

EDITORIAL

Relación médico paciente: ¿Ciencia, arte y tecnología en crisis?

Los cambios dramáticos ofrecidos por la medicina moderna en diagnóstico, tratamiento, prevención y manejo de los procesos de salud/enfermedad, han permitido el desarrollo de una fuerza dominante en las modernas economías, aunque también el enfrentamiento de problemas sociales cada vez más desconcertantes. En ese entorno globalizador y de sofisticada tecnología es que se discute la esencia misma de la medicina ante la posibilidad de ser reemplazada por ordenadores y robots. Un aspecto básico que enfrenta la medicina como profesión es la necesidad de preservar y permitir, para su propia existencia, la relación médico-paciente (RMP). Una fuerte RMP puede mitigar otros problemas y contribuir a preservar el profesionalismo, aspecto central para alcanzar lo mejor que la medicina puede ofrecer. Este viejo concepto nos llega desde Hipócrates, quien al lograr sistematizar el método clínico, conjuntando la anamnesis y el examen físico, en ese tiempo con inspección, palpación y percusión ruda, estableció las bases morales y técnicas que sustentan la RMP.

La segunda mitad del siglo XX nos fue introduciendo en un mundo maravilloso de avances en biología molecular, tecnología y especialización, pero también de escepticismo sobre la medicina, arguyendo, correctamente, que los grandes avances alcanzados en la expectativa de vida a principios de ese siglo, ocurrieron como resultado de las mejoras en saneamiento, nutrición y vacunación, recalcando que los cuidados médicos eran menos efectivos que las intervenciones de salud pública, en la prevención de enfermedades agudas y crónicas. En forma más radical se argumentó que el “establishment” médico por sí mismo se había convertido en la amenaza principal debido a la *iatrogenia* y *malpraxis*, y la “medicalización” de los problemas humanos más comunes. El Dr. Archibald Cochrane en su ensayo *Efectividad y Eficiencia: Reflexiones Libres sobre los Servicios de Salud*, sugirió un método para

reducir la brecha entre el desarrollo en ciencias biológicas y en tecnología, y la entrega de servicios benéficos a los pacientes. Propuso que los avances científicos, guiados por el uso amplio de los ensayos controlados, al azar, pueden mejorar la ruta en cómo diagnosticamos y tratamos las enfermedades. Los alcances han sido impresionantes, sobre todo en el campo de la terapéutica; en 1966 se habían publicado 100 artículos sobre este tipo de ensayos, en tanto que se superaban los 10,000 solo para 1995. La medicina moderna se caracteriza ahora por combinar la ciencia y tecnología con evaluaciones más rigurosas y mejoradas de los riesgos y beneficios. Hoy en día, los clínicos y los pacientes contamos con una gama de tratamientos efectivos, todavía inimaginables hace un cuarto de siglo atrás; los avances terapéuticos, especialmente los que producen mejora en la calidad y extensión de la vida de las personas son verdaderamente extraordinarios.

A mediados de los años 1970's observamos también la emergencia del movimiento de la atención primaria en salud (APS), que en países desarrollados significó una reversión de la sobre-especialización, pero que en el caso de países pobres como el nuestro se trasladó a personal paramédico, con poco entrenamiento, para dar respuesta a los ingentes problemas de salud pública, con medidas de atención a personas y el medio. Una especie de medicina sencilla, popular, basada en el manejo del síntoma y de algunos factores de riesgo clínico-epidemiológico, ejercida por colaboradores comunitarios, auxiliares de enfermería, promotores de salud, entre otros. El concepto ampliado al terreno médico se aplicó al médico general en los centros de salud de consulta ambulatoria y algunas condiciones de emergencia en hospitales, a través de programas prioritarios definidos por salud pública, por ejemplo, mortalidad materna e infantil, atención de embarazo, parto y puerperio, enfermedades inmunoprevenibles, infecciones respiratorias y digestivas, ITS, etc. Para la medicina espe-

cializada la APS no se logró conceptualizar e implementar, ni con la denominada reforma en salud, que en los últimos 15 años no logró ni siquiera desenmarañar el ovillo enredado de un concepto ya desfasado, que ha dado paso a un ensayo burocrático de servicios de atención con tendencia a la privatización, pero sin nutrimento filosófico-político de base sustantiva, inspirado en modelos neoliberales importados e impuestos por los organismos de financiación internacional. El modelo compartido de APS y especialidad para los hospitales de alta complejidad, alimentado por el acceso espontáneo y las referencias de los niveles inferiores, nunca logró conformarse y concretarse, con lo que los servicios de urgencias y de consulta de especialidades actualmente están invadidos por consultas de atención primaria que pueden resolverse en los servicios periféricos.

La crisis actual que sufre la reforma de servicios de salud, y la emergencia subsecuente de la importancia de las fuerzas del mercado en medicina, han contribuido a la crisis de la APS. Un problema mayúsculo adicional ha sido la falta de acceso a servicios de salud por una importante franja de la población, generalmente pobre y marginada. La falta de acceso a los cuidados primarios de pacientes, en especial con padecimientos crónicos, es una amenaza evidente para mantener una RMP efectiva y fluida. Para estos pacientes, en el mejor de los casos, los cuidados provistos suelen ser episódicos; en el peor, se limitan a visitas a la emergencia u hospitalizaciones. Las emergencias generalmente pasan abarrotadas no solo de pacientes con problemas agudos sino también de crónicos, porque son la fuente que mitiga la brecha de los que carecen de acceso a los servicios regulares. Siendo que de por sí la enferme-

dad crónica es depauperante y que coloca al paciente en riesgo por carecer de una cobertura médica, la RMP no es mantenida adecuadamente dada la vulnerabilidad que produce el “síndrome de pobreza” y la constante falta de acceso de los pacientes, que también pierden las oportunidades de disponer de las ventajas de los tratamientos más avanzados que mejoran ostensiblemente el cuidado de estas dolencias.

La naturaleza de la práctica médica en los servicios públicos de salud también daña la integridad de la RMP, especialmente en su continuidad, atizada por las reiteradas visitas de los pacientes a diferentes centros de salud y hospitales en el afán de acumular medicamentos para los frecuentes períodos de escasez, crisis que recurren en la administración pública. Las presiones administrativas de cumplir con el tiempo laboral del médico, también han contribuido a la despersonalización de la interacción clínica.

La medicina como profesión, basa su ejercicio en la obligación hacia las personas e instituciones, de actuar como una fuerza constructiva más allá del límite de los cuidados que se brindan a un paciente individual. Los médicos debemos exhibir las cualidades profesionales de ser custodios, transmisores y adelantadores de la ciencia, el conocimiento y la experiencia, guiados por un código de ética que incluye el servicio a las personas, y el sentido del cumplimiento del deber por encima de la recompensa. Esto significa calidad, la mejor esperanza de la profesión médica.

Jorge A. Fernández
Inmunólogo-Alergólogo