

El distanciamiento tecnológico en la relación médico-enfermo

*Rafael Carmena Rodríguez**

Departamento de Medicina. Universitat de Valencia

Gracias a la aplicación de los descubrimientos en ciencias básicas, al desarrollo de la tecnología y al fructífero progreso de las especialidades médicas, la medicina del siglo XXI ha alcanzado cotas de eficacia y de capacidad curativa realmente extraordinarias. Los médicos de 2008 somos mucho más eficientes tratando a las enfermedades y previniéndolas de lo que eran los William Osler y Gustav Von Bergman al inicio del siglo XX.

Sin embargo, junto a indudables beneficios, el impulso proporcionado por estos avances a la actividad médica ha causado también cierto grado de perplejidad y confusión. Es fácil constatar un desequilibrio entre lo que la sociedad actual espera de la medicina y lo que esta puede de verdad cumplir.

Curiosamente, la figura del médico en muchos países con una medicina científicamente avanzada ha sufrido una importante merma de prestigio, como si la estimación social del médico estuviese en relación inversa a su eficacia. Vivimos una circunstancia histórica rodeada de aristas contradictorias, es decir: extraordinarios progresos científico-médicos y críticas implacables por sus procedimientos. Muchas serían las explicaciones o interpretaciones a este fenómeno, que va íntimamente ligado a un entorno de cambio social sin precedentes en la historia de la humanidad. Entre esos cambios, la aparición de un nuevo modelo de enfermo (ahora considerado “usuario de los servicios de salud”) y ciudadano educado en una sociedad que enfatiza al máximo los derechos (y el derecho a la salud a la cabeza de ellos) sin poner un acento similar en las obligaciones.

No debe sorprender que la inevitable irrupción, en este contexto, de la enfermedad de lugar a graves frustraciones que suelen dirigirse hacia la figura del médico. Son estos aspectos muy complejos cuyo análisis requeriría mucho más tiempo del que razonablemente dispongo. Ciñéndome al título que se me asignó para esta presentación, voy a limitarme a comentar algunos más directamente relacionados con la irrupción de la tecnología en la práctica médica de nuestros días y su impacto en la relación médico-enfermo.

La utilización de la tecnología ha situado en no pocas ocasiones al aparato entre el médico y el enfermo. Muchos médicos piden radiografías, TC y RM antes de escuchar lo que le ocurre al paciente y se habla poco con ellos. El médico actual suele ejercitar más la vista que el oído. Muchos enfermos, y también algunos médicos, creen que, puesto que vivimos en la edad de la Ciencia con mayúscula, todo debe ser necesariamente exacto, técnicamente perfecto y que la adivinanza ha desaparecido de la práctica médica.

Existe la generalizada creencia de que la biología molecular, que está permitiendo identificar a los genes responsables de algunas enfermedades, llevará ineludiblemente a la curación de todas en un futuro inmediato. Ojalá sea así y ojalá podamos verlo pronto.

Pero, mientras tanto, en el mundo real de la medicina clínica, los medios estrictamente técnicos o el rigor científico de la investigación básica no siempre se cumplen y pueden incluso resultar insuficientes ante el enfermo.

Conviene recordar que, en medicina, lo que llamamos datos o evidencias no son sino aproximaciones biológicas, que el pronóstico y la evolución de una enfermedad se basan en estadísticas pero que su aplicación a un enfermo concreto cambia fundamentalmente las

cosas. Generalizar cualquier efecto terapéutico a partir de la población incluida en un ensayo clínico, referirlo a la población general y suponer que, además, se mantendrá a largo plazo es siempre problemático y, en gran medida, hipotético.

Por eso, después de la eclosión de la tecnología, nunca el juicio clínico había sido tan importante como ahora para la toma de decisiones. Los médicos disponemos de tal cantidad de técnicas de diagnóstico y de tratamiento que nuestras decisiones ahora son mucho más fundamentales. De lo contrario, se puede llegar a cometer auténticas barbaridades. Es imprescindible educar a los futuros médicos para esto, enseñándoles a razonar y enjuiciar la situación del enfermo, valorar la relación riesgo/beneficio de las técnicas de exploración invasivas y transmitiéndoles la necesidad de continuar aprendiendo, seguir incorporando nuevos conocimientos.

En las facultades de medicina del siglo XXI debemos enseñar a los alumnos que la medicina es una ciencia y que muchos problemas clínicos los podemos solucionar apoyándonos en la ciencia y en tecnología basada en la ciencia.

Debemos hacerles apreciar también la necesidad de la colaboración interdisciplinaria que una la práctica clínica con la investigación básica. Una de las lecciones importantes que nos ha brindado la epidemia de SIDA es que no basta “intentar comprender”, como decía Claude Bernard, y que para cumplir su misión última, la ciencia debe ser aplicada y el conocimiento ha de transformarse en un motor capaz de solucionar los problemas del mundo. Y es deseable que este movimiento surja y se fomente desde la Universidad, con la formación de médicos preparados para el reto del siglo XXI.

Al mismo tiempo, hagámosles ver también que el componente artesanal del ejercicio de la medicina no va a desaparecer todavía y nunca lo hará del todo. Muchos de los problemas con los que nos enfrentamos los médicos carecen de una explicación científica y no tenemos tiempo de buscarla, porque hay que atender al enfermo aquí y ahora. La medicina no puede esperar a que la ciencia la alcance y el ejercicio de la medicina sigue comportando una notable dosis de incertidumbre.

El médico debe saber navegar en el mar de la incertidumbre. El médico con experiencia sabe bien que, con frecuencia, el dominio de la ciencia y el empleo de las modernas tecnologías no se extienden a muchos de los problemas clínicos a los que se enfrenta en la práctica diaria. Por eso, para practicar medicina, la combinación de conocimientos médicos, intuición y juicio clínico son hoy tan necesarios como una amplia base de conocimientos científicos.

En este mismo contexto, el escenario donde desarrollamos nuestra actividad, la relación médico-enfermo, es otro aspecto importante que debemos matizar a nuestros futuros médicos.

La relación médico-enfermo es, ante todo, un encuentro con frecuencia difícil, por cuanto se trata del encuentro entre dos culturas diferentes. Esta diferencia plantea problemas de comunicación entre ambos que pueden impedir que la práctica clínica se desarrolle con eficacia y dignidad.

De hecho, la situación de los dos grupos es diametralmente distinta. Los médicos están realizando una de sus funciones profesionales, es decir, un acto cotidiano que el hábito puede convertir en rutinario. En cambio, los pacientes se encuentran en la situación de indefensión que produce la enfermedad y el temor a la frustración biográfica y a la muerte.

En consecuencia, no resulta admisible plantear su relación suponiendo una situación de igualdad, ni pretender someterla a las leyes del mercado. Dentro de las consideraciones sociales del enfermo, el llamado darwinismo social (la lucha por la existencia, equiparando a los enfermos con los perdedores) y el economicismo, que subordina todos los fenómenos sociales al criterio supremo de los factores macroeconómicos, deben ser denunciados y rechazados por igual.

El derecho de todos los seres humanos a ser asistidos en caso de enfermedad es la principal consecuencia de la consideración positiva del enfermo vigente en la actualidad, que procede de la paulatina secularización de las normas cristianas. Como necesario complemento, se han multiplicado las declaraciones y normas sobre ética médica que han representado avances fundamentales y han venido a matizar y ordenar importantes aspectos de la relación médico-enfermo.

El gigantesco tamaño de la ciencia médica actual y la rapidez de su crecimiento solo pueden ser abarcados gracias al apoyo prestado por una nueva disciplina, nacida a mediados del pasado siglo: la documentación médica. Gracias a ella ha resultado posible consolidar y analizar la enorme cantidad de datos aportados por los estudios epidemiológicos de seguimiento prolongado, los ensayos clínicos controlados y la aplicación del metaanálisis, entre otros.

En este caldo de cultivo se ha ido elaborando un cuerpo doctrinal de lo que se ha venido a denominar, la mal llamada, en español, “medicina basada en la evidencia”, (MBE) ya que *evidence* en inglés quiere decir indicio y no significa, como en nuestra lengua, certeza. Este peligroso error conceptual sugiere certeza absoluta donde solo puede existir dato sugestivo o probabilidad. Sería mucho mejor utilizar el término “medicina basada en pruebas”, pero admito que esta es una batalla perdida.

Mucho de la MBE descansa sobre estudios epidemiológicos y ensayos de intervención terapéutica en poblaciones muy numerosas. Pero cuando el médico se enfrenta a un enfermo, a un individuo singular, nunca tiene la certeza de si este cae dentro de la curva de distribución estadística normal. El ejercicio clínico se caracteriza no solo por atender a los resultados de los estudios controlados, sino a complejidades clínicas como, por ejemplo, la multimorbilidad y las preferencias del propio paciente.

La aparición de la enfermedad, en gran medida, depende de la combinación forzosa de factores genéticos y medioambientales y la interacción entre rasgos heredados y entorno no es una simple suma y combinación de ambos. El papel representado por factores personales, sociales, culturales y económicos no puede en absoluto olvidarse.

Por ello, siempre habrá un componente artesanal en nuestra profesión y la viviremos perpetuamente con incertidumbre. El buen clínico lo es porque tiene experiencia, sentido común y humildad. Humildad para reconocer que la medicina no es una ciencia exacta y que siempre hay incertidumbre.

La figura del médico de cabecera o “médico personal” paternalista esta siendo rápidamente sustituida por la del moderno médico científico que trabaja rodeado de aparatos complicados y, muchas veces, dispone de poco tiempo para la comunicación con el paciente. Es una gran verdad que con frecuencia esos aparatos salvan vidas. Pero no es menos cierto que, muchas otras veces, lo que demanda además el enfermo es una

explicación, un consuelo a su dolor. Necesita a alguien que le quite el dolor de la enfermedad y el dolor de la inseguridad, del miedo a morir; alguien que sepa tenderle una mano, alguien que *trate* a la enfermedad y *cuide* del enfermo.

La concepción de la enfermedad propuesta por William Osler hace más de un siglo ha sido, como no podía ser de otra manera, ampliamente superada. Pero hay un legado que sí ha sobrevivido al paso del tiempo: su forma de hacer, su *modus operandi* como clínico. Creo que, en el momento actual, William Osler intentaría ayudar a que los médicos del siglo XXI recuperáramos el paradigma perdido, aquel que privilegiaba el vínculo afectivo con el paciente. La actitud de empatía con el que sufre debe ser mantenida por el médico de nuestra era y esto es algo que depende de nosotros mismos el llevarlo a cabo.

Siguiendo la sagaz recomendación de Ciril Rozman, hay que aprender a adaptarse, porque la gran infelicidad de mucha gente consiste en que se pone una meta demasiado alta o demasiado distinta. La felicidad está en adaptarse a lo que uno tiene, porque todo el mundo tiene cosas que vale la pena disfrutar. Es importante que los médicos sepamos transmitir este mensaje a nuestros pacientes y ayudarles a aceptar el que, a partir de una cierta edad, la vida es un aprendizaje de renunciamentos progresivos y que no hay mejor salida que adaptarse a los cambios.

Además, la actitud de empatía con el enfermo facilita y garantiza una mejor asistencia sanitaria. Aunque, me apresuro a reconocer, difícilmente podremos hacerlo si persisten las condiciones actuales de ejercicio profesional con consultas masificadas y escasos minutos por paciente.

Al nefasto efecto de la falta de tiempo en la relación médico-enfermo se refería hace ya más de medio siglo Jiménez Díaz cuando decía “lo importante es que el médico sepa escuchar, no hay duda que la terapéutica más difícil de otorgar es el tiempo”. Las enfermedades cambian pero, en cualquier época, la actitud del médico con su paciente deberá atenerse a esos postulados. De ahí que mantener los viejos paradigmas oslerianos de la relación médico-enfermo, conservar la indispensable faceta artesanal del arte clínico e incorporar los fantásticos avances de la biología molecular y la tecnología biomédica actual sea uno de los retos más importantes y fascinantes que tiene planteado el médico clínico en el siglo XXI.

Desde la perspectiva moderna de la medicina científica y de la medicina genómica debemos tener presente que cuidar a un enfermo sin ciencia es solo amabilidad y buenas intenciones, pero no es medicina. Por otra parte, la ciencia sin humanidad solo es medicina vacía, desprovista del amor al enfermo que ha caracterizado a nuestra vieja profesión. A comienzos del siglo XXI sería un grave error afrontar la práctica de la medicina sin ciencia; pero sigue siendo una virtud importantísima el afrontar la medicina con vocación y entrega hacia los enfermos. Utilicemos, cómo no, todos los apoyos que la MBE nos presta pero no olvidemos hacer uso también de la medicina basada en la afectividad.

No quiero terminar sin expresar la importancia que tiene, dentro de un mundo tan tecnificado, que los médicos sepamos transmitir confianza y optimismo. La personalidad del médico hoy como ayer sigue teniendo dotes curativas. William Osler decía que la amabilidad y el optimismo eran terapéuticos. No tenemos respuesta para el misterio de la muerte pero sí podemos combatir el dolor y el sufrimiento.

Por encima de todos los obstáculos, tantas veces inevitables en la masificada medicina actual, los médicos debemos ayudar al hombre a ser feliz y encontrar en esa noble tarea

nuestra propia cuota de felicidad. “La medicina no cura lo que no cura la felicidad”, dice acertadamente García Márquez. Pero, humildemente recordemos también los viejos aforismos medievales: “Toda la medicina deja de valer cuando la muerte reclama su deuda” y, que “*Contra vim mortis non est medicamentum in hortis*” acuñado por los herbolarios de la Escuela de Salerno cuando en ella ejercía nuestro Arnau de Vilanova. Por eso, siempre llega un momento en el cual el médico, reconociendo nuestra condición de perdedores biológicos, debe también dirigir su atención a cuidar y consolar a la familia del enfermo.

Estoy convencido de que el futuro de la medicina pertenecerá a aquellos capaces de entender no solo las bases de la medicina molecular sino también los principios de la conducta humana.

Hoy, como ayer, el ideal del médico no puede ser otro que el de un *Vir bonus, medendi peritus*, hombre moralmente bueno y técnicamente diestro y competente en el arte de curar y cuidar a sus enfermos.

Bibliografía

1. Ayala JM: La medicina posible. Ed. Prometeo Libros. Buenos Aires, 2003
2. Bennet G: The wound and the doctor: Healing, technology and power in modern medicine. Secker & Warburg, London, 1987
3. Bliss M: William Osler: A life in medicine. Oxford University Press, 1999
4. Casimiro-Soriguer Escofet FJ: El médico y el científico. Díaz Santos, Madrid 2005
5. Carmena R: Reflexiones sobre el momento actual de la Medicina Interna. *Med Española* 1979; 78: 158-162
6. Carmena R: Retorno a William Osler: Ecuanimidad y empatía en la formación de los médicos residentes. *Med Función Hosp* 1994; 1: 14-18
7. Carmena R: Anotaciones sobre la evolución de la medicina interna desde William Osler a nuestros días. Discurso de Inauguración del Curso 2007. Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, 2007
8. Churchill LR, Schenck D: Healing skills for medical practice. *Ann Intern Med* 2008; 149: 720-724
9. López Piñero JM, Terrada ML: Introducción a la medicina. Ed. Crítica, Barcelona, 1999
10. Lown B: The lost art of healing. Houghton Mifflin Co., Boston, 1996
11. Stead EA Jr: A way of thinking. A primer on the art of being a doctor. Carolina Academic Press, Durham, NC, 1995
12. Weatherall D: Science and the quiet art. The role of medical research in health care. WW Norton & Co., New York, 1995