

Pacientes o clientes, médicos o prestadores

“El vínculo fantástico del saber y del sufrimiento, lejos de haberse roto, se ha asegurado por una vía más compleja que la simple permeabilidad de las imaginaciones; la presencia de la enfermedad en el cuerpo, sus tensiones, sus quemaduras, el mundo sordo de las entrañas, todo el revés negro del cuerpo que tapizan largos sueños sin ojos son a la vez discutidos en su objetividad por el discurso reductor del médico y fundados como tantos objetos por su mirada positiva.

La medicina moderna ha fijado su nacimiento hacia los últimos años del siglo XIII. Cuando reflexiona sobre sí misma, identifica el origen de su positividad a una vuelta, más allá de toda teoría, a la modestia eficaz de lo percibido”

FOUCAULT M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.* México: Siglo XXI. 11ª ed.; 1986.

En esta carta querría compartir algunas reflexiones sobre lo que considero es la tarea central de la profesión médica: la labor clínica asistencial.

Benjamín Uzorskis señala que “tanto la **clínica**, que remite a **kliné**: atender al que yace en la cama, como la **asistencia**, del latín **assistere** (de **ad**, a, y **sistere**, detenerse), en el sentido de estar allí donde hace falta para dar ayuda, responder a la urgencia, socorrer, se sostienen en la posición en común que es dar alivio o curación” (*Uzorskis B. Clínica de la subjetividad en territorio médico. Buenos Aires: Letra Viva; 2002*). Creemos que esta clínica se encuentra cuestionada, cuando no gravemente lesionada. Ello no es producto del azar sino de circunstancias históricas, sociales, culturales, políticas y económicas. Probablemente lo que sucede en los países de Occidente sea, en parte, reflejo del derrotero de la Medicina en los Estados Unidos.

En efecto, el paradigma de la clínica moderna es el desarrollo de la Medicina en los Estados Unidos de América durante el siglo XX. Kenneth Ludmerer reconoce tres etapas sucesivas fundamentales en este desarrollo: 1) el establecimiento del “contrato social”: la educación médica como un objetivo público y la obtención de la confianza pública, 2) el crecimiento de la investigación y la asistencia y 3) la ruptura del “contrato social”: la erosión de los valores universitarios y la declinación del espíritu altruista (*Ludmerer K. Time to heal. Oxford: Oxford University Press; 1999*). La primera etapa comienza alrededor de 1910 con la revolución “flexneriana” (*Abraham Flexner. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for Advancement of Teaching; 1910*), que propugna la creación de escuelas médicas con dependencia universitaria, comprometidas con la investigación y la formación de estudiantes con participación activa en su aprendizaje a través del estudio en laboratorios y del trabajo clínico real. Esta revolución representa el establecimiento de un “contrato social” implícito, por el cual la sociedad provee asistencia financiera, política y moral a la educación e in-

vestigación médica. Por su parte, los médicos reconocen que su función es el servicio, expresado tanto por una calidad académica como por una práctica de excelencia profesional. El modelo médico que surge asume la triple misión de educación, investigación y asistencia. De 1910 a 1945 se desarrolla la “era de la docencia”. En los años treinta, la investigación va desplazando progresivamente a la docencia del centro de la escena y entre 1945 y 1965 puede hablarse de la “era de la investigación”. Posteriormente, desde los años cuarenta, la actividad asistencial se expande en forma exponencial y, consecuentemente, alrededor de 1980 declina la cohesión en las escuelas de Medicina. La docencia, la investigación y la asistencia, que en un momento se desarrollan equilibradamente, adquieren una magnitud tal que se vuelven competitivas. Las escuelas de Medicina se transforman en parte del sistema de prestación de salud, mientras que la educación y la investigación pierden terreno ante la necesidad de una actividad asistencial que permita la viabilidad económica y financiera de las instituciones. La investigación pasa a ser conducida por la industria farmacéutica o por las organizaciones de investigación clínica (CRO) y los estudiantes se transforman paulatinamente en autodidactas. Al mismo tiempo hace su aparición la Medicina administrada con el intento de optimizar la ecuación económica pagando lo mínimo posible por la actividad asistencial, con el consiguiente deterioro de la vida académica. Se impone una atmósfera comercial donde la visita más corta es la mejor visita, los pacientes se transforman en clientes o consumidores y los médicos en proveedores o prestadores. La estructura académica se va desmantelando. El “contrato” entre la sociedad y los médicos se encuentra cada vez más erosionado: la sociedad no está dispuesta a proveer sustento financiero y político a las instituciones académicas y los médicos no encuentran un medio que permita ejercer una práctica de excelencia.

Esta historia tiene una influencia fundamental en el desarrollo de la clínica asistencial. Así, el “mundo

silencioso” del médico y el paciente que analizaba profundamente Jay Katz en 1984 (*Katz J. The silent world of doctor and patient. New York: Free Press, a Division of Macmillan, Inc; 1984*) es sustituido por un “mundo lleno de ruidos” (nunca música) producidos por la intrusión de los terceros pagadores (públicos o privados), la industria, la demanda social, la proletarización de la profesión, etc.

Uzorskis describe crudamente lo que él denomina el fin de la relación médico-paciente. Para empezar, hoy raramente no existe un tercer actor como la institución asistencial o el pagador. Por otra parte, predomina un paradigma reduccionista que exagera el cientismo y “cosifica” al paciente tornándolo la relación en anónima e impersonal. El trabajo médico es cada vez más excesivo, peor remunerado y falto de gratificación. Aumenta la presión de la industria y sociocultural. La profesión se encuentra proletarizada entre otras causas por una sobreoferta de médicos debida a políticas educativas y económicas irracionales. Todo este proceso deviene en la negación de la singularidad subjetiva de cada paciente y en el desprestigio de la Medicina. Somos testigos de la paradoja de que en la época de mayores desarrollos médico-tecnológicos de la historia predominan la falta de escucha y la insatisfacción de los pacientes.

Ante esta situación, es necesario que nosotros mismos, desde el interior de nuestra profesión, rescatemos valores como acercarse a la subjetividad del paciente, dar explicaciones sencillas y claras al enfermo

(que se encuentra en un estado regresivo y de miedo), identificar e identificarse, ser cordiales, favorecer la conexión temporoespacial, destacar la evolución favorable, interactuar con la familia y favorecer la interacción del paciente con su familia y con la comunidad, aceptar las limitaciones propias con determinados pacientes e informar con veracidad, claridad y piedad.

¿Es posible en la época de la Medicina basada en la evidencia reivindicar aún la autonomía médico-paciente? Creemos que sí. El médico debería retener la autonomía para analizar las evidencias disponibles y proponer estrategias racionales para ese paciente, y médico y paciente deberían disponer y desarrollar un espacio para desplegar la autonomía de ese paciente único. Sin embargo, esta autonomía profesional nunca será un privilegio natural de los médicos, sino una auténtica reivindicación que sólo se podrá alcanzar con la celosa autorregulación de nuestra competencia científico-técnica y ética y con la construcción de una nueva alianza entre la Medicina y la sociedad. La solución de esta crisis de la relación médico-paciente no provendrá de disciplinas ajenas a la Medicina, sino de nosotros mismos, de los pacientes y de los médicos, individualmente, y de sus colectivos, como las sociedades científicas.

Daniel José Piñeiro
Presidente de la Sociedad Argentina
de Cardiología