

La medicina que vivimos

Medicina del siglo XXI

ORLANDO A. FORESTIERI

CÁTEDRA LIBRE DE SALUD DE LA MUJER (UNLP)

Resumen

La medicina debe sostener la relación médico-paciente como emblema de un modelo biopsicosocial que, sin duda, sustituya al impracticable modelo biomédico. Y en este siglo XXI, el de la interdisciplina, como así se lo denomina, enfrentamos una realidad que suma la implementación de Tecnologías e Innovaciones en Salud y la post-pandemia por COVID-19, aún latente. Ambas situaciones han modificado el escenario de la relación médico-paciente y la crisis sanitaria ha profundizado el equilibrio incipientemente logrado en las relaciones humanas. La presencialidad en el acto médico nunca perderá vigencia. Es innegable que el procedimiento que sigue a la anamnesis mediado por el examen a practicar es irremplazable. El médico es un actor social que vuelca en los pacientes no sólo su sapiencia profesional, sino también su capacidad de comunicación, herramienta básica para el ejercicio sustentable de la relación médico-paciente.

Palabras clave

Medicina; relación médico-paciente; siglo XXI.

Introducción

Una obra como la presente requiere necesariamente de reflexiones y análisis de la realidad de la medicina que se vive, la del nuevo siglo. Y más enfáticamente, como se sostiene que el siglo XXI es el siglo de la interdisciplina, realza el concepto de la importancia y el significado de la relación médico-paciente (RMP).

Esencialmente, el XXI es el siglo de la pandemia COVID-19. Un hito que lamentablemente marcará un hecho histórico sin precedentes y que, como bien se ha sostenido, constituye un verdadero experimento social que nunca se había hecho antes y pone a nuestro cerebro ante un escenario totalmente imprevisto.

No se puede soslayar que el carácter disruptivo de esta situación epidemiológica impactó y sigue impactando en lo biológico, social, económico, ambiental, político y educativo.

La multiplicación de escenarios sociales, de realidades geopolíticas sobre la cotidianeidad no tiene límites. Es un proceso evolutivo que se extiende en todo el mundo y se advierten sus efectos en la vida y la actitud de las personas.

Y esencialmente hemos adquirido un aprendizaje no imaginado y necesariamente puesto en valor de la RMP frente a la adversidad y a las circunstancias que nos ocurren.

Desde la ética médica, la recomendación para entablar una adecuada RMP es que, a pesar de las medidas sanitarias que se deben implementar, se deben hacer expresivas las manifestaciones de benevolencia tanto en las expresiones de acompañamiento, como con el relato al paciente. Esto quiere decir que, aunque el paciente no puede ver la expresión facial de acompañamiento, el profesional de salud debe expresarse de manera

verbal, ofreciéndole todo lo que esté a su alcance para restablecer su salud.

Se ha establecido una crisis sanitaria en que la relación entre la atención médica y la asistencia clínica se desnaturaliza y trae consigo un resultado inesperado.

La Medicina debe sostener la RMP como emblema de un modelo biopsicosocial que, sin duda, sustituya al impracticable modelo biomédico.

Evolución de la RPM

En este siglo XXI, el de la interdisciplina, como así se lo denomina, es menester poner en práctica herramientas y consignas sobre la base de que:

- Los pacientes nos enseñan.
- Entender la importancia de la prevención de riesgos y los riesgos de la prevención.
- Ejercer el significado del sentido de los sentidos: saber oír, entender y atender.
- Sostener la gestualidad en el médico y el paciente.

Por qué los pacientes nos enseñan

Resulta indudable que el transitar una enfermedad, cualquiera sea su etiología y su terapéutica, implica un verdadero camino desde la salud a la enfermedad, desde el padecimiento hasta la curación, sobre todo cuando ésta es posible.

FRANCISCO MAGLIO sostiene acertadamente que el que enseña también aprende y el que aprende también enseña

Para llegar a esta interfecundidad, debe pasarse del interrogatorio (la biología) al escuchatorio (la biografía).

La línea imaginaria que establece el consultorio es un escritorio.

Detrás de él, el médico.

Frente a él, el paciente.

La duda de ambos: qué me dirá (paciente); qué le digo (médico).

Ese aprendizaje diario, constante, sostenible, debe cimentarse en dos aspectos básicos:

- Ofrecer solidez y fundamentos en el diálogo.
- Generar aproximación y confianza.

La prevención de riesgos y los riesgos de la prevención

Las buenas condiciones económicas y sociales mejoran el estado de salud, y el buen estado de salud mejora la productividad en todos los sentidos.

La salud y el bienestar se ven afectados por múltiples factores: los relacionados con la mala salud, la discapacidad, la enfermedad o la muerte se conocen como *factores de riesgo*.

El envejecimiento de la población y la mayor expectativa de vida han conllevado a un aumento en las enfermedades y discapacidades a largo plazo e impactan sobre el sistema de salud.

Reducción de la exposición a factores de riesgo: la reducción del contacto (exposición) a factores de riesgo mejoraría enormemente la salud en general y la expectativa de vida en muchos años. De esa forma se reducirían presupuestos sanitarios.

La evaluación de riesgo es el proceso por el cual se analiza la probabilidad de ocurrencia y posibles consecuencias del daño o del evento que surge como resultado de la exposición a determinados riesgos.

Prevención de los riesgos

Si se analiza la importancia y el significado de prevenir parecería asimétrico que es riesgoso prevenir.

Al planificar una intervención es pertinente plantearse dos preguntas:

- ¿Se va a efectuar la prevención eliminando el riesgo o reduciendo la exposición a dicho factor?
- ¿Se aplicará una estrategia preventiva dirigida a grupos con riesgo alto conocido o se extenderá a toda la población?

Las respuestas definen una escala de objetivos de salud pública de acuerdo al nivel de impacto que se espera lograr: extinción, eliminación, erradicación.

El sentido de los sentidos: saber oír, entender y atender

La consulta médica, planteada como una forma de comunicación interpersonal, implica un mecanismo programado de intercomunicación, estructura contractual con solicitud, planteo y devolución. Es la denominada *medicina relacional o participativa*.

Una forma de diálogo integrado, de expresión de dos o, en ocasiones, más personas con un sentido participativo y dotado de un mecanismo de *feed-back*.

Fundamentalmente, la primera consulta implica un conocimiento recíproco entre médico/paciente, en el que es menester desarrollar ese sentido de los sentidos:

- Oír
- Entender
- Atender

Será la piedra angular de desarrollar un buen ejercicio profesional en esa primera consulta o, en su defecto, finalizar en una frustrante entrevista.

No puede omitirse que cuando una paciente llega por primera vez a la consulta, ese comienzo es el final de una etapa de elaboración, más o menos prolongada, de ella consigo misma.

El primer contacto entre médico/paciente es fundamental e implica escuchar, pensar y devolver la pregunta o el planteo.

Será la representación mejor lograda del acto médico.

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la salud pública

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ciber salud (conocida también como eSalud o *e-health*) consiste en «el apoyo que la utilización costo-eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud».

De esta forma surgieron herramientas como:

- **Registro médico electrónico** (o historia clínica electrónica): es el registro en formato electrónico de información sobre la salud de cada paciente que puede ayudar a los profesionales de salud en la toma de decisiones y el tratamiento.
- **Telesalud** (incluida la telemedicina): consiste en la prestación de servicios de salud utilizando las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente donde la distancia es una barrera para recibir atención de salud.
- **mSalud** (o salud por dispositivos móviles): es un término empleado para designar el ejercicio de la medicina y la salud pública con apoyo de los dispositivos móviles, como teléfonos móviles, dispositivos de monitoreo de pacientes y otros dispositivos inalámbricos.

KAUFMANN interpreta que las nuevas TIC generan modificaciones en lo social y también en lo económico-cultural y que conducen a que se replantee el vínculo entre pacientes y profesionales.

Surgieron y surgen organizaciones no gubernamentales a partir del conocimiento e involucramiento de grupos de pacientes que, en ocasiones, aportan positivamente sus propuestas o sugerencias al sistema de salud.

En otras situaciones tienen un perfil negativo según la interpretación de hechos sin la objetividad necesaria ni la formación científica acorde.

El acceso a la Historia Clínica Electrónica (HCE) a través del portal del paciente, muy usual en esta época y generado también por la situación epidemiológica tiene sus perfiles a considerar:

- Significativos, desde la óptica que permite al paciente informarse.

- Negativos, cuando la información no es debidamente procesada y genera falsas consideraciones de valor.

El médico debe acompañar en este proceso con la premisa del deber de informar y el derecho del paciente a ser informado. Surge así un equilibrio que debe ser sostenido y razonado.

La presencialidad en el acto médico nunca perderá vigencia. Es innegable que el procedimiento que sigue a la anamnesis mediado por el examen a practicar es irremplazable y si bien la consulta *on line* y las ventajas de la telemedicina resuelven en gran medida diagnósticos, la atención centrada en la paciente continuará por el carril presencial.

Fuimos formados para una relación frente al paciente con el objetivo de construir un vínculo de confianza, entrega y respeto, y no dudamos de que las personas así lo requerirán y valorarán.

PETRACCI sostiene que la presencia de eHealth en la RMP transcurre por un registro que pendula entre la variación de la consulta presencial asociada a la comunicación cara a cara y la consulta *on line* asociada a la comunicación a través de pantallas.

El médico frente a la paciente

La entrevista

El primer paso en la RMP está dado por la recepción del médico y su entrevista. Son condiciones inexcusables:

- La recepción
- Escuchar con atención
- Respetar la identidad de género
- Preguntar con sentido de respeto y en forma concreta

- No desestimar los aportes del paciente
- No corresponsabilizarse con sus dichos
- Promover el diálogo
- Entender que una anamnesis detallada no involucra pérdida de tiempo, sino inversión en conceptos e ideas sobre el caso que se presenta.

Resulta entonces indispensable que ese primer paso se cumpla. Siempre hablamos de la consulta tanto de demanda espontánea como programada.

En este nuevo siglo la presión del sistema médico institucional, con sus aciertos y defectos sobre la comunidad médica y del equipo de salud implícito, ha reconvertido esta RMP, haciéndola restringida, acotada y como resultado de mala calidad médica.

Es indiscutible que la anamnesis continúa siendo la herramienta inicial y básica del acto médico.

¿Qué reglas y preceptos exige el arte del interrogatorio?

Primero: saber escuchar. «El médico —decía **OSLER**— tiene dos oídos y una boca para escuchar el doble de lo que habla».

1. Dejar a la paciente expresarse libremente y sólo después dirigir el interrogatorio, comprensible y pertinente.
2. Definir todos los síntomas y signos de la enfermedad.
3. Obtener la mayor semiografía posible de éstos.
4. Ordenarlos cronológicamente (cronopatograma), precisando en el tiempo los hitos fundamentales.
5. Determinar las condiciones de aparición del padecimiento.

6. Duración total del cuadro clínico.
7. Consultas médicas, análisis y tratamientos recibidos.
8. Conocer a qué atribuye la paciente sus molestias.
9. Relación del cuadro clínico con funciones fisiológicas.
10. Relación del cuadro clínico con actividades, hábitos, situaciones afectivas y socio-familiares.

El examen ginecológico

Una de las premisas fundamentales antes de realizar el examen ginecológico es ofrecer tranquilidad y seguridad a la paciente antes del procedimiento.

La primera consulta en Ginecología y en Salud de la Mujer en general imprime a esa persona un impacto definitivo: continuará normalmente sus controles y consultas o las evadirá en el futuro.

Diametralmente se advierten estas situaciones en la práctica diaria y, lamentablemente, una mala experiencia de primera consulta ha generado demora y resistencia de muchas mujeres a la hora de practicarse estudios o procedimientos, muchas veces de impostergable indicación.

Conclusiones de la consulta médica

La construcción de una nueva cultura de la atención médica a partir de una filosofía kantiana, que exige el atreverse a pensar en una casuística contemporánea en la práctica clínica y biomédica, pretende el reconocimiento de los derechos del paciente, de su autonomía, de su dignidad y respeto como persona, apoyado por las nuevas normas jurídicas.

Puede ser llamado *modelo democrático o deliberativo* en el cual consideraremos el aporte de la bioética y que pone fin a la atención vertical de la paciente. Si bien ésta es considerada como un sujeto autónomo, con sus principios y valores propios, en esta nueva cultura de atención a la salud es necesaria la conducta y participación profesional del médico y su capacidad para establecer una relación que privilegie la deliberación y la comunicación.

De esa forma se otorgará a la paciente la información completa, veraz y oportuna reconociendo tres valores elementales en la RMP:

- Autonomía
- Capacidad para decidir
- Decidir con derechos e información

El médico es un actor social que vuelca en la paciente no sólo su sapiencia profesional sino también su capacidad de comunicación, herramienta básica para el ejercicio sustentable de la RMP.

Recomendaciones finales

La medicina como ciencia y arte es una disciplina que implica involucrarse en cada acto médico.

La razón de ser de esta profesión es dar vida, mantener la vida y luchar contra la muerte.

Establecer una RPM sólida, informar y no alarmar, persuadir y no invadir son elementos clave para poder enfrentar la cotidianeidad en todas sus formas.

No hay días diferentes, hay personas diferentes con las que nos encontraremos en el trajinar de la consulta, de la internación, de la sala de cirugía.

Pero también en la vida trajinaremos y esas personas serán parte de nuestra cotidianeidad porque integran nuestro conocimiento y la razón de lo que somos: médicos.

Bibliografía

- (1) MORENO RODRÍGUEZ M. El arte y la ciencia en la anamnesis. *MediSur*. 2010;8(5):28-32. <<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1314>>
- (2) MEJÍA ESTRADA A, ROMERO ZEPEDA H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Rev Med Electron*. 2017;39(1):832-842. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242017000700016>
- (3) PETRACCI M, ELICABE E, CUBERLI M. La relación médico paciente en la mira de eHealth. *REVCOM*. 2021;12. <<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/128816>>
- (4) ESPINOSA LUNA C. La configuración social de la pandemia por SARS-CoV-2. Un ensayo sociológico. *Sociológica*. 2021;36(102):279-290. <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732021000100279>
- (5) WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009. <https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf>
- (6) WYNDER EL. Invited commentary: studies in mechanism and prevention. Striking a proper balance. *Am J Epidemiol*. 1994;139(6):547-549. <<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a117045>>
- (7) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE)*. 2º ed. Washington DC: OPS; 2002.

<http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=858-mopece6&Itemid=688>

- (8) MAGLIO F. *Los pacientes me enseñan*. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2011.
- (9) GURUCHARRI C. *Ginecología antropológica*. Buenos Aires: Arkadía; 1991.

