

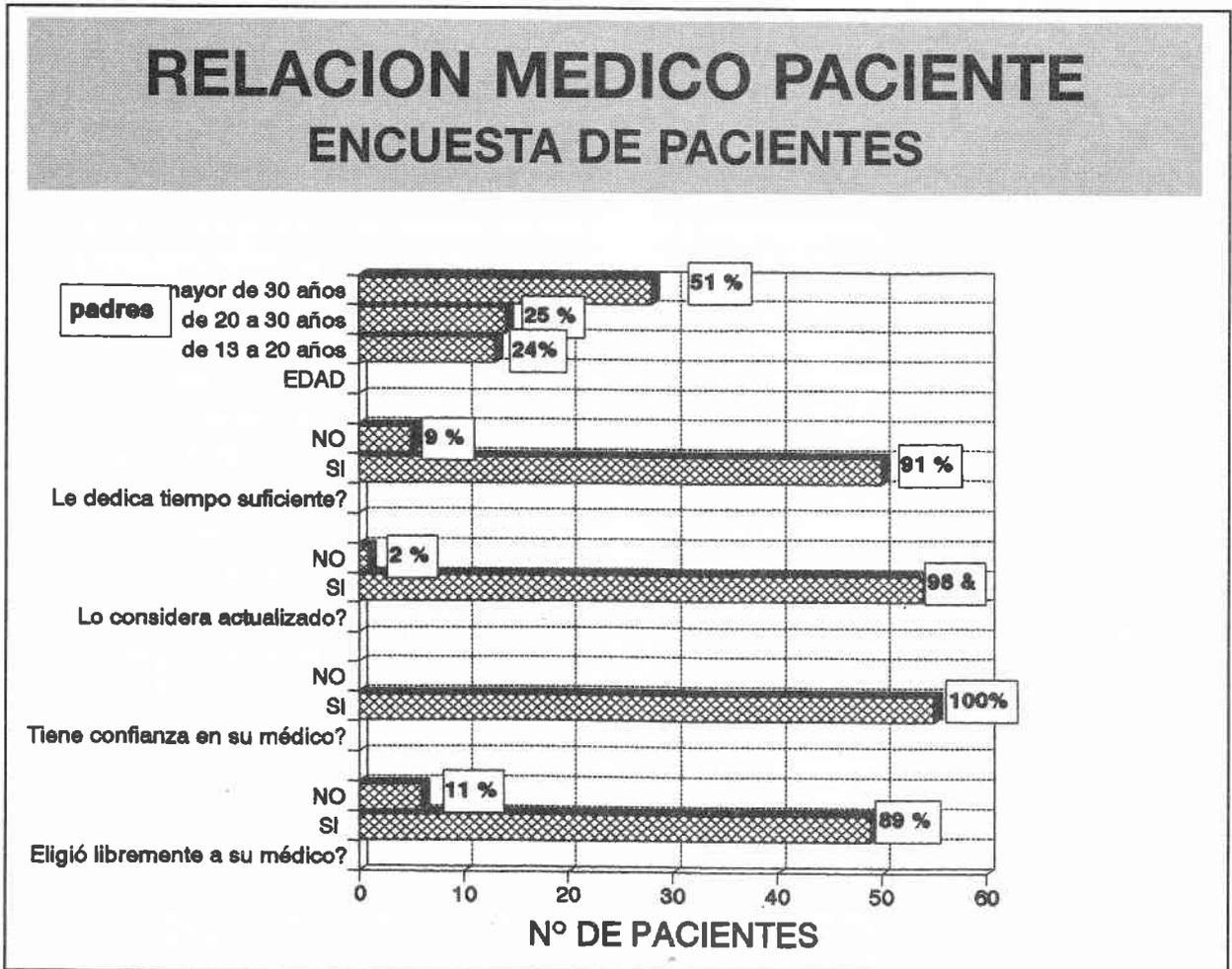
LA RELACION MEDICO PACIENTE (RMP) EN PEDIATRIA Y ADOLESCENCIA

Drs. Lucy Yanikowski * - José Torres **
 Lic. María T. Pomes **** -y Laura Nores ****

Nota del Coordinador: este grupo de trabajo elaboró sus comentarios en base a una encuesta a pacientes y profesionales, como se ha expuesto en la metodología de trabajo.

Analizaremos de la siguiente forma las respuestas de la encuesta formulada a pacientes y profesionales sobre diversos aspectos que inciden en el acto médico.

TABLA Nº 1



*Del Servicio de Pediatría.

**Del Servicio de Pediatría.

***Del Servicio de Pediatría.

****Del Servicio de Nutrición.

a) Respuesta de los pacientes.

La mayoría (98 %) expresó un sentimiento de confianza hacia los profesionales que los asisten, reforzada al considerarlos profesionales capacitados (100 %). A su vez el 91 % refirió que su médico le dedicaba el tiempo suficiente. En cuanto a la libertad de elección del profesional el 89 % expresó tenerla, aún dentro del sistema de cobertura social al que debía responder.

La edad de los pacientes que respondieron la encuesta fue: 13 adolescentes y 42 padres de niños y adolescentes.

Las respuestas de cambio por parte de los pacientes son reclamadas bajo los siguientes ítems: demora de turnos un 23,6 %, espera para la atención 12,7 %, estructura hospitalaria y el sistema de canalización de la demanda un 12,63 %.

b) Respuesta de los profesionales.

Al análisis se consideró bajo 3 grupos según el tipo de asistencia.

Grupo A:

Pediatría total 8 encuestados.

Grupo B:

Especialidades
(las referidas anteriormente) total 7 encuestados.

Grupo C:

Médicos del interior total 9 encuestados.

En consideración a su formación profesional y los factores externos que inciden sobre su **capacitación**: en el grupo A entre los factores predomina la demanda asistencial; en el grupo B no hay diferencia significativa entre la demanda asistencial y la económica; en el grupo C las razones económicas son mayoría. A su vez el **Sistema de Salud y la limitación en la expresión de sus conocimientos**, los distintos grupos le asignaron un rol importante (considerando las respuestas SI y A VECES); así el grupo A con un 63 %, el B con 100 %, el grupo C con 89 %. Otro factor externo a considerar sobre el obrar médico es el **temor legal** el cual es menos experimentado por

el grupo A con un 50 %, mientras el B y el C lo sienten en más de un 70 %.

En cuanto al acto médico propiamente dicho y el **tiempo de dedicación** al paciente los grupos B y C en su mayoría consideraron que brindaban el suficiente. El grupo A sólo un 63 % lo consideró así. En relación a la **información brindada** la mayoría de los tres grupos la creyó suficiente. El grupo C, en un 56 % estima que la misma no es **suficientemente entendida**, mientras que los grupos A y B lo refieren en sólo un 30 %. El 75 % de los encuestados tenían más de 10 años en el ejercicio profesional. Desempeñaban su actividad a nivel privado exclusivamente la mayoría del grupo A y B; en cuanto al grupo C la actividad privada representaba el 100 % del cual un 56 % desarrollaban actividad pública.

Discusión

Con fines didácticos trataremos de ordenar el comentario bajo el concepto de los "momentos del acto médico".

En lo que hace al primer momento deben considerarse:

a) la respuesta de los pacientes sobre la capacidad que tienen sus médicos y la confianza que depositan en ellos es muy buena; similar a la expresada por una encuesta realizada por el Dr. Samuel Hellman de la Universidad de Chicago (comentada en I de la bibliografía).

b) el tiempo que les es dedicado por su profesional: nuestros pacientes en un 90 % lo consideraron suficiente mientras que en la encuesta mencionada solo un 30 %. Los profesionales en las especialidades y los del interior refieren tener el tiempo necesario, no así los pediatras del Hospital. En estos últimos quizás la demanda asistencial de la atención primaria, la diversificación de tareas junto con la organización jueguen un rol en esta percepción.

c) Otro punto a considerar sobre la disponibilidad del profesional tiene que ver con la presión que ejerce el temor legal. Curiosamente la población que expresa este sentimiento es la de más años de recibidos, los especialistas y los médicos del interior. Dentro de los últimos son a su vez aquellos de más de 10 años de profesión. La refle-

ción que merece quizás sea en primer lugar propia de la sabiduría adquirida del adulto, sin relación con su capacidad y/o formación; y en segundo lugar que los profesionales en formación y más jóvenes que además de las condiciones propias de la edad tienen un consultor en quienes depositar la responsabilidad final de su acto. Los momentos **cognoscitivo y operativo** tienen estrecha relación con las respuestas de los profesionales referidas a las causas en la limitación y aplicación de sus conocimientos relacionadas al sistema de salud. En este último punto el factor económico es considerado especialmente por los médicos del interior como una causa importante. A su vez este grupo es el que tiene actividad pública y privada en un alto porcentaje lo cual sin duda limita aún más el tiempo asistencial, corrobora la necesidad económica y revelaría quizás la irregular distribución de los recursos humanos. No disponemos de encuestas de pacientes del interior lo que no permite evaluar los dos componentes del acto médico.

En cuanto a los **momentos de afectividad, información y decisión**, por parte de los pacientes no hubo propuestas de cambios, la cual hace pensar que no hay dificultades al respecto. Por parte de los profesionales encuestados la mayoría consideró que su información era suficiente aunque una pequeña proporción duda de su comprensión. Esta minoría estaba representada en gran parte por los médicos del interior donde quizás el factor tiempo y capacitación podrían tener alguna responsabilidad.

Los profesionales de la audiencia sugirieron un lenguaje común y sistematizado, vehiculizado a través de las **historias clínicas**. Debería contar en él la información que recibe el paciente en la consulta y la apreciación que éste hace. Comentándose además la existencia de metodologías para evaluar el grado de comprensión del paciente a través de una escala de valores que permiten al médico estimar el alcance de su información.

En la toma de decisión también debe considerarse la libre elección del profesional por parte del paciente ya que ello influirá en la aceptación de su terapia. Igual valor tiene la libertad del profesional para disponer de los

métodos complementarios en la elaboración del diagnóstico y tratamiento ya que indirectamente el sistema de salud ejerce su accionar sobre ello. Los pacientes encuestados al respecto no refieren sentir demasiadas limitaciones. Curiosamente quienes demandan más tiempo y aquejan presiones del sistema de salud son los adolescentes no así los padres o acompañantes, revelando probablemente una necesidad propia de la edad.

Es oportuno agregar aquí la inquietud formulada por los profesionales de la audiencia con respecto a la privacidad del adolescente en la consulta médica. Como respuesta nos remitiremos a la opinión vertida en el último Congreso Argentino de Adolescencia donde se resaltó el espacio de libre albedrío del adolescente, cuando éste es capaz de elaborar respuestas a la prescripción médica. Pero cuando este "espacio" es limitado, debe un adulto responsable participar en el acto médico y coparticipar en la toma de decisiones. Son posibles ejemplos las patologías graves, algún riesgo de vida, problemas sociales, déficit intelectual, etc. Debe también recordarse el doble mensaje con que frecuentemente el adolescente emplea como motivo de consulta, enmascarando muchas veces la causa real de su visita; deberá el profesional ser conocedor de la problemática del adolescente para descubrir el verdadero problema que lo aqueja cuando asiste para su atención.

No debemos olvidar la situación, no menos difícil, del pediatra quien actúa a través del adulto, teniendo en cuenta al niño que no está ausente de este momento. Los padres traen a la consulta conceptos ya elaborados, sentimientos propios y hasta a veces sugerencias diagnósticas, elementos que ejercen un rol importante en la respuesta a las prescripciones del pediatra. El niño por su parte tiene sus propios sentimientos aprendidos de encuentros anteriores (no son meros espectadores en la visita), descubren también pequeños gestos, miradas; por lo cual su respuesta debe también ser atendida cuando se analiza la propuesta terapéutica. Este rol doblemente difícil debe ser valorado a la hora de la consulta y merecería un extenso análisis.

Finalizamos este comentario con una mención de Pla-

tón en su libro "Las Leyes" para ayudarnos en la conclusión. El decía que había 2 tipos de relación entre médicos y pacientes, una la de esclavos y otra la de hombres libres. En la primera se trata a los pacientes sin explicaciones, se suministra una orden. En la segunda se estudia la enfermedad, se discute con el paciente y se busca su apoyo. Esta última es la **humanizada**. Conforme a ello y bajo el análisis de esta encuesta, nuestra RMP es la de los hombres libres; por lo tanto en nuestras manos está reforzarla bajo el ejercicio de libre albedrío aún bajo presiones externas al propio acto médico.

Agradecimiento: Al Dr. Eduardo Cuesta por su ayuda en la programación estadística de la encuesta.

Bibliografía

1) Siegler Mark. *La caída del pedestal. ¿Qué está sucediendo con la relación médico paciente tradicional?*. Boletín informativo SAP (1995). I, 23-26.

2) García Diego. *Fundamentos de Bioética*. Editorial Eudema. Madrid, 1989.

3) Laín Entralgo Pedro. *La relación médico paciente*. Editorial Alianza Universitaria. Madrid, 1983.

4) Mainetti José Alberto. *Estudios Bioéticos*. Editorial Quirón. Bs. As., 1992 y 1993.

EL MEDICO COMO FIDUCIARIO

(a propósito de citas previas)

Dr. Roberto Madoery (*)

El atribuir a la RMP un carácter fiduciario en la que el primero obraría como tal a favor del segundo, tiene su origen en la antigua Roma: los ciudadanos confiaban en otras personas sus bienes materiales, quienes los administraban y cuidaban de ellos. Al igual, el paciente confía en su médico su mayor bien: la salud.

Eso conlleva a que el médico conozca a fondo qué quiere, qué desearía él, aún en momentos decisivos de su vida, protegiendo y promoviendo intereses definidos por él mismo: esto es de suma importancia a la hora de considerar los problemas éticos en el marco de los cuidados que se le ofrecen a aquel.

El concepto fiduciario proporciona bases en torno de decisiones, sugiriendo al médico, a veces, soluciones determinadas; en otros, podría proveer criterios de elección entre varias opciones éticas; mientras otras estarían influidas por la Institución, o aún preferencias ajenas al concepto fiduciario. Pero el médico deberá actuar respetando aquella confianza que tácitamente depositó en él su enfermo.

No obstante es necesario reflexionar que lo que el paciente deseaba para momentos decisivos de su vida (umbrales de la muerte), tomado en situaciones de plena conciencia y aún de bienestar, puede no ser lo mismo cuando el dolor es extremo o el pensamiento de muerte inminente embarguen su mente: puede ya no ser igual.

Este concepto deberá tomarse con mucha cautela por el médico y quizás se aplique en muy determinadas circunstancias.

Bibliografía consultada

Perkins, H.S. en Stein, J.H., *Medicina Interna*, 3era. Edición, Barcelona, 1991.