

**LA RELACIÓN
ENTRE EL MÉDICO Y SU PACIENTE
EN LA ERA ELECTRÓNICA**

*Conferencia pronunciada
por el Académico Titular Dr. Federico M. Pégola
en oportunidad de su incorporación
a la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires
el 17 de septiembre de 2010*

Presentación del Académico Emérito Dr. Alejandro C. Paladini

El doctor Pégola, a quien recibimos hoy como miembro titular de esta Academia, es un viejo conocido de nuestra Corporación pues hace casi veinte años que integra la misma como Miembro Correspondiente. En esa condición nos has enriquecido con su informada palabra en varias oportunidades

El doctor Pégola estudió medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, de donde egresó en 1955 y se doctoró en 1959 con su tesis sobre “Arterioesclerosis y el factor de clarificación del plasma”.

Su vocación por los estudios cardiológicos e históricos se puso tempranamente en evidencia y así fue Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología en 1965 y presidente de la Sociedad Argentina de Historia de la Medicina en 1969. Fue miembro fundador de la Federación Latino Americana de Gerontología y Geriátrica y presidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica.

El doctor Pégola fue reconocido por sus contribuciones en gerontología y en historia de la medicina con grados honorarios en sociedades argentinas, brasileras y venezolanas. Merecen citarse especialmente las de Miembro Honorario Nacional de la Asociación Médica Argentina; la presidencia de la Sociedad Argentina de Neurogeriátrica y, en el año 2000, una posición similar en la de Humanismo Médico.

Las Academias Nacional de Ciencias de Nueva York y de la Argentina de Historia y Ética en Medicina lo han incorporado en su seno.

Su trayectoria académica en Medicina Interna en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires fue coronada con su nombramiento como Profesor Consulto en 1998.

La actividad polifacética del doctor Pégola se ha expresado en más de quinientos noventa trabajos de temas médicos, historia de la medicina y antropología que se publicaron en revistas de esas espe-

cialidades. Además, adoptando las características del periodismo serio y erudito, publicó numerosas notas en medios de más amplia difusión.

En el período 1991/1992 editó dieciocho videocintas sobre antropología médica y catorce sobre semiología para la videoteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

El doctor PÉrgola ha publicado hasta la fecha, cuarenta y cinco libros, varios de ellos en colaboración con nuestro ex presidente, el Dr. Osvaldo Fustinoni. Uno de ellos, que nos atañe particularmente, es la *Historia de nuestra Academia* que publicaron en 1995.

Muchos de sus libros fueron premiados. Así, *Brujos y cuasi-médicos en los inicios argentinos* recibió la faja de Honor, Ensayo de la Sociedad Argentina de Escritores (SADE), en 1980. *Cultura, globalización y medicina* recibió el premio bienal de la Sociedad Argentina de la Historia. Y *Por el camino del tabaco* fue distinguido con el premio Guillermo Rawon, mención en Higiene.

El doctor PÉrgola dirigió veinte tesis de Doctorado en Medicina y, en diciembre de 2008, recibió el premio “Hipócrates en la Academia Nacional de Medicina”. En la actualidad es Secretario de Desarrollo Docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y dirige el Curso de Formación Docente Pedagógico en Ciencias de la Salud, el Instituto de Historia de la Medicina y los Museos “Houssay” de Ciencia y Tecnología y “Risolia” de Historia de la Medicina.

La Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires se congratula por la incorporación del doctor PÉrgola a sus filas y está confiada que su trayectoria asegura que su futura contribución a la tarea difusora de la ciencia de la Academia será enriquecida por su acción.

LA RELACIÓN ENTRE EL MÉDICO Y SU ENFERMO EN LA ERA ELECTRÓNICA

Dr. FEDERICO M. PÉRGOLA

Distinta sería esta charla si la hubiéramos pronunciada hace un cuarto de siglo o quizás menos. La medicina ha cambiado tanto en el último tiempo no solamente en su contenido académico sino en la forma de ejercerla. Aquello que siempre fue un acto de amor o solidaridad entre el curador y el paciente se ha convertido en una relación muchas veces ríspida y, en general, distante.

La relación médico-paciente pasa por un periodo de crisis. Todavía no ha encontrado su *bareme* porque no sólo depende de un factor sino que es multifactorial con la interrelación entre dos personas –habitualmente– con niveles distintos de intereses y padecimientos.

Sin embargo, debemos reconocer que este tema es antiguo y comenzó cuando la fisiología humana se desplegó como una verdadera ciencia dura. Dice Canguilhem¹:

“Podrá parecer chocante que situemos [...] –sin admitir atenuantes y con una rigurosidad voluntaria– el corte histórico en el cual comienza la medicina moderna en la idea de la medicina experimental como una declaración de guerra contra la medicina hipocrática. No se trata, empero, de una devaluación de Hipócrates. Claude Bernard utiliza, en efecto, aunque de manera muy libre, la ley de los tres estados del espíritu humano, formulada por Auguste Comte. Reconoce que ‘el estado de medicina experimental supone una evolución anterior’. Pero si la historia de la medicina conduce a hacer justicia a Hipócrates, fundador de la medicina de la observación, la preocupación por el porvenir prescribe a la medicina no negar esta última, sino apartarse de ella. El hipocratismo es un naturismo; la medicina de la observación es pasiva, contemplativa, descriptiva como una ciencia natural. La medicina experimental es una ciencia conquistadora”.

¹ Canguilhem, G., *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*, Buenos Aires, Amorrortu, 2009.

Claude Bernard expresa:

“Con la ayuda de esas ciencias experimentales activas, el hombre se convierte en un inventor de fenómenos, un verdadero contramaestre de la creación y, desde ese punto de vista, no sería lícito poner límites al poderío que puede adquirir sobre la naturaleza”.

Retomo a Canguilhem refiriéndose a Hipócrates:

“Cuando él sale de la expectación pura para dar remedios, lo hace siempre con el objetivo de favorecer las tendencias de la naturaleza (*Nota: la **physis** de los griegos*), esto es, inducir a la enfermedad a recorrer sus etapas. Claude Bernard designa como hipocráticos a todos los médicos que, en los tiempos modernos, no pusieron a la cabeza de sus inquietudes la curación de los enfermos, sino que se preocuparon ante todo por las definiciones y la clasificación de las enfermedades, y prefirieron el diagnóstico y el pronóstico en lugar del tratamiento. Son nosólogos –Sydenham, Sauvages, Pinel y aun Laënnec– todos aquellos que consideran las enfermedades como esencia cuyo tipo es más frecuentemente alterado que manifestado por la dolencia de los pacientes. Del mismo modo Bernard define como meros naturalistas a los médicos, incluido Virchow, que desde Morgagni y Bichat fundaran una nueva ciencia de las enfermedades en la anatomía patológica, mediante la búsqueda de las relaciones etiológicas entre las alteraciones de estructura y los trastornos sintomáticos”.

El trato de Canguilhem es duro –casi apasionado– para con los médicos que por efecto de la influencia de la medicina justamente francesa, como él, hemos asistido a los pacientes con una buena parte de esa medicina de la observación. Y en este punto puede estar parte del cambio en la relación médico-paciente y también certificar su idea de que en la historia de las ciencias no hay precursores sino que se pasan la posta para que otros modifiquen los conceptos.

La relación médico-paciente desde sus orígenes hasta el siglo pasado

La relación que existe entre el hombre enfermo y su médico o el curador o el cuidador –como fuera su rol– es tan antigua como la vida del hombre mismo sobre el planeta. Pero no siempre fue igual. Tampoco fue y es igual si el que ejerce de curador es un hechicero tribal, o un sacerdote que desempeñara el papel de médico, o un profesional en el arte de curar o un terapeuta de tratamientos intensivos. Una característica de su individuación distingue a cada uno

de ellos e, incluso, a los diversos otros tipos que mencionaremos, frente a la alteridad. Un interrogatorio prolongado, seguido de un examen semiológico profundo generará otra relación, otro sentimiento por parte del enfermo que el simple papel escrito de un recetador apresurado.

Otra característica que observamos en el médico de la actualidad es la de querer parecerse al paciente: en su vestimenta, en el tuteo, en el intercambio de ideas, y está olvidando que –sin autoritarismo ni omnipotencia– todas las profesiones sientan diferencias, desde el conductor de un vehículo hasta el conductor de masas, el ministro o el empleado de una oficina pública. La división de trabajo genera jerarquías inevitables. Nos hace acordar a una vieja definición de intelectual: aquel que cree que todos son iguales a él.

Ese tipo de relación entre el médico y el paciente se mantiene y profundiza por infinidad de imponderables.

Laín Entralgo² da cuenta de una estadística realizada en varias universidades de los Estados Unidos donde se decía que el 70% de los enfermos se quejaban de la atención hospitalaria y el 64% de la atención que habían recibido por parte del médico. Un porcentaje muy grande de pacientes, que estimaba en un 60%, consideraban que las terapéuticas alternativas (herboristería, quiropraxia, homeopatía, etc.) eran de utilidad y podían emplear sus servicios. La mitad de los enfermos habían dejado a su médico y concurrían a consultar a otro facultativo. ¿Qué sucedía? Es indudable que el médico no daba seguridad por su trabajo o no tenía suficiente atracción personal o su comunicación era deficiente.

Siempre se ha discutido si entre el médico y el paciente debe existir amistad o una relación alejada, no íntima. Las máximas o los escritos, testimonios de la antigüedad, parecieran afirmar que la primera era una condición indispensable. A Séneca se le atribuye haber expresado –cuando recibió un saludo leve– que ese médico no lo consideraba su amigo, sino un cliente. Platón, por su parte, decía que la enfermedad daba lugar a la amistad entre el médico y su paciente. Mientras que muchos siglos después, Paracelso sostenía que el fundamento de la relación entre el enfermo y su curador era el amor.

Todas estas expresiones, alejadas en el tiempo, nos suenan muy diferentes a aquello que hoy consideramos la relación médico-paciente. Quien se ocupó, ya en forma científica, de este aspecto en el siglo

² Laín Entralgo, P., *Antropología médica*, Barcelona, Salvat, 1986.

pasado fue Michel Balint³ quien sostenía que el médico era medicina⁴. ¿Seguirá vigente este concepto?

Pero también esta relación apretada fue denostada. Un reconocido clínico alemán de principios del siglo pasado expresaba que el tiempo empleado en ese encuentro y en el interrogatorio del paciente era el que se perdía para efectuar un buen diagnóstico, y el Padre de la Fisiología Experimental, Claude Bernard, que suponemos que nunca habrá ejercido como médico práctico, separaba de la entrevista médica los elementos de orden moral y familiar de los llamados aspectos científicos porque los consideraba secundarios. Afortunadamente fueron muy pocos los que se adhirieron a este concepto.

Laín Entralgo⁵ reconocía dentro de esta relación amistosa –insistimos que el tiempo la modificó–, a la que denominaba relación de camaradería, cinco pasos perfectamente delimitados, que eran:

1. *Afectivo*: Es el paso más descuidado en las últimas décadas del siglo XX y en los primeros años del XXI. Buzzi⁶ aconseja en el inicio de la entrevista médica, saludar al paciente nombrándolo por su apellido y presentarse con el propio, evitar el tuteo, estrecharle la mano. Rara vez se cumple en la actualidad con un ritual solemne y afectivo de esta naturaleza. Tampoco es aconsejable el otro extremo del abrazo y el besuqueo que no guardan un aspecto formal.

Durante toda la entrevista es necesario recordar las palabras de Antón Chéjov, médico y escritor, en su cuento *Una visita a lo del médico*: “Él puede consolarlo, no con drogas, no con consejos, pero sí con simples palabras amables...”.

2. *Cognoscitivo*: El médico va a proceder a “interrogar” a los órganos, va a inspeccionar, palpar, percutir, auscultar... Pero, ¡cuidado! Esta era la medicina clásica, muchas veces criticada. La tecnomedicina indica que debe descargar su batería de estudios de laboratorio y de imágenes. Si no lo hace, lo pedirá el enfermo avisado, que indagó en Internet, que confía más en el complejo aparato que estudia el interior de su organismo.

Este paso que menciona Laín Entralgo es el que ha creado el mayor conflicto dentro de la relación médico-paciente. No podemos

³ Balint, M., *El médico, el paciente y la enfermedad*, Buenos Aires, Libros Básicos, 1961.

⁴ Pérgola, F. y Ayala, J. M., *Antropología médica*, Buenos Aires, CTM, 2005.

⁵ Laín Entralgo, P., *op. cit.*, supra, nota 1.

⁶ Buzzi, A., “La entrevista médica en geriatría”, *Geriatría Práctica*, Buenos Aires, 4 (Nº 8): 3-10, 1994.

desestimar totalmente al anterior –nos referimos al método semiológico clásico– porque es una realidad el poco tiempo de aproximación que se le otorga al enfermo en la actualidad, pero en el aspecto cognoscitivo, por la cantidad de exámenes que se solicitan o por los que no se piden, la medicina ha modificado su ejercicio. Se pone de manifiesto, por ejemplo, el infrecuente diagnóstico clínico de neumonitis por no auscultar al enfermo.

Sin embargo, debemos admitir una verdad categórica: antes de la aparición de la tomografía computada el interior del cerebro era un enigma y los tumores de riñón, por poner otro ejemplo, sin la ecografía, se diagnosticaban tardíamente.

El equilibrio, que no es fácil, se encuentra en no desestimar los métodos semiológicos clásicos y no dejar de apelar a los modernos estudios pero con criterio.

3. *Operativa*: El cirujano con el bisturí, el clínico con el medicamento, en este paso –hecho el diagnóstico– el médico acomete con el tratamiento. Aquí también la relación médico-paciente debe estar refrendada por el control, el cuidadoso control de drogas cada día más peligrosas y el seguimiento del paciente.

4. *Ética*: En realidad, esta etapa o paso, como lo denomina Laín Entralgo, está presente en los tres anteriores. Tantos vericuetos y meandros tiene la atención médica donde la bioética debe estar presente que hasta la receta de un placebo –habitualidad en el formulario médico–, a veces con la indicación de un complejo vitamínico que el paciente requiere y su médico sabe que no es necesario, recrea una situación de la mayor complejidad ética.

5. *Historicosocial*: El hombre es un ser gregario que vive en sociedad por lo cual es justo que su enfermedad complique a quienes lo rodean. El ejemplo más dramático que podemos formular es el enfermo de sida. No precisa tanto comentario. Laín Entralgo llamó también religioso a este paso y dijo, además, que entre el enfermo y su curador se establece un dúo. Un dúo que marcha junto, por lo cual calificó la relación médico-paciente como cuasi-diádica, es decir de ayuda, de volcarse hacia el otro para eliminarle sus males, mitigarle los dolores o consolarlo.

La relación puede ser asimétrica por una u otra de las partes. Hegel decía que era una relación de amo a siervo y Sartre que la mirada del médico era objetivante. Las bases de la bioética después de Nuremberg, sobre todo con el principio de autonomía, han decre-

tado la muerte de la omnipotencia del médico que tantas consecuencias funestas trajo. Si el enfermo se encuentra en un estado de regresión, reducido a un instrumento o cosa al decir de Laín Entralgo, no debe ser por acción del médico.

La cercanía de la antropología con la sociología y la filosofía es innegable. Un médico y filósofo como Karl Jaspers resumió su concepción existencialista cristiana en algunos puntos que tienen una curiosa similitud con las bases de la relación médico-paciente.

Un somero desarrollo de sus ideas filosóficas fundamentales nos deja vislumbrar la permanente presencia del médico.

Los conceptos que estableció serían, en forma resumida, los siguientes:

1. *Ver la realidad en su origen*: preconiza el racionalismo. Por medio de la razón se puede captar la realidad tal cual es y no como creemos que es. En este sentido, está en contraposición con Kant, quien dice que se aprecia tal como la vemos, preconizando el relativismo. Una sutil diferencia la podríamos ejemplificar con el sistema atómico con todas sus partículas que lo componen: el racionalismo lo aceptaría tal como lo capta; el relativismo objetaría la modificación que, por ejemplo, sufrirían los electrones en sus órbitas durante el tiempo que transcurre entre el objeto y la llegada de la imagen al ojo del observador.

La medicina está basada en la observación racional; la modificación se hallaría dentro de la etapa de la comparación, otra manifestación de la racionalidad.

2. *Apresar la realidad conversando mentalmente conmigo mismo, en la actividad interior*. En primer lugar reafirma el racionalismo y ratifica aquello de filosofar en forma personal. Haciendo filosofía se entiende qué es filosofía. El médico –en un *feed-back* particular– dialoga consigo mismo (a veces pide ayuda al consultor) tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

3. *Abrirnos a la vastedad de lo que nos circunvala*. Todo lo que el hombre ignora merece una pregunta, merece filosofía. No aceptar postulados ni dogmatismos, eso es filosofar. Aquí se vislumbra una concepción contra el mito, el totalitarismo y, raro en Jaspers, podemos hacerlo extensivo, la religión.

4. *Osar la comunicación de hombre a hombre sirviéndonos de todo espíritu de verdad en una lucha amorosa*. Términos originales en filosofía creados por Jaspers: “Una comunicación que no se limi-

te a ser de intelecto a intelecto, de espíritu a espíritu, sino que llegue a ser de existencia, tiene solo por un simple medio todas las cosas y los valores impersonales. Justificaciones y ataques son entonces medios, no para lograr poder, sino para acercarse. La lucha es una lucha amorosa en la que cada cual entrega al otro todas las armas”.

A la falta de comunicación atribuye Jaspers todas las desventuras y problemas de nuestra época.

Esa comunicación es la que resulta de la relación médico paciente, puntal de la calidad de la atención médica.

5. *Mantener despierta con paciencia y sin cesar la razón, incluso ante lo más extraño y ante lo que se rehúsa.* Nuevamente vuelve a aceptar el racionalismo y el espíritu de libertad y de curiosidad que debe animar al filósofo.

La filosofía no persigue un fin utilitario. No tiene otra razón que la búsqueda de la verdad. No combate contra quienes la niegan ni gobierna donde la aplauden pero puede comunicar y unir a todos los hombres⁷.

Jaspers falleció en 1969, cuando los cambios en la relación médico-paciente comenzaban a intensificarse.

Otro de los elementos que nos lleva a reflexionar sobre la importancia de esta relación son los inconvenientes del trabajo en equipo. Omitamos los problemas de competencia que pueden existir –y existen– entre los profesionales pero el paciente a menudo se queja de que no conoce o no sabe quién es su médico de cabecera, en otras palabras quién es el responsable de atender su enfermedad. Nos consta ese reclamo porque lo hemos podido palpar a diario durante muchos años de práctica hospitalaria.

El paciente se molesta por tener que ventilar sus intimidades o sus problemas ante lo que considera una multitud y llega a tal extremo que puede parecerle lejana la posición del médico cuando lo separan los 80 centímetros de una tabla de escritorio.

Coulehan y Block⁸ en un ejercicio de practicidad dicen que deben existir tres cualidades en la comunicación entre el clínico y su paciente:

1. *Respetar:* Es la habilidad para aceptar al paciente, él o ella, evitando las críticas.

⁷ Pégola, F., “Medicina y filosofía en la obra de Karl Jaspers”, *Idea Viva*, Buenos Aires, N° 25, pp. 13-14, noviembre 2007.

⁸ Coulehan, J. L. and Block, M. R., *The Medical Interview* (3th edition), Philadelphia, Davis Company, 1992.

2. *Autenticidad*: Es la habilidad para que uno mismo actúe exclusivamente en un rol profesional.

3. *Empatía*: Es la habilidad de conocer la experiencia del paciente y su sentimiento preciso, y demostrárselo así al mismo. Es decir: “conozco su problema”.

Varios autores han establecido los tipos de esta relación.

Schneider⁹ dice que “por costumbre hablamos de la relación médico-paciente de un modo global, como si no existiera más que una y única. Nos empeñamos en describirla y entenderla como un bloque monolítico, y en realidad no es así”. Y a continuación, luego de aclarar que ningún médico puede hacer uso de todos ellos, delimita diez tipos de relación médico-paciente que reduciremos a las tres que consideramos más frecuentes:

1. *Relación científica*: Es una relación del médico con los objetos que estudia, físicos, químicos, biológicos. “No hay identificación con el paciente, la regresión de este último es total, es decir, que debe ser completamente pasivo o, si se quiere, totalmente obediente aun cuando no exista dependencia alguna del paciente hacia el médico”.

2. *Relación del servicio de reparación*: “Cuando un médico trata una angina, o quita un cuerpo extraño de un ojo, o sutura una herida, o trata una anemia, establece una relación con el paciente llamada ‘del servicio de reparación’”, a lo que Schneider le halla similitud con quien arregla su automóvil.

Es una relación que habitualmente dura poco tiempo y termina también en forma rápida, en general con la curación o la reparación de la zona afectada (p. e., herida suturada). La relación más que con el paciente es con el órgano.

3. *Relación del servicio de mantenimiento o la relación “crónica”*: “En los enfermos crónicos relativamente estabilizados que consultan regularmente a su médico durante intervalos que pueden ser muy variables, para recibir la medicación, actualizar un régimen de comida o hacer algunos controles para mantener un estado de equilibrio, la relación médico-paciente consiste, por lo general, en una conversación centrada sobre ese cuerpo y esos órganos que presentan algún riesgo o que sufren de un modo aún soportable”. Es el caso de los pacientes hipertensos, diabéticos, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o insuficiencia renal en la fase poliúrica, entre tantos otros. Es la que estaba a cargo en épocas pasadas del llama-

⁹ Schneider, P. B., “Los diferentes modelos de la relación médico-paciente”, *Psicología Médica*, Buenos Aires, 5 (Nº 3/4): 363-379, 1980.

do médico de barrio que, de tanto en tanto, establecía una relación científica con un consultor.

El resto de los tipos, menos frecuentes, solamente los mencionaré: *de consultor*, *de perito*, *pedagógica* (la palabra “doctor”, maestro, el que enseña, derivada de *docere*, “enseñar”¹⁰), *sugestiva*, *de ayuda*, *de apoyo*, *relación interpersonal subjetiva*. Nos permitimos agregar una muy de actualidad: *médico-paciente terminal*.

Hay relaciones hasta incluso sadomasoquistas entre médico y paciente. A veces incluso es directamente agresiva, como decíamos al inicio del capítulo. En alguna oportunidad cuando se le preguntó a un enfermo, ‘qué es lo que le pasa’, el enfermo contestó, ‘bueno, vengo a preguntarle a usted qué es lo que me está pasando’. Esa es una contestación agresiva inmediata del enfermo, que lo ve al médico como alguien a quien tiene que zaherir, a quien le exige un inmediato diagnóstico o curación de su enfermedad.

Según el grado de participación en el acto de la relación médico-paciente, Szasz y Hollender^{11, 12}, en los mismos años de Schneider, describieron tres niveles o modalidades de relación.

Nivel 1, o de “actividad del médico y pasividad del enfermo”, que tiene lugar cuando el paciente es incapaz de valerse por sí mismo, como ocurre en muchas urgencias médicas o quirúrgicas con alteraciones de la conciencia, estado de agitación, confusión mental o delirio agudo o pérdida de la conciencia. El médico deberá asumir todo el protagonismo y toda la responsabilidad del tratamiento. Los autores lo han comparado a la relación entre la madre y el recién nacido: la dependencia es absoluta.

Nivel 2, o de “dirección por parte del médico y cooperación del enfermo”, que se produce en afecciones agudas, traumáticas, infecciosas, etc., donde el paciente interactúa con su cooperación pero el médico toma la iniciativa de las decisiones. La metáfora sería: progenitor con su hijo en la infancia.

Nivel 3, o de “participación mutua y recíproca del médico y del paciente”, que se observa en las enfermedades crónicas como índice de tratamiento adecuado, en las rehabilitaciones después de las intervenciones quirúrgicas y traumatológicas, en la readaptación lue-

¹⁰ Corominas, J., *Diccionario etimológico de la lengua castellana*, Madrid, Gredos, 1990.

¹¹ Szasz, T. S. and Hollender, M. H., “A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor patient relationship”, *AMA. Archives of Internal Medicine*, 97: 585-592, 1956.

¹² Coulehan, J. L. and Block, M. R., *op. cit.*, supra, nota 7.

go de alteraciones físicas o psíquicas y, en términos generales siempre que el paciente pueda colaborar con el médico, por ejemplo, en el diabético con el control de su glucemia o en el hipertenso de su presión arterial y la conducta con el régimen hiposódico. Como característica general, el prototipo sería el de la relación entre dos personas adultas.

No siempre es fácil lograr un nivel adecuado de participación. Con los pacientes ancianos, que entran en este nivel, se pueden observar fracasos. “Las emociones –dice Buzzi¹³– pueden ser un escollo en la relación médico-paciente si perturban o impiden la comunicación. Inversamente, pueden contribuir a afirmar y fortalecer dicha relación si el médico utiliza una técnica correcta para reconocerlas, orientarlas y aliviarlas durante la entrevista. El reconocimiento y la percepción de los diversos matices emocionales emergentes dependen, en parte, de la capacidad intuitiva del médico, pero también de la actividad deliberada de éste: manteniendo contacto visual y demostrando una actitud receptiva, de disposición a escuchar, sin interrumpir al paciente con preguntas en los primeros minutos, le indican claramente que puede hablar libremente y que será escuchado”.

Por su parte von Gestattel^{14, 15, 16} clasifica la relación médico-paciente según el grado de personalización y, con una característica cercana a la de Laín Entralgo, considera tres etapas: la primera, una relación interpersonal anónima, fase de llamada, donde el paciente acude buscando remedio para sus dolencias y el médico trata de responder a su demanda. La segunda, de objetivación sobre el órgano enfermo, con interés científico, donde la relación anterior pasa a un segundo plano. El paciente es objeto de estudio. La tercera, luego del diagnóstico que ocupó la segunda etapa, se establece el plan terapéutico. Para el médico ya es “su” enfermo. Ha dejado de ser un pedido anónimo.

Por su parte, Tatossian¹⁷, estudia la relación médico-paciente según el objetivo de la relación. Distingue una relación interpersonal y otra mediatizada por el órgano enfermo. La primera es más del

¹³ Buzzi, A., *op. cit.*, supra, nota 5.

¹⁴ Gestattel, V. E. von, *Imago hominis; contribuciones a una Antropología de la personalidad*, Madrid, Gredos, 1969.

¹⁵ Gestattel, V. E. von, *Antropología médica*, Madrid, Rialp S.A., 1966.

¹⁶ Gestattel, V. E. y otros, *Antropología de la alineación*, Venezuela, Monte Ávila, 1970.

¹⁷ Tatossian, A., citado en Pérez, Gaspar M., *Modelos de relación médico-enfermo*, www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/manual, 7 diciembre 2007.

resorte de la psiquiatría, la otra se ocupa del órgano que “no funciona bien”.

En el modelo interpersonal la afección es un todo que forma parte del paciente e implica una relación personal ya que se establece directamente entre dos personas en contacto afectivo-intelectual. Esa totalidad del ser enfermo comprende lo somático y lo psíquico. Como dijimos, se utiliza en psiquiatría y más aún, en psicoterapia.

Pero algo ha cambiado. Lo expresan claramente las profesoras Zaldúa y Bottinelli¹⁸ que, aunque figuran como compiladoras tienen



Daumier y la medicina en la antigüedad

¹⁸ Zaldúa, G. y Bottinelli, M. M. (compiladoras), *Praxis psicosocial comunitaria en salud*, Buenos Aires, Eudeba, 2010.

una activa participación en la confección del texto examinado, donde sostienen que el capitalismo globalizado ha generado la mercantilización de los servicios sanitarios. Dentro de un marco abarcador y diverso, los autores abordan un tema que nos toca muy de cerca a los médicos como individualidades inmersas en el sistema sanitario actual, y es cuando señalan: “El peso simbólico del acto de salud pasa de la relación médico-paciente a la relación aparatología-paciente. El médico frente a la invasión tecnológica pierde su valor y pasa a ser sólo un engranaje de la tarea de la circulación económica.

“La caída del valor social de la profesión, la industria de los juicios por mala praxis, la proletarización progresiva del profesional médico, aunados a la privatización y mercantilización del sector salud y a las condiciones sanitarias de la población asistida”, son característicos.

En el modelo tecnomédico, la atención se centra en el órgano defectuoso y el paciente –para esa reparación– adquiere la connotación de cliente. Es una relación pragmática, operativa y funcional donde se trata de lograr información sobre ese órgano y la reparación que precisa. Es la relación característica de la práctica médica general y de las especialidades. Una concepción exagerada de este tipo de relación sería la parcelación orgánica ignorando al paciente y su personalidad.

La relación médico-paciente en los últimos tiempos

A pesar que los movimientos sociales más radicalizados tuvieron lugar a inicios del siglo pasado, la explosión demográfica de los últimos tiempos ha generado una mayor violencia. No hay que descartar también que la droga y la ausencia de valores hayan incrementado un alto grado de intolerancia que margina en la prepotencia y en la agresión. La actividad de los médicos no ha dejado de ser cuestionada y la relación médico-paciente se encuentra en peligro. En toda relación interpersonal pueden existir conflictos, con mayor razón cuando la salud propia o de los familiares está en juego.

Hace ya unos años, Schufer de Paikin¹⁹ avizó en un trabajo sobre las satisfacciones e insatisfacciones en la relación médico-paciente y lo desglosó, sobre todo, con el nivel socioeconómico del paciente. Con respecto a ello dice:

¹⁹ Schufer de Paikin, M. L., “Satisfacciones e insatisfacciones en la relación médico-paciente”, *Acta psiquiatría psicología América Latina*, 29: 277-282, 1983.

“Las razones por las cuales los sujetos están satisfechos con el médico se ven fluidas por el nivel socioeconómico de los mismos. Así, los sujetos de nivel socioeconómico bajo están satisfechos –en mayor proporción que los sujetos de nivel medio– cuando el médico ‘es amable y delicado en el trato con sus pacientes’, ‘explica las cosas para que el paciente entienda’, ‘escucha al paciente’ y ‘alienta a sus pacientes’. En tanto que los sujetos de nivel socioeconómico medio responden en mayor porcentaje que los de nivel bajo a las alternativas ‘es inteligente y capaz’, ‘dedica al paciente el tiempo necesario’, ‘está actualizado con los conocimientos médicos’ y ‘hace un diagnóstico acertado’.

“Como puede observarse las razones que esgrimen los miembros del nivel socioeconómico bajo son de tipo emocional; en tanto, los sujetos de nivel medio adhieren a alternativas de tipo racional. Una hipótesis sería que el paciente de nivel socioeconómico medio encuentra satisfechas sus exigencias emocionales en el trato con el médico, o por lo menos las da por supuestas y sobre esa base exige características que hacen a la excelencia profesional de quien lo trata. El paciente de nivel socioeconómico bajo está mucho más desprotegido y tiene menos elementos culturales e intelectuales para una demanda de ese tipo.

“Visto el problema desde otro punto de vista, el de la insatisfacción con el médico, aparece otro aspecto en la consideración de los sujetos de nivel socioeconómico bajo: el económico. Así, los miembros de ese nivel adhieren en mayor proporción que los de nivel medio a ítems tales como ‘receta remedios muy caros’, y ‘hace ir muchas veces al consultorio’. Los sujetos de nivel socioeconómico medio, en cambio, vuelven a presentar el aspecto racional, al adherir a ítems tales como ‘indica un tratamiento que no da resultados’, ‘no está al día con los conocimientos médicos’ y ‘hace un diagnóstico equivocado’.

“El aspecto económico y el aspecto racional están presentes también en la determinación de las razones para no concurrir al médico cuando se estuvo enfermo. Los sujetos de nivel socioeconómico medio en mayor proporción que los de nivel bajo sostienen que la enfermedad ‘no era tan importante como para recurrir al médico’, es decir que de acuerdo a sus mayores conocimientos pueden decidir que los síntomas no merecen una visita al médico. En cambio, los sujetos de nivel socioeconómico bajo responden en mayor proporción que los de nivel medio que no concurren al médico por ‘el costo del tratamiento’”.

En todos estos casos intervienen la competencia cultural, es decir, una serie de conductas, actitudes o políticas conducentes a que, en todo sistema o grupos de profesionales, exista eficacia en los cruces culturales. Sucede con el lenguaje médico y el vulgar o coloquial pero también con las posiciones filosóficas o religiosas frente a la vida. Dentro de esa competencia cultural debemos considerar el respeto a las creencias, a los estilos y conductas familiares y a todo aquel

cuya cultura difiera. La acertada definición de Gordon Childe²⁰ que divide a la cultura en bagaje material (vestimenta, vivienda, alimentación, etc.) e inmaterial (idioma, religión, escritura, creencias, etc.) exime de mayor comentario. Schufer de Paikin halló que esa diversidad cultural producía apreciaciones distintas sobre la relación médico-paciente. ¿Qué espera el paciente de su médico? Esta misma autora²¹ lo sintetiza en los siguientes puntos:

“1) *Especificidad funcional*: la práctica de la medicina está organizada para la aplicación de los conocimientos científicos a los problemas de la salud y de la enfermedad, es decir que el rol del médico se desempeña en un campo específico en el que tiene poder y autoridad. Esta autoridad es del tipo que Weber (1944) llama ‘carismática’, pero tanto el poder y la autoridad del médico como su carisma (propiedad de las personas que les permite ser líderes) son propios del rol y no de la persona que lo ocupa.

“Asociados a este atributo de especificidad funcional, el médico tiene algunos privilegios, por ejemplo, examinar físicamente a sus pacientes e investigar aspectos íntimos de la vida de éstos. Este privilegio no es reconocido al médico sino en mérito a sus conocimientos técnicos específicos y correlativamente a él tiene el deber de guardar el secreto profesional.

“2) *Neutralidad afectiva*: se espera del médico que sea objetivo, neutral en sus juicios y pueda controlarse emotivamente. Se le exige que se ocupe del paciente, que se dedique a él, pero que a la vez sea objetivo, que sus reacciones emocionales o su escala de valores no interfieran en su diagnóstico y tratamiento.

“El hecho de estar siempre en presencia del sufrimiento y la muerte hace que esta neutralidad afectiva no sea solamente un requerimiento del rol sino también un mecanismo de defensa a la ansiedad que pueden provocarle situaciones angustiantes.

“3) *Orientación hacia la colectividad*: del médico se espera que anteponga el bienestar de sus pacientes al suyo propio, tratándolos de acuerdo a las exigencias de su enfermedad y a los estándares de salud de la comunidad.

“4) *Universalismo*: al médico se le exige que trate a todos los pacientes de acuerdo a los estándares científicos y médicos, sin tener en cuenta las características personales y sociales de sus pacientes.

“Aunque el médico y el paciente están empeñados en un proceso de mutua definición de roles y tiene voz, mayor o menor, en su curso

²⁰ Gordon Childe, V., *Qué sucedió en la historia?*, Buenos Aires, La Pléyade, 1981.

²¹ Schufer de Paikin, M. L., “Aspectos sociológicos de la relación médico-paciente”, *Medicina y Sociedad*, 6 (Nº 4): 156-169, julio-agosto 1983.

o terminación, pero el médico tiene una influencia social y psicológica casi monopólica. El médico hace más por definir el rol del paciente que a la inversa.

“Al entrar en contacto, se perciben e interactúan sobre las bases de sus expectativas de roles recíprocos y del efecto de sus otras características y necesidades personales. Estas diferencias de clase social, educación, proximidad con la cultura médica y experiencia con la enfermedad constituyen barreras para una comunicación ideal entre médico y paciente”.

Otro ingrediente moderno que ha complicado la relación es Internet. El paciente se informa sobre tal o cual síntoma o enfermedad pero su elaboración mental muchas veces es defectuosa porque no está suficientemente capacitado para un juicio valedero. La predicción de McLuhan fue acertada: la época es de comunicaciones y no sabemos cuál será su futuro. Por lo pronto se comienza a cuestionar el libro en papel y, lentamente, irrumpe el libro electrónico. Esto ha incidido profundamente en la relación del médico con su paciente. En un programa televisivo del pasado julio, referido justamente a este tema, donde estaba presente un profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, una panelista en funciones de paciente refirió que cuando presentaba algún síntoma consultaba Internet. Si el médico que visitaba se acercaba a **su presunción diagnóstica** –adquirida por este medio– seguía con él, sino lo cambiaba por otro facultativo. Navarra y Czubaj²², sobre este tema dicen: “la información es beneficiosa, pero hay que tener en cuenta de qué fuente proviene (en Internet hay mucha basura), y cómo se la usa, si para enriquecer el vínculo con el médico y conocer más o buscando, por ejemplo, judicializar la práctica médica. Si el médico basa sus decisiones en procedimientos actualizados y validados no debería existir problema”.

En 2005, más de cuatro millones de españoles y españolas, o sea el 28,1% de los internautas, buscaron información sobre salud en este medio, lo que representó un 6% más que en 2004²³. ¿Quiénes lo hicieron con mayor asiduidad? Los jóvenes entre los 15 y los 24 años. Esto resulta curioso porque desde hace tiempo –a través de observa-

²² Navarra, G. y Czubaj, F., “Los pacientes más exitosos e informados”, *La Nación*, Buenos Aires, 17 de julio de 2007.

²³ Jiménez Pernet, J., García Gutiérrez, J. F., Martín Jiménez, J. L. y Bermúdez Tamayo, C., “Tendencias en el uso de Internet como fuente de información de salud”, *Revista sobre la sociedad del conocimiento*, uocpapers, N° 4 (2007), <http://uocpapers.uoc.edu>.

ciones realizadas en diarios japoneses²⁴— se conoce que el grupo de edad más interesado en temas sobre salud eran los de la edad media de la vida, aunque tendría su explicación en el mayor uso de los jóvenes de los servicios de Internet.

“La enorme cantidad de información, calculada en millones de páginas Web hace que sea difícil poder seleccionar los recursos adecuados. En el caso de la información biomédica, la evaluación de la calidad es fundamental, debido a que gran parte de la información que se publica en la Web no pasa por los filtros editoriales que tradicionalmente se aplican a las publicaciones en medio impreso. Varios estudios han puesto de manifiesto que para algunas patologías la calidad de la información disponible es inadecuada. Para los recursos de formación disponible en Internet, la evaluación de la calidad es aun un reto pendiente.

“La medición de la calidad de los recursos Web con información biomédica (revistas electrónicas, guías de práctica clínica, páginas Web especializadas, etc.) es un tema controvertido”²⁵.

Según Rheingold²⁶ esta práctica se inició hace un cuarto de siglo, en 1986, cuando un atribulado padre consultó por la red WELL por la picadura de un insecto que había sufrido su hijo. La información le llegó con rapidez de parte de un internauta que firmaba con seudónimo pero él creía que se trataba de un pediatra. En ese momento reflexionó “que no fue solo la velocidad con la que obtuvimos la información que exactamente necesitábamos, justo cuando la necesitábamos. Era también la inmensa sensación interna de seguridad que se produce al descubrir que gente real [...] están disponibles las veinticuatro horas del día si uno los necesita”.

Pasaron los años y, a ese medio de información, se agregaron los foros^{27, 28} como forma de obtener conocimientos.

Anunziato²⁹, afrontando el conflicto en la relación médico-paciente (desde un punto de vista de la medicina legal), consigna algunas de las causas que conducen a esta situación:

²⁴ Jiménez Pernet, J. *et al.*, *op cit.*, supra, nota 23.

²⁵ Pérgola, F., *Metodología del trabajo médico y científico*, Buenos Aires, Edimed, 1986.

²⁶ Rheingold, H., *La comunidad virtual: una sociedad sin fronteras*, Barcelona, Gedisa, 1996.

²⁷ Rheingold, H., *Realidad virtual*, Barcelona, Gedisa, 1994.

²⁸ Debas, D. y Najmanovich, D., *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*, Buenos Aires, Paidós, 2002.

²⁹ Anunziato, L., “El conflicto en la relación médico-paciente”, *Revista Fundación Facultad de Medicina*, Buenos Aires, 8 (Nº 31): 18-22, marzo 1999.

- “a) El valor de la vida humana, la salud y la economía.
- “b) La protección del consumidor.
- “c) La causalidad.
- “d) La figura del médico de familia.
- “e) Médicos incompetentes.
- “f) Abogados sin escrúpulos.
- “g) Jueces incontrolables”.

Algunos de los ítems del autor citado son de interés. Con respecto a la causalidad dice:

“El enfermo que se ha atendido por un médico sin lograr curarse, no ‘baja el telón’ sobre el asunto. El conformismo de otros tiempos ha pasado; el hombre de hoy se afana por conocer las razones de su permanencia en el mal o la agravación. Sabe que la salud y la enfermedad ‘son estados naturales’, aunque patológico el segundo”.

Con respecto al médico de familia expresa:

“La especialización, también ha conducido a la desaparición del médico de familia, del médico que a través de los años se había ganado el respeto, la confianza y la amistad de toda la familia. Contra este médico la posibilidad de una demanda es remota, casi inadmisibles, dado los fuertes vínculos entablados en la relación. En cambio, no ocurre lo mismo respecto del médico a quien se lo ve por primera vez y con el cual se establece una relación preponderantemente económica”.

Lo inquietante. Draghi³⁰ en una nota en un diario porteño informa que casi el 55% de los médicos, de acuerdo con una encuesta realizada por el equipo de Epidemiología del Hospital Italiano, sufrió algún tipo de violencia. El grupo más vulnerable es el que transita entre los 20 y los 49 años y “de las consultas violentas, el 52,6% fueron amenazas e insultos verbales (23% de parte de los pacientes y 29,4% de los familiares). En tanto, 2,2% de agresiones físicas también se repartió entre pacientes (1,3%) y sus allegados (0,9%)”. Agregan que esa agresividad se incrementa cuando el paciente es un niño. El mayor número de consultas violentas tuvieron lugar en las guardias hospitalarias.

Mínima o inexistente décadas atrás, esa violencia contra los médicos se encuentra en alza. Si la futurología ayudara a disminuir esa mirada pesimista de la relación médico-paciente, este no es el caso. En una encuesta realizada entre 1.310 médicos latinoamericana-

³⁰ Draghi, C., “Casi el 55% de los médicos sufrió algún tipo de violencia”, *La Nación*, Buenos Aires, 21 de octubre de 2007.

nos expertos en salud, de los cuales la mitad eran argentinos, sobre cómo ven la medicina en 2020, la mirada no es halagüeña³¹. Se desprende de la nota

“...como altamente probable (es) que la relación médico-paciente sufra un creciente deterioro. Deshumanización, agresiones, reducción del tiempo de consulta, tecnificación desmedida, desánimo médico, cinismo profesional, pérdida de interés por el otro fueron algunas de las respuestas señaladas con más temor de que ocurran. Asimismo la inquietud por el alza de los pleitos fue también muy mencionada [...] ‘Ante la industria del juicio, el profesional termina haciendo medicina defensiva. El paciente es visto como potencial litigante. Esto complica el vínculo, porque es distinto resolver problemas en un clima de cordialidad que en uno de hostilidad’, define Flichtentrei”.

Y agrega:

“Esto enferma a los profesionales de la salud y les acorta la vida, porque viven con gran presión e insatisfacción su labor. Una de las mayores recompensas simbólicas de esta profesión es el reconocimiento social, y se está perdiendo”.

Sin embargo, como bien dice Figini³², toda esta intolerancia puede tener también su origen en ciertas prácticas de los mismos médicos:

“El primero, el empecinamiento diagnóstico, (que) surgió con la frecuencia con la que muchos médicos se dedican a atender a un cuerpo enfermo como si fuera una máquina descompuesta y no una persona necesitada de ayuda. El segundo, el encarnizamiento terapéutico, (que) se evidencia en enfermedades terminales, incurables o en ancianos con una sumatoria de complicaciones, administrando todo tipo de tratamiento sin atender al bienestar de un periodo terminal de la vida”.

De acuerdo a cómo esta relación ha venido declinando es probable que esta proyección de una década sea acertada.

Matices en la relación médico-paciente

Siempre el médico se pone en lugar del enfermo y esto puede traer algunas connotaciones graves. En algunos casos el médico tie-

³¹ Draghi, C., “Cómo imaginan los médicos el cuidado de la salud en 2020”, *La Nación*, Buenos Aires, 7 de enero de 2008.

³² Figini, H. A., “El empecinamiento diagnóstico y el encarnizamiento terapéutico alteran la relación médico-paciente”, *Revista de la Asociación Médica Argentina*, Buenos Aires, Vol. 123 (Nº 2): 13-16, 2010.

ne que tomar una decisión de una enfermedad que él mismo tiene. Por ejemplo tiene una litiasis biliar y no se la quiere operar. Cuando viene el enfermo con la misma enfermedad, duda en la indicación porque está tomando la misma decisión que tomaría para él. De ahí que más de una vez omitan los médicos mandar a sus familiares a ciertas prácticas o a un control radiográfico, porque están tratando de evitar que las decisiones que ellos podrían tomar con sí mismos, no tomarlas con el enfermo. Es un caso típico de “contratransferencia”.

En otras ocasiones la antipatía es ya por alguna característica del enfermo. Por ejemplo, es un individuo que está muy sucio y desagrada al médico. Son elementos de rechazo dentro de la relación médico-paciente. El vínculo ya no será amistoso, es un vínculo de recelo mutuo porque el enfermo nota el rechazo del médico y toma recaudos.

Todo esto tiene distintos marcos de ubicación: puede suceder con el enfermo ambulatorio en un consultorio externo, en el domicilio del paciente, en la zona donde está internado el enfermo. De todas maneras siempre hay una primera mutua referencia entre ambos que instala las características en la relación posterior. De ahí que en la presentación del enfermo, como hemos dicho, el médico tiene que estar con rostro agradable, con una actitud serena, sin fumar, sin demostrar hastío. El paciente registra todo lo que el profesional realiza en el momento del encuentro, sobre todo su mímica.

Si por momentos, mientras el enfermo está relatando las características de su enfermedad, es interrumpido por el teléfono o bien comienza a leer un prospecto de indicaciones y no lo atiende, hasta si está muy alejado con respecto a la silla o a la cama donde se encuentra el enfermo, la relación se afecta. A veces el enfermo dice: “estoy muy lejos para hablarle”, porque piensa que los que están en la sala de espera o los que están al lado de la cama cuando se trata de internación se enteran de lo que se habla. Comentaba un psiquiatra que su paciente advertía ruidos en la habitación contigua a la de la atención médica e interrumpía la charla y, en forma ansiosa, preguntaba si había alguna persona escuchando.

Muchos enfermos sienten pudor por su padecimiento, lo consideran algo suyo, algo íntimo, algo que deberán desnudar solamente frente al médico. En algunos casos la enfermedad que lo aqueja puede estar mal vista por la sociedad. Pero es algo de su propiedad y por ello no la quieren exponer frente a los demás.

No siempre es igual la relación entre el médico y el enfermo. Existen matices.

Balint decía que cuando uno gasta un poco de su tiempo en preguntar algo más, tal vez ahí, descubra el diagnóstico del enfermo. A veces el paciente guarda para el último momento lo que no quiere decir primero y lo hace por varios motivos, no solamente por pudor, sino por el temor a conocer la verdad sobre su enfermedad e incluso así mitigar el sufrimiento.

En 1967, como vaticinando lo que se acercaba apresuradamente, Monnerot-Dumaine³³, en un Congreso sobre Moral Médica, decía lo siguiente:

“El empuje de la socialización, la multiplicación de los especialistas, la demanda creciente de cuidados médicos, la automatización, bajo el efecto también de una degradación general de los valores morales (lo que no escapa al cuerpo médico), es un proceso lento que corroe y deshumaniza a la medicina. Lo que ella ha ganado en progresos científicos y técnicos, lo ha perdido, podríamos decir, en ética y humanismo. Esta evolución es inquietante. ¿Será inexorable? ¿Hará falta que el médico y el paciente se resignen a no ser más que un engranaje impersonal en la maquinaria de las Seguridades Sociales, los hospitales inmensos y los administradores enceguecidos por las cifras, las estadísticas y los organigramas?

“No, si el cuerpo médico toma conciencia, si ellos van a asumir una parte importante en la orientación y en la concepción de la medicina del mañana (J. R. Debray), si hay una firme voluntad de remontar la corriente. Los remedios son aquí bien conocidos: no serán remedios administrativos, técnicos ni planificados, serán sobre todo remedios morales, espirituales e intelectuales. No debemos contar con decretos u otros textos reglamentarios, sino con el corazón de los discípulos de Hipócrates”.

El autor de estas líneas no contaba con otros vectores (medicina prepa, medios de comunicación que bombardean a la población con noticias médicas no siempre bien comprendidas y no siempre éticas, aumento del número de personas sin recursos, encarecimiento de la medicina, etc.) que desestabilizarían la relación médico-paciente pero, en la época en que fue formulado, el diagnóstico fue excelente. En cuanto a la solución, estamos de acuerdo.

El moderno médico científico está sobrepasado por dos vertientes: estudio y ejecución. Por un lado, debe adoptar un programa de educación médica permanente, si es que no se ha especializado; por otro, poner en práctica sus conocimientos. Además, debe pensar por

³³ Monnerot-Dumaine, “Deshumanisation de la médecine”, Après le Congrès de Morale Médicale, *La Presse Médicale*, 75 (Nº 3): 157-161, 21 Janvier 1967.

qué los problemas éticomorales que suscita una medicina cada día más y más compleja, lo obligan a ello. Muchos médicos se han animado a publicar sus reflexiones, a escribir ensayos, a producir editoriales o enviar “cartas de lectores” a los periódicos. Las reflexiones de este tipo –con incursiones antropológicas, sociológicas o filosóficas– son moneda corriente entre los médicos.

Jaspers³⁴, nos da la clave del porqué de esta actitud en estas palabras:

“¡Quién puede decir cómo debe ser el médico! En todo caso el ideal no es tan sencillo, como la razonable comunión con el enfermo mostrada al principio, sino que se sustenta sobre la base de las experiencias de todo fracaso, del enfermo y de sí mismo.

“El médico se convierte en un iniciado, ve los límites del individuo, su impotencia, su sufrimiento interminable. Ve las enfermedades mentales, esa terrible realidad de nuestra existencia humana. Diariamente se enfrenta a la muerte. Se espera de él no solo lo que puede, sino también lo que no puede lograr. El mundo exige de él toda ayuda y exige más aún. El mundo quisiera olvidar, tender un benéfico velo sobre la desgracia, quisiera el autoengaño de la criatura martirizada. El médico le sale al paso a ese no querer saber. Silencio en su cordial diálogo, tolerancia de la mentira, en verdad, una conducta que puede parecer una negación del peligro, como una escapatoria de la muerte, y la debe adoptar aunque le repugne.

“Él no engaña sobre la realidad de lo terrible, pero considera atinado hacer razonablemente en su profesión lo que es posible en ayuda de los sufrientes y moribundos, aun cuando parezca que desaparecerán en la corriente del infortunio. Venda las pequeñas heridas, en tanto los hombres abren constantemente otras más grandes. Vela por la conservación de la vida de cada uno, mientras sus congéneres aniquilan vidas por millones.

“El médico necesita adoptar una postura de aparente impavidez que es la más conmovedora. Adquiere frialdad por todo cuanto debe presenciar, aun el propio peligro. Más de un gran médico probó su entereza al estudiar su propia enfermedad y reconocerla con calma hasta su deceso. A pesar de todos los éxitos, el médico palpa más lo que no puede que lo que le es posible.

“Forma parte de su naturaleza obrar con altruismo aun en los casos donde no hay cura y asistir al enfermo desahuciado. El médico profesa al enfermo mental un sentimiento que le permite brindar al desdichado al cual no puede curar el máximo de la posibilidad de vida y honrar aun en él al ser humano.

³⁴ Jaspers, K., *La práctica médica en la era tecnológica*, Barcelona, Ed. Gedisa, 1988.

“La suya es una profesión de constantes revelaciones. El médico debe ser diferente de lo que son las demás personas. La tentación frente a tanto horror es grande”.

Para terminar, algo de lo que estamos convencidos: la historia no regresa al pasado, la historia de la medicina tampoco, aunque muchos opinen que la historia se repite. La medicina de la observación o hipocrática –sobreviviente en islotes del interior del país– entró en su etapa final. La reemplazó la medicina de la investigación. La relación del médico con su enfermo en la era electrónica será, desde ahora, de otro tipo.