

Cuerpo, cultura e industria de la salud

Viejos y nuevos paradigmas en la formación del médico

Eduardo Domínguez Gómez*

I. El viraje histórico.

Hace 185 años fue inventado el estetoscopio, ese ingenuo y a la vez mágico aparato que empezó a ser usado para cambiar de modo contundente, pero ojalá no por siempre, la relación entre médicos y pacientes. El encargado de recordárnoslo fue Stanley Joel Reiser, en su libro *Medicine and The Reign of Technology*. (Cambridge University Press, 1978). Y nos resumió la versión el ensayista Neil Postman, en su obra *Tecnópolis*, (Círculo de Lectores, 1994).

Seguramente, para muchos ya es anecdótico el modo en que el médico francés René-Théophile-Hyacinthe Laënnec, en 1816, llegó a proponer este aparato. Pero vale la pena recordarlo para ir más allá de lo circunstancial:

Ante el voluminoso pecho de una paciente que presentaba trastornos del corazón, fueron inútiles los recursos tradicionales de percusión y palpación. Tal vez por la juventud y el género de la paciente, el médico no tuvo la valentía necesaria para posar su oído en aquellos senos voluptuosos, y se vio obligado a disipar su pensamiento recordando principios de la Física, ciencia seria, con menos desafíos eróticos. Encontró que el sonido se amplifica cuando se desplaza a través de materiales sólidos. Enrolló unas hojas de papel, acercó un extremo al pecho examinado y el otro a su oreja. ¡Gran sorpresa! Escuchó sonidos claros y distintos, como demandaba Descartes para toda idea científica. Lo siguiente era perfeccionar un dispositivo que terminó siendo una madera circular, a la que bautizó combinando dos palabras griegas que nos recuerdan el pecho y la visión.

Pero los desarrollos tecnológicos no son dispositivos tecno-prácticos que se pueden evaluar sólo por su eficiencia instrumental y operativa. Traen consigo las marcas de unas costumbres que agonizan y unas concepciones que entran en vigencia. El estetoscopio, como el oftalmoscopio (Hermann von Helmholtz, 1850), el laringoscopio (Johann Czermak, 1871), los rayos X (Wilhelm Roentgen, 1895) y todo el arsenal de intermediarios mecánicos y electrónicos, cambiaron la tradición de los diagnósticos, hasta entonces confiados en las expresiones sintomáticas de la naturaleza, por una modalidad que encontró eco en EE.UU. desde la época misma de la Independencia: acabar con el estorbo de aquellos “médicos que tenían una confianza inmerecida en los poderes de la Naturaleza para curar las enfermedades” (Palabras del Dr. Benjamín Rush, autoridad política, científica y social de entonces).

El Siglo XIX no sólo enriqueció los consultorios con aparatos que impresionaban por lo modernos y bien diseñados, que hablaban del prestigio de los médicos “más preparados” y con poder adquisitivo. Hizo posible también una revolución copernicana que tuvo tres expresiones: La Primera, los pacientes fueron perdiendo la convicción de que donde hubiera instrumentos la cirugía era inevitable. La segunda, cirujanos y médicos fueron nivelándose en status, favorable hasta entonces a los médicos, a quienes se les consideraba con dotes intelectuales mejores y preparación superior. La tercera, de impacto epistemológico, la presenta así Reiser:

El estetoscopio, “ayudó a crear al médico objetivo, que podía liberarse de la implicación en las experiencias y sensaciones del paciente, para pasar a una relación más independiente, menos con el paciente y más con los sonidos del interior de su cuerpo. Así pues, sin verse distraído por los motivos y creencias del paciente, el auscultador podía hacer un diagnóstico a partir de los sonidos

que surgían de los órganos del cuerpo, sonidos que sólo él oía y que creía que eran objetivos, expresiones, sin ninguna mediación, del proceso de la enfermedad”. (Citado por Postman, p. 132).

**La conclusión es clara
y Postman la resume en dos ideas:**

- La medicina se ocupa de la enfermedad, no del paciente.
- Lo que el paciente sabe no es demasiado fiable; lo que sabe la máquina, sí.

Y concluye: “La práctica médica había entrado en una nueva fase. La primera se había caracterizado por la comunicación directa con las experiencias del paciente, basada en lo que el propio enfermo contaba y en las preguntas y observaciones del médico. La segunda se definía por la comunicación directa con los cuerpos de los pacientes mediante el examen físico, incluyendo el uso de tecnologías cuidadosamente seleccionadas” (p. 33).

II. Significado y consecuencias

A veces los llamados de atención acerca de las nuevas características de las prácticas médicas son interpretados como duelos por un pasado irrecuperable y nostalgia por imágenes románticas de un paraíso perdido que nos llegó a través de narraciones idílicas. Es posible que ocurra en muchas ocasiones. Pero lo que propongo, en cambio, es que evaluemos por unos momentos las consecuencias de este viraje, para ver hasta dónde la práctica médica tiene algo que hacer para transformar las condiciones de salud cuyo deterioro suma hoy entre los ingredientes más crueles de las violencias que se multiplican hoy en nuestro país.

Cautiva, como está la Medicina, por su atención a la enfermedad y no al paciente, se deja llevar, sin mayores resistencias, desde los servicios humanitarios hacia la trampa de la industria de la salud. Y embelesados como se encuentran los médicos por las maravillas y eficacia del uso de aparatos intermediarios, hemos llegado a una situación incomprensible para los usuarios de servicios médicos e inadmisibles para toda persona humanista. Veamos algunas características de la relación médico-paciente que tienden a hacer “peor el tratamiento que las enfermedades”.

1. Cuando alguien se acerca a solicitar el servicio, ya no es una persona “sujeto de derechos y deberes”, sino el paciente objetivo, un compuesto de moléculas, células, sistemas fisiológicos, que intercambia gérmenes y energía con su ambiente y será el receptor pasivo de las prescripciones. Su naturaleza humana, forjada en millones de años de evolución, que heredó a través de la educación, las comunicaciones y el lenguaje, desaparece tan pronto pide la cita y se le asigna un número de turno.
2. El interés por sus condiciones ambientales, sociales, económicas y psicológicas de quien consulta, pierde cada día más valor en las historias clínicas, gracias al triunfo del enfoque curativo sobre el paliativo y preventivo de los tratamientos. Más cuando la eficacia y la eficiencia se miden por el número de personas atendidas durante la hora, la cantidad de dinero ahorrada en medicamentos y tecnologías no aplicadas, y la velocidad con que desaparezcan los síntomas.
3. Al no entablar diálogo con el paciente y centrarse en sus síntomas, el médico separa a la persona en sus partes componentes y alcanza a percibir de ella una especie de efecto cubista. No alcanza a captar, ni le interesa ya, cuánto sufrimiento (moral) le causa el dolor (físico). No hay tiempo para detenerse a entender cómo ha formado la personalidad y el carácter, ni las experiencias de la vida que sirven de contexto para el surgimiento de su enfermedad, ni los lazos familiares que pueden afectar positiva o negativamente; ni el bagaje cultural subyacente, ni la variedad de roles y de relaciones que ha desempeñado. ¡Ya ni el cuerpo ni la auto-percepción de su cuerpo cuentan! Mucho menos su vida secreta de anhelos, temores, esperanzas y fantasías, enhebradas en su percepción del mundo que le espera y en sus convicciones trascendentales con sus allegados, con la naturaleza, con el mundo de las ideas y con los espíritus. (Casell, E.J. *The Nature of suffering and the goals of medicine*, Oxford University Press, 1991. Citado por Brendan Sweeney en “The place of humanities in the education of a doctor”, en : *British Journal of General Practice*, febrero de 1998, # 48, pgs. 998-1002) Todo ello visto como impertinencia para comprender

objetivamente lo que pasa. ¡El ser humano vaciado de contenido para poderlo salvar! ¿Paradoja de la ciencia o de la economía política? No tengo la menor duda: es responsabilidad de la segunda con ayuda cómplice de la primera.

4. Expulsado el diálogo de los consultorios, el médico y el paciente ya no captan otras heridas que causan sufrimiento: la muerte de un amor, la carencia de poder, la ausencia de ayuda o la pérdida de esperanzas; la pérdida del trabajo; una traición profunda, la marginación, la carencia de hogar propio, la pérdida de la memoria, el miedo incesante, y la agonía física (Cassell, ob.cit.). Desaparece en los hechos la posibilidad de captar el sentido de cada vida en su complejidad ambigua.
5. Ya no hay trato, hay contrato. Por eso la relación médico-paciente no es entre sujetos que tratan de entenderse, es entre personas jurídicas que se previenen para ganar un pleito. Ante la falla posible del médico o de las entidades de servicios, no habrá diálogo sino tribunales. Y esta situación se torna tautológica: los aparatos dan seguridad y la seguridad exige aparatos. No hay que dar la oportunidad de ser acusados de negligencia. Cariño, confianza, amistad, solidaridad y afinidad, como las que reclama hoy el médico aguadeño Javier López, miembro de honor de la Academia de Medicina de Cleveland, U.S.A. (El Colombiano, Medellín, 20 de mayo de 2001, pg. 7d), se ven como sensiblerías imposibles en estos tiempos de seriedad instrumentalizada.
6. También en Medicina como en la Educación, el préstamo de metáforas desde las ideologías rentistas de la Administración de Empresas y sus obsesiones por el rendimiento económico y el retorno veloz de la rentabilidad, está haciendo estragos. ¿Cómo evitar que la cita derive en encuentro de negocios, el médico en acreedor y el paciente en un cliente, cuando el sistema de salud no reconoce nombres propios sino códigos, las historias clínicas se llenan como colchas de retazos hechas por quienes estén de turno y los efectos de las medicinas ya no los conoce quien las prescribió?

III. Las alternativas

Al final del libro “Vida de la Vida” (Segundo tomo de El Método, Madrid: Cátedra, 1993), Edgar Morin, advierte:

"Nos hallamos en el corazón de una tragedia insondable. Por todas partes, se combate ciegamente contra enemigos parciales, enemigos antiguos, enemigos muertos, nuevos amigos. Se ama, se odia, se yerra, se sufre, se subleva, se resigna, se cree, se deja de creer, se vuelve a creer. Aún no hemos comprendido la aventura que vivimos. En lugar de ser el foco de la nueva consciencia, la ciencia contribuye al nuevo oscurantismo. El pensamiento disyuntor/reductor, por una parte, el pensamiento mitológico/fabulador, por la otra, concurren para enmascarnos la complejidad omnipresente. Desde ahora ya no podemos esperar nada, desde ahora debemos temer lo todo de un pensamiento incapaz de concebir la complejidad de las realidades vivientes, sociales, humanas y la complejidad de los problemas planteados por la crisis contemporánea de la humanidad. Vamos a reventar por no comprender la complejidad". (pag. 520).

Disyunción y reducción hacen las ciencias médicas cuando enfocan la vida en términos exclusivamente biológicos, el organismo como expresión de sistemas fisiológicos y la salud como ausencia de disfunciones fisiológicas. Mitología y fabulación hacen quienes, aprovechando el temor al sufrimiento y a la muerte, aceptan que su prestigio se apoye en la convicción colectiva de que la tecnología resuelve los problemas de conocimiento y que nos permite prescindir del entendimiento mutuo.

Para no reventar, sí hay alternativas.

Una, educar, más que entrenar. Insistir con energía en la formación humanista de los profesionales de la salud. Se trata de formar destrezas, pero teniendo en cuenta que no se perfecciona el proceso de intervención si no se entiende que el “paciente” no padece, participa de sus síntomas para co-construir las enfermedades. Que hace parte de un universo interconectado, combinatorio y en constante transformación, donde la química, la termodinámica, la mecánica y la fisiología, se

integran —modificándose mutuamente— con lo antropológico, lo social, lo psicológico, lo histórico y lo afectivo.

No se trata de un ataque a las ciencias, es un abono para que sus procedimientos no despojen al ser humano de su naturaleza, sino que le permitan disfrutarla en todas sus dimensiones. El Dr. Sweeney, a quien ya cité, afirma que la polarización entre las artes, las ciencias y las humanidades es artificial y su dicotomía no existe por necesidad; que la fertilización mutua es tan deseable como posible. Que de un proceso formativo como este, sale un tipo diferente de doctor: alguien rico y profundo como individuo; alguien que a veces ha de suministrar productos científicos avanzados que transformarán la vida de las personas, pero alguien también, habilitado para el relato y la comunicación con las personas cuyas vidas no podrán transformarse pero podrán ser engrandecidas para soportar y aliviar sus padecimientos (ob.cit. pag. 999).

Es cierto que la historia, el cuento, la novela, el cine y todas las formas multimediales contemporáneas, nos acercan de modo ficticio a los ambientes cotidianos del ser humano. Pero igualmente es cierto que lo hacen tomados de la mano de las verdades profundas que a veces lo superficial oculta. La impaciencia o las urgencias de nuestro frenesí urbano, no pueden ser admitidas como razones suficientes para ignorar este mundo del espíritu del que tanto podemos aprender.

Otra alternativa, es intercomunicar los saberes, las disciplinas y los métodos. Hay que ser historiadores, sociólogos y psicólogos para analizar lo biofísico. Con ecuaciones y proporciones numéricas solas el saber queda incompleto. Con discursos sin proporción y sin representaciones simbólicas queda defectuoso. Hay que propiciar su concierto en los procesos diarios del aprendizaje, la investigación y los servicios.

Y otra, es mantener en el mundo universitario los fundamentos humanos de todo conocimiento, resumidos por E. Morin para la UNESCO, en estas ocho estrategias de pensamiento:

1. Constante vigilia para entender las mutaciones entre el conocimiento, ilusión y error.
2. Buscar la pertinencia y evitar la falsa racionalidad..
3. Enseñar la condición humana.
4. No olvidar la identidad terrenal- planetaria
5. Reconocer y enfrentar las incertidumbres
6. Enseñar la comprensión
7. Promover la ética del género humano
8. Identificar las temporalidades.

Dotados con este equipaje seremos capaces de ponernos en la ruta para evitar muchos dolores y si no suprimirlos, por lo menos hacerlos soportables, sin crueldad, sin perder la dignidad, con mucha solidaridad, y sobre todo, con bastante reverdecir de las esperanzas.

