

PERSPECTIVAS EN MEDICINA

LA RELACION MEDICO-PACIENTE

NORBERTO TREVIÑO-GARCÍA MANZO *

No hay persona inteligente que tenga la menor duda de que vivimos en un mundo defectuoso. Los signos de la crisis son cada vez más claros y esto, esto lo siente el hombre. Tiene angustia y busca seguridad en el dinero y en los seguros; se tambalea y pretende olvidar en los placeres y en las actividades intrascendentes.¹ Pero la vida no ha sido dada como tarea únicamente del individuo aislado, sino de la humanidad en su totalidad, de ahí que se encuentren constantemente amenazados, no sólo el hombre concreto, sino la humanidad entera. Sin embargo, necesitamos aprender a reconocer que si el hombre concreto no vive de acuerdo con su misión interior, fracasará en la vida, no podrá consumarse y cumplirse a sí mismo para morir finalmente en la desesperanza cuando no haya otras posibilidades. El creciente número de suicidios, el elevado consumo de alcohol y drogas, el egoísmo extremo pueden valorarse como signos de un grave trastorno general.²

La consulta médica antes que todo es un acto de presencias: La del médico y la del paciente. Este acto de presencias da lugar a una relación: la relación médico-paciente.³

Cualquier medida de carácter médico afecta siempre ambas partes, o en un sentido más amplio, al cuerpo médico y a la sociedad.

Por consiguiente, la historia de la medicina no puede limitarse a la de los aspectos científicos, institucionales u otras características de la misma, sino que debe incluir la historia del paciente en sociedad, la del médico, y las relaciones entre el médico y el paciente. Si estas relaciones constituyen la esencia de la medicina, es pues conveniente considerar a uno y otro como participantes de una mutualidad singular, como autores de un drama que cumple funciones sociales bien claras y respectivamente recíprocas.⁴

Las relaciones médico-paciente sólo pueden ser dos. Desde luego una corresponde al médico y la otra al enfermo. Esta última está constituida por una necesidad de apoyo de parte del facultativo con motivo de un problema de salud. La raíz por parte del médico debería estribar fundamentalmente en una disposición afectiva para proporcionar dicha ayuda y, además, en la preparación científica y técnica necesarias para llevarla a cabo. Es decir, en la estructura y dinámica internas de la relación médico-paciente debemos distinguir dos acciones: la cognoscitiva, la eminentemente objetiva y analítica, y la de identificación médica, proceso afectivo dirigido a la comprensión del paciente. La verda-

* Académico numerario. Subjefatura de Enseñanza. Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación. Instituto Mexicano del Seguro Social.

dera función del médico sólo puede realizarse cuando además de una preparación médico-técnica indiscutible, se establece una relación íntima con el paciente, relación que permita conocerlo a fondo; cuando el enfermo encuentra en él, en sus gestos, en sus ojos, esa señal del interior del alma que le dice que primero que médico es amigo.⁵

En el presente ensayo no nos ocuparemos, y en ello es necesario hacer énfasis, no nos ocuparemos de la acción cognoscitiva, objetiva, técnica que antes y más ahora el médico aprende y desarrolla durante los años de su formación profesional. No, en las próximas líneas trataremos de abordar, lo más claramente posible, la identificación médica, considerada como el elemento más importante dentro del proceso afectivo que debe establecerse con el paciente.

Pero entonces ¿bajo qué punto de vista vamos a estudiar, a analizar la relación médico-paciente? ¿Desde el ángulo de observación estrictamente médico, psicológico, sociológico, histórico, o bajo una difícil y quizá poco práctica mezcla de éstas y otras disciplinas?

En esta ocasión abordaremos este tema mediante el estudio de dicha relación desde el punto de vista dialéctico. Es decir, reconociendo el flujo que debe establecerse entre uno y otro; el ir y venir del paciente al médico y de éste al primero; la comunicación verdadera entre ambos y no la actitud prepotente de uno y sumisa o agresiva del otro. La superación de ambos a través del diálogo, sin que haya al final vencedor o vencido, sino dos seres diferentes y mejores que antes.

Se ha escrito mucho acerca de la relación médico-paciente, situación que algunos han denominado relación terapéutica. Como sucede con todas las cosas cuando se abordan continuamente, tal tema se ha convertido, dentro de las actividades de la sociedad médica y paramédica, en un lugar común. Abunda la literatura al respecto y de ella se pueden obtener afirmaciones como la siguiente:

"En el pasado y aun dentro de nuestro siglo, mientras no se contaba con los recursos que ha producido la tecnología, la relación entre médico y paciente se desplegaba con mayor soltura y mejor comunicación. En nuestros días las cosas no ocurren de esa manera. Los recursos terapéuticos actuales, los instrumentos de diagnóstico, la sobrepoblación, y por tanto, el mayor número de enfermos, hacen que la entrevista se haga con premura y que el paciente obtenga exclusivamente y en forma rápida una receta, que en el mejor de los casos, lo liberará de su patogenia más inmediata. No parece posible pues, que en esa relación tan profesional y tan superficial se valore toda la dimensión humana de la enfermedad como se hacía antes. La voluntad de consolar que tenía el médico ya no es algo que vaya implícito en su papel actual."

O también se pueden leer críticas como ésta:

"En la práctica privada, la interrelación es básicamente de orden comercial, de donde el médico necesita esmerarse en su trato con los pacientes a fin de mantener una «clientela» constante y creciente. El paciente, a cambio de su dinero, recibe una atención inmejorable en cuanto a cordialidad, afecto, modales, comprensión, etc., aunque con calidad médico-técnica de escasa cuantía. En estas condiciones el fin que se persigue con la relación, la terapéutica, encuentra un terreno propicio para consumarse. Sin embargo, es de todos sabido que es muy reducida la población que puede pagar este tipo de atención. Una buena parte (20 millones en nuestro país) tiene que recurrir a la medicina institucionalizada, que prácticamente se basa en una interacción fundamentalmente burocrática, donde el paciente acaba por ser un número más en las unidades médicas y a veces se le trata como si se le hiciera una caridad. El médico, en estas circunstancias, no puede «perder» tiempo. Tiene que atender a un cierto número de pacientes en un lapso determinado. La relación afectiva, la identificación médico-paciente, la visión global del individuo se pierden entonces fácilmente."

Ambas afirmaciones son lugares comunes en las críticas a la "crisis" de la relación médico-paciente. Es demasiado simplista —pienso— atribuir a la sobrepoblación, a la tecnología, a la institucionalización de la medicina y a otras causas semejantes, la mayoría de las veces parciales y unilaterales, el deterioro de la relación entre dos seres humanos, en este caso el médico y el individuo que acude a verlo, ya sea en plan de paciente o de confidente. No, definitivamente el problema no es tan simple, tan superficial. Tiene que ver con las relaciones, con la comunicación verdadera entre dos individuos y ambos son fenómenos harto difíciles de vivir y de comprender.

El primer obstáculo para que entre dos seres humanos se establezca una buena comunicación es el lenguaje; y esto parece una perogrullada, pero así es.

El lenguaje es el medio que nos sirve para manifestar nuestros pensamientos. Sin embargo, tal definición no nos asegura que mediante el lenguaje podamos manifestar con suficiente certeza y precisión todos nuestros pensamientos —dice Ortega y Gasset. El hombre, cuando se pone a hablar, lo hace porque cree que va a poder decir exactamente lo que piensa. Eso es lo ilusorio. El lenguaje, desgraciadamente, no da para tanto. Dice, poco más o menos, una parte de lo que pensamos y pone una valla infranqueable a la transmisión del resto. Sirve bastante bien para identificar y entender con claridad los enunciados matemáticos. Ya al hablar de física, empieza a hacerse equívoco e insuficiente, pero conforme la conversación se ocupa de temas más humanos, más "reales", va aumentando su imprecisión, su torpeza, su confusión.

Ello se debe a que además de que el lenguaje es un código cuya emisión e interpretación están expues-

tas a muchos imponderables y subjetividades, se olvida demasiado que todo auténtico decir no sólo dice algo, sino que alguien lo dice a alguien. El lenguaje es por esencia diálogo.⁶

La palabra humana imita a la palabra divina: es creadora —dice Paulo Freire, y continúa—, la palabra viva es diálogo existencial. Expresa y elabora el mundo en comunicación y colaboración. El diálogo es auténtico cuando a través de él existe reconocimiento del otro y reconocimiento de sí en el otro.⁷

Nosotros, los humanos contemporáneos, ¿estamos conscientes de lo que dice Ortega y Gasset acerca del lenguaje? ¿establecemos con nuestros semejantes el diálogo existencial del que habla Paulo Freire? y ya dentro de nuestro tema, ¿debemos considerar al binomio médico-paciente como algo aparte, o como formando parte del contexto general en el que nos encontramos inmersos?

En las siguientes líneas veremos que, por lo menos en la segunda mitad del presente siglo, el ser humano ha visto deteriorada significativamente su capacidad de comunicarse, de llegar a un entendimiento con los demás y, desde luego, de obtener a través del diálogo una superación de su interlocutor.

En cualquier individuo se encuentra representada la sociedad a que pertenece y en ella, los individuos que la constituyen encuentran todas las posibilidades potenciales de expresarse como tales. En todo hombre interno se encuentra un hombre exterior que le da sustancia y lo connota y, desde luego, en el hombre exterior se encuentra la interioridad misma del ser. Pero los últimos años han sido testigos de una progresiva fragmentación del individuo. El crecimiento tecnológico y no el desarrollo, así como la creciente injusticia social han determinado la aparición de serias contradicciones en la sociedad y por ende en el individuo. La mayoría de las aportaciones tecnológicas no proceden de nuestra propia cultura sino de culturas ajenas. Ajenas a nuestra realidad objetiva, a nuestra praxis, y al modelo que aprendimos de nuestra familia y nuestra situación social.⁸

Esta situación suscita un conflicto agudo y traumático entre lo que se nos enseñó y lo que el mundo manda que seamos. Las consecuencias están a la vista: la información masiva, el impacto de la publicidad están diseñados para que el sujeto no sea lo que es, sino aquello que nuestra sociedad espera que sea. No somos lo que somos sino lo que de nosotros se espera que seamos.⁹ Es decir, estamos enajenados en tanto que no respondemos a nuestra necesidad interior. Estamos preparados para ser lo que el exterior espera que seamos y no oímos nuestra voz interior. . . está

apagada, está ausente. Dentro del seno familiar, en la escuela, en el trabajo, en la sociedad toda se ha creado una dicotomía entre el hombre interior y el hombre exterior y con ello nuestra intimidad, nuestra individualidad, se ha perdido.⁸

Esta dualidad establece un juego en apariencia dialéctico, pero como existe el predominio de la exterioridad sobre la interioridad, no hay superación posible del hombre. No hay diálogo entre ambos, hay sumisión, hay alienación desde el momento en que se da el predominio entre lo que se tiene sobre lo que se es; el predominio entre la imagen que se espera de nosotros, con respecto a la imagen que deberíamos mostrar. Es el hombre vaciado de su propia historia, sin entrañas de pasado; más que un hombre, es sólo un caparazón de hombre. Carece de un "dentro", de una intimidad suya, inexorable e inalienable, de un yo que no se puede revocar. En él se da un juego de apariencias. Aparento lo que de mí esperan, para así obtener ventaja de mi papel teatral; pero lo trágico es que en muchas ocasiones el actor hace presa del hombre y lo sustituye, se lo lleva a casa a vivir con él. En general, el hombre actual no puede establecer un verdadero diálogo consigo mismo, menos aún con sus semejantes. Y claro está, la fragmentación del hombre contemporáneo, que crea una contradicción entre su mundo interior y su mundo exterior, se refleja en la relación médico-paciente. En la gran mayoría de los casos, dicha relación se convierte en el manejo de lo externo. El médico se preocupa en forma casi exclusiva por conocer y manejar procesos externos del paciente. Hace una medicina sintomática que trata las manifestaciones visibles de la enfermedad, pero olvida el proceso interno del individuo. Ignora al hombre como tal, su biografía, su angustia, sus deseos íntimos, sus expectativas más profundas. Trata, pues, con lo que el paciente tiene y no con lo que el paciente es. La pregunta fundamental de este médico que se encuentra ante un paciente ha dejado de ser ¿quién es este hombre? En la actualidad la pregunta suele ser ¿qué tiene este enfermo?

Más aún, ¿qué tiene la retina de este enfermo? ¿se encuentran en el ámbito de mi especialidad alteraciones somáticas que puedan explicar los síntomas del paciente?,¹ se pregunta el especialista.

Y aquí aparece otro elemento más, que paradójicamente ha contribuido a entorpecer la relación de la cual ahora nos ocupamos: la especialización, circunstancia que contribuye a hacer más aparente la incipiente esquizofrenia del individuo, del profesionista, del hombre-masa actual. Veamos qué ha pasado en este terreno.

La civilización europea del siglo XIX produjo ahora, en el siglo XX, en forma automática un tipo de individuo que Ortega y Gasset llamó el hombre-masa. Esta civilización del siglo pasado puede compendiarse en tres grandes dimensiones: la democracia liberal, la experimentación científica y el industrialismo. Estos dos últimos pueden resumirse en uno solo: la técnica, la maravillosa técnica contemporánea que nace de la copulación entre el capitalismo y la ciencia experimental y que ha hecho posible la también maravillosa proliferación de la "casta occidental". La tecnología, aunada a la democracia liberal, ha engendrado al hombre-masa en el sentido cuantitativo de la expresión, pero también en el sentido cualitativo y peyorativo del término.⁶

Por masa no se designa aquí una clase social, sino un modo de ser que se da hoy en todas.

¿Y quién, dentro de la clase media, es considerado como el grupo superior, como la aristocracia del presente? Sin duda el técnico: el ingeniero, el médico, el abogado, el llamado profesionalista. ¿Y quién, dentro del grupo técnico, lo representa con mayor altitud y pureza? Por supuesto que el hombre de ciencia. Y, parece mentira, resulta que el hombre de ciencia actual es el prototipo del hombre-masa, y no lo es por casualidad, ni por defecto unipersonal de cada uno, sino porque la ciencia lo convierte automáticamente en hombre-masa; es decir, hace de él un primitivo, un bárbaro moderno, al cual no le interesan los principios de la civilización, sino los productos de ella para su propio uso y beneficio.

El perfil psicológico del hombre-masa actual está trazado fundamentalmente por los dos siguientes rasgos: la libre expansión de los deseos vitales de su persona y la radical ingratitud hacia cuanto ha hecho posible la facilidad de su existencia. Sólo tiene apetitos, cree que únicamente tiene derechos y no piensa que tenga obligaciones.⁶

Siguiendo a Ortega y Gasset, trataremos de explicar las consecuencias genéricas y particulares de la afirmación anterior, en relación en este caso con el binomio médico-paciente.

La ciencia experimental se inició con Galileo al finalizar el siglo XVI, logró constituirse a fines del siglo XVII con Newton y empezó a desarrollarse a mediados del siglo XVIII.

El crecimiento de algo es cosa distinta de su desarrollo y desde luego está sometido a condiciones diferentes. Así, el desarrollo de la física, nombre colectivo de la ciencia experimental, obligó a un gran esfuerzo de unificación. Tal fue la obra de Newton y los hombres de su tiempo. Pero el crecimiento de la

física inició una faena de carácter opuesto a la unificación, en donde, para crear, la ciencia necesitaba que los hombres que la cultivaban se especializaran. Pero, hay que subrayarlo, *los hombres de ciencia, no ella misma*. La ciencia no es especialista, de serlo correría el riesgo de dejar de ser verdadera; ni siquiera la ciencia empírica es verdadera si se le separa de la matemática, la lógica, la filosofía. Y sin embargo, para el científico-masa era necesario crecer e irremisiblemente entonces, el trabajo en ello tuvo que ser hecho en fragmentos y no siempre en peldaños. Así, generación tras generación el científico ha ido constriñéndose, reclusándose en un campo de acción cada vez más estrecho. Con cada generación, el científico, por tener que reducir su órbita de trabajo, ha ido perdiendo contacto con las demás partes de la ciencia. Y así, vemos que a finales del siglo XIX y principios del XX nos encontramos con un hombre de ciencia sin ejemplo en la historia. Es un hombre que, de todo lo que hay que saber para ser un personaje discreto, conoce sólo una ciencia determinada, y aun en ella sólo domina la porción en que él es activo investigador.

Teilhard de Chardin, al hablar de las consecuencias de la especialización en el reino animal, dijo: "La especialización paraliza y la superespecialización mata."⁹

¿Se está acercando el hombre-masa a este punto? Piensa el jesuita filósofo que no se podrá evitar si no hay cambios fundamentales en las actitudes de los hombres y en especial de los científicos.

Pero continuemos con Ortega. La ciencia experimental ha progresado en buena parte merced al trabajo de hombres fabulosamente mediocres. Es decir, la ciencia moderna, símbolo de la civilización actual, da acogida dentro de sí al hombre intelectualmente medio, al que además le permite operar con buen éxito. Para los efectos de innumerables investigadores, es posible dividir la ciencia en pequeños segmentos, encerrarse en uno y desentenderse de los demás. Pero esto crea una casta de hombres sobremanera extraños. Extraños para sí y extraños para comprender el verdadero significado de la ciencia, que en su esencia destaca el estar hecha para el servicio del hombre.

Y ya son dos los fenómenos de extrañeza que le suceden al médico: como ser humano dual y como especialista de vista corta, entendido aquí no en su significado tradicional, sino en relación con la contemplación de su profesión como una ciencia puramente biológica, olvidando o desconociendo otras disciplinas que estudian el fenómeno salud-enfermedad.

Pero volvamos al especialista. Este tipo de hombre conoce muy bien su pequeño rincón de universo; pero

ignora de tajo el resto. No es un sabio porque desconoce todo lo que no entra en contacto con su especialidad; pero tampoco es un ignorante, porque es un "hombre de ciencia" y conoce muy bien su porción de universo. Es un sabio-ignorante, cosa sobremedida grave, pues significa que es un señor que se comportará en todas las cuestiones que ignora, no como un ignorante prudente y tranquilo, sino con toda la petulancia de quien, en su cuestión especial, es un sabio. Pero la advertencia no es vaga. Cualquiera puede observar la ligereza con que piensan, juzgan y actúan hoy en política, arte, religión, economía y en los problemas generales de la vida y el mundo, los "hombres de ciencia", representados por investigadores, médicos, ingenieros, biólogos, educadores.

Esa condición de no escuchar, de no someterse a instancias superiores y mucho menos inferiores, llega al colmo en estos hombres parcialmente calificados.

Y el médico, aun el médico general ¿cómo se siente ante la persona que tiene adelante, en este caso el paciente, sino como un hombre de "ciencia", un científico poseedor de la verdad, dador de la salud y que tiene que soportar las quejas y las impertinencias de un inferior, no en el sentido peyorativo del vocablo, pero al fin un inferior, representado por su paciente?

Nuestro país, importador de casi todo, importó también al hombre-masa europeo de fines del siglo pasado y el estadounidense del primer medio siglo actual. Importación de ideas, de conocimientos, de actitudes y, claro, también de tecnología. Dicha invasión fue posible gracias a individuos ya de por sí satisfechos, supuestamente superiores, casi perfectos, que después de su transculturación traían el mensaje salvador de otros hombres como ellos. Es por eso —entre otras razones— que desde hace casi cien años la enseñanza de la medicina en México ha estado orientada hacia la detección y curación de los síntomas, casi en forma exclusiva, con énfasis en el binomio agente-tejido; no se enseña a ver hombres, sino a ver manifestaciones patológicas de órganos. Al estudiante se le capacita para interrogar, no para conversar, y nunca se le enseña a conocer las motivaciones internas. En fin, se le instruye en el mejor de los casos para ser un buen técnico de la medicina, un sabio ortegiano, pero no para reconocer ni para satisfacer las necesidades del enfermo. Por ello jamás logra el desarrollo como ser humano de su paciente, ni mucho menos el suyo propio.

Para lograr ese desarrollo, se requiere de un contacto horizontal, de igual a igual, que esté fincado en el afecto, en la solidaridad individual y social, en

la responsabilidad, en el amor, en el abandono de la actitud de prepotencia, de suficiencia, de paternalismo.

No estoy completamente de acuerdo con la denominada "neutralidad afectiva", que según algunos destruiría el criterio objetivo y el poder terapéutico y educativo del médico. Cuando la relación prescinde de esta "neutralidad afectiva", se establece un vínculo poderoso entre dos seres iguales situados en diferentes posturas, entre dos amigos colocados en ese momento en las circunstancias del paciente que necesita ayuda y del médico que con sus conocimientos y sus consejos, su interés y su paciencia le ayudarán a recobrar la salud.

Pero la obra humana es obra de hombres y el individuo actual, el científico, el médico es un ser que mama de la teta humana. Teta familiar, teta social, y por desgracia la leche bebida no es buena, está cargada de contradicciones, de extrañezas, de incapacidad para ser, para amar, para reconocer al prójimo.

Vale la pena preguntar ahora: ¿la supuesta buena relación médico-paciente en el ejercicio privado es, en realidad, una relación dialéctica en donde el médico aprende a aprender con el paciente y le enseña a enseñar? ¿o es más bien una relación paternalista, mercantilista, consecuencia de los pesos que va a recibir a cambio?

Y por otro lado, el tan utilizado argumento de que la medicina institucionalizada es una de las culpables del deterioro de la relación médico-paciente, ¿es aceptable?

¿No será que la crisis de la medicina es únicamente el reflejo del hombre actual, de la sociedad actual? ¿Del hombre que tiene miedo a la libertad; del hombre-masa, del hombre dual, del hombre incapaz de comunicarse; en suma, del hombre mediocre?

REFERENCIAS

1. Jores, A.: *La medicina en la crisis de nuestro tiempo*. México, Siglo XXI Eds. 1967, p. 1.
2. Fromm, E.: *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México, Fondo de Cultura Económica. 1956, pp. 14 y 129.
3. Martínez Cortez, F.: *La relación médico-paciente*. En: *La relación médico-paciente*. México, Instituto Syntex (Eds.). 1977, p. 13.
4. Documento Programado. Facultad de Medicina, U.N.A.M. Plan A-36, 1974.
5. Mutis, A.: *Relación paciente-médico*. En: *La relación médico-paciente*. México, Instituto Syntex (Eds.). 1977, p. 61.
6. Ortega y Gasset, J.: *La rebelión de las masas*. Madrid, El Arquero (Eds.). 1975, pp. 21, 171 y 175.
7. Freire, P.: *La pedagogía del oprimido*. México, Siglo XXI (Eds.). 1975, p. 19.
8. Cuelli, J.: *Aspectos psicológicos de la relación médico-paciente*. En: *La relación médico-paciente*. México, Instituto Syntex (Eds.). 1977, p. 15.
9. Teilhard de Chardin, P. Citado por Jores, A.,¹ p. 36.