

13 artículo

Rodrigo Córdoba García [[Buscar autor en Medline](#)]
 Mercedes Losilla Domínguez [[Buscar autor en Medline](#)]
 Dolores Idáñez Rodríguez [[Buscar autor en Medline](#)]



Consideraciones éticas en las relaciones clínicas difíciles

- Ver resumen y puntos clave
- Ver texto completo
- Volver al sumario

Texto completo

Entre los problemas que más dudas éticas y legales plantean en la práctica clínica diaria están esas situaciones difíciles generadas por los problemas derivados de las bajas laborales, por aquellos pacientes con los que se ha roto la relación de confianza, pero no quieren cambiarse de médico y la atención sanitaria a los inmigrantes que acuden a la consulta sin mediador ni intérprete.

Pasemos a una situación común relacionada con el primer tema:

Paciente de 42 años, ecuatoriano de origen, que lleva 15 meses de baja laboral por talalgia y dolor en extremidad inferior izquierda por insuficiencia venosa periférica. El paciente ha sido estudiado por servicios de cirugía vascular y traumatología sin un diagnóstico que justifique permanencia en baja laboral. El paciente sigue alegando dificultad para mantenerse de pie sin sufrir dolores en pierna y planta del pie, por lo que rechaza el alta.

Rodrigo Córdoba

Las bajas laborales suponen un serio dilema ético para los médicos de familia. A menudo se dan dos intereses contrapuestos: el del paciente, que con razones o no aspira a prolongar su baja laboral y la administración sanitaria, que asume los gastos de esa prolongación de la baja. Desde la perspectiva del paciente, es inevitable recordar que el umbral del dolor es muy diferente entre unas personas y otras por lo que es difícil hacer mediciones objetivas de este síntoma que no se debe ignorar. La sospecha del rentismo planea siempre en muchos casos de bajas laborales y ahí entran las habilidades de comunicación y persuasión del médico de familia. Estas habilidades pueden adquirirse mediante cursos de formación y entrenamiento en habilidades. La comunicación puede ser útil para que el paciente rentista se cuestione su actitud. Los señalamientos sutiles, los planteamientos de mejoría con la actividad laboral normal más que con el reposo laboral, la apelación a la responsabilidad pueden ser de utilidad. Pero cuando el paciente está determinado a prolongar su baja laboral por meros intereses económicos o de otro tipo es difícil que desista de su actitud.

Sin embargo esto no es lo más habitual. Aunque los tiempos de duración de baja por proceso están estandarizados, no es infrecuente que la prolongación de los mismos se deba a retrasos en los procedimientos de interconsulta y diagnóstico¹. Eso no es atribuible al profesional ni a los pacientes sino a la gestión de los recursos. En esos casos los servicios de Inspección podrían hacer algún esfuerzo más en agilizar las pruebas diagnósticas, cosa que a menudo ocurre con la participación paralela de las mutuas laborales. El médico de familia se debe a las personas a las que presta su asistencia y debe evitar enfrentamientos y pugnas pugilísticas con el paciente por asuntos de bajas laborales. Sin embargo, eso no significa neutralidad y falta de beligerancia para intentar aproximar posiciones y dar una salida razonable al problema.

En estos tiempos asistimos a profundos cambios sociales y crisis en muchos sectores, como la sanidad y la enseñanza, que suponen fuertes presiones para los profesionales y que también pueden ser motivo de bajas laborales prolongadas, a menudo incomprensibles o poco justificadas. Un buen ejemplo es el de los trabajadores de la enseñanza. Estos profesionales suelen aquejar frecuentes episodios de estrés, ansiedad y depresión. Lo preocupante es que la incidencia de las bajas laborales por motivos psicológicos afecta

bibliografía

1. Berriochoa C, Sanz P, Flores L, Soto S, Villagrasa R JR. Utilidad de las guías de estandarización para la duración de la incapacidad laboral transitoria. *Aten Primaria*. 1996; 18:248-52.
2. López S, Albadalejo R, Villanueva R, Domínguez V. Analisis de las bajas laborales en una área de salud. *Aten Primaria* 2006, 38:550-4.
3. Gensana A, Torralba M, Calero MI, González JA. Relación entre perfil del medico y bajas laborales en sus pacientes. *Aten Primaria*. 1995 Jun 15; 16(1):27-31.
4. Consejo General de Colegios Médicos. Declaración de la comisión central de deontología. **Sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en atención primaria y especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión** (aprobada en la sesión de 2/3 de febrero de 2001).
5. Herranz G. **Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica**. 3ª ed. Pamplona: EUNSA, 1995.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



especialmente a los responsables de la docencia. De hecho, según denuncia, este tipo de episodios provoca el 11% de las bajas que afectan a los profesores, cuando entre otros profesionales sólo genera el 5%. Ciertamente estos trastornos no son exclusivos de los profesores. La competitividad y los cambios vertiginosos amenazan el equilibrio de muchos trabajadores. En el profesorado de educación secundaria, el 75% de las bajas laborales son por cuestiones psicológicas. Además, los educadores de entre 30 y 39 años, y los de entre 50 y 59, son los más proclives a caer enfermos por episodios de estrés y similares, alcanzando el 64% de los casos. De hecho se ha estudiado recientemente que las patologías que generan más bajas laborales entre los médicos son las debidas a trastornos mentales, con una duración media de la incapacidad laboral de 38,8 días². De hecho, las bajas laborales prolongadas tienen en estos momentos muchas justificaciones y trasfondos culturales asociados con una serie de cambios sociales traumáticos y rápidos que habrá que tener en cuenta.

Por otra parte la situación laboral de los médicos también parece influir, de forma que los médicos con contrato precario, los que han tenido formación MIR en medicina de familia y los que trabajan en jornada matinal conceden menos bajas laborales que los fijos y menos bajas con el diagnóstico de infección respiratoria aguda³. Estos hechos obligan a hacer algunas reflexiones sobre la diversidad de factores que pueden influir en la duración de las bajas laborales.

Los partes de bajas por incapacidad temporal por enfermedad común son, generalmente, expedidos por los médicos de atención primaria. No obstante el Real Decreto.575/97, del 18 de abril y la Orden Ministerial del 19 de junio de 1997, no especifican taxativamente que su expedición corresponda única y exclusivamente a dichos facultativos. El Real Decreto 575/97 en su artículo 1.1., señala que la baja médica será expedida "por el médico del Servicio Público de Salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado", mientras que la O.M. de 19 de junio de 1997, que desarrolla el Real Decreto 575/97, señala en su artículo 2.1., que "el parte médico de incapacidad temporal se expedirá, inmediatamente después del reconocimiento médico del trabajador, por el facultativo que lo realice", por lo que dejan abierta la posibilidad de que dichas bajas puedan ser expedidas por cualquier médico al servicio de la Sanidad Pública, siendo igualmente aplicable para la expedición de los partes de alta. El control de las bajas es igualmente responsabilidad de dichos médicos, pero también pueden ser controladas por los médicos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEP) y por los de las Empresas Colaboradoras en la Gestión del Régimen General, si bien estas empresas pueden servirse de médicos propios o de médicos de la Seguridad Social. Los partes de bajas y altas son documentos oficiales y el médico está éticamente obligado a expedirlos con autenticidad y veracidad⁴. Con el fin de asegurar la autenticidad y veracidad del documento de baja o alta del paciente, pero también por el derecho que todos los pacientes tienen a una atención médica de calidad humana y científica, el médico tiene el deber, antes de darle el correspondiente parte de baja, de intentar comprobar mediante la exploración física y reconocimiento del paciente la dolencia por él alegada para solicitar la incapacidad temporal, aún sabiendo que muchas de las causas más frecuentemente alegadas como solicitud de baja laboral son de difícil comprobación en la exploración realizada en el consultorio o centro de salud, ya que, por ejemplo, una lumbalgia puede o no cursar con contractura de la musculatura paravertebral, una artralgia no tiene porqué ir acompañada de signos de flogosis o de impotencia funcional, una cefalea o migraña no tiene porque cursar con signos de localización neurológica, o una gripe estar acompañada de auscultación pulmonar patológica. Si de la exploración semiológica practicada no obtuviera datos suficientes para una correcta decisión profesional o si lo considerase conveniente para el estudio del paciente, el médico deberá solicitar las exploraciones o informes complementarios que estime oportunos. Durante los periodos de observación por enfermedad común o profesional estaría obligado a prescribir la baja si el ejercicio del trabajo fuese perjudicial para el trabajador.

Tanto en la expedición de los partes de incapacidad temporal, como en la prescripción del tratamiento que estime oportuno, el médico debe tener absoluta libertad e independencia y no recibir presiones ni del asegurado ni de las Instituciones o de la Administración Sanitaria, pero a su vez el médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad, saber que es un gestor de recursos ajenos, y que está éticamente obligado a conseguir el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición por lo que en su actuación profesional siempre deberá primar el principio de justicia sobre el de beneficencia. Esto significa que los médicos que gestionan la incapacidad temporal están éticamente obligados a no prolongar la baja laboral y proceder al alta del asegurado una vez haya desaparecido la causa que motivó la misma, hubieran comprobado la inexistencia de la dolencia argumentada por el paciente como causa de incapacidad temporal, o en los demás casos legalmente contemplados. Si sospechasen un acto fraudulento deberán ponerlo, con discreción, en conocimiento de los servicios de inspección sanitaria, sin que esto suponga vulnerar el secreto profesional, adoptando las medidas oportunas y necesarias para preservar la confidencialidad de los datos médicos.

Sin embargo, no es infrecuente que los servicios de inspección no respalden las intenciones del médico de familia cuando propone un alta a un paciente que está abusando claramente de la duración de los días de incapacidad laboral al no haber ninguna concordancia entre el



proceso y la duración de la baja. Este fenómeno desincentiva la implicación ética de algunos profesionales de atención primaria, que no se sienten respaldados por aquellos que debieran hacerlo.

Veamos ahora un ejemplo de la segunda situación:

En los últimos seis meses tengo problemas serios de relación con una familia asignada a mi cupo, en especial con el cabeza de familia. Es evidente que la necesaria relación de confianza se ha quebrado y les he llegado a sugerir que tienen derecho a cambiarse de médico, pero no lo aceptan, aunque siguen con todas sus quejas y reivindicaciones. ¿Estoy éticamente obligado a seguir viendo a esta familia o puedo forzar el cambio? ¿Qué puedo o debo hacer?

Mercedes Losilla Domínguez, M^a Teresa Delgado.

Entender que la Medicina es un servicio ha sido siempre uno de los modos más acertados de dar contenido ético a la función del médico⁵. La dignidad de toda persona merece una actitud de servicio por parte de los profesionales de la salud, que debe reflejarse en una atención correcta y en el establecimiento de una relación de confianza que permita el ejercicio de una medicina de calidad científico-técnica y humana. El establecimiento de esta relación de confianza va a depender de muchos factores, algunos dependientes del profesional y del sistema, otros derivados de los propios pacientes⁶. En este sentido, el artículo 7 de nuestro Código de Ética y Deontología Médica⁷ (CEDM) nos recuerda que "la eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y paciente. Ello presupone, el respeto al derecho de éste a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario. Individualmente los médicos han de facilitar el ejercicio de este derecho e institucionalmente procurarán armonizarlo con las previsiones y necesidades derivadas de la ordenación sanitaria". La Ley 14/1986 General de Sanidad reconoce este principio, considerando, entre los derechos que todas las personas tienen ante la administración sanitaria (artículo 10.13) el de elegir médico, de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud. Si bien el derecho de los pacientes a la libre elección de médico es más una aspiración que una realidad plena, por diversos motivos, ya que, en realidad, la libertad de elección consiste más en poder rechazar al médico en el que se ha perdido la confianza que en acudir al facultativo libremente elegido. En este sentido, lo que la ley recoge es el derecho del enfermo a elegir facultativo responsable (y, por tanto, a cambiar el que le hubiera sido asignado por defecto). A la inversa, puede hacerse la solicitud de rechazo de asignación de usuario por el facultativo, que ha de ir debidamente motivada por escrito, y ser aceptada por la Inspección de Servicios Sanitarios, en virtud del artículo 8.b del Real Decreto 1575/93.

¿Cómo analizar éticamente el rechazo de un paciente asignado por parte del médico, o el cambio de médico solicitado por el paciente pero *inducido* por el profesional? ¿Se trata de una respuesta cómoda de éste, de una salida fácil, ante una relación difícil que no se ha podido, o no se ha sabido manejar; o es una opción éticamente correcta desde la perspectiva de la Medicina como servicio al paciente?

El artículo 9.1 del CEDM expone: "cuando el médico acepta atender a un paciente se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios, que podrá suspender si llegara al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza. Advertirá entonces de ello con la debida antelación al paciente o a sus familiares y facilitará que otro médico, al cual transmitirá toda la información necesaria, se haga cargo del paciente". Y en sus puntos 2 y 3 explicita: "el médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible de las consecuencias que puedan derivarse de su negativa. Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar". Con todo, la continuidad de los cuidados es una obligación seria que el médico no debe suspender por iniciativa propia, a no ser que tenga sólidas razones para ello, como la pérdida de una mínima confianza, necesaria para que exista relación clínica⁸ y que se traduce u origina en la falta de cooperación del paciente en el tratamiento (uno de los deberes de los ciudadanos recogido en el artículo 11 de la Ley General de Sanidad) o cuando se produce un desacuerdo irreducible ante las medidas que deben tomarse. Nos enfrentamos al delicado tema de los pacientes cuya relación es difícil y ante los que hay que llevar a la práctica todos nuestros conocimientos y habilidades en técnicas de entrevista clínica, además de dosis ingentes de paciencia.

Varios son los compromisos que aceptamos en el momento en que se inicia una relación clínica⁹. Si esta relación es especialmente compleja, los valores del profesional serán doblemente importantes (**Tabla 1**). La confianza, que es un determinante de la elección del médico, se puede erosionar por muchos factores, pero si el paciente no la pierde siempre se podrá intentar reconstruir la relación.

En el caso que nos ocupa, cabría preguntarse por la naturaleza de los problemas que impiden una adecuada relación: los elementos que el profesional considera provienen del

paciente, los que el propio profesional puede estar aportando y que contribuyen a mantener la situación.

Parece precipitado considerar que la confianza se ha quebrado cuando el paciente desea seguir siéndolo. Esta actitud puede ser la clave de que valora positivamente al profesional. Por su parte el profesional puede reflexionar acerca de las quejas y reivindicaciones, tratando de discernir si las mismas son verdaderamente hacia el profesional o fruto del sufrimiento o la insatisfacción que el paciente tiene por su situación.

Probablemente todavía existen elementos de la relación que son susceptibles de ser modificados. Exponerle al paciente los sentimientos de frustración por la situación en la que se encuentran y reconducir con él la relación hacia la consecución de objetivos para su salud, puede ayudar a desbloquearla. Obtener la confianza del paciente depende de la competencia técnica y de la capacidad de establecer un adecuado vínculo interpersonal. Con todo, muchas veces las herramientas de que disponemos (**Tabla 2**) no son suficientes y es evidente la ruptura de confianza en la relación clínica. Ésta sería la causa principal que justificaría, desde la perspectiva ética, la sugerencia de un cambio de facultativo responsable, en beneficio del paciente y en previsión de un perjuicio potencial derivado de esa falta de confianza. Claro está que, operativamente hablando, la última palabra la tiene el paciente, que es quien tiene que hacer la solicitud. A este respecto me permito transcribir literalmente un párrafo alusivo al problema, a propósito del artículo 8 del CEDM (en el ejercicio de su profesión el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias, actuando siempre con corrección y respeto) por su innegable expresividad¹: "La primera manifestación del trato correcto del médico es ser comprensivo. El buen médico debe tener una tolerancia muy amplia hacia sus enfermos, pues algunas dolencias trastornan, muy profundamente a veces, el carácter de los pacientes, que se vuelven impertinentes, farragosos, agresivos o desconfiados. La ilimitada capacidad de desobediencia que algunos enfermos muestran hacia las órdenes del médico, o su huida hacia formas marginales o folclóricas de tratamiento, pueden llegar a agotar la paciencia del médico. El médico debe armarse entonces de mucha comprensión y capacidad de disculpa. Y cuando ya no pueda ceder más, porque la salud del enfermo o la dignidad de la Medicina así lo requieren, procurará, con firmeza y sin herir, mostrar a sus pacientes cuáles son las condiciones mínimas que les impone para seguir atendidos". Esta firmeza en la especificación respetuosa de las condiciones mínimas necesarias para continuar con la asistencia suele ser motivo suficiente para que el paciente reconsidere su actitud o la conveniencia de aceptar la sugerencia de solicitar un cambio de facultativo responsable, sobre todo cuando éste, tras contemplar el problema con el coordinador médico de su equipo, no ha visto otra posible salida.

En cuanto a la tercera cuestión:

¿Qué consideraciones deben tenerse en cuenta cuando acude a la consulta un inmigrante que no habla español ni ninguno de los idiomas más conocidos, sin intérprete ni acompañante que nos pueda ayudar a entendernos, solicitando las recetas de las cajas de los medicamentos que lleva en una bolsa? ¿Es posible derivar estos casos a algún servicio específico o tenemos obligación de atenderlos?

Dolores Idáñez, M^a Teresa Delgado.

En la pregunta se entremezclan varias cuestiones, a destacar dos: la primera hace referencia a la dificultad de atención sanitaria a los inmigrantes, derivada en parte del desconocimiento del idioma, las costumbres y funcionamiento de los servicios sanitarios. La segunda es el tema de la libertad de prescripción del médico ante una solicitud concreta de medicamentos por parte del paciente. Dado que la primera parece más trascendente, recordaremos, respecto a la libertad de prescripción del médico, que ésta constituye un requisito imprescindible para la buena práctica médica, ya que sin libertad no hay actos responsables. El artículo 20.1 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial: "El médico debe disponer de *libertad de prescripción* y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad."¹⁰ Gonzalo Herranz dice que la libertad profesional consiste en la capacidad de escoger, *con ciencia y en conciencia*, lo que el médico juzgue mejor para su paciente. Esta libertad constituye el marco ético para el trabajo del médico en los países de la Comunidad Europea exigido por el Tratado de Roma, que dice textualmente (artículo 57.3): "A todos debe garantizarse que el médico que consulten goza de total independencia tanto en el plano moral como en el técnico y que es libre para la elección del tratamiento". La respuesta a la pregunta de si es o no correcto, desde el punto de vista ético, hacer las recetas que un paciente solicita aportando los recortes de las cajas de los medicamentos, pasa por determinar si el acto médico que constituye la prescripción es asumido como propio por el médico que se enfrenta al dilema, o se trata de un acto impuesto. Si la prescripción es asumida libremente por el facultativo, que la considera como propia después de valorar su indicación, balance riesgo-beneficios, coste, y aceptación por el paciente, dicha prescripción es éticamente correcta; de lo contrario no lo es, ni desde el punto de vista ético, ni desde el punto de vista reglamentario¹¹. Claro está que, para escoger *con*

ciencia, tenemos que tener clara la indicación y si la prescripción solicitada es la más adecuada a las necesidades y circunstancias del paciente concreto, lo que nos lleva al otro problema que plantea la pregunta: cómo valorar la prescripción (lo que haría necesario elaborar una adecuada historia clínica) solicitada por una persona con la que parece imposible comunicarse mediante el lenguaje.

La inmigración y los inmigrantes están siendo uno de los grandes factores, si no el mayor, de transformación de la sociedad española en esta primera década del siglo XXI. Quizás por ello las cuestiones éticas relacionadas con su atención, al menos en lo que respecta al primer nivel asistencial, se consideran entre las más frecuentes en una encuesta realizada en el marco del XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria¹².

La inmigración en España es un fenómeno reciente que se ha producido con vertiginosa rapidez en la última década. Se puede decir que con la inmigración se está formando "una nueva sociedad española" que tendrá algunos rasgos muy distintos de lo que ha sido nuestra sociedad en las últimas décadas¹³. En la actualidad según el informe de julio del 2006 del Instituto Nacional de Estadística hay 3.884.573 extranjeros, lo que supone el 8.74% de la población española, y de ellos el 75.3% proceden de países extracomunitarios¹⁴.

Poseen unas características comunes¹⁵, ¹⁶:

- Proceden de países de baja renta.
- Son en su mayoría jóvenes, con un estado de salud que a su llegada, suele ser bueno, aunque algunos colectivos podrían tener más probabilidades de estar infectados o de haber tenido alguna infección antes de llegar a España, por provenir de zonas donde ciertas enfermedades infecciosas son más prevalentes.
- La enfermedad no será una de sus prioridades, excepto cuando les impida trabajar.
- Tienen peores indicadores socioeconómicos y viven en peores condiciones (ingresos inferiores, más paro, discriminación racial y social, malas condiciones de la vivienda, precariedad laboral etc.), además, su salud se va a deteriorar en relación con la de la población autóctona.
- Tienen dificultades de acceso al sistema sanitario por su desconocimiento, problemas lingüísticos, culturales, situación irregular de residencia, restricciones administrativas o inadecuación del sistema a sus condicionantes sociales (horarios laborales y ausencia de redes de apoyo).

A menudo oímos que los inmigrantes abusan y están sobrecargando la sanidad Pública. ¿No se cumplirá también en este caso la "Ley de cuidados inversos"? Es interesante el trabajo realizado por Cots¹⁷: Los inmigrantes de países pobres consumen un 11% menos de estancias hospitalarias que los demás (ajustado por complejidad, severidad, comorbilidad, complicaciones, número de readmisiones, urgencia del ingreso y edad y sexo). Esto contradice esta teoría. No obstante, utilizan con frecuencia los servicios de Urgencias tanto de Atención Primaria como hospitalarios para solucionar de forma puntual sus problemas de salud, lo que dificulta mucho la debida continuidad en la prestación de cuidados¹⁸. Esto suele suceder al inicio de su estancia en nuestro país y suele deberse entre otros motivos al desconocimiento de funcionamiento del sistema, problemas en la tramitación de la documentación a consecuencia del idioma, horarios laborales. Para corregir esta situación es necesaria la implicación de la Administración en el sentido de informar sobre el correcto uso de los servicios sanitarios, su funcionamiento, así como sobre los derechos y obligaciones de los pacientes con el fin de racionalizar los recursos¹⁹. Pueden ser útiles la elaboración de folletos traducidos, explicaciones sencillas por parte de los servicios de admisión de los centros de salud sobre el funcionamiento del sistema sanitario, horario de consultas, concertación de citas, etc, aprovechando, por ejemplo, la tramitación de la tarjeta sanitaria.

En la atención a la población inmigrante hay que poner en activo un proceso de aproximación mutua y favorecer el vínculo con una actitud acogedora. Se precisan aptitudes, habilidades y actitudes, aunque, si tuviéramos que elegir, es más importante la actitud que la aptitud. Es necesario que el profesional observe, escuche, pregunte aquello que desconoce del entorno cultural del que proceden. Esto facilita el encuentro compartido entre diferentes culturas y acorta distancias, al tiempo que mejora el grado de empatía y la comunicación en la entrevista clínica..... es la diversidad cultural. Hay que evitar los estereotipos y las generalizaciones, garantizar el respeto y comprender sin juzgar. Al mismo tiempo, se ha de conseguir poder dar una información adecuada para así garantizar una asistencia de calidad. Los movimientos humanos actuales ponen de manifiesto la necesidad de adecuar los recursos a las necesidades, y por ello la importancia de mejorar las habilidades de los profesionales²⁰.

Con relación a la cuestión de si un profesional puede inhibirse de la atención de las personas inmigrantes, conviene recordar, desde el punto de vista legal, que el sistema público tiene la obligación de proporcionar atención sanitaria a todos los sujetos de derecho, en la medida de las posibilidades de infraestructura y medios humanos y técnicos que le son propios. La Ley General de Sanidad, dice en el artículo 1.2: "Son titulares del

derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional". La legislación vigente en materia de extranjería permite a los inmigrantes acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles bajo el requisito del empadronamiento (artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero). El inicio y mantenimiento de tratamientos médicos y la dispensación de las preceptivas recetas son actividades propias y habituales del primer nivel asistencial. Por otra parte, de todos es sabido el derecho del enfermo a elegir facultativo responsable (Ley General de Sanidad, artículo 10.13), lo que implica la posibilidad de cambiar de médico, por ejemplo. A la inversa, Puede hacerse la solicitud de rechazo de asignación de un usuario por el facultativo responsable, que ha de ir debidamente motivada por escrito (cuando se ha perdido la confianza o diferentes motivos han deteriorado la imprescindible relación clínica, por ejemplo) y ser aceptada, para que sea operativa, por la Inspección de Servicios Sanitarios, en virtud del artículo 8.b del Real Decreto 1575/93. Pero no es probable que el desconocimiento del español u otro idioma de uso frecuente en nuestra sociedad por parte del paciente y las dificultades que ello conlleva para el desarrollo de la atención sanitaria sea considerado motivo justificado de cambio de médico responsable ya que no se soluciona el problema con un cambio de profesional; tan sólo se traspasa.

El desconocimiento del lenguaje es uno de los problemas más importantes y difíciles de resolver para asegurar una correcta atención sanitaria de estos pacientes. Hasta la aparición de herramientas como el nuevo programa informático Universal Doctor Speaker²¹, el apoyo de traductores o mediadores (suelen prestarse a ellos amigos o familiares del paciente que llevan más tiempo en nuestro país y se manejan con nuestra lengua y costumbres) mejoraba notablemente el contacto y ayudaba a vencer barreras reales, aunque los expertos aconsejen que promocionar la enseñanza de nuestro idioma es la mejor solución para superar este problema²².

Volviendo al caso, es evidente que no se puede hacer una buena historia clínica sin hacer una anamnesis correcta del paciente, para lo que necesitamos comunicarnos verbalmente con él. Pero quizás resulte peor no tener ninguna historia que conseguir una incompleta. A ello nos puede ayudar, además del lenguaje no verbal y la mímica, con tiempo y paciencia, la observación clínica de los signos que acompañan a las patologías (los fármacos que solicita aportando su envase nos orientarán sobre lo que el sujeto padece, o cree padecer, así como su gravedad y urgencia de cara a su posible suspensión hasta recabar más información que nos permita decidir con el debido criterio). Dichos signos no precisan del lenguaje sino de la exploración física y, a falta de otras fuentes, de las pruebas complementarias que se consideren adecuadas.

