que presenta el médico, el informe médico escrito y el derecho a ciertas garantías sobre ensayos clínicos y experimentales.

Hemos revisado los antecedentes históricos de la relación médico-paciente. Hemos visto cómo, a nivel formal, se ha ido superando el paternalismo médico; cómo éste, progresivamente, ha sido sustituido por una nueva normativa bajo la cual subyace un talante autonomista, una nueva epistemología. Pero eso no significa que las "teorías"; que las normas actuales relativas a la transmisión de información médica vayan en sintonía con la "práctica," con lo que se está realizando en la actualidad. O esto, al menos, parece deducirse de la abundante bibliografía disponible en las principales publicaciones médicas, por una parte, y, por la otra, de los conflictos médico-

paciente que hacen referencia a insatisfacción informativa, sin obviarse los ecos que de estos conflictos llegan a las consultas de los CSM y, sobre todo, a los profesionales que se ocupan de realizar la Psiquiatría de Enlace en los Hospitales Generales. En estos conflictos, que muchas veces se expresan a través de cuadros psicopatológicos (depresión, cuadros de ansiedad, etc), la ausencia de información, la incongruencia informativa o la forma inadecuada de informar han desempeñado un papel importante tanto en la génesis como en la agudización o el mantenimiento de esa sintomatología psíquica que solicitan que valoremos y tratemos.

Durante los 14 años en los que trabajé como psicólogo adjunto al Servicio de Psiquiatría del Hospital Covadonga de Oviedo, en un importante porcentaje de las interconsultas que nos demandaban subyacían problemas concernientes a la transmisión de información —fuera ésta valorada como ausente, insuficiente, inadecuada o incongruente— o a los dilemas del derivante entre ocultar o revelar información y quién debe informar en estos casos, así como a los efectos producidos por la comunicación de "malas noticias".

En estas patologías asociadas a la información con las que los profesionales de la Salud Mental de un Hospital General se suelen encontrar —y en las cuales el demandante de la interconsulta, el tipo de dolencia somática y la alteración psicopatológica presentada por el paciente constituyen algunas de las principales variables a tener en cuenta— se podrían diferenciar:

1. Interconsultas demandando la supresión de las normales reacciones emocionales ante la irrupción de un grave problema de salud en donde al enfermo se le niega la posibilidad de que exprese sus emociones o de que realice el proceso de duelo, las fase de adaptación a la nueva situación planteada por la enfermedad. Este tipo de consultas en las que se psicologizan o psiquiatrizan procesos normales eran bastante frecuentes y en ocasiones

<sup>4</sup> Chirurgie de Maître Henri de Mondeville. Traduction française par E. Nicaise. Paris, Felix Alcan, 1983, p.92. (Cit. Por Gracia, D. (1989). Fundamentos de Bioética, Madrid, p. 85).

estaban relacionadas con dificultades para comprender que en esas circunstancias lo “normal” es “reaccionar” y que el que un paciente esté más callado, triste o nervioso después de que una enfermedad haya irrumpido en su vida no significa necesariamente que padezca una depresión o un ataque de ansiedad que haya de silenciarse con psicofármacos o con intervenciones psicoterapéuticas de carácter “mágico”. Pero, por otra parte, en esta demanda alarmada de atención psicológica ante el enfermo que reacciona, se apreciaba frecuentemente una negativa a hacerse cargo del malestar emocional del enfermo, una negativa a acompañarle en ese proceso de elaboración consecutivo a la emergencia de una enfermedad de pronóstico desfavorable, como si lo específico, lo exclusivo de la medicina fuera la escucha y lo otro -lo psíquico, la escucha, la interacción- fuese una tarea exclusiva del psicólogo.

2. Este rechazo hacia las reacciones emocionales –incluso hacia las que no son disfuncionales- estaba en la base de demandas en las que se intentaba delegar en los profesionales de la salud mental el deber de informar al enfermo, sobre todo cuando se refiere a las “malas noticias”, tales como la pérdida de algún miembro o función. Unas veces, esta demanda se justificaba en base al presupuesto de que el enfermo presentaría una reacción emocional de la que el profesional de lo “psy” tendría que hacerse cargo. Este tipo de demandas indicaban frecuentemente una no superación del dualismo mente-cuerpo, por cuanto no reconocían como propio del rol del médico la comunicación con el enfermo de cuestiones relativas a su dolencia.
3. Estas reservas, estas dificultades –cuando no abierta negativa- para hacerse cargo del enfermo en su totalidad (si se le informa reacciona más y, por tanto requerirá más atención) se apreciaba también en las interconsultas con objeto de que se realizase “escucha” de algún paciente que, en

palabras del médico, “necesita que le escuchen”; “necesita hablar” o “es muy conflictivo”; calificativo éste último que suele dársele a algún paciente que demanda mucha información o que cuestiona los procedimientos médicos.

4. Interconsultas para valoración y tratamiento de alteraciones psicopatológicas en cuya génesis han tenido importante participación las patologías de la comunicación mostradas por los emisores de la información (subsistemas médico, sanitario, y/ o familiar, tales como mensajes contradictorios, descalificaciones mutuas o criterios discrepantes entre los distintos Servicios Médicos o entre los profesionales de diferentes categorías que intervienen en el proceso terapéutico del paciente, de forma que éste se ve confrontado a dilemas a la hora de optar o de confiar en un determinado tratamiento. Situaciones, éstas, que favorecen la pérdida de confianza en los profesionales que les atienden, así como mayor incertidumbre, abandono del tratamiento o realización incorrecta del mismo, la no asunción de su enfermedad y el estancamiento en la fase de negación o de cólera.
5. Interconsultas en las que se demanda “atención psicológica” con la finalidad de “prevenir”, de “preparar” al enfermo para afrontar un problema de salud que afectará sustancialmente a su vida, pero del cual no ha sido informado y hasta puede desconocerse cuándo le informarán. Interconsultas que colocan al profesional de la salud mental en una situación paradójica por cuanto se le pide que trate los efectos perniciosos que esa información producirá a nivel psíquico, pero, al mismo tiempo, se sobreentiende o se le explicita (y aquí la familia suele presionar en el mismo sentido) que aún no ha llegado el momento de darle la mala noticia (secuelas física, pérdida de algún ser querido, etc).

El análisis de la demanda planteada a los profesionales de la salud mental en el Hospital General en el que trabajé desde 1983

hasta 1997, una etapa en la que se produjeron cambios importantes a nivel normativo y epistemológico, me ha permitido hipotetizar que, a pesar de la normativa vigente, los derechos de los pacientes están lejos de ser incorporados como criterio de ética médica. E indicios de estas dificultades para asumir un modelo autonomista en la relación médico-paciente fueron detectadas en el estudio que realicé en 1991 con una muestra de 490 pacientes, 298 familiares y 99 médicos del Hospital Central de Asturias (HCA) del cual pasó a formar parte el Hospital Covadonga tras el proceso de fusión con los otros centros hospitalarios del INSALUD y de la Comunidad Autónoma. Los resultados de este estudio, en el que se utilizó el cuestionario como instrumento de medida, indicaban:

- Los médicos, al igual que los familiares de los enfermos hospitalizados, tenían dificultades para asumir un modelo que incorpore los derechos de los pacientes como criterio de ética médica y dificultades para considerar como prioritarios el respeto a estos derechos, pues si bien la tendencia general apreciada era la de compartir la información entre el familiar y el paciente, el familiar y, en menor medida, el médico, se consideraban con más derecho a la información que el propio enfermo. Es decir, muchos médicos del HCA consideraban aún la información médica como un privilegio y no como un derecho.
- La información al enfermo sobre una enfermedad de pronóstico desfavorable constituye una de las principales dificultades con las que se encontraban los facultativos a la hora de llevar a cabo la labor informativa, siendo mayor la resistencia a informar cuanto menor era su competencia informativa.

Nueve años después de la realización de esta investigación sobre la transmisión de información médica en un Hospital General he podido constatar que persisten aún algunos de aquellos conflictos en torno al derecho a la información y a la forma en que ésta ha de efectuarse, así como para asumir una concepción de la salud que englobe elementos psíquicos y sociales: en

el curso que impartí en ese mismo hospital en noviembre de 2000 y en el que se abordó cómo mejorar la transmisión de información médica y cómo manejar los conflictos con los pacientes y las familias, existió confrontación entre los asistentes respecto a si resultaba pertinente decir o no la verdad al enfermo cuando estaban en juego “malas noticias” con respecto a la naturaleza y el pronóstico de una dolencia. Estas discrepancias relativas a cómo y cuánto ha de decirse a un paciente y que, en el caso que nos ocupa, se concretó en la información que habría de dársele a un lesionado medular que desconocía aún el alcance de su lesión, fueron mayores entre los médicos cuya edad se situaba por encima de los 45 años, en cuyas argumentaciones existían resonancias más o menos claras de una tradición paternalista en la que se recurría al principio de beneficencia como conjuro frente a los hipotéticos efectos perniciosos de una información que enfrentase al enfermo a los cambios, limitaciones y ajustes que implica la asunción de la situación impuesta por su discapacidad, como si el hecho de no realizar el envío y, por tanto, el acuse de recibo de dicha noticia fatal implicase que la dolencia y sus secuelas no hicieran acto de presencia en la vida del enfermo. Y frente a estas dificultades de algunos de los médicos para incorporar la ética autonomista, se encontraban otro grupo de médicos, jóvenes MIR fundamentalmente, conscientes de la conveniencia y del deber de informar, pero que reconocían su falta de habilidades para afrontar dicha tarea. Por otra parte, también se constataron algunos de los efectos que las diferentes epistemologías sobre la transmisión de información médica tenían sobre la forma en la que se articulaba la relación entre los médicos y otros profesionales de la salud (personal de enfermería, fisioterapeutas, técnicos, etc.) asistentes a dicho curso e implicados también en el cuidado del enfermo. Cómo la información puede constituir un elemento de poder bidireccional, cómo puede utilizarse por los diferentes implicados que detentan la información (en este caso, los médicos y el personal sanitario). Frente a una tradición histórica que postula una jerarquía, frente a unos antecedentes históricos que reservan al médico el “saber” y la capacidad de decidir quién debe y puede informar, nos encontramos,

en el actual momento histórico, con un cambio en la forma en la que se articulan las relaciones entre los facultativos y los restantes profesionales de la salud, unas relaciones que pugnan por ser menos jerárquicas y en las cuales la información –y su ausencia- pueden ser utilizados como arma arrojada entre esos profesionales de la salud, como descalificación mutua más o menos negada, pero siempre pernicioso y en la cual se arriesga que los enfermos pasen a ser instrumentalizados o, incluso, cuando no se les facilita desempeñar el papel de instigadores que buscan la coalición de alguno de los diferentes subsistemas del sistema de salud contra un tercer o tercer elemento a quienes se cuestiona e intenta invalidar. Conflictos estos, todos, en los que la suma es cero, conflictos en los que a la larga todos pierden.

En mi opinión, queda mucho por hacer para que la información médica ocupe el lugar que le corresponde dentro de la relación médico-paciente. Y eso requiere algo más que su regulación en una normativa; señalar que la nueva epistemología vinculada a esta normativa implica, entre otras cosas, una nueva conceptualización de la relación con el enfermo, así como el aprendizaje de unas habilidades que hasta el momento actual al médico sólo se le están presuponiendo, habilidades que le proporcionen elementos para recoger y analizar los feedback del paciente, así como para manejarse más óptimamente en la resolución de conflictos ante un enfermo convertido en usuario que en ocasiones le realiza demandas informativas incongruentes (sí información, no información) y que en cualquier momento puede demandarle legalmente, pudiendo reaccionar el médico de forma tal que, para evitarse problemas legales, cumple los aspectos formales del consentimiento informado, pero se obvian la individualización y humanización propios de este tipo de procedimientos, con las repercusiones negativas que esto conlleva para los diferentes implicados, así como para el deterioro de la relación médico-paciente. Y es que, sin que con ello quiera legitimar este tipo de procedimientos -lo que ha llegado a denominarse como “medicina defensiva”-, considero que, además de proporcionar al médico la forma-

ción adecuada para efectuar la labor informativa de forma idónea, se ha de tener en cuenta que estas nuevas exigencias que se le plantean (asistencia, investigación, docencia, hacer “estadística”, etc.) y, dentro de la labor asistencial, la información continuada al paciente, algo indudablemente necesario, pero que hacerlo bien requiere tiempo, tiempo del que no siempre se dispone y que no siempre es debidamente cuantificado en los sistemas que evalúan el rendimiento profesional.

Decir, también, que queda mucho por hacer para superar la dicotomía, el reduccionismo mente-cuerpo que frecuentemente se concreta en una delimitación rígida -tanto por parte de los profesionales de lo “somático” como por parte de los profesionales de lo “psíquico”- en torno a lo que es nuestro quehacer, nuestra parcela de actuación, a los que son “nuestros” pacientes y los que son “sus” pacientes, riesgo también de que los profesionales de la salud mental caigamos en el error de ignorar lo somático, de no darle cabida -al igual que algunos médicos tienden a ignorar lo psíquico, lo emocional-. En este sentido, a mi suele resultarme muy útil recoger el feedback del paciente para ver cómo ha procesado la información, indagar acerca de la naturaleza de su dolencia, intervenciones quirúrgicas y fecha y duración de la hospitalización, qué información posee el enfermo sobre su enfermedad, quién se la ha proporcionado, cómo, cuándo, dónde y qué efectos (reacciones) le produjo, así como con quien la ha compartido o si se la ha reservado para sí mismo, qué pensamientos y sentimientos tuvo y si se sintió tratado adecuadamente. Esta información (lo dicho y lo omitido), lo que ha comprendido o retenido y los mitos y las fantasías que construye el enfermo sobre la forma en que la enfermedad va a afectar a su vida futura y la valoración de posibles sesgos en la información que dicen haber recibido. Todo ello, decía, me resulta de gran utilidad a la hora de conseguir que mi intervención tenga un efecto terapéutico. Por otra parte, y de forma paralela, considero necesaria la comunicación entre los profesionales de la salud mental y los profesionales de la medicina y de la enfermería acerca de la dolencia del enfermo y de su forma de comunicarse y de relacionarse. Este inter-

cambio de información facilita lecturas alternativas de lo que le está ocurriendo al enfermo así como el darnos cuenta de la forma inadvertida en que se cometen y cometemos “torpezas” en las que el enfermo queda “cosificado,” es decir, a la forma en que se les da una buena atención “técnica,” pero en donde más frecuentemente de lo que sería deseable, falla elemento “humano” que es posibilitado en gran medida a través de la comunicación (tanto verbal como no verbal), una comunicación en la cual se dé espacio para la escucha e, incluso, si así lo desea, para el silencio, pero no para la indiferencia.

Y doy por concluida esta exposición diciendo que queda mucho por hacer para que el modelo autonomista de salud constituya un juego en el que todos los implicados tengan ganancias. Concluyo este análisis consciente de que también queda mucho por hacer y por decir sobre la confidencia-

por hacer y por decir sobre la confidencialidad, sobre el consentimiento informado o sobre el papel jugado por los medios de comunicación y por las nuevas tecnologías de la información, cuyas páginas web convierten en expertos, a la misma velocidad con que dicho saber les llega por la “red,” a enfermos, familiares y asociaciones de usuarios que pueden discutir y cuestionar las medidas terapéuticas propuestas por los profesionales de la salud hasta el punto de arriesgar que en la relación médico-paciente, para evitar confrontaciones, se deleguen las responsabilidades y diluyan los límites, lo que podría conducir, en casos extremos, a una especie de una inversión jerárquica. Pero estas son ya otras historias que precisarían otras mesas redondas. ☹