

# Inconformidad con los servicios médicos

## *Dissent with medical services*

Dr. José Luis Moragrega Adame\*

### Resumen

La revisión de los relatos históricos, muestra el tipo de relación que ha existido entre pacientes y médicos, la cual ha sido variable a través de la historia de la medicina. Mientras que en algunas épocas y culturas, el médico ha sido un personaje respetado, en otras ha sido sujeto de críticas intensas, en ocasiones propiciadas por la falta de conocimiento científico o por la actitud comercial y de charlatanería, de quienes han practicado la profesión. La aparición de recursos tecnológicos, que han permitido un mejor tratamiento y pronóstico de las enfermedades, no se ha acompañado necesariamente de una mejoría de la relación. Este artículo analiza las principales causas de la mala relación entre pacientes y médicos y da algunas sugerencias para mejorarla.

Palabras clave: Queja médica, mala práctica, historia de la medicina, relación médico-paciente.

### Summary

Throughout humankind history, the doctor – patient relationship has been variable. While in some moments and places, doctors have had a good reputation and the profession was respected by society, in others they were criticized due to a lack of professional competence and the predominance of commercial practices. The appearance of technological devices, complicated the matters worse; the patients expected more than medicine was able to offer, doctors acted defensibly and the human aspect of the practice of medicine has been slowly abandoned. This paper analyzes the principal reasons of the currently bad doctor – patient relationship, and gives some advices to reverse the phenomenon.

Keywords: Medical claims, malpractice, history of Medicine, physician-patient relation ship.

### Introducción

La historia de la medicina es tan antigua como la historia de la humanidad. Algunos cráneos del período neolítico que muestran trepanaciones cicatrizadas, hacen pensar que había intención terapéutica en esas acciones (Austria, Cuzco). Pinturas rupestres de hace 25 mil años, muestran a los chamanes asociados con los dioses en rituales de curación (Lascaux). La intervención del médico, de conjuradores y videntes es tan antigua como el imperio babilónico. El uso de plantas medicinales también es muy antiguo y en la biblioteca de Asurbanipal en Nínive, hay vestigios de recetas para la elaboración y administración de medicamentos, acompañadas de la descripción de la enfermedad. En México, el Herbolario Azteca de Juan Badiano y Martín de la Cruz, es un ejemplo de estas prácticas.

Los límites entre la ciencia y la religión no eran precisos. En Egipto, a pesar de un periodo breve durante el Imperio Antiguo en el que se buscaba una explicación científica de los fenómenos naturales, a partir del Imperio Nuevo (1550 a de C) se vuelven a situar en el mismo plano la ciencia, la magia y la religión. Existían médicos, sacerdotes y hechiceros y una misma persona podía tener los 3 títulos. Había especialistas y se daba especial atención a la exploración del cuerpo y los papiros describen el diagnóstico y la terapia para cada enfermedad; pero frente a los dioses, las acciones de los hombres carecen de valor y se entregan al destino impuesto por la divinidad. Entonces, la relación y la confianza en el médico es la misma que en el sacerdote: para pedir ayuda con la oración y las promesas.

La mayoría de las acciones de los brujos, curanderos o médicos, estaban centradas en ayudar a la naturaleza a la manera de Hipócrates, o en invocar a los dioses y a expulsar los demonios que se apoderaban del enfermo. En el Egipto de los faraones, el aspecto de los enfermos que llega hasta nosotros a través de las pinturas y las esculturas, despierta sentimientos de compasión, del mismo aspecto que el médico de Ámsterdam pintado por Rembrandt de la edad media

\* Médico Cardiólogo.Universidad de Guanajuato  
Ex Comisionado Estatal de Arbitraje Médico de Guanajuato

fechado en 1651. Se consideraba que los médicos poseían un alto grado de conocimiento y los 13 papiros dedicados a temas médicos muestran el grado de avance de la praxis médica. Los enfermos eran tratados con amor y no con rechazo. Además el efecto psicológico de los rituales era determinante para la mejoría del enfermo, así que la relación entre el paciente y el médico tiene que haber sido de confianza. Asclepios en Grecia y Tlazolteotl en el altiplano mexicano, nos recuerdan las termas y el temascal que purificaban al enfermo mientras los sacerdotes oraban ante la divinidad. Es claro ante los avances modernos de la ciencia, que los resultados de la intervención de la medicina dependían de la evolución natural de las enfermedades y del efecto que pudiera resultar de la interacción médico – paciente. La relación tenía un aspecto claramente místico y actualmente se diría que tenía un efecto placebo. En realidad la relación parece profunda y el médico intervenía como un verdadero sacerdote al que probablemente se le tenía un alto grado de confianza. Es difícil pensar, que hubiera una enfermedad verdaderamente grave cuya historia natural fuera modificable por la medicina, y no obstante los médicos ocupaban un lugar preponderante en la escala social de los pueblos de la antigüedad. En la Grecia clásica, a pesar de la tendencia general de explicarse el universo por la intervención de los dioses y basados en deducciones, hubo una rama de pensadores encabezados por Aristóteles, Arquímedes y Tales de Mileto, que propuso estudiar a la naturaleza. Sin embargo, el pensamiento de Platón prevaleció y puso por delante y por casi dos mil años, al pensamiento sobre la materia. Así, la teoría de los 4 elementos del universo (aire, agua, tierra y fuego), las cuatro cualidades (caliente, húmedo, seco y frío), se vio reflejada en los cuatro humores de Hipócrates para explicar las enfermedades (bilis negra, bilis amarilla, flema, sangre) y sólo sufrieron un cambio de nombre siglos después con Galeno en

la teoría de los cuatro temperamentos (flemático, colérico, sanguíneo y melancólico).

La relación médico paciente continuó en el terreno de la fe, reforzada en la era cristiana por pasajes como la parábola del buen samaritano, que promueve la caridad al prójimo, y con personajes como los médicos mártires Cosme y Damián, quienes efectuaron el trasplante de una pierna. Alrededor del año 370, se inició en occidente (Imperio Bizantino) lo que se puede considerar los primeros hospitales. Basilio el Grande en Cesárea, funda un “pueblo de sacerdotes”, pequeñas construcciones agrupadas alrededor de una iglesia, donde los pobres, viejos y enfermos encuentran refugio. De ahí en adelante los enfermos graves son cuidados en el nombre de Dios y se practica la caridad cristiana. En los hospitales la medicina era monacal aunque no como una disciplina independiente. La enfermedad era un castigo por los pecados cometidos, contra los cuales Cristo otorgaba la salvación a aquel que se arrepentía y rezaba. En los monasterios de la orden benedictina, año 529, las mujeres que conocían el poder de las hierbas, se encargaban de los enfermos. De ahí hasta la edad media, lentamente fueron apareciendo sitios de aprendizaje (Alejandría, Godishapur) hasta que se establecen estatutos para la profesión, se regulan las organizaciones profesionales y aparece el doctorado.

Al terminar la Edad Media con el advenimiento del Renacimiento y el método científico, la humanidad buscó la explicación de la naturaleza de otra manera y ya no tenía que recurrir al destino impuesto por Dios. Así hubo rápidos avances en la astronomía y algunas disciplinas relacionadas con la vida diaria se vieron beneficiadas, no así la medicina en forma inmediata. Las esperanzas de que la medicina siguiera rápidamente los pasos de la ciencia, se vieron frustradas y ante la falta de resultados y el desorden de la profesión se iniciaron las demandas. En el siglo 19 una caricatura de Thomas

Rowlandson muestra al “Doctor Doble dosis matando dos pájaros de un tiro”, lo que muestra la baja estima en que se tenía a la profesión.

Tendemos a pensar, que la relación entre pacientes y médicos era ideal en la antigüedad y se ha deteriorado recientemente. Algunos datos indican que no es así. En el Código de Hammurabi, la ley del Talión amenaza al médico con duras sanciones como de “ojo por ojo y diente por diente”. En los mismos artículos – 215 a 217- en que se menciona el pago de 50 monedas por atender a un habitante de palacio, 10 por atender a un señor y 2 por atender a un esclavo, se menciona la pena de cortarle la mano al médico si el enfermo muere o pierde el ojo. Hipócrates previene contra la confianza excesiva hacia los pacientes e indica que serán fieles mientras convenga a sus intereses. En la misma época en Grecia, la fama de los médicos era mala y se considera que el Juramento Hipocrático, un voto de carácter religioso para ejercer “su vida y su arte puro y santo” sólo podía ser seguido por una pequeña secta. Del resto, algunos eran considerados como practicantes carentes de formación, los que descuidan sus tareas, los teóricos especulativos y los farsantes codiciosos. En la medicina china, el médico era pagado mientras el paciente se mantenía en buenas condiciones y cesaba la remuneración cuando enfermaba. Aunque la única consecuencia del mal comportamiento era la mala fama, parecen haber sido los mismos médicos los que propusieron un sistema de formación y un código de comportamiento, el que cobró importancia en la era cristiana. Más adelante, cuando se renovó la curación por la fe y aparecieron las curas milagrosas, el médico fue equiparado al sacerdote y gozó de respeto por algunos siglos. El ejemplo del Salvador es el modelo para los médicos (Ambrosio de Milán): “Todo lo hallamos en Cristo. ¿Quieres curar una herida? Él es médico. ¿Estás ardiendo a causa de la fiebre? Él es manantial”.

La fama de los médicos parece ser cíclica. En 1352 Francesco Petrarca

ridiculiza a la profesión médica diciendo entre otras cosas que “sus opiniones son siempre divergentes... adquieren sus conocimientos a nuestra costa y nuestra muerte les sirve de aprendizaje”. Paracelso (1527) ridiculiza a los “humoristas” tachándolos de mamarrachos sin conocimientos ni experiencia. Molliere en *El Enfermo Imaginario* (1673), critica no sólo algunos métodos de la época como los enemas, sino que define al médico como un comerciante sin escrúpulos: “Los señores Fleurant y Purgón (el médico) se lo pasan muy bien con su cuerpo; han encontrado una vaca que ordeñar”. Jacques Rousseau (1762) en su novela *Emilio*, propone que una vida natural ahuyentará al médico “La única rama útil de la medicina es la higiene... Vive de modo natural, se paciente y ahuyenta al médico. Aunque no escaparás a la muerte, sólo será una vez, mientras que a aquel lo has de recordar diariamente y sus fanfarro-nadas te amargan la vida”.

En el siglo XVIII en algunas ciudades europeas, los médicos formaban parte de la alta sociedad, y aunque cobraban altos honorarios por sus servicios, dependían de un grupo de pacientes acomodados y sus caprichos. En cambio, la situación de los médicos rurales era deplorable. En Austria debieron ser rescatados por la archiduquesa Maria Teresa, y en Francia se les permitió para sobrevivir, ejercer otros oficios como el de tabernero. El pintor español Francisco de Goya aquejado por muchas enfermedades, entrega en 1780 su primer retrato de un médico en un tapiz, donde lo representa como un asno. Como hoy, aunque ahora en los medios de difusión masiva, a un elevado costo y un gran esfuerzo de mercadeo, desde hace muchos años numerosos charlatanes (*ciarlatano* = parlanchín o embaucador) ofrecen en los mercados sus milagrosos remedios, acompañados de actores que deslumbran a la gente con las curaciones que ahí se representan. Los elixires comunes curan enfermedades y rejuvenecen.

La aparición del método científico en el Renacimiento y su incorporación

a la medicina a partir del primer hospital fundado por Florence Nightingale en la guerra de Crimea (1854), facilitó la revolución que permitió a los anatomistas (Andrés Vesalio), a los fisiólogos (William Harvey), a los bacteriólogos (Pasteur) y a todo el grupo de científicos que los siguieron, cambiar para siempre la faz de la profesión. La publicación clave parece ser la obra de Rudolf Virchow en 1858 “La patología celular justificada en su histología fisiológica y patológica”.

Con esta larga historia, los grandes avances científicos y los logros tecnológicos, han permitido el diagnóstico y tratamiento eficaz de muchas enfermedades. Esto ha traído como consecuencia un aumento en la esperanza y la calidad de vida, sin paralelo antes de la segunda mitad del siglo 20. No obstante estos avances, los pacientes y los médicos experimentan una creciente falta de satisfacción por los servicios médicos y hasta los estudiantes de medicina o de especialidades médicas, ven el futuro de la profesión con temor. Las causas son múltiples y aunque cada aspecto puede pertenecer a varias categorías a la vez, los rubros más importantes tienen que ver con algunos aspectos del orden social, económico y administrativo: falta de acceso a los servicios, encarecimiento, administración de la medicina por terceros. Una muy importante es que a diferencia del Renacimiento, donde destacó la búsqueda de la confianza en la especie humana -y de ahí el resurgimiento de las humanidades-, el final del siglo 20 y el inicio del siglo 21 se caracterizan por las luchas de clases, razas, religiones y por lo tanto por una creciente desconfianza en el ser humano. Otras causas están relacionados con la calidad de la medicina: escuelas de medicina, instituciones de salud, falta de control por parte del Estado y las agrupaciones profesionales.

Los médicos hemos sido víctimas de los avances de la medicina. Las primeras demandas, aparecieron ante la falta de regulación de la autoridad, con una profesión médica muy heterogénea

tendiente a la mala calidad y las crecientes e injustificadas esperanzas de los pacientes, de que para cada problema la ciencia médica tuviera una solución, generalmente perfecta e impecable. Así por ejemplo, una fractura complicada de una pierna que hubiera terminado inevitablemente en amputación, fue abordada por el traumatólogo y el cirujano vascular, con operaciones, antibióticos y analgésicos, y se convirtió en una causa de demanda al exigir resultados imposibles de obtener, dada la naturaleza de la lesión. A cada avance ha seguido una nueva expectativa injustificada y nueva insatisfacción y demandas.

Las teorías de la probabilidad (Pierre Simon de Laplace), el cálculo infinitesimal e integral (Leibnitz y Newton) y su incorporación a la estadística descriptiva e inferencial (Francis Quetelet y R.A. Fisher entre otros), son como en las demás disciplinas que se basan en el método científico, la parte medular para entender como funciona la naturaleza. Esto ha permitido grandes avances no sólo en las ciencias básicas (matemáticas) sino en las aplicadas (astronomía, física) y en las profesiones que han hecho la vida más confortable (ingeniería, arquitectura, mecánica). En estas profesiones, no se concibe un grupo de ingenieros que pretenda construir un edificio o distribuir la electricidad, sin tomar en cuenta y conocer a fondo las reglas derivadas de las leyes científicas. Si así fuera, con toda seguridad el edificio se caería y la electricidad no llegaría a su destino. No se intenta una explicación alternativa que no esté derivada de la experimentación científica sólida, dado que las reglas derivadas de estos estudios se cumplen con poca variabilidad y un amplio margen de seguridad (alto valor predictivo). La medicina es otra cosa. Tiene un aspecto científico, pero la incertidumbre es parte cotidiana de la práctica. Nadie ve el futuro y el pronóstico se establece en estudios de grupos de pacientes con diagnóstico y características parecidas al paciente actual. La falta de certeza en el diagnóstico, el pronóstico y el éxito

del tratamiento, no los conoce o no los acepta el paciente y frecuentemente tampoco los conoce el médico.

Desde el punto de vista social, la medicina no es una isla fuera del entorno que es la sociedad de un país, sino que recibe influencias de todos los ámbitos. Varios factores la han modificado en forma decisiva, al grado que la práctica actual de la profesión dista mucho de lo que todavía algunos de los que estamos en trabajo activo, estudiamos en la Universidad. Eduardo Césarman en el libro "Ser Médico" y Federico Ortiz Quezada en "La Medicina Está Enferma", plantean los conflictos actuales de la profesión.

Desde 1901, Sir William Osler mencionó que uno de los factores decisivos para la mala calidad de la medicina, es la proliferación de escuelas de mala calidad. Si bien en México la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina, ha hecho un esfuerzo para regular este aspecto.

Desde la edad media la medicina se consideraba como la culminación del conocimiento científico. Recordemos que la ciencia nació en Babilonia y Grecia y que aunque por siglos fue suplantada por creencias mágico/religiosas, su esencia permaneció en grupos selectos hasta su difusión y progreso amplios a partir del siglo XV. El Obispo Isidoro de Sevilla (alrededor de 620), señala la tríada que el médico debe dominar: la dieta, la cirugía y la farmacia. Pero además se requiere el estudio de las siete artes liberales: gramática, dialéctica, retórica, aritmética, geometría, astronomía y música. Este conjunto de conocimientos permite el estudio, la observación, el análisis y el tratamiento de la enfermedad. A la luz de la evolución de las escuelas de medicina y el perfil de los egresados, parece muy improbable que el médico actual domine las habilidades requeridas, por supuesto ajustadas al avance social y científico de la actualidad.

La socialización de la medicina en México, los seguros de gastos médicos y la medicina administrada por terceros en los Estados Unidos (Managed Care),

han sido repetidamente acusados de convertir al médico en un asalariado que trabaja como un obrero y al paciente es un número de cama o de expediente. El médico suele tener sobrecarga de trabajo, frecuentemente no cuenta con los recursos necesarios ya sea porque no existen (Seguridad Social) o porque se busca a cualquier costo el ahorro (Seguros privados y Managed Care). Por su parte, el paciente no suele estar a cargo de un médico responsable de su caso y acude a solicitar los servicios con la concepción previa de que pueden ser de mala calidad, van a ser escatimados o se le van a otorgar sin la calidez que el ser humano espera en estas circunstancias. En México, algunos hospitales del Sector Salud han sido ejemplos de investigación, docencia y atención médica de buena calidad, pero esto se debe a la concentración de recursos y la presencia de médicos con interés académico, más que a bondades inherentes al sistema, ya que la situación no se reproduce en la mayoría de los hospitales asistenciales.

Numerosas publicaciones han tratado de definir un sistema para evaluar la calidad de la medicina. Los dos aspectos principales son el proceso y los resultados. Aunque el primero es fácil de evaluar, el segundo puede reflejar mejor la realidad pero ser casi imposible de medir de manera confiable. Esto lleva a planteamientos simples como ("hacer lo correcto bien") que pueden definir conceptualmente el problema, pero que son insuficientes para una definición operativa y un planteamiento de las acciones a realizar. Es así como ciertos esquemas útiles desde el punto de vista científico, administrativo y económico, pueden producir buenos resultados estadísticos y muy malos resultados en la satisfacción de los pacientes y los médicos.

El temor a las demandas por mala práctica de la medicina, ha agravado la situación. Una costumbre que nació en los Estados Unidos entre 1850 y 1860, debido a la mala calidad de los servicios y a la falta de regulación por

parte de las autoridades, se vio perpetuada por vicios en el sistema legal que permiten demandar ante los tribunales (en México por la vía penal), sin efectuar un gasto significativo y dejando la decisión a individuos no capacitados en la ciencia y arte de la medicina. Esto se ha convertido en un negocio de tal magnitud en los Estados Unidos, que ha puesto en riesgo la economía de su sistema de salud. Aunque en México, las comisiones de arbitraje médico y las salas de conciliación son un avance y una esperanza para que estos casos se ventilen ante personal capacitado y en plan confidencial, la profesión médica no ha aceptado cabalmente esta opción y actualmente un gran número de casos se manejan ante el ministerio público y los jueces. Esto ha puesto en riesgo y a la defensiva a la profesión médica y aunque es innegable el derecho del paciente a la atención de calidad, también es verdad que algunos pacientes y abogados aprovechan la situación para obtener beneficios injustificados e ilícitos. Esto amenaza con convertir a la relación médico – paciente en un enfrentamiento, más que en la búsqueda de la salud o el alivio de la enfermedad. El médico no sólo trabaja temeroso y a disgusto, sino que en muchos casos prefiere no atender pacientes graves y pide gran cantidad de estudios (medicina defensiva), lo que encarece y vuelve de mala calidad la atención. El perjudicado está siendo el paciente, que es el único que puede revertir esta tendencia si vuelve a ver al médico como un aliado para su salud y si trata de dirimir sus diferencias con él y cuando ésto no es posible, hacerlo en las instancias especializadas para ello. Ver al médico como un enemigo o como un negocio potencial sólo perpetuará las dificultades.

La mala calidad general de la medicina se origina en las escuelas y facultades. Algunas no tienen recursos, otras son inexpertas y otras están plagadas de problemas políticos. Una vez que el estudiante se gradúa, se enfrenta a la creciente dificultad para especializarse y a lo poco estimulante que puede ser

la práctica actual de la profesión. Los ejemplos que ve, son de olvido de las artes clínicas, tecnología que se aplica con exceso y profesionistas con poco sentido humano y un alto sentido comercial. Aunque cueste trabajo reconocerlo, esta situación se está volviendo común y es la consecuencia de la existencia de escuelas que proporcionan al alumno un poco de información técnica y no de verdaderas universidades que formen cabalmente al profesionista.

La muerte como la vida, es un fenómeno natural, pero ahora se le busca un culpable. Indudablemente la enfermedad es una carga que altera la vida del paciente y su familia, pero la búsqueda obsesiva de la salud eterna es en si una enfermedad. A pesar de los avances de la medicina y la tecnología, nada parece suficiente y se exige la curación de enfermedades incurables o que sólo son susceptibles de control. No se entienden los riesgos ni se acepta el envejecimiento. De esta forma, el paciente está siempre descontento a pesar de los grandes avances a su servicio. Con cada avance de la medicina, las expectativas de los pacientes superan la realidad y parte de la culpa la tienen los médicos, por ofrecer más de lo que permite el avance científico. Actualmente la propaganda de productos disfrazados de medicamentos, que ofrecen entre otras cosas la eterna juventud y la salud total, hacen pensar a la gente que la medicina debe ofrecer lo mismo. En los Estados Unidos, la mitad del gasto directo del bolsillo del paciente en medicamentos, es para remedios "naturales", lo que muestra la desconfianza ante la medicina científica.

Uno de los vicios de la medicina norteamericana, es considerar un "error médico" a todo resultado que no sea la curación o al menos la buena evolución del enfermo. Las cerca de 100 mil muertes al año, debidas a efectos indeseables de los medicamentos, son atribuidas a los médicos. No se toma en cuenta que, dado el estado actual del conocimiento, exista inevitablemen-

te un número de pacientes que fallecen, (por ejemplo. el 10% de los infartos del miocardio), o que se complican (por ejemplo, el 1% de angioplastías que tienen que ir a cirugía) y se considera error médico a la mala evolución.

Los pacientes como todo ser humano, tienen derecho a soñar con la inmortalidad. Lo han hecho desde la más remota antigüedad y ello originó la búsqueda de la panacea. Pero el paciente cree que la ciencia debe tener una respuesta a cada problema. Los médicos y las instituciones, no hemos sabido explicar sus alcances y limitaciones. La creencia de que existiría un "jugo vegetal de la inmortalidad" está bien para el siglo II, y la búsqueda de la Fuente de la Juventud (que fue por primera vez representada en un cuadro de Lucas Cranach el Viejo) está bien para 1546; pero el exigir en el siglo XXI la certeza absoluta en el diagnóstico y el pronóstico, y la infalibilidad del tratamiento aún en enfermedades incurables, es un vicio que debe desterrarse. La inconformidad de los pacientes irá en aumento, a menos de que los médicos primero aprendamos y luego seamos capaces de transmitir a los pacientes, las probabilidades de éxito con nuestras intervenciones.

La inconformidad con los servicios médicos es mayor en las áreas quirúrgicas. El único factor relacionado que se ha podido demostrar, es la duración de la entrevista con el paciente, la que es mayor en la consulta de tipo médico que en las disciplinas quirúrgicas. Esto significa que aún hay lugar para la atención personal y las buenas relaciones, y dar a la consulta el valor agregado de una práctica verdaderamente profesional. De esta forma, la relación médico – paciente es determinante en la satisfacción del enfermo. Es frecuente que el médico se queje del éxito del charlatán, quien puede tener una consulta más numerosa que el médico graduado en la universidad y con cursos de postgrado. Esto es comprensible para una época en la que la medicina podía ofrecer pocas ventajas,

dado el escaso avance de la ciencia, pero ahora que la esperanza de vida se ha duplicado en un siglo, han desaparecido enfermedades que eran endémicas o causaban epidemias graves y muchos padecimientos que causaban muerte prematura son controlados, es más difícil encontrar las causas de este fenómeno. Una de ellas, es indudablemente el trato personal que cada individuo da a su interacción con los demás. En su libro "El sutil arte de entender a los pacientes", Richard Bates insiste en que mientras la ciencia trata de las relaciones entre la salud y la enfermedad, el arte trata de las relaciones entre seres humanos y su propósito, como cualquier arte, es elevar y enriquecer la mente y el espíritu. Pero el arte en la medicina, ha sido visto a veces como la antítesis de la ciencia y así el clínico avezado que dedica tiempo a la semiología de las enfermedades y al entendimiento de las circunstancias del paciente, puede ser visto como alguien "que no está al día". Esto ha sido perjudicial tanto para los pacientes como para los médicos.

Los médicos tratamos a los seres humanos – pacientes – en una etapa desafortunada de su vida. Se sienten mal, tienen miedo de perder la vida, tienen que pagar para tener una mejor oportunidad de mejorar y en el proceso tendrán, entre otras cosas, que perder su privacidad y permitir a un extraño entrar a la parte más íntima de su ser. En muchas ocasiones, en especial en las instituciones, pierden su individualidad. En este escenario, los médicos debemos encontrar como gozar del trato con enfermos infelices y difíciles. Debemos encontrar la manera de conquistar al cascarrabias, motivar al obstinado y agradar al intratable.

Cuando se establece una relación de contrato, como entre un médico y un paciente, la inconformidad resulta de la falta de cumplimiento de dicho contrato. ¿Cuáles son las características del médico y del paciente, así como del contrato?

Los médicos creemos que los pacientes esperan de nosotros paciencia,

tacto, dedicación, preparación, habilidades, optimismo y delicadeza. Se ha dicho en cambio, que los enfermos esperan confianza, amistad y calor humano y que su médico sería el primero a quien le confiarían un problema delicado. Pero los médicos estamos muy ocupados por las enfermedades, como para ocuparnos de los enfermos. Se describe al médico actual como atareado, preocupado, cansado, descontento, inquieto, intranquilo e incomprendido. Así, una habilidad que se ha desarrollado es interrumpir al paciente cuando empieza a hablar de algo que el médico no considera clave para la atención. La sobrecarga de trabajo y la rotación de varios médicos para atender a un mismo paciente, agravan esta situación en las instituciones.

Es difícil encontrar, especialmente en nuestro país, las razones por las que se escoge la carrera de medicina. Se mencionan los logros económicos, la curiosidad – científica o no-, el prestigio y la autoridad que da la profesión, el ejemplo de algún médico y en algunos casos el idealismo de la ayuda al prójimo. El paso por la universidad nos cambia a todos y al ser médicos nos damos cuenta de la baja estima que actualmente tiene la población acerca de la medicina, aunque los individuos a veces encuentran la excepción en su médico personal. Además, el ser humano tiene la necesidad de reducir al poderoso a la dimensión ordinaria, y así apoya al débil y puede sentir el deseo de bajar al médico a su altura – o en algunos casos frecuentes – por debajo de él. El paciente enfermo descarga sus resentimientos contra la sociedad, la fatalidad, la divinidad, su propia falta de cuidado, su familia y contra la figura del médico. Lo hacen más con el médico que con otra profesión, aunque los políticos, el clero y los abogados están sobre nuestros pasos.

Hace años, la medicina se encontraba en un mercado en el que la demanda de consultas era menor que el número de médicos que las ofrecían. Se dice que a partir el Informe Flexner que en 1910 acabó con las fábricas de

títulos médicos disfrazadas de escuelas de medicina, ahora los médicos tienen exceso de pacientes y no necesitan cuidar la calidad de sus servicios. Es posible que eso haya sido verdad en los Estados Unidos, pero la situación actual en México se asemeja a la de aquel país en aquella época y el distanciamiento de los pacientes y los médicos es aquí y ahora una realidad. Este distanciamiento tiene otras causas. La capacidad de disfrutar de la profesión tiene relación con la capacidad de actuar como ser humano y no como un técnico, por muy preparado que se esté. Para quitarnos la máscara profesional, se requiere meditar sobre la desconfianza general que involucra la relación con nuestros semejantes y los médicos tenemos derecho a ser precavidos, así que esto puede tomar tiempo. Además, para no revelar sus limitaciones, muchos médicos adoptan el carácter de seres superiores e infalibles, situación que se revierte contra ellos mismos ante una mala evolución del enfermo. Algunos médicos sólo pueden establecer una relación con pacientes que consideren inferiores, y algunos pacientes tienen la misma regla para la relación. Se requiere madurez para establecer una relación entre iguales, sin sentir que el ego y la independencia sufren menoscabo.

El médico suele tener un gran ego, que se defiende ante la posibilidad de exponer la inseguridad, la que es mayor conforme el profesionista es más joven, menos preparado y menos avanzado en su madurez psicológica. El médico debe adquirir confianza en sí mismo. Actualmente le llamamos autoestima a la visión que se tiene de uno mismo, que permite desarrollar cabal y eficazmente las actividades de la vida diaria y que es aplicable en todos los niveles en los que podamos estratificar a la especie humana (sexo, edad, nivel socioeconómico, entre otros). Se había dicho hacia la mitad del siglo pasado, que el médico tenía temor de ser derribado del pedestal en que se encontraba. En los inicios de este nuevo siglo, ya ha pasado largo tiempo desde

que caímos del pedestal y ahora la lucha es frontal (conceptualmente hablando ya que no siempre se toman acciones al respecto) contra las autoridades, las organizaciones de atención a la salud, la medicina alternativa, la propaganda deshonestas y por supuesto dentro de las propias organizaciones médicas. El médico debe eliminar el estereotipo que hemos adquirido, para obtener una verdadera personalidad segura de sí misma, productiva y “profesional”. Se dice que las cumbres son lugares solitarios y nos obligan a estar siempre actuando. Los pacientes se dan cuenta y tarde o temprano desconfían del actor. El médico tiene un largo camino para convencerse de no ser frío y distante, y conocer las características de la humanidad y lo que esta espera de él.

“El cliente siempre tiene la razón” no se puede aplicar a la práctica de la medicina. Es frecuente que el paciente no sepa con claridad qué espera, aunque sí sepa *lo que no* espera del médico, pero conforme el paciente es más poderoso económicamente, tiende a explicar al médico lo que quiere obtener. Dado que hay varias categorías de pacientes, sus pretensiones varían mucho. Se pueden catalogar en los que están sanos, acuden a revisiones y buscan conservar su salud; los enfermos que pretenden algo para corregir la enfermedad; y los sanos que debido a características mentales quieren estar enfermos.

Este último grupo suele ser el que más problemas crea. Se ha dicho que la ciencia actual cura o menosprecia enfermedades que antaño requerían multitud de medicamentos y que el paciente hasta disfrutaba y hoy tiene más éxito el que receta antibióticos y multitud de medicamentos para un resfriado, que el que indica aspirinas y reposo por unos días. La solución no está en volvernos charlatanes ni en tratar de educar a las masas, sino en dedicarle al paciente mayor atención psicológica en lo que es su verdadero problema.

El paciente verdaderamente enfermo espera de nosotros atención, tiem-

po, conocimientos, instrumentos, equipo y personal calificado. Pero sobre todo la confianza. La confianza no se gana de forma simple y el esquema es complejo. Intervienen la apariencia del médico, su prestigio, el éxito que tenga en el paciente en cuestión y parecen ser clave para ello la franqueza y la honestidad. Con el tiempo la relación se vuelve más íntima sin llegar a exageraciones.

### El paciente hospitalizado

Aunque los comentarios de insatisfacción también se producen en el consultorio, las mayores inconformidades ocurren con el paciente hospitalizado. Las demandas provienen principalmente de los pacientes obstructivos y quirúrgicos y de éstos, los de traumatología y ortopedia. Analizaremos más detenidamente la problemática del enfermo hospitalizado, el cual en primer lugar suele ser más grave que el ambulatorio. Es fácil que pierda su intimidad, especialmente en salas compartidas con otros pacientes y en lugares de enseñanza donde el médico es acompañado por un séquito de estudiantes y residentes. Se requiere un tacto y un esfuerzo adicional para granjearse la confianza del enfermo. El hospital da al enfermo sensación de encierro; el ego sufre porque se está bajo las órdenes del grupo médico (tanto mayor el conflicto cuanto mayor la categoría del personaje hospitalizado), sin la protección que le brinda su entorno habitual; hay sensaciones de culpabilidad y envidia ante la enfermedad. La ansiedad es el común denominador en estos casos, lo que se agrava con la habitual brevedad de la visita médica.

Se han descrito tres preocupaciones principales del paciente hospitalizado y aunque no siempre se pueden resolver completamente las dudas, el médico debe colaborar con la mejor información disponible. La carta de consentimiento informado, ahora un requisito legal dentro de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico,

puede ser elaborado con talento para informarle al paciente lo más relevante de su caso, sin colaborar a una mayor ansiedad y desconfianza. ¿Cuanto cuesta, cuanto tiempo y que me van a hacer?, son las principales preguntas. Por otra parte, el paciente que sale del hospital debe ser informado de muchos factores que influyen en su salud y también resolver sus dudas como cuál es el pronóstico y cuando puede regresar al trabajo.

Es frecuente que las demandas por mala práctica ocurran cuando el médico invade áreas que no le corresponden, ofrece resultados que no puede o en general no se pueden cumplir o efectúa cobros desproporcionados; pero sobre todo, cuando se rompe la relación médico – paciente. Todos debemos llamar a Doña Rosa por su nombre, en vez de decir “el paciente de la neumonía” o “del cuarto No. 2”. El día que nos toca ser enfermos, vivimos cabalmente el trato impersonal que los mismos médicos hemos creado.

La relación entre los médicos es un factor de gran importancia y resulta a la vez desagradable y desalentador ver como en un número muy elevado de demandas, hay un médico que aconseja al paciente o la familia para hacerlo. La mala relación entre médicos no es nueva y en México el Dr. Joaquín Delgado, de San Luis Potosí publica en 1899 sobre la mala preparación profesional y la mala relación entre los médicos. No hemos sido un verdadero gremio, sino que cada quien actúa en defensa de sus intereses personales. El desconocimiento de la esencia probabilística en la toma de decisiones, de las reglas de incorporación de los conocimientos científicos a la práctica diaria de la medicina, de las ventajas y limitaciones de la medicina basada en las opiniones o en las evidencias, de las dificultades para que haya concordancia entre diversos observadores de un mismo fenómeno, se suman a la difícil tarea de aprender las ciencias básicas y clínicas fundamentales y a los problemas cada vez mayores de separar la información relevante para el enfer-

mo, de la propaganda tendenciosa de la industria farmacéutica. Si agregamos los problemas económicos, políticos y administrativos que enfrenta la medicina, nos daremos cuenta que ya se está haciendo tarde para que cada uno de los médicos, tomemos acciones para mejorarla.

Dice Lucean Leape, que la culpa de la debacle actual de la medicina son los sistemas y no las personas. Busca reformar los sistema de enseñanza y la práctica de la medicina para volverla más segura. Sin duda tiene razón, pero el camino para lograr las reformas en un sistema de salud, inevitablemente es largo y sujeto a las vicisitudes de la economía y la política. En cambio Alvan Feinstein dice que “para avanzar en el arte y la ciencia del examen clínico, el equipo que el médico necesita mejorar más, es él mismo”, con lo que quiere decir que hay mucho en donde mejorar individualmente, mientras el estado y las organizaciones médicas actúan.

### La “barrera” médico-paciente

Se ha dicho que el estudiante llega a la escuela de medicina lleno de ilusiones de ayuda a la humanidad, mismas que pierde durante su paso por la escuela y los cursos de especialidad, para en algunos casos, madurar más tarde y con los años perder la hostilidad que caracteriza a esta etapa de la profesión médica. Tal parece que el médico joven no está consciente de esta hostilidad, la que resulta manifiesta para los empleados del hospital y los maestros. Esta actitud lo lleva a considerar a los pacientes como casos o números y no como seres humanos, conducta que parece estar presente también en los estudiantes de psicología y trabajadores sociales. El que éste fenómeno sea tan común y que ocurra en diversos ámbitos, no se debe exclusivamente a defectos en la enseñanza, sino a la idiosincrasia de la práctica de la medicina.

El paciente espera cierta reciprocidad del médico. Al permitirnos entrar en su intimidad, al “desnudarse”, espera que con nuestra afectividad y sinceridad le

digamos qué y quiénes somos y qué le podemos y qué no le podemos ofrecer. El estudiante en su primer contacto con el paciente, difícilmente ofrecerá esta igualdad y pretenderá la posición de superioridad que ha caracterizado a la medicina, pero el médico experimentado debe haber dejado mucho tiempo atrás estos prejuicios y esta incapacidad de comunicación. El médico no se debe sentir en una posición de poder ante el enfermo, como en la infancia los padres ejercían el poder sobre él. Por otra parte, algunos pacientes se encuentran precisamente en este pedestal y son ellos los que no permiten la igualdad y la intimidad, con riesgo de perder su propia sensación de superioridad que ellos mismos han construido en su mente.

Algunos pacientes muestran hostilidad injustificada hacia el médico, quien puede romper la barrera actuando con cordialidad. Para otros, el médico representa una figura odiada y se da el fenómeno de la sustitución, el cual requiere una acción más frontal para resolver el problema. Recordemos que la insoportable anciana impertinente para un médico, puede ser la más encantadora de las viejitas para otro. La afinidad entre seres humanos no es universal y son tantos los factores que intervienen, que explica porqué hasta el paciente más difícil puede encontrar un sitio donde ser atendido. En el caso

del enfermo grave y especialmente el moribundo, el trato con los familiares es crucial. Algunos familiares expresan con hostilidad, su propio sentido de culpa por haber desatendido en algún momento de la vida al enfermo o por no haber participado a tiempo para buscar su curación. El encontrar signos, aunque sean leves, de desconfianza, debe llevarnos a sugerir la participación o la opinión de otro médico.

Se ha descrito cierto desprecio del médico por la incapacidad del paciente a seguir sus indicaciones. Esta creencia de que los demás deben ser como uno es, llevada al extremo en el fundamentalismo religioso, hace pensar que es debilidad la falta de apego al tratamiento o la eliminación de los vicios y puede conducir al desprecio y a la falta de compasión. Ambos, médico y paciente, tienen que volver a aprender a ser humanos.

Las siguientes han sido mencionadas como las principales características de una buena relación:

- Respeto al paciente.
- Tolerancia de las debilidades humanas.
- Conocimiento de sí mismo y del comportamiento humano.
- Honestidad.
- Preocupación por los demás. (*Reverencia por la vida*, le llama Schweitzer).
- Disciplina para el progreso personal y nuestros propósitos.

- Confianza en uno mismo y en los demás \*.

Los médicos deberíamos buscar la simpatía con los pacientes, no sólo la empatía. Tiene riesgos como toda relación en la que esperamos reciprocidad. Tiene riesgos como el sufrimiento al adentrarnos y solidarizarnos en el dolor del enfermo. Requiere habilidad, especialmente técnicas de comunicación y manejo adecuado del lenguaje corporal. Requiere abandonar en la casa nuestras propias neurosis. Olvidarse de uno mismo y ser cabalmente profesionales en el trabajo. El primer ejercicio podría ser sonreír un poco más. El objetivo es una relación caracterizada por armonía, entendimiento, acuerdo y afinidad y con ello, aun con sobrecarga de trabajo, en las grandes instituciones impersonales y con pacientes difíciles, lograremos más en la relación médico – paciente y habrá menos pacientes y médicos insatisfechos. Aun con todos los problemas que conlleva la práctica de la profesión, difícilmente otra actividad puede brindar la satisfacción personal de tratar con un ser humano en la situación de privilegio en que nos encontramos los médicos. Cuando sintamos que la carga es pesada, recordemos las palabras de Scott Peck, “la vida es difícil, la vida es compleja y no hay soluciones fáciles”.

\* Por supuesto sin caer en una inocencia infantil y tomando en cuenta la existencia de la delincuencia y la mala fe.

#### Referencias bibliográficas:

- 1.- Bates RC. El Sutil Arte de Conocer a los Pacientes. Edición especial. Laboratorios Merrel. Ediciones PLM: México, 1974.
- 2.- London O. Kill as few patients as posible. Ten Speed Press: California, 1987.
- 3.- Chávez I. Ideario. El Colegio Nacional: México, 1997.
- 4.- Weinberg S L. The Golden Age of Medical Care and the Dark Age of Health Care Delivery. Charles Press: Philadelphia, 2000.
- 5.- Osler W. Aequanimitas. Blakiston: Filadelfia, 1942.
- 6.- Césarman E. Ser médico. Editorial Pax: México, 1991.
- 7.- Feinstein AR. Clinical Biostatistics. Mosby Company: Saint Louis, 1977.
- 8.- Peck MS. The Road Less Taveled. Touchstone: New York, 1978.