CARTA AL DIRECTOR

Una preocupación que, por fortuna, no es solo mía

A concern, which fortunately, is not only mine

Ricardo Ángel González Menéndez[1]

[1] Universidad Médica de la Habana, Hospital Psiquiátrico Dr. Eduardo Ordaz, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
González-Menéndez R. Una preocupación que, por fortuna, no es solo mía. **Medisur** [revista en Internet]. 2016 [citado 2026 Nov 1]; 14(5):[aprox. 2 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3407

Aprobado: 2016-10-14 12:06:23

Correspondencia: Ricardo Ángel González Menéndez. Universidad Médica de la Habana. Hospital Psiquiátrico Dr. Eduardo Ordaz. La Habana. isaric@infomed.sld.cu

Señor Director:

En mis actividades docentes y asistenciales en diferentes medios, he apreciado una peligrosa tendencia a subvalorar la clásica relación médico-paciente, las pautas de la entrevista médica y el método clínico. Esta actitud no es nada excepcional, se encuentra estrechamente vinculada a las frecuentes deficiencias actuales de las gestiones asistenciales y afecta progresivamente el humanismo de "la más humana de la profesiones".

Aunque se infiere que las actitudes solidarias ante enfermos y heridos estuvieron presentes desde los australopitecos, el clímax de su desarrollo se alcanzó en la etapa del clásico médico de familia, paradigma de exitosas relaciones profesionales, cientificidad, proyecciones integrales, humanismo y profundo pensamiento clínico. El modelo de médico de familia legó a la posteridad el reconocimiento de la trascendente misión social de quienes abrazamos las ciencias médicas en sus diferentes perfiles.

Coincidimos con Lázaro y Gracia[1] cuando establecieron que las relaciones entre profesionales y pacientes han variado más en los últimos 50 años que en los 25 siglos anteriores y, en nuestro criterio, no ha sido para bien.

Muchos factores explican esta realidad. Entre ellos se cuentan la nefasta influencia de la tecnificación mal incorporada; la centralización en grandes ciudades de los servicios médicos; la necesaria expansión del equipo de salud; la aparición de las empresas privatizadoras con devastadores efectos económicos sobre el equipo y los usuarios; la intromisión de la prensa sensacionalista y de los abogados caza demanda en el ámbito médico, terreno abonado para los litigios legales, cuya magnitud implica la imperiosa necesidad de cobertura de mala práctica mediante costosos seguros. La consecuencia es el cambio de actitud de profesionales y usuarios, por el efecto anticompasivo de una práctica recíprocamente frustrante.

Estas situaciones, que amenazan con convertir la histórica relación médico-paciente en relación médico-litigante potencial, impiden el cumplimiento de las exigencias interpersonales descritas por Pedro Laín Entralgo, como saber ponerse en el lugar del paciente (fase coejecutiva), sentir su situación como propia (fase compasiva) y ofrecerle la ayuda esperable de un profesional (fase cognoscitiva).[2]

De igual forma, los trascendentes pasos de la entrevista médica resultan cada vez más subvalorados cuando a consulta se llaman números en vez de personas; cuando se producen recepciones más que frías "congeladas"; cuando los interrogatorios se limitan al motivo de la consulta; cuando los exámenes físicos se miniaturizan y proliferan las indicaciones mecánicas de complementarios innecesarios; cuando se "olvidan" las informaciones ansiolíticas; y cuando se despide al paciente sin recurrir al estrechón de manos o la palmada en la espalda, recursos interpersonales de relevante valor por ser expresiones adultas del contacto piel con piel, de tanta significación durante nuestro desarrollo infantil.

En lo referente a la involución de la comunicación interpersonal, la primera evidencia fue dejar de informar, después dejar de interrogar, posteriormente el abandono de la trascendente actitud de atenta escucha y, finalmente, la indicación de complementarios sin explicación alguna de sus objetivos y como alternativa al examen físico y al razonamiento clínico.

Debemos recordar y honrar a nuestros maestros cuando insistieron en que la clínica es la madre de la medicina. Fueron ellos quienes nos enseñaron a tomar en cuenta los objetivos y el estado afectivo del paciente según la severidad de su afección, así como las distorsiones en la comunicación, entre muchos otros secretos de la exploración clínica.

Ellos también insistieron en el manejo adecuado de la inspección, palpación, percusión y auscultación, siempre con la actitud reflexiva e integradora que posibilita el trayecto del síntoma y el signo al síndrome, del síndrome a la valoración nosográfica y, de ella, al diagnóstico diferencial, a la selección de los complementarios imprescindibles en cada caso, al establecimiento del pronóstico y al planeamiento terapéutico. Así mismo, modelaron los recursos persuasivos ante la petición del paciente de estudios innecesarios, sin que se afectara la relación profesional.[3]

Olvidar en nuestra misión instructiva-educativa estas enseñanzas implicaría el enorme riesgo de egresar facultativos y tecnólogos cada vez más actualizados, pero menos compasivos; cada vez más técnicos, pero menos involucrados; cada vez

más entrenados, pero menos disponibles; cada vez más equipados, pero menos reflexivos; cada vez más informados, pero menos solidarios; cada vez más ocupados, pero menos virtuosos; y cada vez más capaces de hacer, pero menos capaces de estar, aliviar y consolar. Estas condiciones implicarían la reducción del más importante reforzador de la vocación médica, que es la satisfacción ante el deber cumplido, derivada en la práctica de la satisfacción de los usuarios ante el trascendente servicio recibido.

Los principales indicadores de esta situación son los frecuentes cuadros de *burn out* en los miembros del equipo de salud. Cuando estas manifestaciones se hacen masivas e incorporan conflictos de identidad profesional, manifestados en la duda o rechazo de la elección de carrera, devienen en enfermedad de Tomas, designación derivada del nombre del protagonista de la novela de Milan Kundera “La insoportable levedad del ser”, un neurocirujano frustrado que cambió su profesión por la de camionero.

En esta dolorosa cuesta abajo, el ser humano sería considerado como conjunto de órganos, aparatos y sistemas. Así, las fronteras entre la medicina humana y la veterinaria dejarían de existir.

Afortunadamente, sabemos que el revertir estas tendencias está -a nivel mundial- no solo entre las prioridades de los profesionales dedicados a la ética médica y la bioética, sino también de los grandes maestros de la clínica y de los miembros del equipo de salud capaces de percibir el apagamiento progresivo de los estrechos vínculos afectivos con sus usuarios y de la frustración vocacional que ello implica. Ninguno de ellos se cruzará de brazos ante el nefasto trayecto emprendido por la relación médico paciente, la entrevista y el método clínico por ser los más firmes puntales de nuestra profesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra. 2006 ; 29 (3): 7-17.

2. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Triacastela; 2003.

3. Moreno M. Ética, Tecnología y Clínica. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2006 [cited 23 Sep 2016] ; 32 (4): [aprox. 5p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400012&lng=es&nrm=iso.