

A MODO DE SINTESIS Y REFLEXIONES FINALES

La conceptualización de la RMP hasta no hace mucho tiempo se concebía como una díada, o “cuasi díada” de acuerdo a Lain Entralgo. A no mucho andar, la misma dió paso al concepto de triada o triángulo, en uno de cuyos ángulos se encontraba la familia. En la actualidad, con la incorporación de las instituciones y de su papel trascendente, se agregó un ángulo más, formando una tetrada: médico-paciente-familia e institución.

Una serie de factores contribuyen a empañarla: **el temor a la mala praxis** por el estado de litigiosidad imperante; **la desconfianza** hacia los médicos y la medicina; **la medicalización de la vida** reintante. A veces, **la no libre elección** del facultativo; **la despersonalización** por el trabajo en equipo que imponen ciertas áreas (salas de emergencia, guardia, cuidados intensivos, áreas de trasplantes de órganos), en fin, el disconformismo con la remuneración económica.

Esos son **factores externos** a los médicos, pero los hay inherentes a la persona como tal. Un hecho importante son **los mundos de suposición**, muchas veces diferentes, del médico y del enfermo. No siempre somos conscientes de la diferencia de estos mundos de suposición. Es algo parecido, pero no idéntico, a lo que se llama contexto socio-cultural: depende no sólo de la estructura social-familiar-ambiental, sino además, de la **personalidad** de cada uno, que es el modelo duradero de **experiencia interior y comportamiento**, tanto del enfermo como del médico.

También dependen de la persona como tal, lo que podría llamarse los **factores inherentes accidentales**: el médico apurado, el “profesor”, el médico técnico solamente (se puede ser técnico pero humano); el médico seductor, el médico especulador (le importa “el caso”).

En la RMP aparecen variaciones temporales que van desde aquella imagen histórica de la medicina clásica que se fundaba en un modelo de ecuación asimétrica: de un lado, la figura descollante y paternalista del médico, en

Dr. Agustín E. Caeiro*, Dr. Emilio Crespo ** y Roberto Modoery ***

tanto que del otro, la humilde y menesterosa persona del enfermo. En la actualidad, el paternalismo médico cedió paso al concepto de beneficencia, mientras que la autonomía desplazó progresivamente la menesterosa figura del enfermo.

Las distintas especialidades de la medicina, por su misma naturaleza, determinan variaciones cualitativas en la RMP. La problemática del adolescente no es igual a la del geronte: el primero busca fundamentalmente comunicar hechos y circunstancias con privacidad. No menos es la necesidad del geronte, quien además se acompaña de la constante preocupación ante la posibilidad de una institucionalización futura.

El enfermo agudo, en emergencia, plantea al médico y al equipo médico un nivel de adecuación que debe ser objeto de consideración muy especial, máxime cuando está consciente. El grado de angustia del que cualquier enfermo es portador, se multiplica en ellos y obliga una explicación de todo el proceso con palabras de aliento, las veces que fuera necesario.

La RMP puede ser objeto de transferencia pasiva: tal el caso de un clínico que presenta su enfermo a un especialista, con motivo de un procedimiento intervencionista. Esto permite al nuevo médico trabajar sobre un terreno ya ganado, a condición de no defraudar la confianza depositada por el médico de cabecera y aun por el paciente.

Existen situaciones especiales, de compleja medicina, en donde el paciente gradualmente adhiere su confianza a grupos interdisciplinarios de trabajo. Tal el caso de los enfermos que van a ser sometidos a trasplante de órganos. Confían no ya en su médico original, sino que ahora adhieren al grupo de trabajo sustitutos. Sin más, se transforman naturalmente en acérrimos defensores de la causa.

El riesgo quirúrgico existe siempre. Minimizarlo o magnificarlo es un error que desajusta las expectativas del paciente y de sus familiares, en relación a la aparición de un evento adverso.

De hecho existiría una relación inversa entre la mag-

* Clínica médica - Hospital Privado.

** Jefe de hemodinamia - Hospital Privado.

*** Servicio de Cardiología - Hospital Privado.

nitudo del riesgo quirúrgico y la solidez de la RMP. Menor posibilidad de un evento adverso, mayor el desconcierto frente al mismo.

El enfermo es hoy partícipe de su curación. Es elemento activo y debe ser informado, él y sus familiares, de todo el proceso que conlleva su diagnóstico-tratamiento.

El consentimiento informado termina en un documento que explicita y refrenda, actos, explicaciones, contestaciones y aclaraciones, efectuados entre el médico y el paciente.

Es un acto médico-jurídico y de interrelación humana, que también deja constancia de compromisos asumidos, por el médico y el paciente, referentes a reglas y medios éticos, reglas y medios médicos, y características del trabajo médico y sus resultados.

El **paciente difícil**, resultado a veces de un mal manejo médico o del equipo médico; otras veces, en virtud de su propia personalidad, abre el camino hacia un tratamiento integrado con el apoyo del grupo de salud mental.

La atención del propio médico, cuando éste se convierte en paciente, no resulta fácil tampoco, ya que él (nosotros) debe (debemos) colocarse en un rol y una secuencia que le son desconocidos en el habitual manejo de la RMP. Obviamente que su adecuación dependerá en gran medida de la estructura psicológica del nuevo paciente.

La RMP ideal implica una consubstanciación del médico en la problemática de salud del enfermo, a fin de recorrer juntos y de una manera eficaz el camino necesario para lograr su restitución.

Una valoración y adecuado conocimiento de la **persona del enfermo** se torna indispensable para el ejercicio del acto médico. Quizás debamos dar un "salto epistemológico que vaya de la enfermedad al enfermo" (L. Luchina), personalizando aspectos globales del ser humano en trance de enfermedad. Esto permitiría zanjar la distancia que a veces se establece entre el criterio médico de eliminar sólo una enfermedad, y el concepto individual del paciente en relación a la salud.

Una sólida o adecuada RMP es quizás el arma más poderosa con que cuenta el médico que tiene que restituir la salud a sus pacientes y sirve de contención ante even-

tuales problemas de praxis. Los eventos adversos son un componente fortuito de la medicina moderna que surgen en el momento que menos se los espera. En ese trance es cuando la RMP despliega la majestad de su poder, derivando la situación hacia una actitud comprensiva y de aceptación gradual. No contar con esa herramienta en esos momentos críticos, deriva el problema a una situación de encono creciente, y de consecuencias irreversibles.

El logro de una buena RMP no tiene tanto que ver con el tiempo dedicado a la misma cuanto a la calidad del tiempo que se empleó para lograrla. No obstante, saber escuchar implica inversión de tiempo, y no pocas veces, lo único que agradecen muchos enfermos es que se los haya escuchado.

Se impone a los profesionales la necesidad de mesura y prudencia al formular las estrategias terapéuticas y su factibilidad, ante imposibilidades que pueden frustrar expectativas del paciente respecto a procedimientos curativos de tipo heroico.

Frente a situaciones particularmente dramáticas y súbitas, como es el caso de un diagnóstico de enfermedad neoplásica en un niño o en un paciente joven, la actitud paternal y firme del profesional podrían ayudar a mitigar el dolor, recorriendo conjuntamente un camino de frustraciones sucesivas, cuyo final el médico conoce de antemano.

El médico, frente a las dramáticas circunstancias de enfermedad terminal, el ocaso de una vida, de un proyecto -manejándose en el contexto de una RMP ideal-debería poder ayudar al paciente y a su familia, a internalizar positivamente esta experiencia, dolorosa pero inevitable, sobre la base de sustituir el frecuente "**no hay mas nada que hacer**" por un seguro y firme "**hay mucho para hacer**".

La RMP comienza, sigue y se plasma en la historia clínica, verdadero pilar de la misma. La historia clínica es acción, es registro y documento; expresa claramente quién es cómo es el médico, y a su vez hace lo propio con la condición del paciente. Ella contiene, al ejecutarla, lo que se dice, lo que se decide y lo que se hace; expresa

también los resultados. Hace posible el trabajo en equipo y el de los sistemas de comportamiento social que constituyen las instituciones. Es el lugar donde queda asentado, según la metodología propia, la evaluación del grado de comprensión del paciente y la constatación de los valores del mismo.

Sin el registro de la historia clínica la RMP se esfuma, no perdura, es intransferible. Elude la evaluación científica de la acción médica y el análisis jurídico de la misma. Deja de brindar una ayuda y un amparo para el médico y el enfermo.

Así como parece imprescindible considerar actualizaciones de contenidos de enseñanza en lo que respecta a aspectos de biología molecular y ciencias básicas para que nuestros estudiantes afronten la medicina de hoy, quizás debemos considerar reforzar en el currículo médico la formación en aspectos éticos, humanísticos y psicológicos.



*Los tres fundamentos del aprendizaje: mirar mucho,
sufrir mucho y estudiar mucho.*

Catherall