

ESPECIALIDADES MÉDICAS VERSUS LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Federico PÉrgola

Prof. consulto adjunto y director de la Carrera
Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad
de Buenos Aires



Tal vez el título de este editorial inquiete a algunos especialistas pero, se verá a través del texto, que no los incluye a todos.

Hace más de treinta años don Pedro Laín Entralgo (incluyo el “don” porque sé que es caro –querido, amado– a los españoles) publicó en Barcelona su *Antropología médica para médicos clínicos*, donde dividió esa relación de camaradería, como la define, en etapas afectiva, cognoscitiva, operativa, ética e histórico-social. Esa primera etapa afectiva, el paso más descuidado en los últimos años, en algunos casos –por las razones que veremos– fue eliminada totalmente, porque el especialista no entra en contacto con el paciente.

Otro autor, PB Schneider, desglosa la relación en diez tipos diferentes, que serían:

1. Relación científica. El autor es categórico cuando dice de ella: “No hay identificación con el paciente; la regresión de este último es total, es decir que debe ser completamente pasivo o, si se quiere, totalmente obediente, aun cuando no exista dependencia alguna del paciente hacia el médico”. Sería el caso del anatomopatólogo, que, en su laboratorio, sin conocer al enfermo, diagnostica sobre la pieza obtenida. Y, aunque sigamos discutiendo los nueve siguientes, aquí está el meollo de la cuestión. ¿Podemos hablar aquí de relación médico-paciente? Veremos que esta posibilidad fallida se puede observar en otros casos.
2. Relación del servicio de reparación. Es corta y, como ocurre con una operación de cataratas, si el paciente no conoce al cirujano, dudo que lo reconozca a través del gorro y el barbijo. O bien cuando el oftalmólogo de guardia extrae un cuerpo extraño que se alojó debajo del párpado.
3. Relación del servicio de mantenimiento o “crónica”. Hipertensos, diabéticos, hipotiroideos, etcétera, confor-

man, entre otros, la amplia gama de seguidores. Aquí se establece la auténtica relación médico-paciente.

4. Relación de consultor. Allí puede establecerse también una amplia filia –amistad, simpatía–.
5. Relación de perito. Sin palabras.
6. Relación pedagógica. Tal vez sea el momento en que el médico se acerque más al enfermo: cuando debe explicarle sobre su enfermedad, los cuidados que debe tener, qué le puede pasar, entre otros aspectos.
7. Relación sugestiva. Schneider la compara con un proceso hipnótico.
8. Relación de ayuda. Se basa en principios de caridad.
9. Relación de apoyo. Se separa del anterior porque no tiene objeto material sino de apoyo psicológico.
10. Relación interpersonal subjetiva. Se refiere a la actividad psicoterapéutica tanto del médico como del psicólogo.

Vista esta, tal vez, extensa lista de tipos de atención médico-paciente, donde el contacto personal no es tan frecuente, entramos en un terreno fangoso, alterado por muchos aspectos no tan secundarios como puede ser la cultura del enfermo o la personalidad del médico. Es decir que, cuando nos referimos a la misma, a ese contacto fraternal entre el que solicita ayuda y su curador –algunos la consideran una relación casi religiosa– no podemos poner en la misma bolsa a todas las especialidades. Un buen número de ellas consisten en una actuación simple, corta, sencilla y poco profunda, con escaso contacto personal. ¿Cómo podemos hablar entonces de relación médico-paciente? En nuestra Facultad de Medicina se dictan más de cien especialidades médicas. La relación médico-paciente ha sido el arma más importante que el médico clínico de antes (luego internista) utilizó para acercarse a su paciente. Esos consultorios mé-

dicos de antaño (hablamos de los que actuaban como clínicos) era el lugar donde –sin cortapisas– el paciente se abría a las expectativas de su enfermedad, confesaba sus miedos, aunque muchas veces ocultara datos de importancia, pero siempre confiando en el galeno, sabía que sobre todo este quería su mejoría o su curación. Generalmente, ese médico de vocación daba todo de sí y el paciente lo reconocía.

La tecnomedicina, ya no un futuro sino una palpitable realidad, se presenta adversa para esa relación médico-paciente. Desde ya, deberíamos “humanizar” las computadoras.

Con este futuro que la tecnomedicina ha introducido en los pasos de la medicina, llámense interrogatorio, examen clínico, diagnóstico y tratamiento, se nos avecina, a grandes pasos, un panorama cambiante. No lo notará solamente el paciente sino también el médico, que ya

comienza a padecerlo. Habitualmente, el enfermo era en cierta forma sumiso, aceptaba la palabra del médico, incluso, cuando apelaba a cierto número de placebos para tratarlo. En la actualidad, el paciente consulta en Google, lee cuidadosamente los prospectos de los medicamentos y le solicita a su médico que le pida determinados estudios de laboratorio o de imágenes. Está más entrenado y es bueno pero, a veces, cae en excesos. Este cambio comenzó lentamente hace aproximadamente medio siglo, y es natural que ocurriese porque la sociedad actual es otra.

Los médicos –con santa paciencia– debemos hacerles saber a los pacientes que estamos a su servicio con la mayor buena voluntad para curarlos o mejorarlos, y que deben confiar en quienes juramos comportarnos con las reglas éticas establecidas desde la época de la medicina hipocrática.[RAM](#)