

EDITORIAL / *Editorial*

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL TERCER MILENIO

Francisco Maglio*

Doctor en Medicina

Desde los tiempos hipocráticos, la relación médico-paciente siempre estuvo constituida como una díada donde una confianza (paciente) se encontraba con una conciencia (médico).

Actualmente, esa relación se ha transformado en otra díada, ahora compuesta por dos “cosufrientes” encerrados en un triángulo cuyos lados son el modelo médico hegemónico, la medicalización y la formación enfática.

Modelo médico hegemónico

No es la medicina como ciencia ni tampoco los médicos en sí, se trata de una categoría analítica descrita por Eduardo Menéndez¹ que es la articulación del poder de la medicina con otros poderes (político, ideológico, económico, etc.) cuyos dos objetivos principales son, por un lado, subordinar otros saberes (por eso es hegemónico) y, por otro, instrumentalizar una práctica médica biologicista, positivista, deshumanizada, mercantilista, ahistórica y asocial.

De acuerdo con este modelo, los conflictos sociales se convierten en patologías individuales que hay que “controlar”: las drogas, por ejemplo.

De tal manera, con un sistema de atención mercantilista que obliga a los médicos a no dedicar más de diez o quince minutos a cada consulta, se canjean quejas sociales por recetas (especialmente de psicofármacos, los medicamentos de mayor “consumo” en la Argentina).

Medicalización²

No es una función de la medicina sino un requisito del sistema para el control social.

Se apropia de áreas que no son propias de la medicina, o no totalmente propias, con funciones de normalidad, disciplinamiento y estigmatización para efectivizar el mencionado control social.

Un claro ejemplo son los llamados “factores de riesgo” para las enfermedades (tabaco, alcohol, etc.): si una persona los consumió, ella es la única responsable y constituye la “culpabilización” de la que, en verdad, es la víctima.

Dichos factores no siempre dependen de decisiones exclusivamente individuales; por el contrario, están condicionados por la cultura y estructurados por el mercado, como se evidencia claramente en la publicidad promocional de esos factores: cigarrillos, cervezas, etc.

Otro ejemplo es la medicalización de la sexualidad: se la “genitaliza” descontextualizándola de la historia y del complejo deseo-placer. Con sentido moral de estigmatización, las enfermedades de transmisión sexual se construyen como enfermedades de “transgresión moral”.

* Dirección electrónica: redaccion@osteologia.org.ar



El modelo médico hegemónico y la medicalización (como su instrumento) tienden a “naturalizar” la enfermedad y cuando algo se naturaliza, no se reflexiona, no se problematiza, no se cuestiona (“pobres hubo siempre”).

El final es que el Estado se desresponsabiliza de su función primordial que es el cuidado de la salud, en consecuencia, este entra en el mercado y la aplicación de las leyes del mercado en salud hace que los enfermos se vuelvan más enfermos.³

Formación enfática

Cuando a un profesional se lo de-forma en uno solo de los polos de la profesión, queda indefenso frente al otro.

Por ejemplo, en el caso de los abogados, la formación enfática se centraría solamente en el litigio, entonces un abogado no está preparado para actuar en la armonía.

Otro ejemplo, un militar de-formado solamente en la guerra se siente desorientado en la paz.

En el caso de la medicina, cuando un médico es de-formado solamente en la enfermedad no sabe qué hacer con la salud: es más, revisa a alguien y si no le encuentra nada, es “decepcionante”. Encerrado por la medicalización y con la presión (negativa) de la tecnología comienzan los exámenes complementarios y, si son negativos, se siguen pidiendo más y más.

Cuando no se sabe lo que se busca, no se entiende lo que se encuentra, de allí los resultados “falsos positivos” que no tienen nada que ver con la situación del “presunto” enfermo, en realidad un sano.

Cuando al principio definíamos esta nueva relación médico-paciente como “dos cosufrientes” nos referíamos a que, de seguir con este modelo y estas prácticas, un sano se definirá como un enfermo “insuficientemente estudiado”.

Un sano que se “siente” enfermo y un médico que no “acepta” la salud.

¿Cómo revertir esta situación?

La Medicina Antropológica⁴ como concepción holística del ejercicio profesional considera a las personas en general y a los pacientes en particular como seres bio-sómato-psico-sociales.

Desde esta concepción, la relación médico-paciente más que una sumatoria de consultas debe contextualizarse como un proceso, un “continuum”, con tres características fundamentales:

1. Empatía

Comprender al paciente “desde” el paciente, ya que en esta relación no hay una sola racionalidad, la médica; también tiene importancia la otra racionalidad, la del paciente, igualmente válida.

Para esta empatía es necesario el afecto. El paciente necesita ser querido (como cualquier persona) y además, que se lo demuestren.

Sin embargo, hay que evitar los extremos, ya que si desobjetivar al paciente nos lleva a nuestra despersonalización, el sobresubjetivar nos conduce a una desestructuralización.

En el primer caso nos convertimos en médicos-robot y en el segundo perdemos la objetividad.

Se trata de estar *con* el paciente sin *ser* el paciente.

2. Aceptación

Alude a la aceptación “moral”: interesarnos por lo que el paciente *hace* y no por lo que es.

La medicina debe señalar lo beneficioso y advertir sobre lo dañino, pero no debe obligar a lo primero ni condenar lo segundo.

La moral en medicina nos debe obligar a ser cada vez más justos con los pacientes pero no ser sus jueces.

3. Veracidad

No hay justificación ética para la mentira. No obstante, se debe considerar que así como el paciente tiene derecho a saber, hay ocasiones que tiene derecho a no saber y esto debe ser respetado (a menos que ese no saber dañe a terceros, por ejemplo, un análisis positivo para el VIH).

En todos los casos de severo pronóstico la verdad tiene que ser expresada en forma escalonada y soportable ya que es tan perjudicial una conspiración del silencio como un “encarnizamiento” informativo (a veces hay diagnósticos que son “fusilamientos”).

Para el ejercicio de este tipo de relación médico-paciente es necesario poseer ciertas virtudes. En primer lugar, la integridad, esto es, ser fieles a esa confianza que se entrega a una conciencia.

La otra virtud es la ecuanimidad. Todos los pacientes son iguales y debemos tratarlos en consecuencia. En palabras de Petrarca: “un médico ecuaníme es aquel que atiende al último de los siervos con la misma diligencia con que atiende al Papa”.⁵

La virtud del respeto: un paciente es ante todo una persona y como tal (en sentido kantiano) tiene dignidad y no precio, es un fin en sí mismo y no un medio, es sujeto y no objeto.

Sobre esta base, privilegiar la confidencialidad, la autonomía y la privacidad.

Cuando faltamos a la privacidad (por ejemplo, examinar a un paciente desnudándolo frente a terceros) “violamos” a los pacientes; violaciones simbólicas pero no por eso menos deletéreas.

Una forma de respetar al enfermo es escucharlo, estamos acostumbrados (mal acostumbrados) al “interrogatorio” y esta es una palabra muy connotada de autoritarismo y castigo. Para el imaginario social “interrogan los jueces, la policía y los médicos”. Los tres tenemos uniforme y los tres “internamos”, somos aliados tácticos, aunque no conscientes, del control social.

De allí que el hospital tiene una estructura “cuartelaria”: hay “pabellones”, “jefes de división”, hacemos “recorridos”, estamos de “guardia”, hay “cabas” y “cabos”, etc.

Hay que desestructurar el interrogatorio y convertirlo en un “escuchatorio”, valga el neologismo. Pero una escucha activa, esto es, ocuparnos y “preocuparnos” por lo que dice el enfermo, escuchar (no simplemente oír) sus palabras desde su propia perspectiva más que desde la nuestra.

A este tipo de escucha se refiere uno de los aforismos hipocráticos cuando afirma: “muchos pacientes se curan solamente con la satisfacción que les produce un médico que los escucha”.

Pero esta forma de escuchar debe ir más allá de lo biológico, debe interesarse por lo biográfico para conocer los proyectos de vida del enfermo.

Este conocimiento es fundamental porque se puede considerar que, en términos antropológicos, una persona se enferma cuando se ve interrumpido su proyecto de vida. En consecuencia, si la ayudamos en ese proyecto, además de curar la estamos “sanando”.

Todo lo mencionado puede resumirse en el epitafio del Dr. Trudeau del siglo XI d.C.: “Curar a veces, aliviar a menudo, confortar siempre”. Pero confortar no es simplemente la “palmadita” en el hombro, a veces esto se parece más a lástima.



Confortar, en el sentido antropológico, es comprometerse a ayudar al enfermo en la búsqueda del significado de su sufrimiento, porque cuando se tiene una idea sobre ese significado se deja de sufrir; quizá siga el dolor, pero solamente el físico y para este tenemos los analgésicos.

Este acompañar al paciente en esa búsqueda del sentido de su sufrir es nuestro gran compromiso, el arte supremo de la medicina; pero acompañarlo en la búsqueda de su propio significado, no del nuestro.

Dicho significado nos permitirá conocer el modo como el paciente simboliza su enfermedad y, en consecuencia, actuar con la “eficacia simbólica” completando y enriqueciendo la eficacia biológica.

En síntesis, desde Hipócrates hemos estado *al lado* del paciente; llegó la hora de estar *del lado* del paciente.

(Recibido: abril 2014.

Aceptado: abril 2014)

Referencias

1. Menéndez E. Modelo médico hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción en el sector salud. *Cuadernos Médicos Sociales* N° 33, Rosario, 1985.
2. Conrad P. *Deviance and Medicalization*. Ohio: Merrill Publish, 1985.
3. Chomsky N. *Política y cultura a finales del siglo XX*. Barcelona: Ariel, 1994.
4. Meeroff M. *Medicina Antropológica*. Buenos Aires: Asociación Médica Argentina, 1992.
5. Petrarch. *Encyclopaedia Britannica*. Vol 17, pág.752, 1969.