
ÉTICA MÉDICA

Dirección Nacional de Estomatología
MINSAP

PACIENTE... ¿POR QUÉ?

Dra. María Rosa Sala Adam,¹ Dr. Orlando de Cárdenas Sotelo,² Lic. Alicia Sala Adam³ y Dr. José F. González Jacomino⁴

Descriptores DeCs: **PACIENTES, EDUCACIÓN DEL PACIENTE; PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

Si buscáramos la definición del término "paciente" en varios diccionarios, podríamos encontrar:

Paciente: que tiene paciencia. Sinónimo: sufrido.

Contrario: impaciente, vivo.¹

Paciente: (del latín *patientis*) p.a. de pati: padecer).

Adjetivo y sustantivo. Fr e In: *patient* Al: *Kranke*, It: *paziente*.

Persona enferma o en tratamiento.²

Paciente: sufriente, sufrido, sufridor, disimulador, manso, conforme, consentido, tolerante, resignado, pacienzudo...³

Estas definiciones nos han servido para comparar diversos puntos de vista, pero la esencia del fenómeno está en su devenir, y esa no es ya la definición.

El devenir de ese mal llamado "paciente" nos refuerza, simplemente, que no lo ha sido nunca, ni lo es, ni lo será, sea el sujeto en cuestión enfermo o aparentemente sano. A nuestro juicio, la denominación de "paciente" es bastante poco afortunada.

Si tratáramos de encontrar algunos de los porqués que originaron del término, bien pudiera ser uno de ellos, el hecho de que el ejercicio de la medicina durante siglos fue visto como algo misterioso, distanciador y

¹ Estomatóloga General. Secretaria de la Sección de Educación para la Salud de la Sociedad Cubana de Estomatología.

² Estomatólogo. Especialista de II Grado en Administración y Organización de Salud. Presidente de la Sección de Educación para la Salud de la Sociedad Cubana de Estomatología.

³ Licenciada en Español. Profesora de Gestión de la Escuela de Altos Estudios de Hotelería y Turismo.

⁴ Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo López".

hasta divino. En las sociedades precapitalistas, el médico fue también sacerdote o brujo, y su práctica era principalmente mágica.⁴ Los profesionales de la salud eran vistos como personas carismáticas, que poseían dones especiales otorgados por los dioses.⁵

Con el surgimiento de la Medicina Científica en el siglo XIX, el ejercicio de los hoy llamados "proveedores de salud" adquiere un enfoque puramente biologicista y curativo. La enfermedad toma una connotación protagónica, aislada y se tiene muy poco en cuenta las circunstancias socioeconómicas y psicológicas del ser humano que la padece. La individualidad del paciente se subordina totalmente a las "imposiciones" del médico. El paciente es un ente pasivo; es un objeto en manos del médico como mecánico que se esfuerza por componer las funciones alterada. Es una relación médico-paciente objetivante en vez de coejecutora.^{6,7}

En nuestros días, algunos países han llevado a su máxima expresión esta corriente biologicista, multiplicándola con una impresionante tecnología, que aporta nuevos éxitos. La corriente es ahora biológico-tecnicista, y sigue teniendo un gran influjo sobre los profesionales de la salud del llamado Tercer Mundo.^{8,9}

Otro de los porqués del origen del término paciente podría ser la extrapolación inconsciente a la medicina de la concepción pedagógica tradicionalista, en la cual el alumno actúa solamente como objeto del proceso docente.¹⁰ El paciente es entonces también, sólo el objeto de las bondades y la sabiduría del técnico y profesional de la salud, sin tener en cuenta que ese paciente también tiene las suyas.

Como consecuencia de esta concepción implícita, los receptores pacientes, son sólo eso, y entonces no es necesario el diálogo, porque no hay nada que aprender de

ellos. " En nada o en muy poco pueden contribuir a mantener o recuperar su salud".¹¹

Reflexionemos, ¿somos nosotros, los trabajadores de la salud, los que cepillamos correctamente los dientes y encías de las personas?; ¿somos protagonistas de un tratamiento rehabilitador después de una fractura ósea?; ¿cumplimos una dieta, en lugar del diabético o el hipertenso? Mejor diríamos que nuestro papel es en ocasiones el de accionar, pero siempre guiar u orientar, en un fructífero intercambio, para que las personas adopten una actitud positiva a favor de su autorresponsabilidad y autocuidado con respecto a la salud. ¿ Sería posible llevar a la práctica una medicina preventiva con una persona "paciente"?

¡Cuán injusto es este enfoque "paciente", totalmente reñido con la proyección social y preventiva de nuestros servicios de salud! Entre otras cosas, *niega*:

- a) La necesidad de una promoción y educación para la salud, que implica un cambio de criterios, y en consecuencia, de actitudes: actitudes que llevamos a la práctica, ¿nosotros?, ¡no! ... "los pacientes".
- b) La necesidad creciente de interacción entre trabajadores de la salud y pacientes, para un mejor conocimiento de ambos, una más fácil identificación de los problemas y sus causas, así como de las potencialidades y el establecimiento de un plan conjunto de soluciones, para regresar a la práctica de manera enriquecida.
- c) La importancia de un clima favorable (*rapport*) para que se establezca una comunicación *empática* (por algunos autores, *simpática*) que no esconda ni intimide la expresión de los detalles que puedan ser indicadores inequívocos del problema como tal.

- d) La gestión de la salud (planeación, organización, dirección y control de las acciones) de forma participativa.

A su vez, este enfoque pasivo del paciente alienta a:¹²

- a) Caer en la trampa de la resignación "mejor dejarlo así, ¡podría ser peor!" Apatía, desinterés, despersonalización, sentimientos de conformidad y de pérdida de la autorresponsabilidad: "estoy enfermo y nada puedo hacer. Mi mejoría no depende de mí (soy "paciente"), sino del equipo de salud".
- b) Caer en la trampa del inmovilismo: acomodamiento, resistencia al cambio, disminución de los niveles de conflicto. Recordemos que la contradicción es fuente de movimiento, de cambios, de desarrollo.
- c) Caer en la trampa del poder: en la medida en que el paciente es más paciente, el profesional de la salud se siente más protagonista y puede caer en la trampa del poder. Quiere decir: no escuchar adecuadamente, perder interés por los problemas del paciente, ser autoritario.¹²

El listado puede ser completado por sus propias reflexiones ¡Cuántas cosas nos quedan por decir! Lo que intenta el presente artículo es polemizar, "retar el concepto", por sus numerosas implicaciones negativas; encontrarle un nombre que esté más a tono con el rol que han venido desempeñando, desde siempre, los mal llamados pacientes. También será posible y probable un cambio de actitud hacia el paciente. Quizás sean más las preguntas que se generen que las respuestas.

Muchas veces con una comunicación inadecuada, en la que el mensaje sigue un modelo unidireccional y posee un estilo autoritario,¹¹ tratamos de reducir las perso-

nas a "pacientes", en vez de estimularlos a ser lo que en esencia, *desean*: activos colaboradores y responsables de su salud.

En su condición de ser biopsicosocial, las emociones positivas del hombre, generan respuestas biológicas favorables a la salud. Se ha demostrado que los acontecimientos estresantes y los sentimientos de dependencia, invalidez y minusvalía, pueden producir inmunodepresión condicionada e incremento a la vulnerabilidad a ciertas enfermedades.¹³ Asimismo, una interacción armónica con su medio social (incluyendo el equipo de salud y la comunidad) propicia cambios favorables para la salud.

Debemos continuar luchando porque el equipo de salud en la atención primaria, encabezado por el médico de la familia como principal guardián de la salud comunitaria, sea cada día mejores defensores y practicantes de este enfoque: ver al hombre como sujeto, como fuente de lucha, energía, transformación y vida.

Si usted, lector, está de acuerdo con nosotros, nos sentimos muy bien. Si duda, es una actitud interesante; primer paso del conocimiento: investigar.

Si no tiene nuestro mismo punto de vista, también quedamos complacidos, pues lo que no nos satisfaría sería su actitud pasiva o indiferente, pues no son tiempos de lectores "pacientes".

Cuando no esté ya cerca de estas reflexiones y llegue a su consultorio, o en su trabajo en la comunidad, observe a su próximo "paciente", atienda a sus ansias de cooperar, sus deseos de vivir, de luchar por su salud. De no manifestarse así, "sáquelos a flote"; tal vez descubra definitivamente que esas personas con las cuales trabajamos, nada tienen que ver con esa denominación tan controvertida y frecuente que hoy retamos. Tal vez usted se pregunte: "paciente...¿por qué?"

Referencias bibliográficas

1. García P, Gross R. Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado. Buenos Aires:Ediciones Larousse, 1976.
2. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 11 na. ed. La Habana:Editorial Científico-Técnica, 1984.
3. Diccionario Español de Sinónimos y Antónimos. La Habana:Editorial Científico-Técnica, 1979.
4. Sigerist HE. Historia y sociología de la medicina. Bogotá: G. Molina, 1974.
5. "Cursillo de Historia de la Medicina". Ciclo de Conferencias impartidas en el Ateneo de La Habana. La Habana: Editorial Selecta, 1944.
6. Bustamante J. Psicología médica. 2da ed. La Habana:Instituto Cubano del Libro, 1970.
7. Fernández Sacasas JA. La relación médico-paciente en el sistema de salud. En: Filosofía y Medicina. La Habana:Editorial de Ciencias Sociales, 1987:164-77.
8. Rodríguez Rivera L. Comprensión de la esencia social del ser humano para la solución de los problemas de salud. En: Filosofía y Medicina. La Habana:Editorial de Ciencias Sociales, 1987:130-48.
9. Hernández Cañero A, Alderegufá Henríquez J. Consideraciones higiénico-sociales sobre el problema arteriosclerosis - cardiopatía isquémica. Rev Cubana Adm Salud 1987; 13:71-94.
10. Colectivo de Autores. Tendencias pedagógicas contemporáneas. La Habana, 1993.
11. Fernández R, Rodríguez M, Torres M. La comunicación. Una herramienta imprescindible en el trabajo diario. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1996: (Colección "Para la Vida").
12. Calviño M. Tolerancia, alertas y certezas. Rev Caminos 1996;(3):34-9.
13. Bayés R. Modulación psicológica de la respuesta inmunológica. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter 1988;4(1):7-29.

Recibido: 2 de mayo del 2000. Aprobado: 4 de julio del 2000.

Dra. *María Rosa Sala Adam*. Ministerio de Salud Pública. Calle 23 esquina a N, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.