

*Una aproximación a la
pérdida de valores
humanistas en la relación
médico-paciente*

Br. Milad Jilou ¹

¹Estudiante de pregrado en medicina. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.
miladjilo@gmail.com

RESUMEN: *La relación entre el médico y su paciente es un tópico que ha sido ampliamente tratado en la historia de las disciplinas sociomédicas. En los días que corren los médicos y estudiantes gozamos de nombres de la talla de Pedro Laín Entralgo, José M. López Piñero y Georges Canguilhem, que de una u otra forma han tratado explícitamente un problema sentido desde que el hombre ejerce el oficio de galeno sobre sus semejantes^{1,2,3}. No obstante el problema goza de una densidad filosófica tal que los grandes genios de la literatura y la filosofía han sabido notarlo con inquietud, apareciendo incontables veces en obras de susodichos géneros^{4,5}. Pese a la existencia de estos referentes que vierten luz sobre una interpretación contemporánea de un problema antiquísimo, vemos con pesadumbre que el elemento humanista en torno a la relación médico-paciente en nuestros días de masiva tecnificación se ha relegado y desvalorizado a un punto absurdamente incoherente con la definición intrínseca del quehacer médico. Es en el marco de lo anterior que presentamos un texto breve alertando del que, a nuestro juicio, es un desvío errado de la práctica sanitaria internacional, una exhortación a la relectura de pensadores pertinentes, y un análisis personal de las causas y consecuencias de dicha coyuntura actual.*

PALABRAS CLAVE: *humanismo, valores, ética, tecnificación.*

ABSTRACT: *The relationship between the doctor and the patient is a topic that has been extensively addressed in the history of sociomedical disciplines. In the days that run doctors and students we enjoy the names of Pedro Lain Entralgo, José M. López Piñero and Georges Canguilhem, who in one way or another has explicitly treated a problem that has been felt since man exercised the office of galen in their fellows. However, the problem has such a philosophical density that the great geniuses of literature and philosophy have been able to notice it with restlessness, appearing countless times in works of such genres. Despite the existence of these referents that shed light on a contemporary interpretation of a very old problem, we see with regret that the humanistic element in a doctor-patient relationship in our days of massive technification has been relegated and devalued to an absurdly incoherent point whit the intrinsic definition of the medical task. It is within the framework of the foregoing that it presents a brief text warning of which, in our judgment, is a misappropriation of international sanitary practice, an exhortation to reread relevant thinkers, and a personal analysis of the causes and consequences of this real conjuncture.*

KEY WORDS: *humanism, values, ethics, technification.*

Admirados, hemos sido testigos de la emancipación dada en las ciencias médicas de los presupuestos metafísicos propugnados por la escuela hipocrática y de las rígidas ataduras de la medicina y anatomía galénica. Resulta notable y esperanzador los agigantados pasos de rigurosidad y desarrollo científico que se gestan en el cambio de siglo XVII - XVIII, y que llegan a su auge en el XIX y XX¹. Es aplaudible que el hombre haya dominado la técnica hasta aumentar la esperanza de vida y reducir la tasa de mortalidad infantil⁶; nadie estaría hablando en serio de considerar infructuosa o nociva a la medicina moderna de fundamentos científicos. Una capacitación en los presupuestos teóricos de las ciencias resulta indispensable para todo facultativo en la práctica clínica; un paciente que acude a un centro de asistencia médica o a la consulta privada de un médico, lo hace dando fe de que los conocimientos que éste maneja son pertinentes para, con previa indagación y estudios médicos, le clarifiquen del mal que padece y de la terapéutica que conviene tomar. No obstante a este estigma indispensable de la práctica médica contemporánea, ampliamente difundido y practicado por cualquier sanitario a nivel internacional, está otro casi de igual o mayor importancia que susodicho, que a nuestro juicio se ha desvirtuado en proporción a la tecnificación de la práctica médica. Estamos hablando de un estigma igual de conocido y difundido que la rigurosidad científica del médico: la relación humana con el sufriente.

Resulta irónico que un principio altamente conocido haya caído en declive y se haya desteñido con el paso del tiempo, podemos puntualizar algunas de las razones que explicarían la razón de esto. En principio, como hemos adelantado, la masiva tecnificación de la práctica médica, que ha evidenciado un aumento vertiginoso en las últimas décadas y que funge en el «inconsciente colectivo» o en la concepción social de la sanidad como un reformador que sustituye el paradigma de las dinámicas salubres globales. Dicha concepción resultante es la del médico que tiene el deber de presentar respuestas tangibles; la omniabarcante técnica eclipsa todos los demás elementos que acompañaban a la práctica médica, pues a fin de cuentas ¿no se trata simplemente de curar enfermedades? En este contexto para dicha mentalidad simplista lo tangible es el valor crucial: la auscultación, la radiografía, los exámenes de fluidos en laboratorio, la cirugía o la prescripción de fármacos, en una palabra: el estudio y el procesamiento fisicoquímico del organismo.

Una de las consecuencias negativas de esta mentalidad es la desmesura en las expectativas que el paciente tiene del proceder médico y de las capacidades del facultativo en general; la técnica ha dado la imagen de que la práctica médica consiste, en esencia, en la concreción de elementos positivos en forma de susodichos estudios fisicoquímicos, una medicina que prescinde de las evaluaciones y los procedimientos invasivos es, bajo esta mentalidad, una medicina deficiente.

Una segunda causa y directamente relacionada con la anterior hallamos en la profunda monetarización que atraviesa la profesión médica. La relación médico-paciente es actualmente, ante todo, una relación vendedor-consumidor. El médico ha sido contratado porque una persona padece de un desequilibrio que no le permite

reincorporarse a su vida, ello no solo aumenta las expectativas que el paciente obtiene de su facultativo, sino que desvirtúa de plano el puente que se intenta levantar entre médico y enfermo, este puente es crucial para la restitución de la salud.

Las dos razones anteriores tienen un alto poder explicativo del porqué se ha relegado a un segundo plano la relación humana médico-paciente. Lo que desde nuestra perspectiva se debe fomentar es el rescate y reintroducción de este estigma clásico de la medicina que hoy vemos tristemente desahuciado. Para ello, en primera instancia definiremos al enfermo como un sufriente; resulta crucial que todos los médicos y filósofos de la medicina se advoquen a la tarea de repensar sus conceptos fundamentales, es por ello que se empieza la antedicha reflexión con una definición provisional de enfermo, que la mirada ávida del lector habrá de notar que tiene un íntimo correlato humanista. Podría objetarse que definir al enfermo como un sufriente deja por fuera las explicaciones patológicas de la enfermedad poniendo de manifiesto únicamente el elemento subjetivo del sufrir. En torno a dicha objeción diremos que los conceptos de enfermedad y enfermo no son irreconciliables ni mutuamente excluyentes, todo lo contrario; cuando se habla del enfermo se hace énfasis en el *sujeto* que contiene a la enfermedad y de la que está padeciendo, lo que la práctica médica ha hecho en la era técnica contemporánea ha sido poner sus ojos sobre el curso de la patología, la fisiopatología, la anatomía patológica e incluso en la etiología en casos que llega a ser absurdamente innecesario e irrelevantes para el sujeto que sufre. Lo ideal es que en la práctica no se excluya a ningún enfoque y establecer hacia ambos unos tiempos para relucir, dando preferencia al de «enfermo» cuando se está en contacto directo con el paciente y al de «enfermedad» tras “bastidores” o en la intimidad del médico.

De ninguna manera un paciente que acude al facultativo debe ser tomado como un automóvil defectuoso que ha venido para un cambio de aceite o de llanta. Esta es la perspectiva que la mentalidad materialista de la ciencia contemporánea propugna en su práctica a nivel mundial. Aquí es cuando el concepto de «enfermo» entra en juego vital; el médico debe pulir su epistemología para tener en consideración que el paciente en su consulta o en hospitalización es un sufriente, un ser que no ha decidido sufrir; llevaba un ritmo de vida antes de enfermar y hubiese deseado continuarlo. Nadie aparta un lapso de su vida diciendo «estos meses de mayo y junio los usaré para enfermar», la enfermedad irrumpe la proyección vital de todo ser humano, uno que quizá sea padre, poeta o inventor y que, por de pronto, sus proyectos se han visto frustrados; desea rehabilitarse para arrojarse con la misma intensidad de antaño hacia sus seres queridos y su oficio y es por ello que se apercibe ante el médico. El facultativo, en consideración de todas estas cuestiones que incapacitan al sufriente que, no olvidemos, es proyección pura y biografía vital⁷, entiende que la consecuencia más esperable es la depresión de las emociones y la frustración inminente. Como vemos, la cuestión no se reduce a una relación meramente instrumental entre el médico y el paciente.

Nos resulta particularmente oportuno en este punto hablar del consabido dicho galeno que es menester recordar y reflexionar, una vez más acaece el hecho de que estas cavilaciones las hacemos en el marco de cuestiones hartamente conocidas e incluso clichés en la profesión médica y los que cultivan las humanidades sociomédicas: «*Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre*». Esta cita derrama luz sobre el auténtico oficio del facultativo, contrario a lo que implícitamente la práctica médica contemporánea propugna con la introducción de elementos positivos como criterio de valorativo de la práctica, la cita realza las limitaciones reales a las que están sujetos los médicos, incluso coloca en segundo plano y en tela de juicio su capacidad como curador. Mucha de la práctica clínica está basada en favorecer los procesos que la homeostasis humana ha emprendido para reestablecer el equilibrio fisiológico y anatómico del cuerpo, bajo esta perspectiva el médico es un facilitador más que un dador de vida. Por contra parte, el rol de consolador se instaura como el mayor y más seguro de los propósitos a los que puede aspirar el médico. Numerosas veces los estudios fisicoquímicos que se aplican al sufriente son innecesarios o poco concluyentes, y en los casos en los que resultan esclarecedores a su cuadro nosológico se deja por fuera empatizar y consolar con el sufriente, que padece, junto con su enfermedad, una carestía emocional.

Es necesario realizar una acotación llegado a este punto, para evitar malinterpretaciones: los estudios, el diagnóstico y el tratamiento, son cuestiones vitales y estigmáticas de cualquier procedimiento médico que se busque sea fructífero, de ninguna manera se sugiere desplazarlo, sino compaginarlo con la otra cara de la moneda —la humanitaria— en la relación médico-paciente. El objetivo y la pertinencia de notificar al paciente con respecto a elementos de tipo teórico-científico que competen a su salud debería ser, esencialmente, informativo y de consenso; a fin de respetar la dignidad del sufriente de decidir con autonomía. Más allá de introducir estos elementos teóricos para informar, ésta no puede representar el corazón de la consulta médica. Los análisis técnicos y científicos los debe efectuar el médico para sus adentros; al paciente le importa poco si el médico está dilucidando la etiología de su enfermedad en base a los datos epidemiológicos o estudios de laboratorio, pudiendo ser dengue hemorrágico o mononucleosis infecciosa, escarlatina o sarampión. Estos datos deberían pasar a ser meros elementos periféricos del diálogo, que cumplen un rol importante pero limitado en la consulta médica. La verdadera piedra angular del diálogo debe basarse en los síntomas (rasgo subjetivo: sensación de dolor, presión en el pecho, incapacidad para respirar) del paciente y no en los signos (rasgos objetivos: radiografía, laboratorio), el médico debe tener una sensibilidad elevada, la capacidad emocional de cargar con las penurias de su semejante y poseer las habilidades verbales para dar sosiego al espíritu tremuloso que está en búsqueda de su ayuda, en una palabra: hacerle ver que no está solo, que su batalla es la batalla que el médico ha hecho suya de forma íntima.

Por último, quisiéramos sondear algunas cuestiones que se mantienen abiertas al estudio y representan un verdadero reto para la mente inquisidora: siempre se está en peligro latente, cuando de explicar la compleja realidad humana se trata, de

exponer esquemas deficientes, inexactos o generalizadores. Pese a que estamos firmemente convencidos de una necesidad de volver insuflar el aspecto humano de la consulta médica —ese fue, de hecho, la esencia de todo el artículo— también está en nuestro conocimiento que de aquí se puede cometer el error de creer que toda persona que acude a los servicios sanitarios es un sufriente con profundas carestías, este no siempre es el caso. Ello se debe inquirir en el transcurso del diálogo. A medida que el facultativo sabe más de su paciente, podrá figurarse, sin prejuicio anticipado, si se encuentra profusamente angustiado o no. No hay que hacerse a la equivocada idea que todo sufriente es una especie de damnificado que necesita reposo en el seno de un médico, se corre el riesgo de que, en la esfera emocional, el paciente se sienta vulnerado por la dadivosidad y amabilidad de su médico, sean éstas necesarias o no. Podría ocurrir el caso de pacientes con un padecimiento tan profundo que, una ayuda médica inusitadamente buena podría hacerlo sentir inútil (ya de por sí la enfermedad que lo mantiene postrado es razón suficiente para que emerja el sentimiento de inutilidad). Existen ocasiones en las que, paciente y médico van de la mano en la batalla de la dolencia, ninguno se superpone al otro, de tal forma que el sufriente no sentirá que el médico subestima sus capacidades de sobreponerse y reponerse bajo sus propios medios. Lo más coherente y razonable es que el médico haga un sondeo sobre el tipo de paciente que tiene que tratar y qué tan perturbado se encuentra, y por sobre todo no considerarlo como un damnificado psicofísico. El principio de empatía siempre resulta ser un medidor del que vale fiarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedro Laín Entralgo. Historia de la medicina, 1° edición, España, Editorial Masson. 2006.
2. Pedro Laín Entralgo. La curación por la palabra en la antigüedad clásica, 2° edición, Barcelona-España, Editorial Anthropos. 2005.
3. Georges Canguilhem. Escritos sobre la medicina, 1° edición, Buenos Aires-Argentina, Editorial Amorrortu, 2004.
4. Franz Kafka. Un médico rural y otros relatos. 1° edición, Madrid-España, Editorial Impedimenta. 2009.
5. Antón Chéjov. Las flores tardías y otros cuentos, 1° edición, Barcelona-España, Alba Editorial. 2012.
6. OMS comunicado de prensa. La esperanza de vida ha aumentado 5 años desde el año 2000 [...]. Mayo-2016. (Disponible en internet: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>) (Recuperado al 21/01/17)
7. Simone de Beauvoir. ¿Para qué la acción?, 1° ed. Editorial ElAleph. 2000.