

Obstáculos a la relación médico - paciente

Dr. Manuel Luis Martí

Agradezco la invitación para recordar a Amadeo Barousse, gran persona, gran médico y gran amigo. Es una de esas personas que desaparecen y dejan un vacío enorme, porque con él se nos fue todo un estilo de vida, el del compromiso, el de la honradez, el del trabajo fecundo, el de la amistad y el de la solidaridad. Lamentablemente el molde se ha roto. Cuando perdemos a alguien como Amadeo nos damos cuenta que no hay posibilidad de reemplazo. Todavía hay gente que dice que no hay persona irremplazable o insustituible. Yo pregunto, ¿cómo vamos a hacer para reemplazar o sustituir a Amadeo? Es imposible. Era un individuo, un ser humano de excepción, que nos va a seguir haciendo falta en adelante. Lo único que queda ahora, es extrañarlo. Mientras tanto y como si estuviera, vamos a hablar de los obstáculos que tiene en estos momentos la relación médico paciente.

Cuando era chico, y de esto hace bastante, tiempo comencé mi tarea profesional practicando una medicina que concebía una relación entre el médico y el paciente que sin duda se ha perdido. En primer lugar había un médico clínico, al que los ingleses llaman el “general practitioner” y nosotros en alguna forma, el médico de familia o el médico generalista. Fundamentalmente tenía la responsabilidad de atender la salud de toda una familia. Esa obligación se veía equilibrada por la confianza que la familia tenía al médico, como persona y como profesional. La atención brindada tenía una forma muy clara que no sé porque ahora se llama paternalismo, cuando realmente se debería llamar fraternalismo. No había ningún autoritarismo del médico con respecto a la familia. Había un correlato, una relación consensual y sin duda, un honorario. El médico estaba comprometido en la prestación por una relación humana real, por un compromiso laboral y por una remuneración que exigía del médico mayor personalización de la tarea.

Entonces, la medicina no estaba fragmentada como lo está hoy. Estaba el médico clínico y había muy pocas especialidades. El médico se ocupaba también de los chicos. Aunque yo ya tuve un pediatra, había un médico clínico que se ocupaba de los chicos. Muchas veces el médico clínico, era cirujano también y operaba si era necesario. Muchas veces atendía cuestiones ginecológicas de la familia. Había eso sí, dermatólogos o cardiólogos o algún cirujano especializado, aunque el que coordinaba toda la atención médica era el médico clínico.

En estos momentos, el médico clínico ha perdido parte enorme de esa responsabilidad. Hay una cantidad muy marcada de especialidades. Estas especialidades no solamente, fragmentan

la medicina sino que dificultan la relación entre el médico, el paciente y demás está decir, de la familia del paciente. Lo que hacía muchas veces el médico, ahora lo resuelven la atención primaria y la emergentología. La atención primaria es una actividad sin responsabilidad que atiende al paciente en las cosas más sencillas y lo deriva de inmediato a los representantes de diversos capítulos, fragmentaciones de la medicina. La emergentología es la representación de lo que hacíamos nosotros cuando atendíamos cuadros agudos a domicilio. Todos los que tenemos unos cuantos años de actividad profesional, hemos atendido algún infarto de miocardio, algún edema de pulmón o en mi caso particular alguna acidosis metabólica grave en la casa de los pacientes. Había una responsabilidad, un darse, un pertenecer a una actividad que exigía brindarse a los demás en forma directa. La emergentología eventualmente está realizada por algunos médicos, no hablemos de categorías, hablemos de valores, pero algunos médicos que no tienen ninguna especialidad importante y están ahí para ganarse su sustento que, casi siempre, es mínimo. Muchas veces estos médicos son extras en el sentido de que vienen de otros países o tienen la única posibilidad de sobrevivir con esta actividad.

Es decir, nosotros teníamos una relación médico paciente que era un contrato consensual. No se firmaba absolutamente nada pero teníamos el consenso de que yo daba algo y también recibía algo. El médico, de todas formas, recibe la profesionalización de su vocación, es decir, la gratificación básica de hacer el bien a los demás. Frente al dolor, al sufrimiento, hay dos actitudes posibles que son el abandono o la solidaridad. Los que estamos acá sentados pertenecemos a esa segunda calidad de personas. Eso también es una gratificación para el médico. De todas formas, siempre va a haber una asimetría: en la relación entre los dos interesados (paciente y médico) uno necesita más del otro.



Esta asimetría lo es desde un punto de vista técnico, pero desde el punto de vista humano no puede existir. De hecho, no existía cuando había una relación humana entre el médico y el enfermo. El primer obstáculo para la relación paciente - médico, es sin duda, la fragmentación de la medicina. Ya no hay nadie que pueda hacerse cargo de atender toda la salud de un

individuo e incluso de una familia. Hay una cantidad exorbitante de especialidades y cada uno de esos especialistas pareciera que mira al individuo por el agujero de una cerradura. Conozco a un gastroenterólogo que no tiene un tensiómetro en su consultorio, porque se dedica a mirar por el endoscopio.

El otro problema es el de la tecnología. En esas épocas nos arreglábamos con un laboratorio, una placa de tórax y algún otro accesorio para el diagnóstico o el tratamiento. La tecnología ha aumentado, se ha incrementado en una forma exorbitante. Esto, en consecuencia, genera un gasto económico importante para tener y mantener aparatos e instrumentos actualizados. Este gasto, muchas veces, no puede ser abarcado por el paciente y se necesita, entonces, una institución. La tecnología en sí misma también obstaculiza la relación. No me puedo ya conformar con la relación humana y algunos datos brindados por el laboratorio o la radiología. Necesito una serie de instrumentos, especialistas e instituciones que van a alejar de mí al paciente, que van a intervenir en mi relación humana. Es decir, que si ya teníamos una fragmentación de la medicina, la instrumentación la potencia, en la medida que nos aleja del individuo.



El costo económico de los instrumentos es importante y no admiten sustentación “personal”, por lo cual aparece la institución. La institución es el otro gran obstáculo para la relación entre el médico y el enfermo. Como bien dijo el Dr. Manigot tenemos ahora y como decía Amadeo en la primera lectura citada, a un gerenciador. Este, habitualmente no es médico, es un señor que dice “Doctor, usted no puede hacer esa biopsia transyugular porque no queremos gastar ese dinero en ese paciente”, importa poco que el paciente la necesite o que muera porque no se le hizo la biopsia. En algunos lugares está prohibido el par radiológico, por ejemplo. No se puede hacer una radiografía de frente y de perfil, se hace una radiografía de frente nada más porque con eso alcanza y cuesta la mitad. Hay una introducción violentísima de la economía que hace que el médico necesite de las instituciones y que éstas sean quienes rijan las relaciones. Tanto es así que ocurre con algún paciente que dice “me operé de la vesícula” y cuando uno pregunta quién lo operó contesta “Me operé en el Sanatorio, ... como si el

sanatorio fuera el cirujano. No dicen "me operé con el equipo del Doctor Tal". Esta expresión desnuda un hecho: las relaciones humanas tienen un valor mínimo o nulo. No concibo que permita que me abra el abdomen una persona a la que no conozco. El lugar donde, seguramente la tecnología y la institucionalización son dominantes es la terapia intensiva. Allí el individuo yace desnudo en una cama, ignora si es de día o de noche, mientras en la cama de al lado está muriendo otra persona, cada tanto cambian los médicos y se desconoce a quien cabe la responsabilidad que tenía el viejo médico clínico frente a todas las posibilidades negativas del paciente. La vida de una persona que estuvo en terapia intensiva puede merecer un antes y un después de la experiencia. Después, seguramente vivirá con más temores.

Otro problema es la medicalización de la sociedad. El postmodernismo ha hecho que el cientificismo muera y eso está bien. Toda la idea positivista de la sociedad era que la ciencia iba a permitir el paraíso del hombre aquí en la tierra, en el más acá. Es evidente que el cientificismo sirve para la ciencia, pero no sirve para vivir. El postmodernismo niega el cientificismo pero al mismo tiempo niega la ciencia. El método científico sirve para la ciencia, pero no sirve para vivir. Al negarlo, niega también posibilidades a la vida misma, es decir a las posibilidades de vida a la que la ciencia realmente sirve. Convengamos que la metodología científica no debe ser empleada para la vida cotidiana. El individuo logra información a través de internet como comentaba el Dr. Manigot y viene con un papelito donde imprime lo que allí aparece. Hay en general una necesidad, una inclinación (o tentación) de saber más sobre las enfermedades: todos los diarios y muchas revistas de interés general tienen secciones importantes de medicina. Así todo el mundo tiene la ilusión más o menos fundada de que es un poco médico. De médico, poeta y loco, decían antes, todos tenemos un poco. Pero hay mucha gente que piensa que de médico tiene mucho, que puede juzgar y que su autonomía, una de los principios bioéticos actuales es más trascendente y supera a todo otro principio. Así, algunos pacientes, por ejemplo, exigen del médico que les asegure un porcentaje de curación, prometiendo una seguridad que una ciencia biológica, que no es exacta no puede dar. Mi respuesta ante los pedidos de pronóstico es "...mire, si a usted le toca es el 100% y si no le toca es el 0%". Si la operación de apendicitis tiene todavía una mortalidad de 2%, no puedo decir al familiar de alguien fallecido como consecuencia de una apendicectomía: "... no se preocupe, porque de esto se muere el 2%...". Esto no tiene sentido. La medicalización o la sanitarización exigen y utilizan porcentajes que sirve para los grandes números de la salud, pero éstos no sirven para la relación de un médico con su paciente. En esto, también tiene mucho que ver el postmodernismo. Finalmente, tenemos la judicialización de la medicina.



Esto viene de los países anglosajones, especialmente de los Estados Unidos. Influye fuertemente el hecho de que el paciente no paga al médico sino a una institución, y con ese pago, habitualmente importante, tiene la seguridad de que puede exigir de alguna forma el tipo de medicina que desea y que a lo mejor nadie le puede dar. Esta judicialización es la que hace que tengamos, también, una brecha en la relación humana entre el médico y el paciente. Como bien dijo el Dr. Manigot acá hay siempre un temor: la historia clínica debe estar bien hecha, si no lo está el médico puede pasar por una de estas situaciones judiciales, que aunque no sean tan frecuentes, cuando ocurren el médico demandado la vive mal y no la olvida en toda su vida.

Como vemos, hay muchos obstáculos que alteran y modifican la relación entre paciente y médico y entre ellos, el principal es la fragmentación de la medicina. Contribuyen el aumento de la tecnología y la aparición de instituciones cuyo objetivo es el beneficio económico y apoyadas en el costo beneficio, olvidan la salud del paciente y también la salud espiritual, profesional y física del médico. La judicialización recarga las tintas en todos los inconvenientes citados. Muchísimas gracias.

Dr. Daniel Chaves

Gracias Dr. Martí.

La tecnología, la medicalización de la sociedad, la judicialización de la medicina, son temas relevantes que serán materia de debate. La siguiente expositora es la Dra. Marisa Aizenberg. Es abogada especialista en el Derecho de la Salud, Asesora Legal del Hospital Posadas y Directora Académica del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.