

EL ERROR... ¿DE HIPÓCRATES O DE PROFESIONALES SANITARIOS INADAPTADOS?

DeCS: RELACIONES MEDICO-PACIENTE; CONFIDENCIALIDAD; ETICA MEDICA; REVELACION DE LA VERDAD.

Subject headings: PHYSICIAN-PATIENT RELATIONS; CONFIDENTIALITY; ETHICS, MEDICAL; TRUTH DISCLOSURE.

Y NO DARÉ ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente
Hipócrates. Juramento Hipocrático (fragmento)

“JURO POR APOLO médico y por Asclepio y por Higía y por Panacea y todos los dioses y diosas, poniéndoles por testigos, que cumpliré, según mi capacidad y mi criterio, este juramento y declaración escrita...”

Con estas palabras da Hipócrates comienzo al llamado Juramento Hipocrático; el cual ha trascendido hasta nuestros días. El juramento fue confeccionado por entre los años 460 y 377 a.C. Su autor ha sido considerado el médico más importante de la antigüedad, y bautizado como el padre de la medicina.¹

Nacido probablemente en la isla de Cos, Grecia, Hipócrates realizó numerosos viajes antes de establecerse definitivamente en Cos, para dedicarse a la enseñanza y práctica de la medicina. Murió en Larissa, Grecia, y poco más se sabe de él. Aunque su nombre se asocia al juramento hipocrático, es muy posible incluso que no fuera el autor del documento. De hecho, de las casi setenta obras que forman parte del Corpus hippocraticum, es posible que sólo escribiera alrededor de seis. El Corpus hippocraticum probablemente es lo único que queda de la biblioteca médica de la famosa Escuela de Medicina de Cos. Sus enseñanzas, su sentido del distanciamiento y su capacidad para la observación clínica directa, contribuyeron en gran medida a desterrar la superstición de la medicina antigua.

Entre las obras más importantes de la Corpus hippocraticum está el Tratado de los aires, las aguas y los lugares (siglo V a.C.) que, en lugar de atribuir un origen divino a las enfermedades, discute sus causas ambientales. Otras obras, Tratado del pronóstico y Aforismos, anticiparon la idea, entonces revolucionaria, de que el médico podría predecir la evolución de una enfermedad mediante la observación de un número suficiente de casos. La idea de la medicina preventiva fue concebida por primera vez en

Régimen y en Régimen en enfermedades agudas, donde hace énfasis no sólo en la dieta, sino también en el estilo de vida del paciente y en cómo ello influye sobre su estado de salud y convalecencia.

Si hoy es bien conocido el aporte que Hipócrates hiciera al conocimiento de las enfermedades, e incluso a la filosofía y a la ética de la relación médico-paciente, alguno de sus planteamientos han sido cuestionados en el contexto histórico de nuestros días.

Probablemente, acaso sin proponérselo, con Hipócrates también tiene sus orígenes la práctica de una medicina paternalista, la cual amenaza con quedar atrás en la medida en que el desarrollo científico y cultural de la humanidad sitúan al paciente y al médico en condiciones de diálogo, en el marco de un respeto mutuo donde se subrayan los derechos y deberes de médico y paciente, la libertad individual y la necesidad de una decisión compartida basada en el principio de un conocimiento científico actualizado y responsable.

Personalmente he sido testigo de numerosos debates sobre si decirle al paciente enfermo de cáncer la verdad sobre su diagnóstico y muchas veces, abanderados y detractores permanecen en un marco de verdades en desacuerdo, las cuales dependen más del contexto histórico, en el cual toda nueva formulación necesita de un proceso dinámico del pensamiento científico y de cambios organizacionales y técnicos para los cuales los tradicionalistas parecen resistirse. Sin embargo, el temor al cambio es más a menudo una pereza, para afrontar los nuevos retos que una verdadera razón para oponerse a ellos. Dicho de otro modo, es más fácil ocultar la verdad, que decirla, en el momento adecuado, a la persona adecuada y con las palabras adecuadas, y más aún, sustentada sobre la base de un conocimiento científico actualizado. Los beneficios parecen ser mayores de esta comunicación, que de la primera variante. La necesidad de que el paciente asuma la responsabilidad de su tratamiento y el conocimiento de su propio yo enfermo, es con frecuencia un arma indispensable para su curación.

A este polémico debate viene a sumarse un interesante artículo de Paul Cappelaere (Sociedad Francesa del Cáncer) y Bernard Hoerni (del Consejo Nacional de la Orden de Médicos) recientemente publicado en francés en el Boletín de Cáncer (Bull Cancer 2001; 88[4]:389-90), el cual nos complace en dar a conocer a continuación.

EL ERROR DE HIPÓCRATES*

“Se debe examinar al enfermo con calma, con un fin, observándolo con disimulo, mientras se discuten con él la mayor parte de las cosas; brindándole con alegría la valentía y seguridad necesarias; aislando y diferenciando los aspectos relativos a su enfermedad; reprimiéndolo con vigor y seguridad o consolándolo con atención y buena voluntad; no dejándolo darse cuenta de lo que le sucederá ni de lo que le amenaza; pues más de un enfermo ha estado a punto de morir por esta causa, es decir por un pronóstico donde se le anunciaba acerca de lo que podría sucederle o amenazarle”.¹

* Traducido del original en francés

Esta proposición del maestro de Cos sorprende hoy. En los albores del siglo XXI, el diagnóstico y el pronóstico de un enfermo en general, y de uno con cáncer en particular, no son propiedad del médico sino que constituyen una información compartida, dentro del marco de respeto del hombre y de una confianza recíproca, entre uno o varios médicos y un paciente, el cual está inmerso en una delicada y elaborada red de relaciones familiares, profesionales y culturales. Hipócrates no pensó siquiera en justificar el “secreto” médico frente al enfermo. Esta actitud le parecía sin duda evidente, en razón del estatus social del médico en su época y de la ignorancia del enfermo sobre la medicina, ignorancia apenas mayor que la del honorable practicante.

Hipócrates no podía concebir que la clave de la relación médico-paciente fuera la información. Una bien larga evolución del conocimiento y las mentalidades han sido necesarias para que el saber médico sea progresivamente compartido y para que finalmente, el deber de brindar una información –leal, clara y apropiada– tenga carácter ético y legal, con la sola reserva de un “diagnóstico o de un pronóstico grave”.² Una información pertinente y de calidad no es solamente recomendada, sino también indispensable.³ Los médicos están obligados a suministrar “una información leal, clara y apropiada sobre los riesgos graves referentes a las investigaciones y al tratamiento, excepto los casos de urgencia, de imposibilidad o de rechazo del paciente de ser informado.”⁴

El diálogo reemplaza entonces al monólogo y la información compartida provoca una actitud interactiva de los protagonistas. Hipócrates tenía por otra parte bien claro que la participación del enfermo era deseable: “la vida es corta, la ciencia es larga, la ocasión fugitiva, la experiencia engañosa y el juicio difícil. Es necesario no sólo hacer lo que más conviene, sino también hacer que el enfermo, los asistentes y el medio que lo rodea concuerden.”¹

Más recientemente, el saber médico ha encontrado una demanda creciente de información por parte de los pacientes.⁵ Pero la información del paciente no sólo se limita al diagnóstico y al pronóstico, ni los problemas éticos a la vieja y confusa cuestión del derecho a saber la verdad. “El médico debe a la persona que trata, cura y aconseja, una información leal y apropiada, sobre su estado, las investigaciones, los cuidados y el tratamiento que le propone.”

Desde entonces, a pesar de la tenaz resistencia y las difíciles relaciones,⁶ se vislumbra una evolución según la cual el papel del médico es suministrar una información de calidad, para que el paciente pueda participar activamente en su protocolo terapéutico y asumir su responsabilidad y derecho en la elección de su tratamiento. El desarrollo de la relación médico-paciente se perfila ineluctablemente hacia una decisión compartida, reflexiva, teniendo en cuenta las preferencias del paciente.⁷ Los temores experimentados por Hipócrates parecen infundados, la mayoría de los pacientes parecen sentirse satisfechos de esta decisión compartida.⁸

La información médica no se limita al paciente. En el círculo más estrecho de sus relaciones se sitúa la familia, quien también, de mutuo acuerdo con el enfermo, debe beneficiarse de una información adaptada, condición principal una alianza “terapéutica” entre el personal de salud y su entorno.⁹

En una población sana, por ejemplo, cuyos miembros son susceptibles de padecer un día una enfermedad cancerosa, los problemas éticos no son menores en relación con los programas de pesquisa, en lo que concierne al aseguramiento de la calidad, y a la evaluación médica y socioeconómica,¹⁰ del mismo modo que en los ensayos de quimioprevención,¹¹ donde a los posibles beneficios individuales se oponen las dificultades económicas y la orientación de las políticas de salud.

La información médica de los medios de difusión masiva sobre una enfermedad responsable de una importante morbilidad y mortalidad es fundamental. Accesible a todos, exacta, precisa, independiente,¹² ello contribuirá también a desmitificar el cáncer en el espíritu del público, a incitar a una higiene de vida que disminuya su riesgo, a incrementar la práctica de la pesquisa que reduce la mortalidad por cáncer de mama y del cuello del útero, a mantener la esperanza de los pacientes y familiares en los tratamientos de eficacia demostrada y aún en los más recientes.

Constituye a veces un verdadero escollo para los medios el hecho de discernir y transmitir una información de “buena” calidad, cuando un sinnúmero de informaciones en ocasiones poco rigurosas son con frecuencia autorizadas u ofrecidas por modernos medios de comunicación. El peso de la industria farmacéutica sobre la investigación no debe ser ocultado ni exagerado, pero la amenaza parece lo suficientemente real e internacional como para que una editorial reciente del New England Journal of Medicine preguntase: ¿Está la medicina académica en venta?¹³ Corresponde al médico generalista o especialista cuestionarse constantemente la calidad ética de las publicaciones científicas.¹⁴

Pero estas cuantas reflexiones de orden ético subrayan el papel fundamental de la información en el ejercicio de la práctica oncológica. La información –término filosófico que denota la acción de informar, es decir dar una forma–,¹⁵ sólo existe si ella es transmitida y recibida. La información no puede ser transmitida, sino en el seno de una comunicación que responda a los criterios de verdad y de confianza. “El papel esencial de la confianza en la comunicación (...) ha sido sin duda necesario para imponer a toda la comunidad el respeto a las obligaciones éticas fundamentales”.¹⁶

Una vez recibida, la información provoca en las personas una serie de reacciones íntimas, frente a una patología real o posible, presente o futura y las inducen a compartir con otros interlocutores y dentro de otras redes relacionales los mensajes descodificados de dicha información.

La información debe ser juzgada en cada momento de su emisión, su recepción y su ulterior difusión, de acuerdo con las reglas de la ética, incluso si éstas son a veces poco claras.

“Yo veo, más bien, la elaboración de las normas éticas desde un punto de vista concreto, práctico, estas normas han sido ellas mismas producto de un amplio debate, basado seguramente en propuestas y discusiones previas. Ellas son, como dijera Descartes, provisionales y siempre reformulables.”¹⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hippocrate. Obras completas. Paris: Ed. Unión littéraire et artistique; 1955.
2. Code de déontologie médicale. Journal officiel de la République française, 8 septembre 1995.
3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandation aux médecins sur l'information des patients, avril, 2000.
4. Arrêt de la première chambre civile de la Cour de cassation, 18 juillet 2000.
5. Burgelin JF, Dilhuydy MH, Serin D, Gairard B, Hoerni B, Huriet C, et al. L'information éclairée en pathologie mammaire. Bull Cancer 2000;87:287-80.
6. Maguire P. Improving communication with cancer patients. Eur J Cancer 1999;35:2058-65.
7. Vennin P. Le patient face aux chix thérapeutiques en cancérologie: vers une décision partagée? Bull Cancer 2001;88(4):391-7.
8. Protière C, Viens P, Genre D, Cowen D, Camerlo J, Gravis G, et al. Patient participation in medical decision-making: a French study in adjuvant radio-chemotherapy for early breast cancer. Ann Oncol 2000;11:39-45.
9. Saltel P, Gauvain-Piquard A, Landry-Datee N. L'information de la famille d'un patient adulte atteint de cancer. Bull Cancer 2001;88(4):399-405.
10. Haehnel P. Dépistage: principes éthiques. Bull Cancer 2001;88(4):407-10.
11. Sancho-Garnier H. Chimio-prévention des cancers et socio-éthique. Bull Cancer 2001;88(4):411-4.
12. Hoerni B. Information du grand public en cancérologie: aspects éthiques et déontologiques. Bull Cancer 2001;88(4):415-8.
13. Angell M. Is academic medicine for sale? N England J Med 2000;342:1516-8.
14. Moutelk G, Wolf M, Meningaud JP, Berdeu D, Le Roux N, Hervé C. Qualité éthique des publications scientifiques: mythe ou réalité? Médecine/Sciences 2000;16:291-3.
15. Littré E. Dictionnaire de la langue française. Paris: Gallimard Hachette; 1970.
16. Changeux JP, Ricoeur P. Ce qui nous fait penser: la nature et la règle. Paris: Ed. Odile Jacob; 1998.

Recibido: 28 de enero del 2002. Aprobado: 26 de febrero del 2002.

Dr. *Juan C. Lence Anta*. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Investigador Auxiliar.