

POR
UNA NUEVA MEDICINA

O

LA MEDICINA
REHUMANIZADA

Prof. Dr. Isidoro Trettel Buteler

POR

UNA NUEVA MEDICINA

ó

LA MEDICINA

REHUMANIZADA

Prof. Dr. Isidoro Trettel Buteler

ISBN P78-987-591-178-9

AGRADECIMIENTOS

A mi querida familia por su vocación humanista y su espíritu estudioso, a mi esposa Gloria Berrotarán Díaz que rehabilitó mi espíritu y mi cuerpo con sus conocimientos de fisioterapeuta y los cinco hijos que me dio, y también a ellos: Gloria María e Ismael Palma, María Soledad y Patricio Viale, José Ignacio y Melisa Vallejos, María Isabel y María Alejandra.
Y a mis queridos 9 nietos

A mi familia paterna que siempre confió en mí, mis padres que ya no están con nosotros y mis hermanos, José Manuel y Florencia.

Especial agradecimiento a mi gran amigo de la juventud, que desinteresadamente corrigiera el manuscrito de este trabajo, el Licenciado Horacio Lescano, y a su familia.

También a mis maestros de Medicina Interna, los profesores Dres. Carlos Baudino, Miguel Manssur y, Pablo Mariconde, los de Cardiología, los profesores, Dres. Raúl Breglia, Julio De la Riva y Haroldo Sgamini, que me encaminaron en el conocimiento y manejo humanista teórico práctico de nuestra querida ciencia.

A todos ellos un **MUCHAS GRACIAS** enorme.

PRÓLOGO

Dios creó la vida sobre la tierra, ordenando los seres desde los más simples hasta el más complejo: el HOMBRE. Pero ello no mereció la eternidad. Concedió a éste la capacidad casi divina de pensar, no solo en cosas materiales, si no también de crear fantasías abstractas, al dotarlo de un lóbulo cerebral prefrontal muy desarrollado. Puede entonces pensar, sentir satisfacción o rechazo. Puede gozar o sufrir. Pero su deterioro, progresivamente calculado, lleva a todos a la muerte. Y así será a pesar de sus esfuerzos por perdurar. Desde la iniciación hasta la terminación de los tiempos.

Pero también dispuso que, para atender o corregir las infinitas fallas del espíritu o de su endeble cuerpo físico, algunos elegidos exaltarán el amor al Creador y a sus congéneres con heroico esfuerzo, aun a costa de sus propias vidas. Están allí los predicadores de la fe y los médicos. El deber de estos es curar, sanar o aliviar al enfermo que sufre, demostrando siempre el espíritu caritativo.

Sin embargo los hay que violentan el mandamiento del amor y del sacrificio, persiguiendo bienes materiales desmedidamente, con desinterés por el sufrimiento del prójimo y pobre preparación profesional.

No se nace médico. Se forma sobre una personalidad elaborada con valores morales y conocimientos básicos. A los cuales se agrega la adecuada formación superior específica actualizada, que le permite desenvolverse con eficacia y en aumento cada día.

Las páginas que leerán son realmente ejemplo admirable de tenacidad y coraje para afrontar el destino y además revelarnos los frutos de una vida de dedicación.

Ese ser humano es un médico.

Prof. Dr. Pablo L. Mariconde, 25 de Mayo de 2009

ANTECEDENTES PROFESIONALES
PROF. DR. ISIDORO TRETTEL BUTELER

Bachiller Humanista egresado del Colegio Nacional de Monserrat – 1965

Médico egresado de la Universidad Católica de Córdoba(Argentina) – 1973

Ex Profesor Asistente de Fisiología Humana de la Universidad Católica de Córdoba.

Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Nacional de Córdoba

Jefe de Trabajos Prácticos en Medicina III de la Univ. Nac. De Córdoba

Docente Adscripto con carácter de Profesor Adjunto de la Cátedra de Medicina III de la Universidad Nacional de Córdoba(Argentina)

Ex integrante de la Comisión de Especialidades en Cardiología, por el Consejo Médico de Córdoba.

Especialista en Cardiología

Especialista en Clínica Médica

Ex integrante de Junta Médica del ANSES para el otorgamiento de jubilaciones por invalidez.

Consultorio Externo de Cardiología y de Medicina Interna, y en Servicios de Guardia en hospitales universitarios de la Ciudad de Córdoba – 10 años

Atención de Medicina General y guardias en clínicas privadas de la ciudad de Córdoba, durante 8 años.

Perito Médico Judicial en Tribunales de la Provincia de Córdoba – 1 año.

Atención de Medicina General en dispensarios de la Capital e Interior de la Provincia de Córdoba durante 2 años.

Medicina Interna y Cardiología Clínica en Consultorio Particular, en barrios de la Ciudad de Córdoba, durante 20 años.

XXXXXXXXXXXX

HACIENDO UN POCO DE HISTORIA

Según la Mitología, en el siglo V a.C., Esculapio, dios romano de la medicina, habría escrito una carta a su hijo cuando éste decidió hacerse médico, describiendo a la medicina con estos términos:

CONSEJOS DE ESCULAPIO

“¿Quieres ser médico, hijo mío?

¿Has pensado bien en lo que ha de ser tu vida? Tendrás que renunciar a la vida privada; mientras la mayoría de los ciudadanos pueden, terminada su tarea, aislarse lejos de los inoportunos, tu puerta quedará siempre abierta a todos; a toda hora del día o de la noche vendrán a turbar tu descanso, tus placeres, tu meditación; ya no tendrás hora que dedicar a la familia, a la amistad o al estudio; ya no te pertenecerás.

Los pobres, acostumbrados a padecer, no te llamarán sino en casos de urgencia; pero los ricos te tratarán como esclavo encargado de remediar sus excesos, sea porque tengan una indigestión, sea porque estén acatarrados; harán que te despierten a toda prisa tan pronto como sientan la menor inquietud, pues estiman en muchísimo su persona. Habrás de mostrar interés por los detalles más vulgares de su existencia, decidir si han de comer ternera o cordero, si han de andar de tal o cual modo cuando se pasean. No podrás ir al teatro, ausentarte de la ciudad, ni estar enfermo; tendrás que estar siempre listo para acudir tan pronto como te llame tu amo.

Eras severo en la elección de tus amigos; buscabas a la sociedad de los hombres de talento, de artistas, de almas delicadas; en adelante, no podrás desechar a los fastidiosos, a los escasos de inteligencia, a los despreciables. El malhechor tendrá tanto derecho a tu asistencia como el hombre honrado;

prolongarás vidas nefastas, y el secreto de tu profesión te prohibirá impedir crímenes de los que serás testigo.

Tienes fe en tu trabajo para conquistarte una reputación; ten presente que te juzgarán, no por tu ciencia, sino por las casualidades del destino, por el corte de tu capa, por la apariencia de tu casa, por el número de tus criados, por la atención que dediques a las charlas y a los gustos de tu clientela. Los habrá que desconfiarán de ti si no gastas barbas, otros si vienes de Asia; otros si crees en los dioses; otros, si no crees en ellos.

Te gusta la sencillez; habrás de adoptar la actitud de un augur. Eres activo, sabes lo que vale el tiempo; no habrás de manifestar fastidio ni impaciencia; tendrás que soportar relatos que arranquen del principio de los tiempos para explicarte un cólico; ociosos te consultarán por el solo placer de charlar. Serás el vertedero de sus disgustos, de sus nimias vanidades.

Sientes pasión por la verdad; ya no podrás decirla. Tendrás que ocultar a algunos la gravedad de su mal; a otros su insignificancia, pues les molestaría. Habrás de ocultar secretos que posees, consentir en parecer burlado, ignorante, cómplice.

Aunque la medicina es una ciencia oscura, a quien los esfuerzos de sus fieles van iluminando de siglo en siglo, no te será permitido dudar nunca, so pena de perder todo crédito. Si no afirmas que conoces la naturaleza de la enfermedad, que posees un remedio infalible para curarla, el vulgo irá a charlatanes que venden la mentira que necesita.

No cuentes con agradecimiento; cuando el enfermo sana, la curación es debida a su robustez; si muere, tú eres el que lo ha matado. Mientras está en peligro te trata como a un dios, te suplica, te promete, te colma de halagos; no bien está en convalecencia, ya le estorbas, y cuando se trata de pagar los cuidados que le has prodigado, se enfada y te denigra.

Cuanto más egoístas son los seres humanos, más solicitud exigen del médico. Cuanto más codiciosos ellos, más desinteresado ha de ser él, y los mismos que se burlan de los dioses le confieren el sacerdocio para interesarlo al culto de su sacra persona. La ciudad confía en él para que remedie los daños que ella causa. No cuentes con que ese oficio tan penoso te haga rico; te lo he dicho: es un sacerdocio, y no sería decente que produjera ganancias como las que tiene un aceitero o el que vende lana. Te compadezco si sientes afán por la belleza; verás lo más feo y repugnante que hay en la especie humana; todos tus sentidos serán maltratados. Habrás de pegar tu oído contra el sudor de pechos sucios, respirar el olor de míseras viviendas, los perfumes harto subidos de las cortesanas, palpar tumores, curar llagas verdes de pus, fijar tu mirada y tu olfato en

inmundicias, meter el dedo en muchos sitios. Cuántas veces, un día hermoso, lleno de sol y perfumado, o bien al salir del teatro, de una pieza de Sófocles, te llamarán para un hombre que, molesto por los dolores de vientre, pondrá ante tus ojos un bacín nauseabundo, diciéndote satisfecha: “Gracias a que he tenido la preocupación de no tirarlo”. Recuerda, entonces, que habrá de parecer que te interesa mucho aquella deyección. Hasta la belleza misma de las mujeres, consuelo del hombre, se desvanecerá para ti. Las verás por las mañanas desgredadas, desencajadas, desprovistas de sus bellos colores y olvidando sobre los muebles parte de sus atractivos. Cesarán de ser diosas para convertirse en pobres seres afligidos de miserias sin gracia. Sentirás por ellas más compasión que deseos. ¡Cuántas veces te asustarás al ver un cocodrilo adormecido en el fondo de la fuente de los placeres!

Tu vida transcurrirá como la sombra de la muerte, entre el dolor de los cuerpos y de las almas, entre los duelos y la hipocresía que calcula a la cabecera de los agonizantes; la raza humana es un Prometeo desgarrado por los buitres.

Te verás solo en tus tristezas, solo en tus estudios, solo en medio del egoísmo humano. Ni siquiera encontrarás apoyo entre los médicos, que se hacen sorda guerra por interés o por orgullo. Únicamente la conciencia de aliviar males podrá sostenerte en tus fatigas. Piensa mientras estás a tiempo; pero si indiferente a la fortuna, a los placeres de la juventud; si sabiendo que te verás solo entre las fieras humanas, tienes un alma bastante estoica para satisfacerse con el deber cumplido sin ilusiones; si te juzgas bien pagado con la dicha de una madre, con una cara que te sonrío porque ya no padece, o con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte; si ansías conocer al ser humano, penetrar todo lo trágico de su destino: **¡Hazte médico, hijo mío!**”

Hasta aquí, la carta de Esculapio a su hijo.

Por otra parte, en épocas más cercanas **Antoine de Saint Exupery**, célebre autor del famoso libro “El Principito”, describía así a su médico ideal:

“Yo creo que llegará el día en que el enfermo de no sé qué se abandonará a la mano de los médicos. Sin preguntarle nada, estos médicos le extraerán sangre, calcularán algunas variantes, multiplicarán unas por otras, curarán a este enfermo con sólo una píldora. Sin embargo, si yo caigo enfermo me dirigiré a un viejo médico de la familia. Él me mirará el ángulo del ojo, me tomará el pulso, me palpará el vientre, me auscultará. Después toserá, prenderá su pipa, se frotará el mentón y me sonreirá para calmar mi dolor. Desde luego, yo admiro la ciencia, pero también admiro la sabiduría.”

Ambos relatos describen así la imagen del médico ideal, inclusive también para mucha gente del siglo XXI. **En este ensayo literario me propongo analizar por qué el médico actual no es tan humano como describió Esculapio ni como quería Antoine de Saint Exupery.**

Sería injusto de mi parte dejar de reconocer que los últimos siglos de la medicina depararon progresos en la misma que sin duda la transformaron en la profesión más humanitaria.

Los principales hitos médicos de los últimos años desde 1672 fueron:

- La asepsia en 1672, por estudios iniciales del microscopista holandés Anton Leeuwenhoek, que junto con la antisepsia de Lister en 1867, permiten sentar las bases previas al desarrollo de la cirugía sin el riesgo posterior de infecciones.
- La 1ª cirugía con anestesia general por éter, por Crawford Long en 1842. Permitió la curación de muchas enfermedades graves y la solución definitiva de los variados problemas psicofísicos generados por las heridas de guerra y por accidentes con traumatismos de todo tipo, propios de la vida diaria.
- Las vacunas en 1771, por Edward Jenner, que tantas parálisis, sufrimientos y muertes han evitado a lo largo de más de dos centurias.
- El descubrimiento de los microorganismos (bacterias u hongos) en 1895 por la genialidad de Luis Pasteur, abriendo un amplio panorama a la humanidad que vio sucumbir poblaciones enteras por dicha causa desconocida totalmente, mientras atribuía la enfermedad a los dioses, al demonio o a la mala suerte, ignorando completamente la noción de transmisión o contagio.
- El descubrimiento del Bacilo de Koch en 1882, causante de uno de los mayores flagelos para el ser humano, la tuberculosis, que terminara con la vida de ilustres como Frederic Chopin y Franz Kafka entre otros.
- Los Rayos X en 1895 por Wilhem Roentgen uno de los primeros importantes pasos para el diagnóstico anatómico incruento de las enfermedades mediante las radiografías.
- Los analgésicos, camino abierto inicialmente en 1897 por Félix Hoffman con la invención de la aspirina, después de la cual vinieron cientos de fármacos similares que, a pesar de no caer uno en la cuenta, nos permiten vivir más cómodamente.

- La Psiquiatría, desde fines del siglo XIX con Kraepelin y, desde principios del XX con Freud, cuyo desarrollo como ciencia condujo a considerar al enfermo mental como tal y no como alguien poseído por el demonio, apoyada desde 1960 por el primer medicamento psicoactivo: las benzodiazepinas. ¿Cómo viviríamos en este “mundo de locos” actual, sin analgésicos y sin la ingesta ocasional de un sedante?
- Los antibióticos: cuando en 1928 el inglés Alexander Fleming descubrió la acción de la posteriormente denominada penicilina activa contra las bacterias, la humanidad dio un paso gigantesco en la batalla contra los microorganismos productores de infecciones; una a una salvaron sus vidas personas horriblemente heridas en campos de batalla al ser curadas de tremendas infecciones, ciudadanos de la vida civil, niños y adultos que casi no habían llegado a disfrutar de algunos años de vida lo mismo que muchos sabios abuelos, verdaderos patrimonios de la humanidad.
- Los medicamentos antituberculosos desde el hallazgo de la estreptomycinina en 1944 y posteriormente la isoniazida, el PAS, la pirazinamida y la rifampicina.

Sigo enumerando, casi sin comentarios, otros descubrimientos importantes que la humanidad no puede permitirse olvidar:

- Las transfusiones.
- La circulación extracorpórea.
- La diálisis peritoneal, para el salvataje del insuficiente renal.
- Los trasplantes de órganos.
- La cirugía coronaria, avance mundial que contó con el importante y humanitario aporte del cirujano argentino René Favaloro.
- Los avances genéticos.
- La tomografía computada.
- La resonancia magnética.
- La batalla contra el cáncer ya casi ganada en muchos frentes mediante la prevención.
- La radioterapia, la cirugía oportuna y la quimioterapia.

Pensemos, aunque sea por un minuto, lo que sería la vida del ser humano actual, probablemente con heridas producto de agresiones mutuas y del ambiente, acosado por bacterias y virus de todo tipo, sin la defensa de los antibióticos ni la posibilidad de alivio por analgésicos, por una cirugía reparadora y con una adecuada sedación.

Evidentemente, los médicos han sido y son, **¡sí!** los personajes humanitarios centrales de la historia del ser humano.

DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA

INTRODUCCIÓN

En plena época de la declamada vigencia de los Derechos Humanos, el objetivo de este ensayo literario es transmitir mis ideas acerca de un concepto muy en boga en los últimos años en nuestro país y quizá en el mundo: La Medicina se ha transformado y actualmente está deshumanizada. Los médicos ya no actúan como verdaderos médicos, concepto éste que, por extensión, condujo a la gente a una sensación errónea: “La mayoría de los médicos sólo se interesan por el dinero y actúan como comerciantes inhumanos”. La opinión que verteré en estas páginas nace de mi experiencia personal de varios años como docente universitario, médico cardiólogo especializado y médico clínico práctico en la atención de pacientes internados en salas de clínicas privadas y de hospitales universitarios, y de pacientes ambulatorios de consultorio externo particular y de hospital universitario, además de cómo paciente internado durante una semana en una UTI.

Sirvan como base los relatos de dos situaciones que viví y sufrí personalmente:

Situación N° 1

Como especialista en cardiología, atendiendo consultorio externo en un hospital público, fui consultado por una paciente angustiada que tras un largo peregrinar de consultorio en consultorio llevaba un listado de todos los especialistas visitados o a visitar, por un síntoma banal (dolor de hombro irradiado al brazo), que un clínico general con suficiente bagaje de conocimientos y con suficiente tiempo para interrogar y examinar hubiera solucionado sin requerir la cantidad de medicamentos y estudios que la paciente transportaba en un gran bolso que seguramente contribuía a agravar su síntoma. Es decir: el típico caso que el afamado médico internista español Ciril Rozman denomina: un paciente “coleccionista de especialistas”.

Situación N° 2

Como paciente internado en una UTI, donde ningún médico me examinó bien ni cruzó palabra conmigo y donde transcurrí los tres peores días de mi vida (No tanto por la enfermedad en sí, como por la forma en que me sentí atendido), a pesar de ser yo un médico, internado en una de las principales clínicas privadas de mi ciudad. Como médico puedo asegurar que para alcanzar mi curación o mejoría, no era imprescindible soportar duchas frías

a cualquier hora, náuseas y vómitos por ser conducido en camilla a toda velocidad innecesariamente por los pasillos de la clínica, sondajes vesicales sin lubricación anestésica, etc. Todo esto sin un interlocutor médico adecuado.

La situación N° 1 es un frecuente ejemplo de deshumanización de la medicina. Muchas veces por un tácito acuerdo entre médicos y pacientes o por las falencias y el desprestigio del médico clínico generalista actual, se consulta única y directamente a un especialista tras otro, según el criterio del paciente. En el caso que presento como situación N° 1, si la paciente hubiese sido atendida inicialmente por un médico clínico generalista que le dedicara tiempo para interrogar, escuchar y explicar concienzuda y tranquilizantemente el síntoma, la paciente se hubiera serenado, el médico habría diagnosticado acertadamente, sin tantos estudios y el problema, con un tratamiento simple se hubiera solucionado. Es decir que a través de una buena relación médico-paciente, que tuviese en consideración la unidad cuerpo y mente del enfermo, el mismo atendido humanamente, no hubiera decidido auto-dividirse en las manos de muchos especialistas. ¿Alguien puede negar que esta paciente sufrió innecesariamente desde el punto de vista mental y económico?

En la situación N° 2, se llegó a una aparente curación pero con una medicina deshumanizada, pues generó sufrimiento evitable (Dolor, ansiedad, preocupación, pena) El paso del tiempo me demostró que si bien en la UTI hubo falencias del equipo de salud para conmigo, mucha de esa aparente deshumanización se debió a la crueldad de la enfermedad y ala falta de contención psicológica o apoyo médico, a la ausencia de una palabra cálida y alentadora de un médico que sirviera a mí y a mi familia de referente que aparte de brindarnos alguna explicación nos tranquilizara.

¿De dónde proviene el consenso general de que existe deshumanización de la medicina?

- a) De la sensación de falta de afabilidad y de espíritu compasivo en el trato por parte de los integrantes del equipo de salud para con el enfermo y sus familiares. Ambos perciben ser atendidos más como “un número” o como “una determinada enfermedad”, que como el Señor o la Señora X, siendo esto una evidencia más de despersonalización o de pérdida de identidad, y de deshumanización que ocurre más frecuentemente en la medicina del hospital que en la extra-hospitalaria. El paciente percibe actualmente en el médico, más aun si éste es joven y no ha tenido demasiados contrastes en su profesión, una actitud de soberbia rayana con la omnipotencia. Es probable que tal actitud del médico novel esté originada en el uso de

- aparatoología y de tecnología que suele producir en el profesional cierta engañosa sensación de omnipotencia.
- b) De una infraestructura asistencial (hospitales, clínicas y sanatorios) desadaptada e inadecuada para una persona enferma; que generalmente desconoce que dicha infraestructura tiene algunas cualidades organizativas modernas destinadas a un grupo de pacientes más que a un caso individual (Tal es, por ejemplo, el caso del médico de un sanatorio que no puede abandonar la guardia de una clínica para atender un enfermo que está a 200 metros)
 - c) De considerar que los servicios brindados son demasiado onerosos y están más interesados en generar un beneficio económico a sus propietarios, que en brindar salud o alivio al enfermo.
 - d) De la incomodidad, generalmente inevitable pero percibida como innecesaria por el paciente y familiares, producida por los estudios diagnósticos o el tratamiento curativo modernos, efectuados sin explicaciones, es decir sin el adecuado apoyo psicológico o una contención por parte del médico o de algún integrante del equipo de salud.
 - e) De la inadecuada o inexistente relación médico-paciente, evidenciada en la falta de palabras de contención del médico para con su paciente y que es interpretada por éste como una señal de estar mal atendido. Un claro ejemplo de esto se comprueba en los casos en que el médico solicita, sin mayores explicaciones, determinados estudios complementarios; la índole de los mismos puede generar en el paciente estados de angustia al inducirlo justificadamente a presuponer que su afección es grave (Por ejemplo estudios SIDA en casos de fiebres banales). Cuando se pone el acento en la excesiva cosificación del paciente y no en su valoración como ser humano, el calificativo más exacto es *despersonalización*, siendo entonces tal tipo de medicina, la despersonalizada, otra forma de medicina deshumanizada, lo que frecuentemente ocurre, sobre todo cuando el médico atiende a una enfermedad, en vez de a un paciente. Ante esto no sirve el argumento justificativo de que la nueva medicina, la tecnológica, a pesar de todas estas contras, logra curar más que la tradicional, porque muchas veces no es así. Además de que una cosa no quita la otra ya que también se puede emplear fría aparatoología sofisticada acompañada por una cálida palabra de apoyo y de explicación al enfermo. Es muy posible también que lo que percibe como medicina deshumanizada una persona de idiosincrasia latina, no sea lo mismo que otra de mentalidad práctica y resultadista como la de origen anglosajón, por lo que es también muy importante que el médico, en pleno conocimiento de la mentalidad de su paciente, adapte su actuación a las características socio-culturales del mismo, cosa que trataré a continuación.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Es el punto clave para el paciente, pues según como sea ella suele definir qué tipo de medicina está recibiendo. En muchos casos, por ejemplo en pediatría y en geriatría, se trata más bien de la relación entre el médico y el familiar del paciente.

Puede ser definida como la forma en que el médico aborda al paciente y tiene importancia fundamental porque **es el centro de la atención sanitaria**. Si se plantea de una forma adecuada se facilitará la consecución de un diagnóstico correcto y el tratamiento tendrá más posibilidades de ser cumplido y generar buenos resultados; en una buena entrevista con el paciente se logrará entonces obtener una correcta historia clínica y se realizará en consecuencia un examen físico más adecuado. El médico que desee conseguir una buena relación con su paciente debe reunir algunas virtudes como

- a) **Ecuanimidad**: es decir que debe poder atender con la misma dedicación y esmero a todos los pacientes, ya sean mutualizados, particulares, o de hospital, ricos o pobres, jóvenes, adultos o ancianos, situación problemática en la medicina actual, cuyas circunstancias tienden a establecer distintos tipos de jerarquías de pacientes como se verá más adelante.
- b) **Humildad**: No debe caber en el médico la frecuente actitud de soberbia que muchas veces se comprueba y que creo basada en la sensación de omnipotencia generada por el empleo de la nueva tecnología aplicada a la medicina, algo parecido a la actitud de aquel que maneja por primera vez su auto o su bicicleta nuevos.
- c) **Integridad**: El médico íntegro, según Nizama-Valladolid, asume cabalmente las siguientes funciones:
 - Investigación científica
 - Asistencia
 - Colegialidad
 - Paradigma social
 - Liderazgo
 - Docencia
 - Gremialismo
 - Erudición
 - Proyección Comunitaria
 - Señorío: es decir dignidad de señor y dominio de pasiones.
 - Cualidades personales: sabiduría, respetuosidad, bondad, solidaridad.

Es decir que obviamente deberá ser fiel a la confianza que en él deposita el paciente, por ejemplo manteniendo a ultranza el secreto profesional.

SECRETO PROFESIONAL MÉDICO

Se entiende por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin causa justa. Es una variedad de secreto común a muchas profesiones. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido. Salvo en casos contemplados por disposiciones legales, el mismo incluye también a todos los profesionales o colaboradores que hayan tenido que ver con un determinado caso.

El juramento hipocrático aprobado en la Ley N° 73 de la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial en 1948, obliga al médico a que “lo que en el tratamiento o incluso fuera de él viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto.” Existe una propuesta a nivel mundial para la modificación del juramento hipocrático, adaptándolo aun más a la problemática del médico y el paciente modernos.

A continuación transcribo el JURAMENTO HIPOCRÁTICO TRADICIONAL que data del siglo VI a.C., seguido por el moderno del año 1948, que evidencia cambios notorios derivados de las nuevas ideas en cuanto a los Derechos Humanos.

“Juro por Apolo médico, por Asclepio y por Higia, por Panacea y por todos los dioses y dioses, tomándolos por testigos, que cumpliré, en la medida de mis posibilidades y mi criterio, el juramento y compromiso siguientes:

Considerar a mi maestro en medicina como si fuera mi padre; compartir con él mis bienes y, si llega el caso, ayudarle en sus necesidades; tener a sus hijos por hermanos míos y enseñarles este Arte, si quieren aprenderlo, sin gratificación ni compromiso; hacer a mis hijos partícipes de los preceptos, enseñanzas y demás doctrinas, así como a los de mi maestro, y a los discípulos comprometidos y que han prestado juramento según la ley médica, pero a nadie más.

Dirigiré la dieta con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio y les evitaré toda maldad y daño.

No administraré a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de una sugerencia de este tipo. Asimismo, no recetaré a una mujer un pesario abortivo; por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura.

No operaré con cuchillo ni siquiera a los pacientes enfermos de cálculos, sino que los dejaré en manos de quienes se ocupan de estas prácticas.

Al visitar una casa, entraré en ella para bien de los enfermos, manteniéndome al margen de daños voluntarios y de actos perversos, en

especial de todo intento de seducir a mujeres o muchachos, ya sean libres o esclavos.

Callaré todo cuanto vea u oiga, dentro o fuera de mi actuación profesional, que se refiera a la intimidad humana y no deba divulgarse, convencido de que tales cosas deben mantenerse en secreto.

Si cumplo este juramento sin faltar a él, que se me conceda gozar de la vida y de mi profesión rodeado de la consideración de todos los seres humanos hasta el final de los tiempos, pero si lo violo y juro en falso, que me corra todo lo contrario.”

Declaración de Ginebra

Adoptada por la W.M.A.

en su Asamblea General de 1948 – revisada en 1968

“En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica, prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; mostraré a mis maestros el respeto y la gratitud que le son debidos; practicaré mi profesión con conciencia y dignidad; la salud de los pacientes será mi primer objetivo; respetaré los secretos que me confíen aun después de morir el paciente; mantendré, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; mis colegas serán mis hermanos; no permitiré que consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido político o nivel social se interpongan entre mi deber y mis pacientes; mantendré el máximo respeto por la vida humana desde el momento de la concepción; incluso bajo amenaza, no usaré mis conocimientos médicos en contra de las leyes de humanidad. Hago estas promesas de modo solemne, libremente y por mi honor”.

Fuente: Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.

En la República Argentina el secreto médico está encuadrado jurídicamente en dos legislaciones: La Ley 17.132, artículo 11, del Ejercicio de la Medicina, y en el Código Penal Argentino, en su Artículo 156. En dicha Ley, en su Artículo 38, se establece, además, que la revelación del secreto profesional sólo puede hacerse:

- A – Al enfermo en aquello que estrictamente le concierna y convenga.
- B – A los familiares del enfermo si la revelación es útil al tratamiento.
- C – A los responsables del paciente cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
- D – A las Autoridades Judiciales o de Higiene y Salud, en los casos previstos por la Ley.
- E – A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o la de su descendencia.

Personalmente he tenido la experiencia de llegar a ser relevado de la obligación del secreto médico por el propio paciente, en presencia del Juez mismo, en determinado caso, para conveniencia del paciente mismo. La deshumanización de los sistemas de salud a nivel mundial y especialmente en nuestro medio está llevando a que el secreto profesional médico sea un secreto a voces. Así en la práctica profesional se constata que el médico se ve forzado a divulgar el secreto médico ya que casi siempre las recetas de medicamentos deben incluir el diagnóstico de la enfermedad del paciente y la mayoría de los trámites burocráticos de las obras sociales y mutuales requieren un resumen de su historia clínica. Durante mis 30 años de ejercicio profesional puedo confesar falencias con respecto a esta obligación, alguna por inexperiencia de médico novel, y alguna que otra, como ya dijera, al haber sido relevado de la obligación en sede judicial por el Juez, con la anuencia del paciente y en beneficio de éste. De todos modos, nada comparado con la cantidad de veces que fui forzado a hacerlo al tener que incluir diagnósticos en recetas de medicamentos y en solicitudes de estudios complementarios. Ésta es una metodología que nuestros sistemas de salud deberán en el futuro corregir para rejerarquizar la profesión médica en nombre de una atención más humanitaria del enfermo. Los datos médicos son tan relevantes que si falla la confidencialidad no sólo está en peligro la intimidad del paciente, sino su ejercicio de otros derechos fundamentales, como el derecho al trabajo, la educación, o la defensa de la salud y de la vida. El gran reto para la medicina actual, y la verdadera bioética según Percival, es “cómo hacer más humana la relación entre aquella persona que posee el conocimiento médico y un ser humano, frágil y frecuentemente angustiado por la enfermedad.”

El médico debe tener como muy importante el contestar todas las preguntas del paciente, más aún, procurará intuir y contestar también las no formuladas teniendo en cuenta que la mayoría de las preguntas son generadas por un estado de ansiedad que forma parte de la enfermedad. Debe tenerse en consideración que la buena información brindada por el médico a paciente y familiares significa respeto por la libertad del mismo. Al decir del Profesor Cristóbal Pera: “Desgraciadamente el relato del paciente, su propia historia, lo que éste piensa y siente acerca de su padecimiento, es tenido muy poco o nada en cuenta en la práctica médica actual. La narración ha sido sustituida abusivamente por el interrogatorio, expresión de un tipo de relación paternalista”, todo, consecuencia de la mala formación del médico, de la prisa, y de la mayor confianza de ambos en la tecnología de los estudios complementarios. “Siendo algo exagerado para nuestras épocas”, agrega posteriormente C. Pera, “que la técnica de la narrativa médica se convierte en una necesidad ineludible para el médico ya que con su dominio puede llegar a establecerse una relación satisfactoria

con el paciente, indicativa de cómo el mismo entiende y vive su enfermedad y cómo la misma afecta su vida.” Sin duda el médico, principalmente el que peca de soberbio, deberá tener en cuenta que las más duraderas vidas de los seres humanos han acontecido con o sin atención médica entre el nacimiento y la muerte.

Se ha comprobado, a través de la historia de la medicina, que usando medicación sin valor o aun riesgosa, muchos pacientes mejoraban; esto se interpretó como efecto beneficioso de una buena relación médico-paciente. Es decir que el paciente resultaba “sanado” (con su salud recuperada=, más que “curado” (sin evidencias de la enfermedad). Esto está ocurriendo más frecuentemente en nuestra era en que el arte de sanar está ensombreciendo al arte de curar, lo que explicaría el éxito cada vez mayor de varios tipos de medicina alternativa y de los curanderos. Debido a esto se ha propuesto ya en Estados Unidos, en un intento de retorno al humanismo médico, mejorar el programa de estudios de las Facultades de Medicina, en medicina psicosomática, técnicas de la comunicación, ciencias sociales y ciencias de la conducta. Esto se lograría, además, promoviendo en los estudiantes de Medicina, el autoconocimiento, el crecimiento personal y la sensación de bienestar, a los efectos de su transmisión a los pacientes y de que dichos estudiantes comprendan, según afirman Novack y colaboradores, cómo su historia personal, su vida personal, sus valores, actitudes y prejuicios, afectan al cuidado de sus pacientes; es decir haciendo que sus respuestas emocionales en el cuidado de los pacientes sean benéficas tanto para ellos como para los pacientes.

De todos modos, actualmente a veces, para la realización de algunas prácticas diagnósticas o terapéuticas, se llega al extremo de necesitarse a pesar de una buena relación médico-paciente, un acuerdo escrito firmado por el paciente. Es lo que se llama *Consentimiento Informado*. Es un término nuevo que traduce un derecho del paciente dentro de la moderna ética médica. Su principal objetivo es proteger la autonomía del paciente y, en segundo lugar, brindar protección al médico, con la tranquilidad de haber conformado un documento legal que realmente prueba que el profesional no ha realizado nada contrario a la voluntad y al acuerdo del enfermo. El término “consentimiento informado” se empleó por primera vez en los Estados Unidos de Norteamérica en 1957, en un proceso legal (“Caso Salgo”). Como consecuencia de la realización de una aortografía translumbar, el paciente Martín Salgo sufrió una paraparesia permanente, por lo cual demandó a su médico por negligencia. La Corte estableció que el médico debería haber revelado previamente al paciente todo aquello, lo que le hubiera permitido a éste dar un consentimiento inteligente en el momento en que se le propuso la práctica de tal estudio. Desde entonces comenzó a contemplarse la posibilidad de que el Consentimiento

Informado fuera considerado como un derecho del paciente. Así, del campo jurídico se pasó al campo de la ética médica.

El Consentimiento Informado se emplea en Argentina desde el año 1996 y significa un acuerdo entre médico y paciente, que se firma antes de cada actuación médica importante. Está significando un avance de los principios humanitarios hacia la medicina ya que implica que la persona enferma está siendo considerada competente y libre como para decidir sobre su integridad y sobre su futuro. Esto conlleva poder aceptar o rechazar lo que se le propone después de recibir una información suficiente para ello (M. A. Broggi Trias-Med. Clin (Barc.) 1999; 112:95-96

Ya no se trata de imponer el bien del enfermo al mismo enfermo, contando con su aceptación tácita, sino de valorar sus expectativas y sus deseos, partiendo de que la enfermedad no puede limitar su libertad o competencia. Se habla así en la actualidad de toda una filosofía de “decisiones compartidas” por el médico y el paciente en situaciones de incertidumbre. En realidad, significa más dar cumplimiento a un principio ético del médico para con el paciente que una salvaguarda jurídica para el profesional, y dejar, además, un poco de lado un paternalismo aceptado por todos, reemplazándolo por un tipo de relación más madura. Es entonces una garantía de la autonomía moral del paciente más que un expediente para eximir de responsabilidad al médico.

Resultan muy útiles, a los efectos de servir de base a un documento adecuado, los criterios empleados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, de España, que enumero a continuación para el caso de la realización de una terapia farmacológica de uso poco habitual.

CRITERIOS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El documento en el que conste el Consentimiento Informado, deberá contener los apartados especificados a continuación. Cada uno de dichos apartados se enunciará de forma breve y en lenguaje comprensible, procurando que, cuando sea el caso, los conceptos médicos puedan entenderse por la generalidad de los usuarios. El contenido del documento será el siguiente:

- Nombre y apellidos del paciente y del médico que informa sobre el procedimiento.
- Diagnóstico.
- Nombre del procedimiento que se vaya a realizar, con explicación de en qué consiste y cómo se va a llevar a cabo.

- Descripción de eventuales riesgos e inconvenientes. Se entiende por tales, aquellos cuya realización deba racional o normalmente esperarse, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia. Se incluye también aquellos que, siendo infrecuentes, pero no excepcionales, tienen la consideración clínica de muy graves.
- Descripción de las consecuencias seguras del tratamiento, que deban considerarse relevantes o de importancia.
- Recomendaciones adicionales: se incluirán los riesgos que puedan estar relacionados con las circunstancias personales de los pacientes y hacen referencia al previo estado de salud, a la edad, a la profesión, a la religión o a cualquier otra circunstancia de análoga naturaleza; así mismo, y a criterio del facultativo, puede incluirse la información que haga referencia a otras molestias probables del tratamiento.
- Manifestación del paciente acreditativa de estar satisfecho con la información recibida y de haber obtenido aclaración sobre las dudas planteadas, así como que presta su consentimiento para someterse al tratamiento.
- Fecha y firmas del médico y del paciente.
- Apartado para la revocación del Consentimiento, que deberá figurar en el propio documento.

No serán admisibles, ni surtirán efecto, las cláusulas de exoneración de responsabilidad que figuren en el documento de Consentimiento Informado. El paciente, o quien corresponda, recibirá el documento con la antelación suficiente y con carácter previo al inicio del tratamiento. No se considerarán válidos los documentos genéricos ni aquellos que no se acomoden al presente formulario. El consentimiento escrito, prestado para este tratamiento, no será válido para otro medicamento. El destinatario de la información es el paciente y, por lo tanto, es el que otorga y firma el consentimiento, salvo las excepciones establecidas en el Artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad. Cuando el paciente no quiera recibir la información, ésta se transmitirá a los familiares. Si el paciente prohibiera la transmisión de la información a los familiares o allegados, se hará constar así en un documento que firmará el médico con dos testigos, sin perjuicio de obtener el consentimiento del paciente.

Cuando a juicio facultativo el paciente, aún siendo mayor de edad, no tenga capacidad de discernimiento para decidir acerca de una intervención, se requerirá el consentimiento informado de los parientes o allegados más próximos. El consentimiento informado deberá ser firmado por los menores cuando, a juicio del facultativo, reúnan las condiciones de madurez suficientes para otorgarlo. El documento de consentimiento informado se extenderá por triplicado ejemplar, quedando uno de ellos en el Centro Hospitalario, que se incorporará a la historia clínica, otro a disposición del paciente y un tercero para su envío al Comité Asesor.

Un ejemplo de protocolo usado en nuestro país:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Sanatorio Mater Dei – Buenos Aires)

El/a Doctor/a _____ me
ha dado una pormenorizada explicación acerca _____
De mi estado de salud actual y de:

- a) La naturaleza del procedimiento propuesto.
- b) Sus beneficios
- c) Sus riesgos
- d) Sus alternativas, incluida la de no hacer nada.

He podido reflexionar lo suficiente acerca de lo expuesto, a la vez que he
podido formular todas las preguntas que tanto yo como mis familiares
directos hemos querido hacer para aclarar todas las dudas surgidas.

Por todo lo antedicho, autorizo al/a doctor/a y a los colaboradores que
éste/a designe, a llevar a cabo el procedimiento propuesto.

En la Ciudad de _____ el día _____ del mes _____
del año _____

Firma del paciente o representante legal.

Firma del médico de cabecera.

Aclaración _____

Aclaración _____

Tipo y número de documento _____

Tipo y número de documento _____

Matrícula Profesional _____

Hasta aquí, el formulario utilizado en el Sanatorio Mater Dei, de Buenos
Aires, Argentina.

Siguiendo con el tema de la relación médico-paciente, resultan de gran
utilidad los conceptos del afamado médico clínico humanista español
Profesor Doctor Pedro Laín Entralgo. Según el mismo la relación médico-
paciente puede entenderse de tres formas:

1ª – Relación de dominio: cuando el paciente considera al médico una
especie de “superhombre” con respecto a él y con respecto a la medicina.
Sería lo que actualmente muchos denominan como una relación de tipo
paternalista.

2ª – Relación cooperativa: es el ideal. Consiste en una especie de relación
de camaradería en el corto plazo.

3ª – Camaradería itinerante: es algo más que una cooperación porque ambos, médico y paciente recorren un camino hacia una meta que es la curación y se da, sobre todo, en las afecciones prolongadas.

La in Entralgo agrega también otra relación que es la 4ª, de amistad. La que en medicina actual debe ser bien manejada por el médico porque puede dar lugar al incumplimiento del tratamiento (Como ocurre al tratar el médico a sus propios familiares) y a malos entendidos a la hora del cobro de los honorarios, siendo así más difícil situarse en equidistancia entre la tiranía y el paternalismo.

El lenguaje de la relación médico-paciente tiene enorme valor y el médico debe procurar mejorarlo a fin de lograr mediante él un mejor entendimiento con el paciente.

Existen dos tipos de lenguaje: el oral y el gestual. Este último es el lenguaje corporal y el médico deberá atender los movimientos de las manos y la expresión de los ojos propios y los del paciente. Respecto al oral no es raro que giros idiomáticos y acento extranjeros signifiquen una barrera importante. He conocido personalmente un caso notable de dificultad, que llevó a un muy capacitado colega a casi no tener pacientes que lo consultaran.

Por otra parte considero fundamental para beneficio del paciente, que el médico se exprese con palabras de conocimiento general, aun en referencia a la enfermedad, más que con terminología médica, frecuentemente ininteligible para el paciente. Resulta, a veces, muy conveniente que el médico se haga entender con gráficos y dibujos esquemáticos. Esto tranquilizará al paciente y lo convertirá en colaborador con el tratamiento. Además de las dificultades de lenguaje, otras barreras en la comunicación médico-paciente pueden ser la distancia social y la existencia de culturas diferentes.

Suele esperarse en general del médico, sobre todo del médico clínico, que sepa “de todo un poco”, inclusive de política, deportes y últimas noticias. La situación es aún más dificultosa cuando el profesional se ve en el difícil compromiso ético de tener que desmitificar con altura una medicina alternativa a favor de la medicina ortodoxa que él mismo está practicando. Todo esto, si es correctamente abordado por el médico, abonará a favor de una mejor relación médico-paciente, un mejor diagnóstico y un mayor cumplimiento del tratamiento, lo que sin duda redundará en mayores beneficios para el paciente y satisfacción personal para el profesional. En páginas más adelante se describen varias clases de médicos que son los que ejercen hoy siglo XXI la medicina ortodoxa en nuestro país y en todo el

mundo. La relación médico-paciente se desarrolla en forma distinta según se trate de una u otra clase de médico. Sin embargo existen líneas generales que todos siguen o deberían seguir para atender al enfermo. Parece bastante lógico, aunque no absolutamente conveniente en todos los casos, que el médico, que es quien no está padeciendo la enfermedad sino quien tiene los conocimientos necesarios para tratarla sin carga subjetiva, asuma una actitud paternalista ante el enfermo (Del latín: “in-firmus” = no firme), quien si bien conoce la enfermedad subjetivamente por estar sufriendola, no tiene la formación necesaria ni la objetividad como para tratarse solo adecuadamente. No obstante, en mi opinión, siempre es preciso por el bien del paciente, una cierta dosis de autoridad comprensiva y didácticamente magistral del médico con respecto al enfermo.

CONCEPTOS BÁSICOS.

Personalmente, por reflexión y por estudio, llegué a la conclusión de que un Profesional de la Salud atiende a un paciente como ser humano, es decir, como persona, *cuando lo hace teniendo en cuenta que está ante una unidad psicosomática* compuesta por un cuerpo y por una mente dotada de un conjunto de sensaciones emocionales. Si lo que se brinda a un enfermo no considera tal dualidad, por dejar de lado la emotividad o el espíritu del paciente, dicha actuación médica, aunque sea brindada entre lujos y con música funcional, será más agradable a los sentidos pero pierde su característica de “humana”. Se entiende que estos conceptos están sobre todo referidos a la actividad de médicos de cualquier especialidad que trabajan en contacto directo con el paciente, no debiendo olvidarnos que existen también muchos médicos dedicados a otras dos labores menos llamativas como la docencia y la investigación, siendo esta última la principal responsable de los prodigiosos avances científicos que vimos al recordar los principales logros de la medicina moderna, que significaron progresos gigantescos en el alivio del dolor y del sufrimiento del ser humano. El mismo, como acabo de decir, es una unidad compuesta de *cuerpo y alma* (Concepto este último en el que también incluyo todo lo relacionado con las emociones, la mente, el espíritu) y defino, entonces, como deshumanizado, a todo proceder en el que estos dos componentes del ser humano son disociados o no tenidos conjuntamente en cuenta, considerándose así a la persona como un mero conglomerado de órganos, aparatos, sistemas y funciones biológicas.

Durante el siglo XIX, sobre todo en la segunda mitad, predominó en nuestra ciencia una concepción materialista del ser humano y de la enfermedad (Medicina científico natural), concepto generado por la escuela alemana que tuvo vigencia durante mucho tiempo en las universidades argentinas. En dicha escuela se aceptaba como científico solamente lo racional, es decir lo que se podía ver, tocar, medir y pesar, pudiendo ser

sometido a la experimentación. Refiriéndose a dicho tipo de medicina, el ilustre ex Profesor de la Universidad Nacional de Córdoba – Argentina, Doctor Ramón Brandán, decía textualmente: “No vaya a creerse que esto ocurría sólo en el campo de la Clínica Médica, donde tantas cosas quedar por verse, ya que se conocen estadísticas quirúrgicas en las que un alto porcentaje de las apendicitis operadas de buena fe no eran tales apendicitis y el apéndice extirpado en involuntario error estaba sano.” Y continuaba diciendo Brandán: “La verdad es que en un gran número de casos el médico no comprendía al enfermo y el enfermo tampoco se sentía comprendido por el médico.”

En aquellas épocas se desconocía el mecanismo de origen de las que hoy denominamos enfermedades psicosomáticas, como por ejemplo las enfermedades ácidopépticas gastroesofágicas, el estreñimiento, el colon irritable, el asma bronquial, la hipertensión arterial esencial, y varios tipos de cefaleas y jaquecas, enfermedades todas que eran tratadas como afecciones puramente orgánicas, llegando lógicamente a ser consideradas incurables.

El viraje de la medicina hacia la tecnología se da sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, juntamente con un salto demográfico mundial inmenso que pasó de tres mil millones a seis mil millones de habitantes en 40 años hasta 1999.

La esencia del humanismo es el amor al prójimo, lo que exige del médico no solamente un ejemplar testimonio de solidaridad humana sino también el deber de actuar teniendo en cuenta uno de los máximos valores del individuo, el derecho personal a la integridad física, psíquica y espiritual. Según el pensador Malherbe “si desaparece de la medicina la preocupación primaria por la persona, la Profesión se convierte en una biotécnica para reparar organismos descompuestos”. En la actualidad la medicina es una expresión de la cultura moderna empirista, basada en la observación y en la experiencia cuantitativa, apoyada en datos numéricos. El problema radica en que el ser humano ha adaptado tanto su mentalidad a esta nueva medicina deshumanizada y fraccionadora, que su razonamiento actual suele ser: “¡Doctor! ¡Aunque sea por partes pero cúreme!” y esto es serio porque para la mayoría de las afecciones, la curación pasa por lo integral de cuerpo y mente. Dicho de otro modo: ¿Qué mejor cura para un adolescente preocupado por su acné que, gracias a la palabra de su médico, lo haya aceptado y que ya no le preocupe? ¿Y para el ulceroso gástrico que curó su úlcera gracias a la medicación adecuada sumada a la psicoterapia efectuada por su médico de confianza?

Ante el necesario avance de la fría tecnología, la NUEVA MEDICINA no debe cejar en su esfuerzo por mantener las tradiciones humanistas, basadas

en el amor al prójimo, que la prestigiaron. Y como cuando se tiene este objetivo toda experiencia personal útil resulta válida, traigo a colación la anécdota de mi diálogo con un médico judío amigo.

El mismo, a pesar de nuestra distancia religiosa y sorpresivamente para mí, concluyó aceptando con elogios las palabras de Jesús vertidas en el Evangelio (San Mateo, capítulo 25, versículo 31) a las que yo había calificado como mis inspiradoras cuando debía atender algún caso médico extremadamente dificultoso por el carácter repulsivo de la enfermedad o por el tipo de paciente que la padecía:

“Y el día del Juicio dijo el hijo del Rey:

- ‘Vengan benditos de mi Padre y reciban en herencia el Reino Celestial, porque estuve sediento y me dieron de beber, enfermo y me visitaron’.

- Y ellos respondieron: “Señor, ¿Cuándo te vimos enfermo y te visitamos?”

- “Les aseguro que cada vez que lo hicieron con el más pequeño de mis hermanos, lo hicieron Conmigo.”

Volvemos, entonces, a la Medicina Psicosomática, en la que el esquema de la enfermedad pasa a ser el siguiente:

Factor anímico = Trastorno funcional = Síntoma = Lesión.

Empieza, afortunadamente, a prevalecer el aforismo clásico de la Escuela Francesa de Claude Bernard: “No existen enfermedades sino enfermos”.

En la actualidad, según la OMS (Organización Mundial de la Salud), se entiende por salud “un **estado de completo bienestar físico, mental y social**, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Así, todo procedimiento empleado para sanar al ser humano deberá tener en cuenta dos conceptos:

- 1) Atender a la unidad de cuerpo, mente y espíritu. (Ver Art. 13º, de los Deberes de los Médicos para con los Enfermos)
- 2) Procurar el objetivo salud, ahora claramente definido.

A los que correspondería agregar otro importante concepto:

- 3) Actuando siempre de manera que la dignidad de la persona quede preservada.

La dignidad es un valor inestimable del ser humano que lo diferencia de un animal, de una máquina o de cualquier cosa y que hace que devolver la integridad física a una persona no sea meramente resolver un problema técnico como cuando se repara el motor de un automóvil. De hecho este

último puede y debe ser detenido para arreglarlo, mientras que no se puede detener la vida para arreglar al ser humano.

Resulta obvio que para conseguir el estado de salud no se deberá ocasionar grave sufrimiento ni existirá un costo superior al beneficio que implica estar saludable, de lo contrario no se justificaría por ejemplo, el uso de anestesia, con sus conocidos riesgos. Igualmente, todo accionar médico deberá ser llevado a cabo dentro del marco delimitado por el Código de Ética Médica, cuyo enunciado, *lamentablemente es poco conocido por médicos y pacientes*. En estas épocas de gran confusión en la relación médico-paciente, resulta oportuno tener presentes los deberes y derechos de cada una de las “partes”, por lo que consideré valioso recordarlos textualmente, como lo hago a continuación. El número del Artículo es el que lleva en el Código de Ética de la Provincia de Córdoba.

DEBERES DE LOS MÉDICOS PARA CON LOS ENFERMOS

Art. 9º - El médico deberá respetar el principio de libre elección del médico por el paciente.

Art. 10º - Es obligación inexcusable del médico en el ejercicio de su profesión, atender los llamados en los casos siguientes:

A – Cuando no hubiere otro médico en la localidad en la cual ejerce la profesión.

B – Cuando un colega requiera espontáneamente su colaboración profesional y no existiere en las cercanías otro capacitado para hacerlo.

Art. 11º - Fuera de los casos consignados en el Artículo anterior, si el médico resolviere no concurrir al lado del enfermo, deberá hacer saber su decisión al mismo o a sus familiares para que pueda ser reemplazado, no perjudicando así también su atención.

Art. 12º - El médico podrá rehusar la continuación de la asistencia a un enfermo, siempre que exista otro colega que pueda hacerse cargo del mismo.

Art. 13º - El médico deberá respetar la religión del enfermo y no oponerse a su práctica, salvo que ella signifique un atentado contra la salud que se busca restablecer. En este caso se lo hará saber al enfermo y podrá negarse a seguir atendiéndolo si persistiera en ella. En caso de peligro inminente de muerte, intervendrá aún contra la voluntad del enfermo.

Art. 14º - La cronicidad o incurabilidad no constituyen un motivo para privar de asistencia al enfermo. En los casos difíciles o prolongados, es conveniente y aun necesario promover consultas o juntas con otros profesionales en beneficio de la salud y del ánimo del enfermo.

Art. 15º - El consultorio del médico deberá reunir los requisitos y condiciones establecidas por la legislación en la materia.

Art. 16° - Salvo casos de extrema urgencia, el médico no practicará intervenciones quirúrgicas en lugares inadecuados y sin la asistencia de personal auxiliar capacitado.

Art. 17° - En caso de procedimientos de diagnósticos invasivos, o no invasivos y en tratamiento o intervenciones quirúrgicas en menos de edad, el profesional deberá obtener el consentimiento de los padres, tutores o representantes legales de aquellos y actuará sin él, únicamente, cuando razones de urgencia así lo exijan. En este caso será conveniente, de ser posible, recabar la opinión o actuar conjuntamente con otro colega.

Art. 18° - El médico no podrá esterilizar a una persona sin una indicación terapéutica perfectamente determinada y no reemplazable por otro método de igual eficacia, indicación que deberá ser avalada en todos los casos por una Junta Médica. Además, de no presentarse una situación de extrema urgencia, deberá recabar el consentimiento del enfermo o de un familiar próximo si aquél, por distintas circunstancias, no estuviere en condiciones de otorgarlo. Lo prescrito en este Artículo es válido también para las prácticas radioterápicas.

Art. 19° - El médico no someterá a sus enfermos a la aplicación de cualquier medio de diagnóstico o terapéutico no aprobado por autoridades científicas reconocidas o que no se haya experimentado lo suficientemente.

Art. 94° - El médico tiene derecho a la libre elección de sus enfermos, limitado solamente por lo prescrito en el Artículo 10 de este Código.

Art. 95° - El médico tiene derecho a dejar de atender o transferir la atención de los enfermos bajo su asistencia, aparte de los casos de fuerza mayor y los casos previstos en este Código, cuando medie alguna de las circunstancias siguientes:

a – Cuando el enfermo es atendido subrepticamente por otro médico;

b – Cuando en beneficio de una mejor atención, considere necesario derivarlos a un especialista u otro médico más capacitado;

c – Si el enfermo voluntaria y conscientemente no sigue las prescripciones efectuadas;

d – Si por su estado de ánimo o de salud, no se siente capacitado para continuar con su atención.

Art. 96° - El médico tiene derecho a obtener o reservar copias de los elementos de diagnóstico cuando los originales le sean requeridos por el enfermo o pertenezcan a instituciones públicas o privadas.

Los progresos alcanzados por la medicina moderna hacen que actualmente el médico deba enfrentarse a novedosas situaciones cuyo manejo pone a prueba su formación humanitaria: una de ellas es la del paciente internado en una UTI (Ver más adelante) y otra, no menos importante por lo prolongada, la necesidad de tratamiento del enfermo con cáncer y la presentación frecuente de dilemas entre los que el médico cree correcto realizar, lo que el paciente desea que se le haga o se le deje de hacer, más la

opinión, no siempre adecuada de los familiares del enfermo. Por tal motivo estimé pertinente incluir aquí algo que debería tenerse en cuenta en los países de Latinoamérica también.

DECLARACIÓN CONJUNTA SOBRE LA PROMOCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES DE CÁNCER

Firmada por los 39 miembros de la European Cancer League (ECL)

PREÁMBULO

Considerando que, actualmente, la medicina moderna aumenta en complejidad, cambia rápidamente y que, en consecuencia, las relaciones entre pacientes, profesionales e instituciones sanitarias, sufren cambios significativos.

Reconociendo que, simultáneamente, el paciente desea, no sólo ser un usuario más, sino también tener un papel activo en el trato con profesionales e instituciones sanitarias, para poder hacer valer sus derechos.

Estando convencidos de que la evolución de la tecnología médica y del entorno administrativo relativo a las relaciones entre paciente, profesionales de la salud e instituciones sanitarias requieren un marco legal.

Recordando que, aun cuando se han hecho intentos por legislar los derechos del paciente, frecuentemente se han incluido dentro de leyes de diferente índole y naturaleza, dificultando, por su complejidad, que el paciente conozca sus derechos.

Concientes de que esta dificultad se agudiza para el paciente cuando no existen disposiciones legales específicas o cuando éstas carecen de fuerza legal.

Reconociendo la existencia de distintas iniciativas políticas y normativas en los países europeos, demostrando así un interés común en los derechos del paciente.

Siendo conscientes de que el creciente interés sobre los derechos del paciente entre la población puede favorecer un mayor desarrollo e implicación de los legisladores.

Convencidos de que la adopción de un instrumento común podría ser particularmente oportuno y útil en el reconocimiento de los derechos del paciente a nivel nacional e internacional.

Considerando que los posibles beneficios para el paciente, derivados de la adopción de un documento común, podrían aumentar la concienciación sobre la necesidad de un mayor progreso y motivarían futuras mejoras, entre otros, a los legisladores.

Estando convencidos que el presente documento podría ayudar a los legisladores en la adopción de leyes específicas o en la actualización de las vigentes.

Considerando que la promoción de los derechos del paciente no se puede separar de su cumplimiento y que los derechos del mismo tienen que ser protegidos de diferentes maneras.

Reafirmando la importancia de desarrollar procedimientos eficaces para la protección de los pacientes en situaciones concretas, especialmente cuando los textos se formulan en términos genéricos.

Estando decididos a realizar cuanto sea necesario para promover y hacer respetar los derechos del paciente.

Siguiendo los principios y disposiciones relativos a los derechos del paciente establecidos en los siguientes Instrumentos Intergubernamentales: Tratados y Convenios Internacionales:

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)

Convenio Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)

Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Convenio Europeo de Derechos Humanos y Libertad Fundamental (1950)

Carta Social Europea (1961)

Además de la Declaración de Amsterdam sobre la Promoción de los Derechos del Paciente en Europa (Organización Mundial de la Salud (1994)

La Convención de Derechos Humanos y Biomedicina (Consejo de Europa – 1997)

Y la Carta de París contra el Cáncer (2000)

Hemos acordado las siguientes disposiciones:

Artículo I – CONSIDERACIÓN DEL PACIENTE DE CÁNCER COMO USUARIO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

1.1. El término “paciente” se usa en este documento con el sentido de “usuario de un servicio sanitario, estando sano o enfermo.”

1.2. El término “paciente de cáncer” se usa con el sentido de “usuario de un servicio sanitario, que padece cáncer o problemas causados por el cáncer.”

Artículo II – DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A LA CALIDAD DE VIDA, A LA INTEGRIDAD FÍSICA Y PSÍQUICA Y AL RESPETO A SUS VALORES Y CREENCIAS

2.1. Los valores humanos y derechos expresados en los instrumentos internacionales citados en el preámbulo deberían reflejarse en el sistema sanitario y especialmente en las relaciones entre pacientes, profesionales e instituciones sanitarias.

2.2. Dentro de este marco, todos los pacientes tienen derecho a la calidad de vida, a la integridad física y psíquica, a la dignidad, al respeto a su intimidad, a sus valores e ideas morales, culturales, filosóficas, ideológicas y religiosas, no siendo discriminados por ello.

Artículo III – DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER Y SUS FAMILIARES AL TRATAMIENTO MÉDICO, CUIDADOS Y APOYO PSICOSOCIAL

3.1. Los pacientes de cáncer tienen derecho a tener igualdad de acceso a los tratamientos.

3.2. Los aspectos médicos y psicosociales tienen la misma importancia para los pacientes de cáncer. Los pacientes oncológicos, allegados y sus familiares necesitan asesoramiento, apoyo y cuidados especiales durante y después del tratamiento.

3.3. Los pacientes de cáncer tienen derecho a una óptima calidad asistencial que estará determinada por los niveles técnicos existentes, en función de los recursos, de la formación clínica disponible y de las normas clínicas aplicadas en cualquier país y en cualquier momento, además de por la humanización de las relaciones entre el paciente de cáncer y los profesionales sanitarios.

3.4. Los pacientes de cáncer tienen derecho a recibir todos los cuidados sanitarios adecuados con sus necesidades, incluyendo prevención y rehabilitación.

3.5. Los pacientes de cáncer tienen derecho a elegir y cambiar libremente de profesionales e instituciones sanitarias de acuerdo con la normativa legal.

3.6. Los pacientes de cáncer tienen derecho a solicitar una segunda opinión de otro profesional sanitario en cualquier fase de su enfermedad.

3.7. Los pacientes de cáncer serán tratados siempre en beneficio de su mejor interés de acuerdo con los principios médicos y la tecnología disponible.

3.8. Los pacientes de cáncer tienen derecho a una continuidad de sus tratamientos dentro del mismo hospital, entre varios hospitales y entre hospitales y cuidados domiciliarios.

3.9. Los pacientes de cáncer tienen derecho al alivio de su sufrimiento según el estado actual del conocimiento y tienen el derecho a recibir cuidados paliativos humanitarios así como a morir con dignidad.

Artículo IV – DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A RECIBIR INFORMACIÓN COMPRENSIBLE SOBRE EL PROCESO DE SU ENFERMEDAD Y ADAPTADA A SUS NECESIDADES

4.1. Los pacientes de cáncer tienen derecho a ser plenamente informados sobre su estado de salud, incluyendo los aspectos médicos sobre su situación, los tratamientos médicos propuestos junto con los riesgos y beneficios potenciales de cada tratamiento; las alternativas a los tratamientos propuestos, incluyendo las posibles consecuencias en caso de no recibir tratamiento, y sobre el diagnóstico, pronóstico y evolución del mismo. Esta información debería posibilitar el consentimiento informado como un requisito previo a cualquier intervención médica, participación en investigación y/o en la enseñanza de la medicina. El derecho a ser informado también será necesario para participar en la investigación científica y en la enseñanza de la medicina.

4.2. La información debe comunicarse de modo adecuado al paciente de cáncer para facilitar su comprensión y los profesionales sanitarios deben asegurarse que el diálogo se lleva a cabo en un clima de confianza.

4.3. Los pacientes de cáncer tienen derecho a no ser informados, si así lo requieren explícitamente.

4.4. Los pacientes de cáncer tienen derecho a ser informados de la identidad y la categoría profesional de los profesionales sanitarios, especialmente cuando ingresen en instituciones sanitarias. En este caso, los enfermos tienen derecho a ser informados de las normas de admisión y estancia de tales instituciones.

Artículo V – DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A PARTICIPAR EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE CUALQUIER ACTO RELATIVO A SU ENFERMEDAD

5.1. Los pacientes de cáncer tienen derecho en todo momento a decidir sobre cualquier acto médico y sobre su participación en la investigación científica y en la enseñanza de la medicina.

5.2. En caso de incapacidad legal del paciente, será necesario el consentimiento de un representante legal, aunque el enfermo debe estar

implicado en el proceso de toma de decisiones hasta el máximo que su capacidad le permita. Si el representante legal se niega a dar su consentimiento y el profesional sanitario considera que el acto médico es beneficioso para el paciente, la decisión final deberá ser tomada de acuerdo con los mecanismos legales existentes.

5.3. Si un paciente de cáncer legalmente capacitado es incapaz de dar su consentimiento informado y no hay un representante legal o un representante designado por el paciente, el proceso de decisión deberá tener en cuenta lo que se conoce y se supone, en la medida de lo posible, sobre los deseos del paciente.

Artículo VI – DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y AL ACCESO A SU HISTORIA CLÍNICA

6.1. Toda la información relativa al estado de salud del enfermo, a su situación médica, al diagnóstico, pronóstico y tratamiento y a cualquier otra información de carácter personal debe ser confidencial.

6.2. Los pacientes de cáncer tienen derecho a tener acceso a su historia clínica y técnica y a cualquier otro documento relacionado con su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y cuidado y a recibir copias de su propio historial o de una parte del mismo.

6.3. La información confidencial sólo podrá ser revelada si el paciente da su consentimiento explícito o bien si está legalmente estipulado así en los casos de proyectos de investigación. Sólo se dará por supuesto que existe consentimiento del paciente cuando la información se proporcione a otros profesionales de la salud implicados en el tratamiento o seguimiento del enfermo de cáncer, y siempre en el caso de que sea estrictamente necesario.

6.4. Todos los datos personales de los pacientes deberán estar protegidos de manera adecuada.

6.5. Los pacientes de cáncer tienen derecho a requerir que sus datos personales y sanitarios sean corregidos, completados, eliminados, aclarados y/o actualizados, siempre que estén incorrectos, incompletos, ambiguos o sin actualizar o bien que no sean relevantes a efectos del diagnóstico, pronóstico, tratamiento y cuidado.

Artículo VII – DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A RECIBIR APOYO SOCIAL EN EL PROCESO DE SU ENFERMEDAD

7.1. El proceso de enfermedad oncológica conlleva a menudo problemas económicos durante y después del tratamiento. Los pacientes de cáncer y sus familiares tienen derecho a recibir apoyo económico y social, así como formación y posibilidades de trabajo.

**Artículo VIII – EL PACIENTE DE CÁNCER TIENE LA
RESPONSABILIDAD DE COLABORAR CON LOS
PROFESIONALES E INSTITUCIONES SANITARIAS DURANTE
EL PROCESO DE SU ENFERMEDAD**

8.1. Los pacientes de cáncer tienen la responsabilidad de participar activamente en su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y cuidado, entre otras cosas, proporcionando la información solicitada por los profesionales de salud y las instituciones sanitarias.

8.2. Los pacientes de cáncer deben asegurar que su diálogo con los profesionales de salud y las instituciones sanitarias se lleve a cabo en un clima de confianza mutua.

**Artículo IX – DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A
DISPONER DE LOS MECANISMOS NECESARIOS
QUE ASEGUREN EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS**

9.1. Los pacientes de cáncer deberán tener acceso a la información y al asesoramiento que les capacite para el ejercicio de los derechos plasmados en esta Declaración. Cuando estos derechos no hayan sido respetados, podrán interponer una reclamación. En este contexto, deberían existir mecanismos independientes y procedimientos legales en defensa de sus derechos o soluciones alternativas fuera de los Tribunales.

**Artículo X – DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A
EJERCER SUS DERECHOS SIN DISCRIMINACIÓN
Y BAJO EL AMPARO DE UN MARCO LEGAL**

10.1. El ejercicio de los derechos plasmados en esta Declaración implica que deben existir los medios apropiados para ello.

10.2. El ejercicio de estos derechos debe estar garantizado sin discriminación alguna. En su ejercicio, los pacientes estarán sujetos a las limitaciones establecidas en otros documentos sobre derechos humanos y de acuerdo con la normativa legal.

10.3. Si los enfermos de cáncer no son capaces por sí mismos de hacer valer sus derechos, estos deberían ser defendidos por un representante legal o por la persona designada por el paciente a tal efecto. En el caso de que no haya sido designado ningún representante legal o personal, deberán tomarse otras medidas alternativas para la representación del paciente.

Declaración firmada por los 39 miembros de la European Cancer League (ECL), de la que forma parte la Asociación Española contra el Cáncer (aecc). 28 junio 2002

CAUSAS DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA

La crisis de valores en la sociedad actual lleva a que las prioridades en la vida del ser humano estén en la línea del **tener**, predominando una cultura materialista. Siendo la salud un bien, que aparte de constituir un estado de bienestar ayuda a conseguir muchos otros bienes, su precio se convierte en inestimable y, como cualquier otro bien, empezó a estar sometido a las leyes de la economía. En el sistema económico mundial actual, liberal y globalizado, la salud es tomada como una mercancía a la que se le ha fijado un precio. Y éste, generalmente alto porque:

- 1 – Su posesión tiene una demanda natural y mundial.
- 2 – Su obtención suele ser muy dificultosa e implica el empleo de gran cantidad de instrumentos y modernos avances tecnológicos generalmente costosos.
- 3 – La curación es considerado un tema opinable y como tal se presta a que cada persona tenga conceptos personales de cómo conseguir la salud y cómo mantenerla prescindiendo incluso del consejo médico.
- 4 – En su “negociación” existen intermediarios con desmesurado afán de lucro.

LOS PROGRESOS EN LA MEDICINA

Al igual que otras ramas del conocimiento humano, las ciencias biológicas experimentaron en el siglo XX un notable progreso generado por la utilización de la tecnología, principalmente la electrónica.

Si bien ha generado no pocos progresos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, la tendencia creciente a la utilización de *tecnología sofisticada* contribuye a la deshumanización de la práctica médica al privilegiar un modo de interacción no personal. El aumento del costo de la medicina por el empleo de dicha tecnología, más allá de estar en muchos casos justificado, es otro factor de deshumanización ya que produce un encarecimiento de la profesión, generalmente en desmedro de la tarea intelectual del médico que, cada vez menos valorada, lleva al profesional a dedicarse más al manejo de un aparato que a su relación con el paciente. La necesidad del estudio de las enfermedades por órganos y sistemas fisiológicos, ha permitido, al fraccionar las dificultades, también un mayor conocimiento y más acertados tratamientos de muchas enfermedades. Esto trajo aparejado *la aparición de las especialidades y de los médicos especialistas*; a pesar de ser atendido por un médico clínico internista es común también la interconsulta de éste con médicos sub-especializados en ramas clínicas (Por ejemplo: Neumólogo, Cardiólogo, Nefrólogo) y, si estos empiezan a tomar las decisiones principales en el caso, sin la

anuencia del clínico internista, se produce en el paciente la sensación de estar atendido por muchos y por nadie al no quedar bien en claro quién es el verdadero responsable de su tratamiento y carecer el enfermo de la seguridad de un determinado referente médico reconocible como responsable principal de su salud, dado que ningún sub-especialista se siente a cargo de la misma.

EL TEMA DE LOS ESPECIALISTAS

El progreso de la ciencia en muchas de sus ramas, como la física, la biología molecular y la farmacología, asociado a la introducción de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad, han diversificado la profesión médica al punto que su tan ampliada práctica es ejercida por una complicada madeja de especialistas, sub-especialistas, técnicos y paramédicos. En este panorama se hace, muchas veces, indistinguible para el paciente y la sociedad en general, cuáles son los objetivos finales hacia los que están destinados todos esos progresos.

Es indudable que esta hipercomplejidad encarece notablemente los costos de la atención médica. Así como se considera que el médico no especializado es “el que sabe de todo un poco y en última instancia sabe un poco de todo”, se encuentra en el otro extremo la imagen del médico especialista o super-especializado de nuestras épocas, a quien el famoso filósofo español Ortega y Gasset ha definido como que “es el médico que cada vez sabe mucho más de casi nada”. Y éste es un verdadero dilema que frecuentemente deben enfrentar y resolver la medicina y el enfermo de los siglos XX y XXI. En muchas ocasiones existen dificultades, incluso para los propios médicos y las facultades de medicina, para definir las incumbencias o campo de acción de cada especialidad, por eso delante del propio enfermo es necesario el adecuado criterio del clínico general o especialista en medicina interna para coordinar esfuerzos y aunar criterios.

El problema principal con respecto al enfermo es, como decía más arriba, que no le queda bien en claro cuál es el médico que se responsabiliza de su curación, y la confusión suele ser tal que muchas personas ignoran que para ejercer algunas de las tantas especialidades es necesario previamente el título de Médico. Brindo, entonces, sobre el tema, un pantallazo general ordenado, que considero de utilidad principalmente para el lector no médico.

Existen cuatro especialidades agrupables como **ESPECIALIDADES MAYORES**, en que se divide el ejercicio práctico de la medicina ortodoxa. Ellas son:

- A – Medicina Interna.
- B – Cirugía.
- C – Gineco-obstetricia.
- D – Pediatría.

Y otro conjunto de especialidades agrupables como **ESPECIALIDADES MENORES**, donde se pueden incluir:

- 1 – Oftalmología.
- 2 – Otorrinolaringología.
- 3 – Dermatología.
- 4 – Anatomía Patológica.
- 5 – Diagnóstico por Imágenes.
- 6 – Anestesiología.

Dentro de cada especialidad, mayor y menor, existen varias **sub-especialidades**. Están:

a – Los especialistas que surgen **de una especialidad mayor** (Empleando los calificativos mayor y menos sin ánimo peyorativo) a quienes denominaré Sub-especialistas mayores. En el caso de la medicina interna son:

- 1 – Los especialistas por órgano como el cardiólogo, neumólogo, gastroenterólogo, nefrólogo, , hematólogo y reumatólogo.
- 2 – Los especialistas por sistemas: inmunólogo, endocrinólogo, alergista, oncólogo y psiquiatra.
- 3 – Los especialistas generalistas como los médicos de familia, el médico de cabecera, el infectólogo y el clínico general.
- 4 – Los especialistas por grupo de edad: medicina del niño(pediatra), medicina del adolescente, medicina del gerente (geriatra).

b – Los especialistas que surgen **de una especialidad menor**, a los cuales se los puede denominar *sub-especialistas menores*.

El profesional conocido tradicionalmente en las familias como “nuestro médico”, es el clínico internista, el médico que en la terminología actual se conoce como el *especialista en medicina interna* con actividad con actividad también extra-hospitalaria. Respecto a éste, con visión clarificadora, nos dice textualmente el Dr. Francisco Santander, perteneciente a la afamada escuela española de Clínica Médica, encabezada por Domarus, Farreras y Valenti:

“Su deber es tener la visión del paciente como un médico responsable de prevenir y de resolverle más del 80% de los problemas médicos, que se preocupa por entender todos los ángulos de sus patologías, y de conocer las interacciones que puedan tener los medicamentos que le indican el nefrólogo, el gastroenterólogo, el cardiólogo y/o el inmunólogo, armonizando su tratamiento, tomando lo mejor de cada una de las especialidades y armando una visión integral del paciente, que no es un saco de órganos inconexos, sino un ser complejo con alma, cuerpo, mente y familia”.

El especialista en Medicina Interna se ocupa, entonces, de la mayoría de las enfermedades clínicas que no requieran una solución quirúrgica. La especialidad en *Cirugía* se ocupa de las enfermedades que requieren tratamiento operatorio. Tiene varias subespecialidades como Cirugía General, Cirugía Abdominal, Cirugía de Tórax, Cirugía Traumatológica, Cirugía Vasculat, Neurocirugía, Cirugía Urológica, Cirugía Estética, etc.

La especialidad en *Gineco-obstetricia* atiende a la mujer abarcando desde sus problemas hormonales y genitales, hasta todo lo relacionado con embarazo y post-parto o puerperio.

La especialidad en *Pediatría* se dedica casi exclusivamente a la atención del niño, abarcando, a veces, también al adolescente. Este segundo aspecto suele evidenciar superposiciones con el campo de acción de la medicina interna.

Sintetizando, presento el siguiente

CUADRO CLASIFICATORIO DE LAS ESPECIALIDADES

1 – ESPECIALIDADES MAYORES

MEDICINA INTERNA

Especialidades por Órganos:

Cardiología, Neumonología

Gastroenterología, Endocrinología

Reumatología. Nefrología,

Especialidades por Categoría:

Infectología, Psiquiatría,

Inmunología, Salud Pública.

Especialidades Generalistas:

Médico de Familia,

Clínico General,

Médico de Cabecera.

Especialidades por Edad:

Especialista en Mayores

(Gerontólogo)

Especialista en Adolescentes.

Especialista en Niños

CIRUGÍA

- Abdominal
- Torácica
- Traumatológica
- Vascular
- Neurológica
- Urológica
- Estética

GINECO-OBSTETRICIA

- Ginecología Clínica
- Ginecología Quirúrgica
- Obstetricia

PEDIATRÍA

- Niño
- Adolescente
- Cirugía Pediátrica

2 – ESPECIALIDADES MENORES

- OFTALMOLOGÍA (Ojos)
- OTORRINOLARINGOLOGÍA
- DERMATOLOGÍA (Piel)
- ANATOMÍA PATOLÓGICA
- DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
 - Radiología, Electrocardiografía
 - Ecografía,
 - Tomografía Computada,
 - Radioisótopos
- ANESTESIOLOGÍA

Quedan fuera de este cuadro dos tipos de médicos: el médico *docente*, y el médico *investigador*. Ambos menos populares y a veces ignorados, pero no menos importantes para el mantenimiento del prestigio humanista de nuestra profesión.

En nuestro medio la clásica figura del *médico de cabecera* se ha visto desnaturalizada al ser utilizado tal profesional como médico “portero” encargado de “autorizar” el acceso a “algunas obras sociales o mutuales médicas oficiales y privadas, procurando desalentar el número de consultas y de prácticas médicas complementarias.

En realidad estos médicos no están cuidando al paciente sino a una institución empleadora, encargada de manejar comercialmente un sistema

de salud; de este modo están violentando el compromiso del médico en su profesión de dirigir todos sus actos al bienestar del enfermo, en vez de estar al servicio de quienes, según se ha comprobado en más de una oportunidad, lucran con la enfermedad y la angustia de aquél.

ROL DE LA UNIVERSIDAD

El organismo designado por la sociedad para formar las personas encargadas de cuidar la salud (Los médicos y el equipo de salud) y devolverla al enfermo, es la *Facultad de Medicina* de las universidades y exhibe en nuestro medio, una clara imagen de cuán poco la sociedad y sus autoridades priorizan la tarea de formación del médica al evidenciar:

- a) Escasos presupuestos económicos.
- b) Paupérrimas instalaciones y equipamiento par la formación del profesional – Comparemos la calidad edilicia e instrumental de los Bancos estatales con los de muchos edificios y hospitales universitarios.
- c) Docentes mal pagos, con escasa formación humanista, mucho sentido económico y empresarial y poca disponibilidad de tiempo, explicable esta última parte por las malas condiciones de trabajo y dichos inadecuados salarios.
- d) Falta de interés del estudiante de medicina, joven hoy deslumbrado por tantos avances tecnológicos que evalúa, como desjerarquizada y sin probables futuros beneficios económicos, todo tipo de medicina que no sea la super-especializada, no siendo predispuesto ya desde su formación profesional a tener una visión holística del ser humano.
- e) Planes de estudios basados en gran número de materias que fraccionan al ser humano al realizar un análisis tecnológico de cada órgano, aparato y sistema, como única forma de estudiarlo y llevarlo a la salud, desjerarquizando a materias unificadoras como la clínica médica, la medicina generalista, la psicosomática, la antropología, la bioética y la psicología, además, aunque no pueda creerse, en nuestras Facultades de Medicina de Córdoba, Católica y Nacional, no existe la materia “Sexología”. Surge entonces, de paso, una inquietud importante: si los médicos no han estudiado sexología en su carrera ¿Quién está científicamente capacitado como para dictar educación sexual en los colegios secundarios?
- f) Escaso contacto con el enfermo. Es común que en los trabajos prácticos sólo se revisen historias clínicas y estudios complementarios, con una *escasa priorización de la relación médico-paciente*.

El médico egresado de esta universidad, en una sociedad materialista ¿Cómo no va a tener, entonces, un excesivo sentido de lo material, agregado a necesidades económicas exacerbadas por un mundo

competitivo y materialista? Dichas características serán las que necesariamente exhibirá después en el ejercicio de su profesión.

ROL DE LA SOCIEDAD

Un mundo en el que predomina el hedonismo y que prioriza tanto el materialismo, difícilmente llegará a generar:

A – *Médicos humanistas* que dediquen tiempo al ser humano enfermo, procurando la solución de su problema de salud en el menor plazo y con el menor gasto posible, para lo cual un primer paso muy importante es una adecuada relación médico-paciente, en vez de emplear el tiempo en todo tipo de burocracias y llenado de formularios. Se critica a los médicos diciendo que “son muy comerciantes”, pero no se tiene en cuenta que el Estado les exige las mismas obligaciones que a los comerciantes (Impuesto a las Ganancias, Monotributo, etc.) Así como también lamentablemente, nuestra sociedad ha convertido al médico, mediante comprometedores pedidos de certificados médicos de favor o de amistad, en el justificador de todo aquél que se levantó un día con pereza o sin ganas de trabajar.

B – *Organizaciones médicas u obras sociales y mutuales* que procuren prioritariamente la salud global de sus aportantes, en vez de beneficios económicos.

C – *Dirigentes, autoridades y ministros o encargados* del manejo de los dineros públicos que consideren importante la inversión en salud pública, no solamente edilicia, sino, principalmente, en lo que hace a la adecuada distribución y retribución de los médicos. Dicha inversión es considerada actualmente mucho más un gasto que desequilibra presupuestos que un beneficio generador de bienestar social a corto plazo y también un beneficio económico en el mediano y largo plazo para la sociedad. Es tristemente llamativo en nuestro medio, como dije anteriormente, que las ciudades luzcan hermosos y funcionales edificios bancarios oficiales y privados que contrastan con vetustos y obsoletos edificios de hospitales públicos y privados.

ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

La salud debe ser considerada un valioso bien que se posee. Como todos los bienes, en nuestra sociedad, se ha hecho sujeto de comercialización y muchas veces entra en el juego de la oferta y la demanda, no necesariamente ilícito, en esta materia. La medicina, como muchos oficios, y con el fin de perfeccionarse, se ha ido tecnificando cada vez más, hasta lindar con lo robotizado y tal vez lo deshumanizado. En medicina, como también en muchas otras ciencias, el adelanto tecnológico se asienta

principalmente sobre bases matemáticas que poco tienen en cuenta el concepto subjetivo mental, emocional y espiritual de la persona. Dichos adelantos fueron mayoritariamente posibles al estudiar al ser humano por sectores, es decir por órganos, aparatos y sistemas, más fáciles de explorar matemáticamente que los fenómenos mentales y emocionales. Una vez probado y aprobado un adelanto tecnológico surge la necesidad de su financiación y el interés por su explotación masiva; porque si sirve para acrecentar un bien, parece bastante lógico en el pensamiento actual que tenga un costo y que pueda dejar un beneficio económico, generalmente empresarial, y en pos de este beneficio se incrementa tal costo, debido a que existe una clientela que se ha convertido en cautiva porque:

- a) Se le quita la *libre elección del médico*.
- b) Existe un manejo multinacional monopólico de *los medicamentos*.
- c) Se tiende por razones culturales a sobrevalorar la supuesta excelencia e infalibilidad de la *tecnología*.
- d) El *médico*, quien sería el encargado de orientarla correctamente, no tiene una formación universitaria con visión integral humanista para transmitir al enfermo y su entorno.

Por ende, la sociedad no se percata de esta situación ni busca cambiarla por la aplicación de mecanismos democráticos; en general la población sólo se limita a protestar y a quejarse de entre casa. En síntesis, la medicina ortodoxa del siglo XXI, frecuentemente, actúa en forma deshumanizada al tratar al enfermo como un objeto a reparar con los últimos avances tecnológicos, sin tener en cuenta los fenómenos emocionales que se desencadenan en el ser humano enfermo. Quiero dejar en claro, nuevamente, que de ninguna manera estoy negando o desconociendo el valor de los sorprendentes avances alcanzados por la tecnología aplicada a las ciencias biológicas, en este caso la medicina, evidenciados en la creación y desarrollo de múltiples métodos de estudio modernos complementarios de la clínica, que se han convertidos en instrumentos de fundamental importancia, no sólo para el estudio sino también para el diagnóstico, el tratamiento y la curación de múltiples enfermedades de gran cantidad de personas en todo el mundo. Más aún, el médico que por sus convicciones, no se pliega a este tipo de medicina, que casi necesariamente apenas tiene en cuenta la integridad cuerpo-alma de los enfermos, termina frecuentemente siendo un paria de la medicina ante una sociedad y pacientes que o bien recurren a la medicina alternativa o bien exigen cada vez más el empleo de sofisticadas tecnologías en procura de recuperar la salud corporal en desconocimiento de que de no curar el espíritu difícilmente se pueda sanar al ser humano.

SITUACIONES ESPECIALES
QUE PONEN A PRUEBA EL COMPORTAMIENTO HUMANO
DEL MÉDICO

1 - CÓMO INFORMAR AL PACIENTE

Considero que existe una falencia en la *relación médico-paciente* en el hecho de que el profesional no sea explícito con el enfermo al referirse a su enfermedad. Muchas veces de prisa, otras veces por no tener capacidad didáctica, ocasionalmente por no tener las ideas bien claras, algunas veces también por presuponer que el paciente es un ignorante total del tema, el médico, en una actitud paternalista, deja de comunicar detalles que el paciente está anhelando conocer acerca de las causas de su afección, mecanismos de los síntomas y probables consecuencias de su enfermedad. Por otra parte, es cosa de todos los días en la actividad médica, enfrentar la dificultad que implica la comunicación del diagnóstico a paciente y/o familiares. Esta dificultad es aún mayor cuando se trata de enfermedades que la gente considera incurables como el cáncer y el sida o vergonzantes como el mismo sida, la lepra, la tuberculosis y varios tipos de venéreas. En mi opinión, *ante el claro y firme requerimiento del paciente* el médico debe contestar sin ambages todas las preguntas. No olvidemos que hay detalles no significativos que muchos pacientes preferirían desconocer. Con mayor razón también, si las ha efectuado un familiar adulto responsable muy allegado y más aun si son enfermedades de factibles tratamiento y curación, en las que las “mentiras piadosas” podrían estar significando con los avances de la medicina del siglo XXI una negligencia médica. Decir la verdad con exactitud y con una actitud esperanzadora, dejará abierta la puerta a que el paciente acepte la realización del tratamiento y pueda organizar sus cosas para el caso de un pronóstico sombrío. Un buen conocimiento de la mente y la psicología de su paciente ayudarán al médico a encontrar las palabras adecuadas y a que esto que parece muy complicado no termine resultando perjudicial para el enfermo y su entorno. De no darse ese conocimiento puede ocurrir el triste caso, vivido y relatado por un colega cuyo paciente tomó la determinación de suicidarse al conocer su diagnóstico de cáncer.

2 – EL MÉDICO Y LA MUERTE

Estimo que resulta adecuado que el médico no realice maniobras de reanimación cardio-respiratorias a pacientes añosos que están ya casi espirando en la fase terminal de una enfermedad consuntiva. Por ejemplo un cáncer diseminado. Habiendo ya la medicina arribado a un tácito y lógico acuerdo acerca de que el masaje cardíaco, la respiración artificial y la cardio-desfibrilación deberían efectuarse únicamente en pacientes con los llamados “corazones demasiado sanos para morir”, como los cardiólogos definimos a los afectados por una descarga eléctrica accidental o por una lesión aguda (infarto), generadoras de arritmias o paros cardíacos reversibles.

Uno de los dilemas mayores suelen presentarse en aquellos **casos terminales** en los que el enfermo ha solicitado expresamente con anterioridad, que “se lo deje morir en paz” o cuando familiares muy allegados solicitan en el momento que “se respete la dignidad final de su padre o de su madre”. Considero que un médico conciente de ya haber efectuado hasta ese momento todos los tratamientos posibles, no debe moralmente temer estar incurriendo en una negligencia cuando da cumplimiento a cualquier de estos pedidos.

Lamentablemente **las facultades de medicina** no preparan al médico para la adecuada atención del enfermo moribundo ni la contención de su entorno. Es como si no se quisiera aceptar ni enfrentar a la muerte, casi un símbolo del “fracaso” médico.

Otra dificultad reside en que la muerte misma en sí, es un misterio ya que nadie puede referir sus experiencias personales con la misma. Se cuenta solamente con las denominadas “experiencias cercanas a la muerte”, o por haber asistido a la muerte de otra persona.

En **mi práctica médica clínica** he podido comprobar que el sufrimiento principal ante la muerte está referido a sus pródromos, cuando los mismos se relacionan con un contexto psico-social generador de tristeza o de angustias. Indudablemente, hay gran sufrimiento físico generado por el dolor cuando el mecanismo de la muerte es violento y cruento, y más aún si es prolongado. Cuando tal mecanismo depende de lentas afecciones clínicas, el sufrimiento parece ser de origen mental, existiendo gran responsabilidad del médico en atenuarlo con su presencia y sus palabras además de la medicación analgésica, cuando tal sufrimiento es generado por dolor y de otra medicación sintomática cuando se agrega cualquier otro síntoma displacentero.

El **verdadero médico humanista** debe, además, tener en cuenta la espiritualidad de su paciente, sobre todo en los casos en que éste tenga creencia religiosa en la trascendencia post-mortem del espíritu, y deberá ofrecer al moribundo el auxilio religioso que en estos momentos necesita y frecuentemente ayuda a bien morir. Es conveniente que en estas situaciones el médico tenga también en cuenta a los familiares cercanos al paciente, hablando claramente con los mismos, valorando especialmente las opiniones sensatas que pudiesen aportar. Lo más frecuente es observar en la mayoría de las enfermedades clínicas terminales, que la muerte llegue en tranquilidad, como un sueño final pleno de dignidad. En estos casos el médico debe procurar respetar la dignidad del enfermo, como dije anteriormente, sin efectuar ni proponer agresivas e innecesarias medidas heroicas como suele ocurrir con la denominada “resucitación cardiorrespiratoria”.

Me parece muy adecuada la frase del célebre filósofo griego **Sócrates** cuando afirmaba: “El temor a la muerte no es otra cosa que considerarse

sabio sin serlo, ya que es creer saber sobre aquello que no se sabe. Quizá la muerte sea la mayor bendición del ser humano. Nadie lo sabe y, sin embargo, todo el mundo le teme como si supiera con absoluta certeza que es el peor de los males.”

En la actualidad existen, además, tres circunstancias que exigen del médico claros criterios ético-morales y científicos para tomar decisiones acertadas en relación con la muerte de una persona:

1 – El requerimiento de asistencia para *eutanasia*.

2 – El establecer el *diagnóstico de muerte* de una persona con órganos aptos para la *realización de transplantes*; conozco dos casos puntuales de jóvenes que gozan actualmente de perfecta salud, que según sus padres, fueron requeridos para la donación después de haber quedado inconcientes, por sendos accidentes automovilísticos; hecho del que se salvaron a último momento por la terminante oposición de los mismos.

3 – La toma de decisión de la *suspensión de asistencia médica*, generalmente heroica, en pacientes que podrían considerarse en estado terminal, como veremos más adelante que ocurre en las Unidades de Terapia Intensiva, en las que frecuentemente se comprueban casos del denominado “encarnizamiento terapéutico”, situación crítica que es la que más comúnmente lleva a adjudicar a la medicina actual el calificativo de deshumanizada, demandando por parte del médico el conocimiento de los derechos del paciente internado en las UTI, donde finalmente muchos fallecen alejados de sus familiares.

3 – LA MENTIRA PIADOSA

Respecto a este tema, **Gregorio Marañón**, eminente maestro médico español, clínico humanista y especialista en endocrinología del siglo XX, nos ha dejado estas lecciones:

“Debemos declarar heroicamente que el médico no sólo puede sino que, a veces, debe mentir. Y no sólo por caridad, sino con el más riguroso criterio científico.

Mucho tiempo antes del auge de la Medicina Psicosomática, sabíamos todos que una piadosa e inteligente inexactitud deliberadamente imbuida en la mente de un enfermo, puede beneficiarle más que todas las drogas de la farmacopea.

Ahora repito lo que he dicho otras veces: que estos médicos que atropellan la infinita sensibilidad de un enfermo y de sus familiares con tal de no equivocarse, con tal de que no padezca su reputación, son lo peor de la profesión nuestra; más nocivos que los médicos distraídos y que los ignorantes”. * Gregorio Marañón.

4 – COBRO DE LOS HONORARIOS

Muchos y prestigiosos médicos de experiencia lo consideran un verdadero arte. Coincido con dicha opinión ya que en esta circunstancia el médico deberá hacer valer sus años de sacrificio y estudio sin herir la sensibilidad de paciente y familiares que, cuando la relación médico-paciente fue buena, han llegado a considerarlo un verdadero amigo y no es común que alguien le cobre a sus amigos. Ésta es una situación crítica que para muchas personas suele definir si un médico es o no humanitario.

Por otra parte resulta aquí evidente que el médico que, irracional o innecesariamente, ha recetado medicamentos sin tener en cuenta un costo elevado, además de perjudicar al paciente aumentando sus gastos, se perjudica a sí mismo porque le verá retaceado entonces el pago de honorarios justos. Es muy importante para evitar conflictos, la forma en que se efectúa el cobro. Indudablemente los años de experiencia en la profesión tienden a facilitar las cosas. De acuerdo a mi experiencia personal, respecto al cobro de los honorarios, puedo aconsejar al médico novel:

- a) En cuanto a los valores: tener en cuenta los fijados como mínimos por la entidad deontológica de la región, considerar sus años de egresado, el nivel de sus estudios y títulos adquiridos en el postgrado, horario y grado de urgencia de la consulta, característica del día en que fue efectuada (Día feriado o en época de vacaciones del médico).
- b) En cuanto a la oportunidad y forma de cobro: suele ser útil que el paciente conozca previamente cuánto deberá abonar, y que el pago le sea requerido por una secretaria después de efectuada la consulta.

La profesión médica es una de las pocas entre las que ocurre actualmente el “*trabajo ad honorem*”. Esta costumbre criticable es aplicada sobre todo en centros de formación, con el médico novel, y justificada con la argucia de que “se le paga con lo que aprende”. Considero que esto debería, por lo riesgoso para paciente y médico, estar formal y legalmente prohibido y erradicado, asegurando la formación profesional del médico en adecuados centros oficiales, en vez de paliar artificial y riesgosamente, con mente y mano de obra gratuitas, falencias en la atención médica de la población por parte del Estado que es el verdadero responsable.

Es criterio aceptado en nuestro siglo XXI en la mayoría de los países, que el médico perciba una paga por sus tareas; según el nivel socio-económico-cultural de cada país se valora en más o en menos la **tarea intelectual** (entrevista directa con el paciente o interpretación de estudios complementarios) o la **tarea manual** (Cirugía, realización técnica de estudios complementarios). Diferentes son los factores que determinan en cada país el valor económico de la tarea del médico. Ellos son:

- 1 – Existencia o no de cobertura médica por obras sociales o seguros de salud.
- 2 – Leyes económicas de oferta y demanda: regiones que tienen excesiva concentración de profesionales por número de habitantes, evidencian que el médico está peor pago.
- 3 – Política de salud de cada país o región.
- 4 – Capacidad y sentido de agremiación de los médicos en cada país o región.
- 5 – Jerarquía de la labor profesional, entendiéndose por tal el prestigio del médico, la calidad de la relación médico-paciente, y los resultados obtenidos con la tarea médica.

A Junio 2008, aunque resulta difícil de creer, el médico de Córdoba, República Argentina, suele percibir:

- Consulta por obra social	\$ 15 (US\$ 4,87)
- Honorario ético mínimo fijado por el Cons. de Médicos	\$ 40 (US\$ 12.98)
- Precio de un kilo de carne	\$ 35
- Consulta privada a un médico jerarquizado	\$ 100
- Guardia de 24 hs. en un sanatorio privado	\$ 130
- Electrocardiograma	\$ 35
- Sesión de Psicología	\$ 50
- Sesión de Fisioterapia	\$ 15
- Salario mensual de un juez provincial	\$ 10.000 (US\$ 3.246)

Frecuentemente se asiste a la asombrosa dicotomía de que una vida salvada por un médico tiene un valor de \$15, mientras que una vida lamentablemente perdida por el error de un médico, equivale a \$500.000, después de un resonante, cuanto profesionalmente, perjudicial juicio por mala-praxis.

5 – ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

Si bien es el resultado de sucesivas acciones, no es percibido hasta que se completa el cuadro típico del paciente semiinconsciente unido por cables a aparatos y por tubos a goteos con drogas o líquidos de “mantenimiento”, generalmente alejado de sus familiares y con profesionales de la salud que sólo se acercan para tomar de él datos numéricos configurando así un dantesco e indigno espectáculo inhumano con el fin de tratar de arribar a un resultado que, muchas veces, no puede calificarse de positivo, no existiendo un objetivo predeterminado que pueda definirse claramente como el logro de una calidad de vida aceptable. Da la impresión, entonces, que un fin poco claro estuviera, aparentemente, justificando medios heroicos.

Sin embargo, frecuentemente, prolongados y complejos tratamientos llevan a la recuperación y a una vida plena, a pesar de haberse realizado un aparente ataque a la individualidad y a la libre elección de muchos enfermos semiinconscientes y aparentemente incapacitados para tomar una decisión clara sobre su vida. Esto, claramente, plantea un gran dilema a médico y familiares del enfermo: ¿Hasta dónde llegar con el tratamiento? Generalmente no se puede establecer con exactitud cuál fue la acción que convirtió el tratamiento de una enfermedad en un caso de encarnizamiento. Muchas veces ha ocurrido que el desacertado traslado de un paciente a una UTI, ha generado una interminable sucesión de acciones, muchas de ellas con sofisticadas aplicaciones tecnológicas, que resulta luego imposible detener y que, lentamente, van sumergiendo al enfermo en interminables sufrimientos encadenados, con la intención de mantener la vida biológica a toda costa. Se pierde, entonces, la visión de si se está manteniendo con vida un vegetal o un ser humano (No se valora adecuadamente la función neo-cortical) y es así como un resto de persona sigue conectado a respiradores, hemodializadores y goteos, con la necesidad de que un juez tome la determinación de dar fin al drama de un paciente y sus empobrecidos y desesperanzados familiares.

6 – EL ENFERMO, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Incluyo este capítulo aquí, porque estoy convencido de que la UTI es uno de los sectores de la práctica médica al que más se adjudica, como dijera en párrafos anteriores, la mayoría de las veces injustamente, el ser el lugar donde se practica medicina deshumanizada.

La necesidad de actuar perentoriamente en el sitio de ocurrencia de accidentes o enfermedades graves de aparición súbita, determinó en Inglaterra (Año 1885) la apertura del Servicio de Urgencias, que se radicó inicialmente en las estaciones de bomberos; al año siguiente se extendió la experiencia a Viena; en 1887 a Budapest; en 1903 a Kiev, capital de Ucrania; y, al constituirse la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, a todo ese inmenso territorio europeo. La efectividad de sus acciones y el ordenamiento de las causas de muerte en naciones desarrolladas, dio lugar al surgimiento de sistemas análogos en las capitales y principales ciudades de países capitalistas industrializados, con alta calidad técnica y equipos sofisticados. En regiones del llamado Tercer Mundo se crearon sistemas parecidos, con primacía de personal paramédico entrenado, sobre todo en funciones de resucitación cardiorrespiratoria.

El concepto de “cuidados intensivos” ha sido empleado durante muchos años por los japoneses. Más tarde lo utilizó Florence Nightingale, y desde hace varios años se aplica también a los hospitales militares; sin embargo, la denominación de atención intensiva a pacientes, fue usada originalmente a partir de 1956 por el Manchester Memorial Hospital, donde los cuidados

intensivos se definieron como una clasificación sistemática de los pacientes de acuerdo con las necesidades observadas por el médico y la enfermera y las facilidades del hospital, de forma que se dividían en distintas unidades, entre las cuales se incluían las de Cuidados Intensivos (UCI) e Intermedios (UCIM). Entre las ventajas que sobresalían en este nuevo modelo de atención, figuraban:

- Mayor racionalidad y flexibilidad en la utilización de los servicios.
- Reducción de los costos y de la mortalidad.
- Así como un retorno más rápido del paciente a la comunidad.

El concepto se generalizó y adaptó a las características de la salud pública y a los hospitales de los países donde se implantó. A finales de la década de los 50, las salas de recuperación anestésica o postoperatorias, fueron muy importantes para garantizar la atención progresiva a los pacientes graves y críticos, razón por la cual se les considera como el punto de partida para la aceptación, a escala mundial, de un sistema asistencia, teniendo en cuenta la proliferación de unidades de cuidados intensivos e intermedios, cuya base se fundamenta en la respuesta ofrecida a las necesidades de reanimación cardio-neumo-cerebral, ventilación mecánica artificial, monitoreo y observación de la actividad eléctrica del corazón, reanimación con fluidos y otras maniobras; considerándose actualmente esta actividad como básica, fundamental y estrictamente diferenciada en la práctica hospitalaria, la que al incorporar la experiencia y el desarrollo de los servicios de urgencia extrahospitalarios, la han transformado en una especialidad médica reconocida, denominada Medicina Intensiva, la cual se define de la manera siguiente:

La Medicina Intensiva (MI) comprende la reanimación y asistencia médica intensiva de los pacientes ya durante el transporte, en los servicios de urgencia (Cuerpos de Guardia) y en las unidades especializadas (UTI), integrando en su ejecución dos etapas:

- Medicina intensiva extrahospitalaria.
- Medicina intensiva intrahospitalaria.

La primera UTI fue creada, como decíamos, en el año 1956, en el Manchester Memorial Hospital de Inglaterra y en 1973, aproximadamente, en Argentina. Su loable finalidad original fue concentrar en un único lugar del hospital todos los medios instrumentales y de personal, necesarios para salvar en una urgencia la vida de pacientes graves recuperables. *¿De dónde nace, entonces, su desprestigio y temor generalizado de la gente, de ser internada en ellas?*

- a) Del desconocimiento por paciente y familiares de su finalidad y de su funcionamiento. Ocurre que no es raro que, lamentablemente, el médico de cabecera del paciente, sea descartado por la familia, se desentienda del paciente y del caso, y tenga su acceso restringido al lugar, historia clínica y estudios. Además, su opinión no suele ser tenida en cuenta por los médicos de la UTI.

- b) De la ausencia de contención del paciente, escasa y fugazmente visitado por un médico responsable que aparte de bromear y hablarle de deportes, sepa explicarle por qué y para qué está internado en ese lugar que parece tan agresivo
- c) Del necesario aislamiento al que se somete al paciente, sobre todo con respecto a sus familiares. Llegando incluso a producirse decesos solitarios, sin el acompañamiento de hijos, cónyuges, etc., a pesar de la voluntad suplicante del propio paciente.
- d) De la falta de experiencia y de entrenamiento psicológico de muchos de los profesionales que trabajan en una UTI.
- e) De la falta de confort existente en muchas UTI, sin acondicionamiento climático y con el paciente sometido a constantes ruidos monótonos (La bomba de goteo heparínico, el beep de la alarma de monitores), rodeado de los ayes y lamentos de pacientes de los boxes cercanos al suyo, cuando no el clima especial producido por el fallecimiento de alguno de ellos.

Considero de gran utilidad, tanto para el médico como para el paciente y sus familiares, el conocimiento del punto siguiente y por eso los derechos del enfermo en la UTI son incluidos en este capítulo.

DERECHOS DEL PACIENTE EN LA UTI

- Derecho a un cuidado respetuoso y considerado.
- Derecho a la autonomía.
- Derecho a escuchar la verdad.
- Derecho a mantener la esperanza mientras el enfoque no cambie.
- Derecho a expresar sentimientos y emociones.
- Derecho a mantener su espiritualidad (su religión)
- Derecho a recibir información sobre su enfermedad.
- Derecho a recibir tanta información como sea necesaria sobre un procedimiento o tratamiento para tomar una decisión basada en un consentimiento informado.
- Derecho a participar activamente en las decisiones con respecto al cuidado médico.
- Derecho a estar libre de dolor.
- Derecho a no morir solo.

Tomado de Carrillo Esper R. y Col: “Cuidados Paliativos en la UTI. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica. Volumen XXI N° 4 – Octubre-Diciembre 2007 – Página 208.

7 – EL ENFERMO ATENDIDO POR OBRAS SOCIALES

Las obras sociales sindicales, obligadas a confrontar con las empresas de medicina prepaga, frecuentemente malversan indiscriminadamente los

aportes de sus afiliados y *fracasan en su accionar social*. La incapacidad e incompetencia de sus estructuras y la tendencia a la corrupción administrativa, transforma en mercadería transable para otros fines la atención de la salud de sus afiliados, lo que llevó a que muchas cesaran en su accionar, que algunas se fusionaran y que a otras se les designara una gerenciadora por parte del Estado. El enfermo atendido a través de la mayoría de obras sociales o mutuales, con su padecimiento a costas, es sometido entonces a:

- Un peregrinaje para hacerse de una siempre retaceada y no gratuita orden de atención médica.
- Otro peregrinaje hasta encontrar un médico, no libremente elegido que atienda por dicha obra social. Tal médico, frecuentemente no es el de su agrado.
- Cuando encontró dicho mal pagado médico (Rever párrafos más arriba, los valores que se manejan en nuestro medio, lo que resulta denigrante comparado con el valor de un libro de texto de medicina interna que cuesta \$200, o sea US\$ 63,5), el enfermo es entonces recibido por una secretaria también mal pagada, sobre ocupada y malhumorada que se “dignará” concederle una consulta con el médico. Resulta útil conocer además que, por el estudio médico complementario más simple, las obras sociales suelen abonar cuatro veces más que por una consulta y ni qué hablar si se relaciona el valor de la consulta con el de algunos medicamentos.
- Todo este trajín suele, además, resultar magnificado cuando alguna burocracia extra-médica requiere que el paciente aporte certificados médicos, duplicados u otra papelería, informes médicos, recetas especiales, etc., etc., para hacerse atender o efectuar un estudio complementario.

8 – LA URGENCIA MÉDICA

Los beneficiosos avances tecnológicos de la sociedad y de la medicina moderna han permitido, a diferencia de siglos pasados, el salvataje de muchas personas demasiado sanas para morir. Estas situaciones requieren del médico un adecuado entrenamiento para actuar casi automáticamente prescindiendo, en la mayoría de los casos, como única excepción, de un interrogatorio minucioso y de las explicaciones que generalmente al paciente suele requerir del médico.

Medios de movilidad más rápidos y ágiles posibilitan ahora la llegada inmediata del médico y el equipo de salud, dotados de sofisticada, valiosa, útil tecnología al lado del enfermo para salvar muchas vidas desmintiendo aquel concepto absoluto de que la medicina de hoy es más deshumanizada que antaño, ya que muchos afectados de males reversibles pueden ser salvados, evitándose, además, secuelas de por vida. Debe considerarse que tales eficientes servicios de urgencia no suelen ser generalmente brindados

en nuestro medio por el verdadero responsable, el Estado, sino a través de previsores contratos efectuados por el propio interesado.

9 – EL ENFERMO EN EL HOSPITAL PÚBLICO

En esta patética situación originada por la falta de presupuesto y la desidia estatal, el enfermo prácticamente pierde su nombre para transformarse en un número o en un determinado “caso” médico. Pasa así a llamarse “El cama 21” o “La insuficiencia cardíaca”. El anonimato se suma entonces a las largas esperas, eludiendo mordeduras de perros vagabundos (Al menos a mí, como paciente, me ha ocurrido) en fríos y lúgubres pasillos, sentado en duros bancos, todo lo cual, lamentablemente, parece más que un lugar destinado al alivio del dolor y el sufrimiento, un sitio de torturas controlado por carceleros (secretarias y enfermeros) mal pagos, en espera de un apurado jefe, también mal pago: el médico.

10 – EL ENFERMO EN LA ATENCIÓN PRIVADA

Aparece, entonces, un marcado contraste con la infraestructura y el modo de atender que caracterizan a la atención en hospital. Es que acá, el médico es quien dirige su propia organización, y tiene, al estar normalmente remunerado, más tiempo para dedicar a una relación médico-paciente, que se desarrolla en un sitio generalmente digno.

Hay, lamentablemente, que reconocer en nuestra medicina actual, que los pacientes suelen estar tácitamente categorizados en varias clases, tema sobre el cual me extenderé en el párrafo siguiente porque constituye, además de una causa que lleva a una mala medicina, una consecuencia de dicha deshumanizada medicina que, también lamentablemente, se está practicando en los tiempos actuales.

Dichas clases son las siguientes:

A - *El paciente particular o privado*: el que abona en efectivo la consulta, más contenido y educado, suele ser atendido con más tiempo y deferencia.

B - *El paciente de mutuales “globales”*: generados a partir, por ejemplo, de una fábrica que ha contratado para su personal los servicios médicos de una clínica, paciente generalmente “desprestigiado”, es común que concurren simulando enfermedades a fin de solicitar el clásico certificado de enfermedad para ausentarse de su trabajo.

C - *El paciente de obras sociales estatales*: similar al anterior.

D - *El paciente de obras sociales poderosas*: habitualmente arrogantes, suelen recibir un trato deferente por parte del médico y secretarias.

E - *El paciente de obras sociales sindicales*: que siempre protesta, tanto en el sindicato como en el consultorio, en cambios casos con razón.

En honor a la verdad, debo también asegurar que esta lamentable categorización de los pacientes, se efectúa únicamente para las consultas no urgentes en los consultorios y clínicas privados, y que de ninguna manera nuestros médicos realizan una categorización de los pacientes a la hora de atender una urgencia, lo que en la mayoría de las ocasiones termina siendo, una vez más, un trabajo ad honorem.

CONSECUENCIAS

DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA

1 – *Aumento del sufrimiento* provocado por la enfermedad al paciente.

2 – Aparición de varias CLASES DE MÉDICOS:

- *El médico proletario*: es generalmente el médico clínico, el médico especialista en medicina interna, el médico de cabecera, el médico de la familia, el médico integral. Suele ser un médico con formación humanista, al que la gente llama “el verdadero médico”. Generalmente tranquiliza más de lo que cura, lo que no es poco. Peyorativamente se lo suele considerar como alguien que sabe de todo un poco, que generalmente no trata a los pacientes sino que los deriva.

- *El médico superespecialista*: el que ejerce su profesión enfocado en el conocimiento exclusivo de la función, las afecciones y el tratamiento de un órgano o de un conjunto de órganos interconectados por su función. Es un médico que únicamente soluciona problemas puntuales. Es más valorado que el anterior por la sociedad, por lo que su tarea suele ser más reductible desde el punto de vista económico. Generalmente cura, pero pocas veces tranquiliza. No sólo es consecuencia sino también, muchas veces, ejemplo de medicina deshumanizada. Los motivos por los cuales muchos médicos enfocan así la profesión son: la tradición médica familiar, lo limitado de su campo que no exige demasiada dedicación ni estudio, las posibilidades de mayor rédito económico, etc. De este médico se ha dicho que “sabe cada vez más de cada vez menos.”

- *El médico técnico*: o conocedor del uso de alguna aparatología médica compleja; actúa principalmente como colaborador del médico clínico y del especialista. Los cirujanos sin valores humanistas, muchas veces termina convirtiéndose en este tipo de médico.

- *El médico investigador*: es el que con muy ocasional y superficial contacto personal con el paciente, profundiza el saber médico, procurando develar los innumerables misterios de las ciencias biológicas médicas. Su trabajo no siempre valorado, no requiere relación estrecha con el paciente. La historia de la medicina universal ha demostrado, a través de los años, que son los médicos que al generar significativos progresos de la medicina,

la han convertido en una de las ramas del saber con mayor sentido humanitario.

- *El médico funcionario*: un empleado público con conocimientos especializados, generalmente en salud pública, muchas veces usado para legitimar con los mismos y sobre todo con su firma, los variados conflictos sociales que pueden general las enfermedades. O el encargado del manejo práctico de las políticas de salud, con la enorme responsabilidad no siempre valorada que esto implica, al ser una especie de intermediario entre la medicina y la sociedad o quienes ella ha designado, para el manejo de los recursos económicos y de las personas destinadas a la obtención y el mantenimiento de la salud.

- *El médico docente*: de importancia fundamental en la sociedad, ya que en el nivel universitario es el formador de los nuevos médicos, con su ejemplo y su palabra. Lamentablemente en nuestro medio es el típico exponente del médico no valorado por las autoridades y la sociedad, en cuanto al reconocimiento por su tarea, siendo muy común que terminen sus días en la indigencia y por autodeterminación.

3 – *Aumento del gasto en salud*, por aparición de intermediarios y “gerenciadores”, con abundantes infraestructuras burocráticas, por la tendencia del médico al uso irracional de tecnología cara, muchas veces no justificado y evitable si se efectuara una buena anamnesis (Recolección de datos por el interrogatorio al paciente), y un adecuado examen físico.

4 – Aparición de varias CLASES DE PACIENTES:

- *Paciente de hospital*: suele ser una sufrida persona de escasos recursos económicos y bajo nivel educacional. Una de sus mayores cualidades es la paciencia con que asume los innumerables trámites burocráticos a que es sometida antes de ser atendido.

- *Paciente privado o particular*: se denominan así a los pacientes extra-hospitalarios con algunos recursos económicos e instrucción y sin obra social, que abonan su consulta con dinero en efectivo. A pesar de la creencia generalizada, no son siempre los mejor atendidos ya que, muchas veces, suelen significar un problema para el médico en caso de necesitar estudios complementarios onerosos o la repetición de consultas. Suelen concurrir al consultorio del médico o requerir su visita a domicilio, situación esta última que en la época actual y por múltiples factores profesionales y extra-profesionales, no es la ideal para muchos médicos.

- *Paciente de obras sociales y mutuales*: es el que concurre a la atención médica con las famosas “orden de consulta” o de “práctica especializada. Debo reconocer que no suelen ser los pacientes mejor atendidos en nuestro medio, ya que el sistema de mutuales y obras sociales

se ha convertido en una virtual estafa legalizada para con el médico cuyos honorarios, previamente acordados, no le son abonados o resultan retaceados y pagados fuera de término. Los injustificados porcentajes de descuentos que se aplican al mismo, son los que han generado el cobro de un adicional al paciente, que se conoce con el nombre de “plus”, y que es causa de no pocos conflictos que deterioran la relación médico-paciente.

- *Paciente de clínica o sanatorio*: es un paciente privado o de obra social, que más frecuentemente concurre en casos de gravedad que requiera internación o alguna intervención quirúrgica. Suelen hacerlo acompañados por un familiar, que es quien se encarga de realizar todo el clásico tramiterío burocrático.

- *Paciente de dispensarios*: en el caso del dispensario oficial, recibe el mismo trato que el paciente de hospital. En los dispensarios gratuitos “de caridad”, como el nombre lo indica, el paciente recibe una atención más humanitaria.

5 – EJERCICIO ILEGAL DE LA MEDICINA: tratamientos médicos dados por farmacéuticos, vecinos, familiares y curanderos, cuando no la misma televisión, la radio o el prospecto del envase de los medicamentos (Elemento éste que favorece indudablemente la automedicación y el uso irracional del medicamento).

6 – Aparición de presiones subrepticias que tientan al médico a burlar más frecuentemente el código de ética médica.

7 – Al haberse dejado de considerar a la unidad mente-órgano como sustrato de muchas enfermedades, resulta más dificultoso lograr una curación y, sobre una inadecuada relación médico-paciente, aparecen mayor cantidad de errores médicos y disconformidad por parte del paciente y de sus familiares, con riesgo aumentado de mala praxis, asunto perjudicial para pacientes, médicos y políticas sanitarias, y muy beneficioso para abogados inescrupulosos (tema que desarrollaré en capítulo posterior)

8 – Otra de las consecuencias de la deshumanización de la medicina es la aparición de un nuevo tipo de enfermedad en el médico, denominado SÍNDROME DE BURN OUT. Lo mismo que otras personas que desarrollan actividades de servicio, los médicos están expuestos permanentemente en su práctica profesional a situaciones estresantes. Las mismas se han incrementado en Argentina, en los últimos años, debido a una política de salud que ha menospreciado la relación médico-paciente y familia, lo que genera aumento de litigiosidad entre los mismos, que sumada al aumento de los requerimientos burocráticos para la atención médica, produce pérdida de la jerarquía profesional y sobrecarga de trabajo

con incremento de la carga laboral y mayor agotamiento del profesional de la salud, que lo vuelven más vulnerable a la descompensación por estrés psico-físico. Debido a todo esto nos encontramos con la aparición de una enfermedad propia del médico, descrita en 1975, en respuesta al estrés laboral crónico que se constituyó en el llamado Síndrome de “Burnout”. El médico vive, entonces, una sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés, propio únicamente de las personas cuyo objeto de trabajo son enfermos a quienes se deben prestar servicios en un marco de dificultades exageradas y a la vista de perspectivas inalcanzables, que generan frustración por falta de realización personal en el trabajo. Si esta situación se prolonga, se genera un deterioro psicofísico con la aparición de los siguientes síntomas y signos:

En el comienzo, ansiedad, fatiga, irritabilidad, signos, por lo general, advertidos por colegas, familiares y amigos, para finalmente sufrir Burnout, que puede ser leve, moderado, grave o severo en su potencialidad para llevar a la muerte. Las características principales son:

- cansancio y desgaste emocional, desvitalización y pérdida de energía psíquica y física.
- Despersonalización en relación con pacientes y colegas, con actitudes de irritabilidad, agresividad, impaciencia e intolerancia.
- Pérdida del sentimiento de competencia e idoneidad profesional o sea pérdida de la autoestima laboral.
- A estos síntomas se agregan somatizaciones con trastornos cardiocirculatorios, accidentes vasculo-cerebrales, alcoholismo, hipertensión arterial, cefaleas, drogadicción, etc. El tratamiento se basa en planes de tipo preventivo.

MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA

Desde mediados del siglo XX, al producirse lo que habitualmente se denomina “deshumanización de la medicina tradicional”, evidenciada por el descuido cada vez mayor de los aspectos psicosomáticos de las enfermedades y de los fenómenos emocionales ocurrentes en el paciente que las sufre, tiene lugar un importante incremento en la utilización de un amplio grupo de prácticas médicas no convencionales conocidas como “Medicina Alternativa y/o Complementaria”.

La medicina complementaria y alternativa, según la define el NCCAM (National Center Complementary American Medicine, de EE.UU), es un conjunto de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud, que no constituye actualmente parte de la medicina convencional. Lo que se considera medicina complementaria y alternativa, cambia continuamente ya que, una vez que se comprueba que una terapia es eficaz e inocua, se incorpora al tratamiento médico convencional.

Antes de referirme a las mismas, he creído conveniente hacer referencia a un mecanismo que podría explicar la aparente efectividad ocasional de algunos tipos de medicina alternativa o complementaria que, a pesar de todo, en más de un caso, han logrado regresar a la persona enferma a su estado de salud.

EFECTO PLACEBO

Entendemos como “placebo”, una intervención diseñada para simular una terapia médica, como por ejemplo comprimidos coloreados de harina o de talco, inocuos, que aparentan ser medicamentos. No tiene un efecto específico para la patología a la que está siendo aplicada.

Es un procedimiento que no tiene un efecto fisiológico ni bioquímico sobre la enfermedad o condición en estudio. Si bien el placebo es biológicamente inactivo, puede producir efectos fisiológicos, funcionales o psicológicos benéficos (“Efecto Placebo”) o adversos (“Efecto Nocebo”). Se define el *efecto placebo* como: “La reducción de los síntomas como resultado de la percepción de los pacientes de estar recibiendo una intervención terapéutica”; si bien tal efecto es más evidente en la esfera psíquica para síntomas como depresión o angustia, también lo es para cambios fisiológicos como la reducción del dolor por la liberación de endorfinas, aumento de niveles de dopamina endógena como ocurre en pacientes con Enfermedad de Parkinson y cambios en el tono de la musculatura bronquial en los asmáticos. En la medicina ortodoxa se comprueba a diario, por el testimonio de los pacientes, que la palabra del médico y la contención emocional que el mismo brinda al enfermo, ha sido, más allá de todo fármaco o tratamiento, el responsable de la curación o alivio de la enfermedad. Con el efecto placebo en la medicina convencional, se busca determinar en ensayos clínicos, qué proporción del efecto conseguido por un medicamento en estudio, es producida realmente por dicho medicamento o es explicada por la sola percepción del paciente al sentirse tratado. No se tiene conocimiento de que los métodos de tratamiento empleados por la medicina alternativa hayan sido sometidos a evaluación comparativa de resultados con los de la medicina tradicional mediante el empleo de placebos. Más aún, se tiende a pensar que las prácticas alternativas pueden ser exitosas, además de por el efecto placebo de las mismas, por la recuperación natural de la enfermedad o la naturaleza clínica de las mismas o, incluso, por la posibilidad de que, en realidad, el enfermo nunca padeciera originalmente la enfermedad.

La medicina de los siglos XX y XXI lleva al médico a atender en serie y apresuradamente gran cantidad de pacientes, relegando a un segundo plano el beneficioso efecto placebo curativo que brinda una adecuada relación médico-paciente en la que éste recibe dicha contención emocional, al hacérsele conocer detalles y probables consecuencias de su enfermedad.

Existen, dentro de la medicina alternativa, varias prácticas empleadas en todo el mundo, cuyos mecanismos de acción, aun no explicado ni probado por métodos científicos aceptados, muy probablemente radican exclusivamente en el efecto placebo. Los métodos más usados son descritos a continuación.

ACUPUNTURA

Procedimiento milenario originario de China, que consiste en la inserción de agujas en diferentes puntos de la piel, que van desde la cabeza a los pies. Según sus autores, los mismos regularizarían la energía fundamental del organismo al hacer interactuar las dos energías opuestas del mismo, que serían el “yin” (expresa descanso y calma) y el “yan” (expresa movimiento) Es un procedimiento indoloro, sin complicaciones, durante cuya realización hay suficiente tiempo para una adecuada relación médico-paciente, que debe tener no poco efecto en la consecución de los resultados terapéuticos perseguidos. Se emplea para producir anestesia durante el tratamiento de diversas dolencias como artropatías, neuralgias y cáncer. Es un procedimiento en investigación desde 1934 por el Instituto Nacional de Higiene de EE.UU.

AURÍCULOPUNTURA

En este caso, las agujas son clavadas en el lóbulo de la oreja, en puntos seleccionados según las distintas escuelas de acupunturistas. En dichos puntos convergerían los meridianos arriba mencionados. El método se usa principalmente para adelgazar.

HOMEOPATÍA

Palabra proveniente del griego (homeo = igual, y pathos = enfermedad). Es un sistema médico terapéutico basado en el principio de la similitud, creado por el Dr. Samuel Federico Hahnemann, en 1800 y usado desde 1810, asentado en la teoría de que las enfermedades se curan con la administración de dosis muy bajas de sustancias similares a las que provocarían las mismas enfermedades o sus síntomas, al ser administradas en dosis altas a personas sanas.

Hay tres tipos de homeopatías:

1) Complejista: se prescriben una o varias fórmulas compuestas de varios remedios homeopáticos, frecuentemente en gotas y repetidas varias veces al día. Dichos remedios suelen ser vendidos en farmacias especializadas, que los expenden en frascos goteros provistos de un rótulo, en el que está escrito en letra ilegible el contenido de las mismas. En mi experiencia profesional he tenido oportunidad de atender varios enfermos con serios efectos secundarios, producto del efecto de anfetaminas contenidas en preparados empleados en el tratamiento de la obesidad; en otro caso la

reducción de peso que aparentemente habrían producido, era en realidad consecuencia de un cáncer de pulmón que pasó, por esto, desapercibido.

FITOTERAPIA

La medicina botánica se emplea casi desde los orígenes de la humanidad y ha llegado hasta nuestras épocas llena de prestigio debido al halo mágico que la rodea, a su bajo costo, su fácil disponibilidad (cualquiera puede acceder a estos “medicamentos” sin necesidad de receta) y su aparente inocuidad (que corre paralela a su casi nula efectividad). Su mayor inconveniente es que significa un tipo de automedicación, generalmente errónea y dilatoria de un diagnóstico acertado a través de la consulta médica apropiada de un paciente que erróneamente se automedica con distintos tipos de tés y otras infusiones.

FLORES DE BACH

El médico inglés Edward Bach inició en 1890 el tratamiento de algunas enfermedades por medio de la ingesta de infusiones de flores, lo que resultó para la época algo relativamente nuevo. Su deseo de tratar a los pacientes de una manera más humana, lo había llevado al estudio de las posibilidades de las flores, dado lo que ellas implican para el sentir popular. Estableció 38 remedios florales bebibles, aplicables a un gran número de enfermedades, sobre todo de orden psíquico. Los mismos vienen en pequeños frascos de preparados que contienen cada uno una clase de flor diferente, las cuales pueden ser tomadas aisladamente o en la combinación que elija el terapeuta *o el paciente mismo*.

AROMATERAPIA

Terapia basada en los olores. Comprende la utilización de aromas para promover relajación y bienestar, aquietando emociones negativas, a través del olfato, el más antiguo de los órganos de los sentidos en la evolución. Estos aromas surgen de aceites esenciales (extractos o esencias) de flores, hierbas y árboles.

SOFROLOGÍA

Palabra compuesta por vocablos griegos (“sos” = sano, tranquilidad, y “phren” = mente). Es un conjunto de técnicas de terapia psíquica, empleada para aliviar ciertos estados de tensión psíquica o del sistema nervioso autónomo. Las más usadas son: hipnosis, bio-feed-back, relajación, yoga y reflexología.

Hipnotismo: conocido desde tiempos antiguos, se utiliza más frecuentemente desde 1942, sobre todo en estados histéricos o psicósomáticos.

Bio-feed-back: palabra inglesa cuya traducción en sentido médico es retroacción biológica. Sería un programa de entrenamiento para desarrollar la capacidad individual de controlar el sistema nervioso autónomo por medio de técnicas electrónicas especiales.

Reflexología: se basa en la teoría de que todas las zonas y los órganos del cuerpo humano están representados en las plantas de los pies. Al manipular estas zonas, se puede influir en el funcionamiento de diferentes órganos. Se usa sobre todo en patología osteo-articular, especialmente de la columna vertebral.

YOGA

Técnica de origen hindú, cuyo nombre proviene de la palabra hindú “yui” que significa “yugo o “unión”. Su fin primordial es “la unión del individuo con la suprema realidad del universo, para lograr así la curación”. Consiste en una “serie de posturas que permiten alongar músculos y tendones, activando la circulación sanguínea”. Se generaría, entonces, una integración del cuerpo y la mente, ya que en cada postura se debe estar atento, sensible y perceptivo a cada músculo. De este modo se lograrían beneficios físicos y emocionales con gran relajación de cuerpo y mente.

AYURVEDA

Ciencia de la vida larga y feliz. En sánscrito significa literalmente “ciencia de la vida”. Es un antiquísimo arte de curar, practicado en la India desde hace más de 5.000 años en forma ininterrumpida. Más exactamente es un verdadero sistema de vida para promocionar la salud con marcados ribetes preventivos. A pesar de no emplearse demasiado en nuestro medio ni en el interior de la República Argentina, la menciono aquí porque la OMS la reconoció como un sistema médico tradicional y el INCCAM, dependiente del Instituto de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica la acepta como una medicina complementaria mayor. En la India cuenta con 134 Facultades de Medicina y sus principios son universalmente aplicables a la existencia diaria de cada individuo.

QUIROPRAIXIA

Palabra proveniente del griego: quiro = forma prefija de Cheyre, cheiros = mano, y del griego prattein = hacer o ejercer. También puede derivarse del griego praktikos = el que practica. Es un sistema de tratamiento médico establecido en Estados Unidos de Norteamérica por D.D. Palmer en 1895, basado en la premisa de que la relación entre la estructura y la función del

cuerpo humano es un importante factor de salud y que las relaciones de la columna vertebral y del sistema nervioso son las más significativas, debido a que la transmisión normal de la energía nerviosa es esencial para el mantenimiento y restablecimiento de la salud. La Quiropráctica está reglamentada en Estados Unidos y Puerto Rico; sólo practican manipulaciones de las vértebras. No efectúan actos quirúrgicos ni administran drogas.

IRIDODIAGNÓSTICO

Se usa desde 1890 para observar los cambios que aparecen en el iris, por cuya interpretación se podrían diagnosticar enfermedades de diversos órganos del cuerpo humano. El examen del iris se practica con la pupila en miosis, observando con el microscopio binocular. Esta técnica suele complementarse con medicina homeopática.

CADENA DEL GORGOJO

La cadena del gorgojo es un proyecto solidario. Fue creada por Rubén Dieminger para difundir la información sobre “La Coleoterpia”. Esta terapia complementaria es gratuita. Se basa en la ingesta de un insecto. El *Palembus Ulomoides Dermestoides*. A este insecto, las personas lo llaman “gorgojo”, pero no lo es. Su creador tiene también como objetivo que se método sea investigado científicamente. Este método es utilizado por algunas personas para tratarse enfermedades graves como cáncer, asma, parkinson, diabetes, artritis, HIV, artrosis y otras. Mejoraría la calidad de vida, eliminaría el dolor y estimularía el sistema inmunológico.

REIKI

El término Reiki es una palabra japonesa. Se ha establecido que “rei” significa “universal” y hace referencia al alcance y la naturaleza de esta práctica. Y “ki”, significa “energía”, de modo que la palabra Reiki se puede entender como *energía vital universal*. Es una terapia alternativa en que se trata de lograr la sanación a través del acercamiento de las manos del practicante hacia el enfermo, con el fin de transferirle la “energía universal”.

El fenómeno Reiki es una forma de sanación y apoyo para cambiar las conductas y actitudes indeseables. Produciría resultados tan “asombrosos”, que se ha introducido amplia y rápidamente en la parte occidental de nuestro planeta.

La enfermedad: Los desequilibrios energéticos internos, causarían la pérdida de la salud en sus aspectos físico, mental y emocional.

La sanación energética: el Reiki forma parte de las técnicas que usan la energía para curar. Es una de las técnicas más sencillas y eficaces. “Con el empleo del Reiki, las condiciones negativas se convierten en positivas”. Rei y Ki, se refieren en realidad a las dos formas de energía que son fundamentales. Todos los seres estaríamos conectados a esta forma de energía. Cuando fluye libremente a través de nosotros “produciría salud y bienestar”.

Ki sería la *energía* vital que circula dentro del organismo de los seres vivos. Esta energía y la calidad de la misma, difiere de un ser a otro. La acupuntura china que tiene más de 5.000 años, denomina “Chi” a la energía vital que circula por el organismo. La acupuntura japonesa, con 300 años de antigüedad la llama “Ki”. Todos los seres vivos tenemos “Ki”. El “Ki” requerido por una víscera o un órgano, depende la estructura y densidad de éste. Si el Ki deja de circular totalmente en un organismo vivo, la vida se interrumpe.

Los tratamientos Reiki: el objetivo básico de un tratamiento Reiki, es integrar e interactuar en forma armoniosa el Rei, (la energía del universo) con el Ki, (la energía vital interna de los seres vivos). En las personas, animales y plantas, como cuerpos, para el restablecimiento de su salud. En las personas, para la modificación de sus conductas, hábitos y actitudes.

El sanador: realiza su función curativa empleando su energía mental y además, es el conducto por donde circula la energía Rei. Será el transmisor de esta forma de energía curativa al paciente.

El paciente: es el receptor o destinatario de la energía curativa Rei.

OTRO TIPO DE MEDICINA empleado muy frecuentemente por la población, es la practicada por los Compositores y los Curanderos.

COMPOSITORES

Son frecuentemente consultados por todo tipo de patología osteomioarticular y deben su fama al frecuente alivio que su palabra y peligrosas manipulaciones producen a personas estresadas y con tensiones musculares. En mi caso particular, fue la práctica del tenis la que me llevó a consultar a uno, por un doloroso “codo de tenista”, que médicos especialistas no habían logrado curar; valga el relato anecdótico para atestiguar que el compositor, que tampoco pudo solucionarlo, por afinidad personal se confidenció después de “tratarme”, descubriéndome su truco: él tenía crujidos en la muñeca de la mano que usaba para “reacomodar” mi

codo y hábilmente los hacía resonar cuando me manipulaba, dando la perfecta sensación de que era mi codo el reacomodado.

PILATES: YOGA DE OCCIDENTE

El método Pilates fue creado por Joseph Pilates, nacido en Alemania en 1880. La infancia de Pilates estuvo marcada por su carácter débil y enfermizo, que lo llevó a compensar sus deficiencias con el estudio del cuerpo humano y su fortalecimiento y entrenamiento con gran perseverancia. Como fruto de esa constancia, Joseph Pilates se convirtió en un gran deportista, contratado por Scotland Yard para encargarse del método de entrenamiento en defensa personal de sus agentes. Posteriormente, Hitler intentó que entrenara la armada alemana antes de la 2ª Guerra Mundial, pero Pilates emigró a Estados Unidos, donde continuó desarrollando su método, al crear su propio centro de entrenamiento. El método se trata de una técnica creada hace más de 80 años, pero que ha resurgido durante la última década al ser empleado por conocidos deportistas y personajes famosos del mundo de la danza, el cine y la música (Jodie Foster, Madonna, Julia Roberts, Sylvester Stallone, Demi Moore, etc.)

Mediante la reunión de conceptos de entrenamiento extraídos de Oriente y Occidente, el Método Pilates se basa en *seis principios*: concentración, control, centralización, fluidez, precisión y respiración.

En la práctica, el Método Pilates emplea una serie de aparatos diseñados específicamente para este método, que refuerzan más unos músculos que otros, si bien en cada ejercicio se emplea la mayor parte del cuerpo, a diferencia de los métodos culturistas de desarrollo de grupos musculares aislados. Además, el ambiente en el que debe desarrollarse el Método Pilates, en lugar de tratarse del estruendoso gimnasio típico, con música y ruido, debe ser relajado, pretendiendo encontrar un equilibrio y armonización entre cuerpo y espíritu. Por ello, el Método Pilates se ha catalogado en ocasiones como “el Yoga de Occidente”. El Método Pilates puede ser aplicado por todo el mundo, ya que aporta diferentes beneficios en función de las necesidades de cada uno. Así, desde atletas y bailarines, hasta personas que siguen programas de rehabilitación física por algún tipo de lesión o personas alejadas del mundo del deporte, con necesidad de algún grado de entrenamiento físico, pueden realizar el Método Pilates, siempre y cuando sean dirigidos por un Monitor, experto en el método. Se ha comentado mucho también del beneficio del Método sobre la prevención de osteoporosis, problema de importancia en la población femenina tras la menopausia.

La dificultad de la aplicación de este Método, radica generalmente en la dificultad de encontrar un centro apropiado para difundir dicho método, ya que no se encuentran en todas las ciudades. Por ello, hay una tendencia actual a aprender el Método en forma individual a través de DVD.

CURANDERISMO (Etnomedicina)

A medida que aumenta la inmigración de los países en desarrollo hacia los desarrollados, es más probable que los médicos deban atender a pacientes con una gran variedad de creencias y prácticas médicas indígenas (poco científicas” (Etnomedicina), que pueden parecerles extrañas, irracionales o simplemente erróneas y que impiden una atención sanitaria correcta. Es evidente que este hecho debería ocurrir. En nuestro continente el curanderismo está muy ligado a la tradición latinoamericana de una sanación mágica por fe en un intermediario con poderes por su “relación” con Dios, los santos o los espíritus. Observaciones que se han efectuado durante la labor de los curanderos, describen que los mismos dedican buena parte de la entrevista a considerar el aspecto psicológico y dar soluciones concretas a situaciones de la vida diaria de su cliente. La mayoría de ellos son mujeres aunque también hay hombres. En ambos casos mayores de 50 años de edad y de bajo nivel socio-económico, siendo casi todos analfabetos. El fuerte sentido mágico de la mayoría de sus pacientes lleva a considerar al curandero como una especie de intermediario benefactor entre el enfermo y la divinidad y/o los espíritus que han provocado la enfermedad a los efectos de producir la curación que ocasionalmente suele lograrse, generada por un claro efecto placebo, empleando, además, muchas veces, la oración dirigida a Dios, a algunos santos y a la Virgen. Las enfermedades por las que son más consultados son:

- “*el mal de ojo*”: Conjunto de síntomas inespecíficos con una importante base psicosomática como cefaleas, trastornos del sueño, irritabilidad, etc. O puramente psicológicos como ansiedad, angustia, depresión).
- “*el empacho*”: falta de apetito, náuseas, malestar general, sensación de desmayo, etc.
- “*la culebrilla*”: el clásico herpes zoster.

“*El mal de ojo*”, según la creencia popular es producido por la gente que tiene una mirada particularmente fuerte o penetrante y que, a pesar de no tener intención, produciría un estado de enfermedad indefinida, como el descrito más arriba. Suelen tratarlo con amuletos, cábalas y oraciones especiales.

El empacho sería un estado de disfunción del aparato digestivo acompañado de alteración neurovegetativa de fondo parasimpático, que suelen tratar con el método de la cinta o “tirando el cuerito”.

La culebrilla, afección de la piel que en medicina es una dermatovirus eritemato-ampollar pruriginosa-dolorosa, llamada “herpes zoster”. Suele

ser tratada por los curanderos con colorantes diluidos como la tinta china. He tenido ocasión de atender enfermos con severas infecciones locales y generalizadas, motivadas, seguramente, por las condiciones en que suelen ser aplicadas estas curas locales.

La biomedicina contemporánea es una variedad extremadamente refinada de medicina popular. Constituye una práctica tradicional en las naciones industrializadas occidentales, conlleva un inmenso peso emocional e intelectual y se basa en la ciencia empírica. La medicina popular depende igualmente de la observación empírica.

Las personas que han estado inmersas en la Etnomedicina a lo largo de sus vidas, suelen mostrarse intimidadas o asustadas por la biomedicina. Al rechazar los médicos sus creencias tradicionales, es posible que los pacientes eviten recibir la atención biomédica que necesitan. Por ello, el resultado óptimo en muchas afecciones, a veces, se alcanza sorprendentemente al combinar la biomedicina y la Etnomedicina. Esta situación obliga a una tolerancia frente al encuentro de culturas y a una comprensión de lo que es clave en los conceptos etnomédicos.

Un grado intermedio entre la Etnomedicina y la Biomedicina es la:

CÉLULOTERAPIA

Consiste en la inyección intramuscular de una solución de células obtenidas de varios órganos de animales en fase embrionaria. Es un método introducido en 1902 por el médico suizo Paul Niehans (1882 – 1971). Dicha solución, transferida casi directamente del animal al ser humano sin ninguna manipulación previa (Purificación – desinfección) que pudiera producir la ruptura celular alterando su eficacia, fue empleada por primera vez en niños ingleses con síndrome de Down. El único proceso purificador que toleraría sería la liofilización, que produce la desecación y deshidratación de las células sin hacerles perder sus cualidades.

Sin basarse en datos científicos aceptables, según los proponentes de esta terapia, un órgano enfermo ha de ser curado mediante las células de un órgano similar, más aun si el mismo estuviese en etapa embrionaria (Éstas tendrían más actividad enzimática y bioquímica que las células maduras y además menor actividad antigénica).

Según Niehans, los mecanismos de acción serían los siguientes:

A – El órgano enfermo atraería a las células inyectadas.

B – Inclusive los elementos constituyentes de dichas células, ya descompuestas en el sitio de la inyección, influyen desde allí para reparar el órgano enfermo.

C – Habría así una mejoría del metabolismo celular de varios órganos que podría influir sobre todos los procesos inmunológicos del organismo. Es decir que llegaría a haber un efecto beneficioso generalizado, no únicamente en el órgano enfermo. Los efectos de esta terapéutica aparecen entre 3 y 4 semanas después de la inyección y durarían 4 a 6 meses. El material usado para esta práctica proviene de embriones y fetos bovinos. A veces también de carneros nonatos y antes de su empleo es sometido a liofilización en laboratorios especializados.

La administración se realiza en forma de verdaderos implantes por vía intramuscular, en distintos planos con varias aplicaciones durante un período de 30 a 90 días. La serie comprende aplicaciones durante ese lapso, realizándose por lo menos tres implantes y efectuándose tres series por año. Estas dosis son diferentes si lo que se busca es la prevención del envejecimiento orgánico.

Efectos adversos: aparentemente habría escasos y leves efectos secundarios como tenues manifestaciones locales en el sitio de la inyección (prurito) y alguna evidencia general como fiebre no superior a 1° C durante 1 ó 2 días. Dado que, como se dijo anteriormente, las células embrionarias no tendrían casi antigenicidad, no se han observado reacciones anafilácticas ni alérgicas de importancia y, en los pocos casos de formación de anticuerpos, los mismos desaparecieron en pocos meses.

Es sugestivo que, tratándose de células extrañas al organismo, no se hayan informado en los últimos 40 años reacciones inmunológicas de tipo alérgico; o bien sólo han sido locales o han sido intencionalmente calladas. También es sugestivo que no aparezcan artículos sobre este método en publicaciones médicas reconocidas; no obstante lo afirmado por los defensores del método, se ha constatado la aparición de algunos casos aislados de shock anafiláctico, lo mismo que la presencia de gangrena o abscesos en el sitio de la inyección. En mi experiencia personal de consultorio, constaté la aparición de una crisis gotosa con elevación sanguínea del ácido úrico, después de reiteradas inyecciones de células hepáticas.

Un factor negativo a tener en cuenta es la poca fiabilidad y falta de control de la mayoría de los laboratorios donde se procesan los tejidos que se emplean. Por último, reitero que resulta sorprendente que con el empleo ya de 5 millones de inyecciones, no se puedan aportar estudios serios con los resultados científicos.

Beneficios del tratamiento: uno de los efectos beneficiosos más notorios sería el aumento de la respuesta del sistema inmunológico comprobable por el eventual incremento en el número de células defensivas o “Linfocitos T”. La mejoría relatada en algunos casos de Síndromes de Down, fue en niños también tratados con múltiples terapias ocupacionales, por lo que no pueden atribuirse exclusivamente a la Céluloterapia.

MALA PRAXIS MÉDICA

Se entiende por “mala praxis” en el área de salud, cuando se provoca un daño en el cuerpo o en la salud de la persona, ya sea parcial o total, permanente o limitado en el tiempo, como consecuencia de una acción efectuada con *Imprudencia* (actuar de más), *Negligencia* (actuar de menos), o *Impericia* (actuar mal). Recordando el concepto de salud (Ver en página_____), queda claro que Mala Praxis Médica abarca también la salud mental, incluyendo afecciones y trastornos de orden psiquiátrico, laborales individuales y de relación, con incidencia en las personas.

La normativa a aplicar en la República Argentina, consta en el Artículo 902 del Código Civil. El ejercicio de la medicina en el orden nacional está regido por las Leyes 17.132 y 23.873 y por sus Decretos Reglamentarios 6.216/67 y 10/03. Cada provincia y municipalidades dictan Leyes y Reglamentos atinentes al desempeño de las profesiones destinadas al servicio de la salud. De acuerdo a lo que se enseña en las Cátedras de Medicina Legal de nuestras universidades, **el médico debe conocer y efectuar permanente lectura de dicha legislación**, a fin de tener siempre presente la buena praxis. Una adecuada relación médico-paciente y familiares, aparte de ser imprescindible requisito para el adecuado desempeño del médico humanista, coadyuva, aparte de favorecer la curación del enfermo, a evitar al profesional el ser sometido a frecuentes requerimientos judiciales y riesgos patrimoniales generados por juicios de mala praxis. En nuestro medio los médicos desconocemos a tal punto esta Ley, que creo que muchos de mis colegas, incluso yo mismo, nos sorprendemos al enterarnos que el Artículo 21 de la misma prohíbe expresamente recibir cualquier beneficio de parte de los laboratorios medicinales, inclusive las tan populares muestras de medicamentos.

Los hechos que constituyen mala praxis médica, generalmente suelen ser probados en base a *historias clínicas deficiente o incompletamente confeccionadas*, además de algunas argucias jurídicas. En mi experiencia personal, como perito judicial de tribunales locales, he tenido ocasión de comprobar la penalización de algunos médicos por historias clínicas deficientes. Los mismos habían, por ejemplo, olvidado dejar debida constancia en la historia clínica de los controles diarios que efectuaron a

pacientes que habían intervenido quirúrgicamente y que sufrieran aleatorias complicaciones postoperatorias. Fueron acusados de abandono de persona, a pesar de haberlos realmente controlado, según me consta, en reiteradas oportunidades. Una vez más, ahora con el tema de la mala praxis, se verifica que en la deshumanizada medicina actual el hilo se corta por lo más fino: *el paciente* que ve así su salud aún más perjudicada y *el médico* que pone en riesgo su patrimonio. Según Tobar, se ha incrementado exageradamente la posibilidad de una demanda legal por factores como la *superespecialización* y el *exceso de tecnología* de la medicina actual, que conspiran contra la adecuada relación personal médico-paciente y por otro factor como la existencia de un *intermediario pagador* (generalmente la obra social), ocurriendo así la transformación del paciente en un cliente o usuario y a veces en “el enemigo”. Esto genera desconfianza del enfermo hacia el médico y viceversa, y si la misma es azuzada por alguno de los muchos abogados inescrupulosos que pululan, todo termina en un litigio judicial. Se ha generado entonces un tipo de **medicina defensiva**, al decir acertado del Profesor Gerardo Russo: “La medicina defensiva consiste en procesos no dirigidos a la curación o la reparación de la salud de un enfermo, sino a la justificación y el testimonio de que en cada etapa se utilizaron las medidas más adecuadas.

De este modo, un desenlace no deseado aparece como el riesgo propio de este tipo de medicina. En la práctica aparecen una excesiva cantidad de estudios complementarios que, además de costosos, pueden implicar en sí mismos un riesgo adicional para el paciente, agregado a la lógica incomodidad”. Dicho estado de litigiosidad, suele poner en riesgo el patrimonio de los médicos, produciendo en ellos el temor al desprestigio y la disminución de pacientes, tensión laboral con estados depresivos y alteración de su práctica por evitar riesgos. El tercer perjudicado con todo esto es la *medicina social*, que ve incrementados sus costos con todo tipo de seguros y coberturas.

El tema de la mala praxis médica está alcanzando jerarquía en nuestro país. En el sistema de salud argentino se producen más de 350 mil consultas y más de 8.000 internaciones hospitalarias por día. En promedio, sólo dos de ellas generan demandas por mala praxis.

En Argentina ejercen unos 137.700 profesionales entre médicos y odontólogos, de los cuales el 7.2% (unos 10.000) han sido demandados alguna vez por presunta mala praxis profesional en los últimos treinta años. El 32% de las demandas recae en los médicos y el 68% restante, en las instituciones médicas, incluyendo obras sociales y empresas de medicina prepaga.

IATROGENIA

Se entiende por “iatrogenia” toda modificación provocada por el médico al paciente en el ejercicio de la profesión. En el lenguaje médico habitual se considera *iatrogenia* a la situación en la que se haya producido un daño al paciente por el accionar del médico en el ejercicio de su profesión. En ésta se da por sobreentendido un convenio que crea derechos y obligaciones de ambas partes, los que hemos repasado en capítulos anteriores. Después de revisar bibliografía en búsqueda de los derechos del médico, descubro que los mismos son de difícil hallazgo, ya que apenas aparecen en códigos y reglamentos de las entidades deontológicas relacionadas con la profesión. Esto da la sensación de haber sido olvidados por la sociedad en general, en una prueba más de desvalorización del médico, que sólo pareciera tener deberes pero no derechos, redundando esto en perjuicio del ejercicio profesional al mantener al médico en un estado de eventual indefensión que, sin duda, se presta a frecuentes e injustificados juicios por pretendidas mala praxis. Éstas, en más de una ocasión suelen ser verdadero juicios contra la medicina, como si la obligación del profesional fuese de resultados más que de medios, como establece la Ley.

Es que, lamentablemente, el desconocimiento del tema llevó a pensar que, si el paciente anduvo mal fue por culpa del médico, y si anduvo bien “se curó solo”. Habiéndose instalado en la sociedad una casi sensación de que el verdadero enemigo es más el médico que la enfermedad o la desorganización de las estructuras que se ocupan de la salud, debiendo, entonces, el profesional, practicar lo que se ha dado en llamar *medicina defensiva* como se mencionó más arriba.

A propósito de la ética profesional puede afirmarse que la profesión médica es, comparativamente, una de las que en mayor grado ejerce una constante autocrítica para evaluar sus métodos y mejorar sus resultados; baste recordar que casi todas las actividades académicas de los hospitales de enseñanza tienen ese fin, que se integran comités de anatomía patológica, de autopsias y de mortalidad, con auditorías internas y externas en que expertos analizan con “abogados del diablo” historias clínicas elegidas al azar e informan abiertamente sus hallazgos, comentarios y críticas.

Por otra parte, desde hace varios años, por la preocupación de los médicos en relación a la ética y las nuevas situaciones y problemas surgidos de los adelantos en los conocimientos y prácticas complementarias, se han reunido expertos internacionales no sólo en medicina sino también en filosofía, en derecho y en otras disciplinas, para redactar códigos de deontología médica de aplicación obligatoria y aceptados voluntariamente por toda la profesión.

El médico deberá tomar precauciones para evitar que una inadecuada relación médico-paciente, se convierta en el primer paso de una iatrogenia. Me estoy refiriendo al *lenguaje verbal y gestual* que el médico emplea en las entrevistas. Con el lenguaje verbal se puede provocar un daño llamado *iatrogenia verbal*, consistente en emociones generadoras de tristeza o depresión y daño psicológico, con temor y desconcierto o daño moral con sufrimiento y desconfianza; con una actitud comprensiva y solidaria el médico podrá evitar estos efectos adversos, muchas veces ineludibles cuando se han generado por la comunicación de la verdad al paciente y/o familiares.

La *iatrogenia verbal* se presenta cuando:

- No se destinó suficiente tiempo para la comunicación médico-paciente y éste no llegó a comprender lo que se le quiso decir.
- No se usó un lenguaje didáctico, comprensible para el paciente.
- Lo que se le dijo al paciente no fue veraz a causa del desconocimiento del médico por no tener conciencia de lo que no sabía.
- Lo que se dijo fue inoportuno.

Una forma de evitar el médico la iatrogenia verbal es siendo medidamente locuaz, diciendo únicamente lo que el paciente necesita que le digan para tomar una decisión. A veces no es imprescindible decir todas las verdades. Es lamentable que esta relación verbal médico-paciente no se enseñe ni se evalúe su conocimiento en la Facultad de Medicina. Por otra parte, es bastante común y debe evitarse que el *lenguaje gestual* del médico no sea concordante con el verbal; dicho con un ejemplo: nunca se deberá minimizar una situación verbalmente acompañándola con gestos de preocupación o de fastidio. Este mal entendimiento general posteriormente, ante la sorpresa del médico, juicios por mala praxis, consultas a curanderos, medicinas alternativas, etc., con perjuicios para ambos: paciente y médico.

La preocupación por la iatrogenia siempre está presente y es tema permanente de la medicina; procurando siempre minimizar posibles efectos indeseables, ya sea al emplear una nueva técnica médico-quirúrgica (se consideran primordialmente las “indicaciones y las complicaciones) o ya sea al indicar un fármaco o una nueva terapéutica (se tienen muy en cuenta las contraindicaciones, los efectos colaterales, las interacciones con otros fármacos, lo mismo que los efectos sobre los resultados de laboratorio, etc.) Tan es así que una de las máximas de mayor importancia en la medicina es “*primum non nocere*” (del latín), en castellano: “Lo primero es no dañar”. Es claro que, en la práctica de la medicina, estuvo siempre presente la posibilidad de error en las actuaciones, hecho que está reflejado testimonialmente en la frecuencia con que los autores hacen referencia al tema. Muchas veces el riesgo para el paciente puede ser

previsible y por lo tanto evitable; otras veces puede ser necesario afrontarlo por el bien del mismo. Según Bonnet existen *varias posibles formas de iatrogenia*, siendo las más frecuentes:

A – La iatrogenia *dolosa*: cuando el médico tiene manifiesta intención de cometer un delito, por ejemplo en el aborto criminal.

B – La iatrogenia *culposa*: en ella no existió intención criminal, pero al actuar con impericia, imprudencia o negligencia, el médico produjo de hecho un daño, existiendo aquí una verdadera responsabilidad médica. Un triste ejemplo en nuestro tiempo es el de la madre que administró mal un medicamento a su bebé al seguir instrucciones deficientemente escritas por el médico.

C – La iatrogenia *por estado de necesidad*: es lo que ocurre cuando se causa un mal menor, tratando de evitar otro mal mayor.

D – La iatrogenia *por concausa*: es cuando, después de un acto médico, aparece en el paciente una respuesta patológica dependiente de factores individuales del propio paciente. Ocurre que el médico, con una intervención apropiada y justificada, puede haber puesto en marcha mecanismos patológicos inadvertibles, latentes hasta ese momento y preexistentes.

RECETA DE MEDICAMENTOS

Es necesario que los médicos tomemos conciencia de la importancia fundamental de este tema, aplicando no solamente un puro criterio científico, sino también un buen criterio económico-social, a la hora de prescribir un medicamento. Como decía un distinguido colega: “Nuestra lapicera es un arma muy poderosa”, y no debe desconocerse que *son muchos los pacientes que no cumplen el tratamiento por no poder adquirir la medicación*. Las siguientes cifras avalan estos conceptos:

En 2005, la producción mundial de fármacos ascendió a US\$ 602.000 millones. Entre los años 1998 y 2005, esta industria presentó un crecimiento estimado en un 94%. Entre los principales productores se encuentran Estados Unidos de Norteamérica (32%), Japón (9%), Alemania (4%) y Francia (4%)

El *mercado latinoamericano* alcanzó los US\$ 27.751 millones (2005), siendo los principales productores: Méjico (34%), Brasil (30%), Argentina (9%) y Venezuela (9%). Las importaciones mundiales de medicamentos en el 2005 sumaron US\$ 252.780 millones. Entre los principales importadores se encuentran EE.UU., Alemania, Bélgica, Francia, Gran Bretaña y Suiza. Por otra parte, los principales exportadores son Alemania, Bélgica, Suiza, Francia y EE.UU.

En Argentina, este sector representa el 7% del Valor Agregado Industrial. El valor de la producción argentina de medicamentos asciende a US\$ 2.018 millones (Valor salida de laboratorio) y en 2005 se produjeron 405 millones de unidades. En Argentina hay 230 laboratorios. Los primeros 20 laboratorios en facturación representan el 60% del mercado; de estos, 11 son de capitales argentinos. Hay 142 droguerías autorizadas por ANMAT y 3 de ellas concentran el 60% del mercado. La industria genera 21.000 empleos directos (En laboratorios) y 100.000 indirectos (Distribución y/o comercialización: droguerías, distribuidoras y farmacias). En investigación clínica trabajan 3.725 (2004) profesionales y en 2005 se invirtieron más de US\$ 100 millones en desarrollo de productos y estudios clínicos. El *consumo per capita* de medicamentos, alcanzó los \$112 en 2006.

Por todo lo anterior he considerado de gran importancia para los pacientes, el que los médicos tengamos claros y adecuados criterios a la hora de prescribir medicamentos, habiéndose llegado en 2002 a un acuerdo internacional en la OMS sobre el tema; tomando como base dicho acuerdo, los conceptos principales parecen ser los siguientes:

Es fundamental realizar un uso razonable de los medicamentos, entendiendo por tal el empleo del medicamento conveniente en dosis adecuadas durante el tiempo necesario (*lo que deberá ser indicado con precisión y con letra clara por el médico*), utilizando los medicamentos que el enfermo pueda adquirir según su nivel socio-económico (Para esto es fundamental que el médico esté informado del precio de los productos (los que pueden ser conocidos a través de algunos sitios en Internet como *alfabeta.net* o *kairos* o a través de Vademécum farmacéuticos) recetando los de menor costo y, los que su experiencia le indique como de mayor calidad.

Resulta, entonces, necesario, que el médico sea lo más exacto posible a la hora de prescribir, *evitando la polimedicación*, generalmente innecesaria. La receta de antibióticos para infecciones no microbianas (He comprobado frecuentemente el empleo de los mismos en el tratamiento de virosis como resfrío y gripe), lo mismo que la prescripción, tan usual, de polivitamínicos para decaimientos o astenias de origen desconocido; y tratando también de evitar el empleo de inyectables, sobre todo los endovenosos, si no existiese una urgencia claramente comprobada, por resultar más caros para administrar y eventuales transmisores de enfermedades por la sangre, cuando (como ocurre con algún antipirético) se podría haber empleado la vía intramuscular o usado auto administrables de forma oral. **Algunos medicamentos que suelen no usarse de una manera racional** son, por ejemplo:

- **Analgésicos:** es necesario recordar que el dolor es un síntoma que está señalando que algo no anda bien en el organismo y que puede estar indicando la presencia de una enfermedad, razón ésta importante para que las personas no reciban analgésicos sin que, previamente, se haya establecido el origen de tal dolor y tratada su causa. Una vez hecho esto ya podrá y deberá ser eliminado dicho síntoma mediante analgésicos. El médico deberá tener en cuenta que sólo algunos analgésicos (Morfínicos y sus derivados) producen adicción y que es una obligación ética aliviar el dolor del enfermo, sobre todo si ya se comprobó y se trató su causa. He comprobado en mi práctica clínica que *este alivio del dolor suele ser, frecuentemente, eludido por el médico, sin razones fundadas y desesperadamente anhelado por el enfermo.*
- **Antitusivos:** debe tenerse en cuenta que no curan y que son efectivos solamente para aliviar un síntoma, que si bien es molesto, resulta generalmente beneficioso para despejar la vía aérea. Recordar que varios antitusivos producen adicción.
- **Antihipertensivos:** medicamento a usar exclusivamente por indicación del médico. Éste deberá tener en cuenta que la normalización de las cifras tensionales bajo medicación es generalmente señal sólo de efectividad del tratamiento, el que deberá ser continuado y no suspendido a pesar de tal normalización, por riesgo de nueva elevación de las mismas.
- **Laxantes y purgantes:** el estreñimiento suele, en ocasiones, ser consecuencia de una obstrucción intestinal que debe ser tratada según la causa. Por otra parte, el estreñimiento es un síntoma que frecuentemente desaparece sin medicación, con adecuadas y menos riesgosas medidas higiénico-dietéticas.
- **Vasodilatadores cerebrales:** de beneficios no demostrados; lo que sí se ha comprobado es que, en realidad, al dilatar solamente las arterias sanas y no tener efectos sobre las dañadas y obstruidas, provocan la derivación de la sangre de los territorios menos irrigados hacia los más sanos, en una especie de “robo”.
- **Antiaisténicos y revitalizantes en general:** su efectividad es, generalmente, por efecto placebo y no deberían ser empleados si no se ha determinado previamente la causa del decaimiento, ya que el

mismo puede ser debido a algún proceso tratable por sus causas y curable a tiempo.

- **Medicamentos en forma de cremas o pomadas:** en caso de no haberse realizado un estudio previo de la lesión, pueden ocultar un chancro sifilítico o una lepra, y contribuir al empeoramiento de una dermatovirosis o micosis, ya que habitualmente contienen corticosteroides.

- **Antiartrosicos:** hasta Febrero 2007, no existía literatura científica seria que demostrara efectos terapéuticos útiles de los onerosos medicamentos orales que suelen emplearse para el tratamiento pretendidamente curativo de una afección como la artrosis, tan invalidante, dolorosa y frecuente en la población. Tanto los médicos como los pacientes, deberemos tener cuidado de que detrás de su difusión no exista un oculto ánimo de lucro. Es más fácil lograr un uso razonable de la medicación, cuando existe un organismo nacional encargado de coordinar todos estos aspectos, haciendo que exista un listado de medicamentos esenciales genéricos de monodrogas, accesibles al conocimiento de todos los médicos, así como disponibilidad de los mismos en todas las farmacias. Pero, sin duda, el factor más importante para lograr un uso razonable de los medicamentos es la concientización de médicos y pacientes, que deberán dejar de lado las modas terapéuticas que, frecuentemente, se instalan en nuestra sociedad, haciendo más populares que otros, igualmente efectivos, algunos medicamentos similares con menos propaganda. El listado de medicamentos esenciales, que en la República Argentina, son conocidos como genéricos, y que consiste en monodrogas que satisfacen las necesidades prioritarias de atención sanitaria, evita que los médicos deban conocer innumerables productos, no siempre imprescindibles o útiles. El mismo debería ser periódicamente actualizado y promocionado, incluso a nivel universitario, en las cátedras de farmacología, asegurándose su aprovisionamiento y distribución al público en general.

-

CAUSAS MÁS FRECUENTES DEL USO IRRAZONABLE DE MEDICAMENTOS

Son, en mi opinión, las siguientes:

- La falta de conocimientos farmacológicos firmes y actualizados por parte de los médicos, lo que los somete más fácilmente a presiones

inadecuadas por parte de los laboratorios y, en muchos casos, por los mismos pacientes en procura de los medicamentos de moda.

- La venta de medicinas basada en el ánimo de lucro.
- El hábito instaurado en nuestra sociedad, de la receta de favor, según pedido del paciente al médico, a fin de la adquisición de un medicamento con descuento a través de la obra social.
- El exceso de trabajo del médico, lo que ha hecho que se establezca, además, otra costumbre inconveniente como es la confección de recetas fuera de la entrevista médica.
- La venta de medicamentos en lugares no profesionales y en farmacias sin la exigencia de receta médica archivada, lo que permite que en nuestro medio, el paciente pueda adquirir medicamentos sugeridos por familiares, amigos y aun propaganda radial y televisiva en las farmacias y también en kioscos y supermercados. Otras veces son los visitantes médicos y también algunos integrantes no médicos del equipo de salud, como farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogos y enfermeros, los que a su vez indican medicamentos con desconocimiento de riesgos y tratamiento de efectos secundarios de los mismos. Todo esto es favorecido por la falta de cumplimiento o desconocimiento de una legislación precisa y adecuada, lo mismo que de un organismo oficial de control que aseguren que sólo el profesional médico pueda prescribir medicamentos, ya que se supone tiene la debida formación y autorización legal.
- Las falencias de las facultades de medicina en materias tales como farmacología y medicina legal hacen, muchas veces, que en la práctica, la prescripción de medicamentos no sea la adecuada en forma y fondo, dejando a la sociedad expuesta a intereses económicos que medran con la preocupación de la persona por su salud, especulando con un déficit educacional que suele llevar a la *automedicación* o a la *medicina alternativa* con los riesgos que ambas implican. Estos conceptos sobre el uso razonable de los medicamentos están basados en mi experiencia personal y en un trabajo desgraciadamente poco publicitado en el ambiente médico, que en setiembre 2002 publicara en Ginebra la Organización Mundial de la Salud, bajo el título “Perspectivas Políticas sobre Medicamentos” – Promoción del uso racional de medicamentos -, cuya lectura recomiendo enfáticamente a médicos, autoridades sanitarias y público en general y cuyo texto no transcribo textualmente aquí por estar su reproducción total o parcial expresa y lamentablemente prohibida.

PROPUESTAS DE SOLUCIONES

A) LA SOCIEDAD

Dichas Soluciones deberán tender, en su mayoría, a lograr la rehumanización de nuestra cultura revirtiendo el malsano materialismo y hedonismo de nuestras costumbres. Se deberá, entonces, revertir la crisis de valores de la sociedad actual. Una propuesta adecuada es la Doctrina Social de la Iglesia Católica, con sus amplias y conocidas referencias al orden social, volcadas en la gran cantidad de documentos publicados durante años por la misma (Por ejemplo: Encíclica Humanae Vita) y por algunos de sus representantes (Ver: “El Papa Pío XII y las Ciencias Médicas”).

Igualmente me refiero a manifestaciones que, en el mismo sentido, pudiesen haber efectuado otras religiones y organizaciones internacionales, tomando como guía la DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS, consagrados en diciembre de 1948 en la Asamblea General de la ONU. Entre estos últimos y relacionados con la medicina, figuran el Artículo 3 “derecho de la persona a la vida”, el Artículo 22: “derecho de la persona a la seguridad social” y el Artículo 25 “derecho de la persona a la salud”. La Iglesia Católica, en su preocupación por el aborto, ha extendido estos derechos, incluyendo también los de la persona concebida. Es de destacar que todos los Estados Miembros se han comprometido en la misma Declaración de los Derechos humanos a asegurar su cooperación con la ONU, procurando por medidas progresivas nacionales e internacionales su reconocimiento social y aplicación efectivos, de modo de llevar a la práctica estos enunciados ideales.

Todo sería inútil si estos acuerdos políticos y enseñanzas plurirreligiosas no impregnaran el sentir y el obrar de la sociedad, traducándose en una Universidad formado de profesionales con sentido humanitario, lo mismo que en sistemas de salud socialmente equitativos, sin ánimos sectoriales de lucro. Los médicos, seamos de la religión que fuésemos, deberemos priorizar la obtención de la salud del prójimo antes que un rédito económico, y el manejo de la empresa de salud debería corresponder a médicos, empresarios y economistas con adecuados criterios socio-económicos.

Desde ya que, economistas y empresarios humanistamente formados, es más probable que, junto con el Estado, prioricen la función social de una medicina comprometida con la recuperación de la salud igualitariamente para todos los ciudadanos y *en todos los planos de la persona* en una sociedad humanitaria que debería interpretarlos y reconocerlos.

B) SOCIEDADES MÉDICAS CIENTÍFICAS

1 – Evitar el cientificismo exagerado (La tendencia a dar excesivo valor a las nociones científicas o pretendidamente científicas, sobre todo las basadas casi exclusivamente en tecnologías que no incluyan preponderantemente el factor humano.

2 – Debatir y tratar problemas médicos que urgen en el aquí y ahora, procurando la realización de Congresos y Jornadas Científicas, con financiación principal por parte del Estado (Si hubo dinero para financiar un Campeonato Mundial de Fútbol ¿Por qué pensar que esto es una utopía?)

3 – Definir soluciones prácticas de los problemas médicos, evitando utopías no practicables en el medio donde acontecen.

4) Exigir del Estado un compromiso con dichas soluciones, procurando también una actualización de las mismas que incluya su financiación (Por ejemplo: ante la aparición de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas).

C) ORGANIZACIONES REGULADORAS DE LA MATRÍCULA Y DEL CONTROL ÉTICO DEL EJERCICIO PROFESIONAL

1) Insistir en los derechos y obligaciones, tanto de los médicos como de los pacientes, a los efectos de lograr una rejerarquización de la relación médico-paciente.

2) Evitar la explotación del médico (Sobre todo novel) por el médico económicamente más poderoso.

3) Plantear a la sociedad y a la universidad la necesidad de la formación de un nuevo tipo de médico, con mayor sensibilidad humana.

D) ORGANIZACIONES GREMIALES DE SALUD Y/O MUTUALES Y OBRAS SOCIALES

En la medida que prioricen la relación médico-paciente jerarquizando y controlando la labor de los médicos clínicos de cabecera, disminuirán las derivaciones innecesarias a especialistas y verán disminuir sus gastos en estudios complementarios y en la tecnología cara que no fuese imprescindible, cosa que también ocurrirá en tanto y en cuanto se realice un uso racional del medicamento.

E) LA UNIVERSIDAD

Deberán establecerse en las facultades de medicina cupos de ingreso relacionados con la cantidad de médicos necesarios en el país y procurar promover la adecuada distribución de los profesionales priorizando las zonas con mayores requerimientos sanitarios.

En mi opinión, como ex Docente de las dos Facultades de Medicina de la Ciudad de Córdoba, y como Médico Especialista en cardiología e Internista Práctico: Los eventuales exámenes de ingreso a la Facultad, deberán incluir una *entrevista previa con el candidato*, no eliminatoria, en la que el mismo sea evaluado desde el punto de vista psicológico y esclarecedor, respecto de su vocación. Dicha entrevista podría estar a cargo de una Junta integrada por Profesores de Clínica Médica con varios años de ejercicios en la profesión, por Especialistas en las mismas condiciones y por Psicólogos encargados del dictado previo de un cursillo de Orientación Vocacional y Profesional. No se me escapa las dificultades prácticas que tiene la implementación y la aceptación práctica de tal entrevista que, por otra parte, se practica en la mayoría de las más prestigiosas Facultades de Medicina del mundo, pero considero muy importante para la sociedad que nuestro futuro médico tenga certezas e ideas claras desde un principio.

Un modelo ejemplar de dichas ideas surge de conceptos vertidos por el destacado Pedagogo y Psiquiatra argentino Osvaldo Loudet, quien manifestó: “El arte médico consiste en descubrir al dueño de la enfermedad mismo, por lo que el médico verdadero deberá buscar sus conocimientos en las ciencias de la naturaleza y en las ciencias del espíritu”, única forma de responder a la totalidad del ser humano, es decir de la persona, en la cual no se puede desarticular el cuerpo del espíritu”.

Las Facultades de Medicina deberían, entonces, también incluir en su curriculum las materias *Bioética* y *Sexología Clínica*, las que lamentablemente no se dictan en las Facultades de Medicina de nuestra Ciudad de Córdoba, lo mismo que *Psicología Clínica Aplicada* a determinadas enfermedades como las invalidantes: el cáncer, el SIDA, las generadoras de muerte súbita, todas las incurables, las vergonzantes, las venéreas y las crónicas. Si realmente interesara la formación de los Médicos Humanistas que la sociedad está reclamando, se debería destinar un lugar, en el currículum de estudios del futuro médico, a ciencias del espíritu como la *Lógica* (Ayuda a comprender y saber sobre el pensamiento humano) y la *Antropología* (Engloba las facetas naturales y anímicas del ser humano.) Al decir de Jorge Orgaz, la Universidad debe formar “profesionales de ciencia y de conciencia”, es decir que hay que sumar conciencia a la ciencia, lo que significa que es necesario que el médico se forme por igual en las ciencias biológicas y en las ciencias humanas. Yendo a lo práctico, estoy convencido de que convendría enseñar y evaluar en el futuro médico, todo lo vinculado con una buena relación médico-paciente estructurada sobre un adecuado lenguaje verbal y gestual por parte del médico, lo que, obviamente,

deberá incluir aspectos humanos importantes como el “médico ante la muerte”, el médico y los pacientes moribundos, el médico y los pacientes desahuciados, etc. Aspectos todos en los que, más allá de la especialidad que se ejerza, la población, frecuentemente, recurre al médico más próximo, en busca de una palabra de consuelo o apoyo. Es obvio, entonces, que sobre todo los médicos clínicos internistas y los de cabecera, perfeccionando y modificando lo que ocurre actualmente, deberán tener conceptos psicológicos claros y una formación general y espiritual que le permita brindar adecuada contención a los enfermos y sus familiares. Esto sería realmente procurar formar un profesional con mayor sentido humanitario. Según Willington, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina, desde 2006 hay 1.000 Residencias para Medicina Familiar en dicha Universidad, más otras 1.000 pagadas por la Provincia ¿Quiénes los forman? Porque casi no se conocen médicos con esa especialidad en nuestro medio.

Se ha comprobado, a través de la Historia de la Medicina, que en algunas patologías, a pesar de emplearse la medicación que no tenía valor o era aún riesgosa, el paciente mejoraba; se interpretó esto como la consecuencia de una buena relación médico-paciente, es decir que el paciente resultaba “sanado” (Recuperación de la salud) más que “curado” (Libre de la enfermedad). Esto está ocurriendo más frecuentemente en nuestra era, en que el arte de sanar tiene preeminencia sobre el arte de curar, lo que explicaría el buen éxito cada vez mayor de varios tipos de medicinas alternativas y de los curanderos.

Debido a esto, se ha propuesto en algunas importantes facultades de medicina de EE.UU. mejorar el curriculum de estudios del médico en medicina psicosomática, técnicas de comunicación, ciencias sociales y ciencias de la conducta. Esto se lograría según Novack, Epstein y Paulsen, de las facultades de medicina de Harvard, Philadelphia y Rochester, promoviendo en los estudiantes el *autoconocimiento*, el *crecimiento personal* y la *sensación de bienestar*, a los efectos de su transmisión a los pacientes y a fin de que los estudiantes de medicina comprendan cómo su historia personal, su vida personal, sus valores, actitudes y prejuicios, afectan al cuidado de sus pacientes; es decir: haciendo que sus repuestas emocionales en el cuidado de los enfermos, sean benéficas tanto para ellos como para los pacientes. En igual sentido, se destaca la importancia de fomentar en médicos y estudiantes de la carrera de medicina la *introspección*, el *autoanálisis*, el *autoconocimiento* y la *autocrítica constructiva entre colegas*. De esta manera, es más posible que se alcance el ideal de crear médicos “sanadores” en vez de médicos “curadores”, calificativo peligrosamente cercano al de “curanderos”.

F) ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN MÉDICA

Sostengo que el *sistema de salud* ideal, debe reunir las siguientes características:

1° - Evidencias una adecuada distribución de médicos y el equipo de salud en todo el territorio nacional, de manera que no existan lugares ni sectores de la población desprovistos de atención médica estatal ambulatoria y hospitalaria, eventualmente complementada por suficiente oferta privada y/o sindical.

2° - A partir de adecuados presupuestos y de un eficiente control de gestión, se deberá asegurar una buena remuneración del profesional médico, se procurará conseguir una adecuada relación terapéutica médico-paciente y la ejecución de las tareas preventivas de la enfermedad, según los requerimientos regionales de nuestro extenso territorio.

3° - En esta misma línea, y dentro de las posibilidades materiales, se procurará el acceso gratuito de la población a los métodos complementarios de diagnóstico indispensables y a toda medicación, ya sea genérica o no, imprescindibles para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades más frecuentes en cada región.

4° - La sociedad, debidamente concientizada, deberá exigir al Poder Ejecutivo la periódica rendición de cuentas del uso de los fondos que se destinaron a este fin, lo mismo que tendrá acceso a los resultados estadísticos (Índices de salud e índices de mortalidad) de la implementación de estas políticas.

G – LA ENTREVISTA PERSONAL EN CONSULTORIO O SALA

Todo médico debe tener mucho de Psicólogo y de Clínico General. En la entrevista personal con el enfermo es muy importante:

- *Dedicar tiempo al paciente:* el médico debe procurar organizar sus tiempos de modo de iniciar la entrevista en el horario prefijado, ya que la clásica prolongada espera previa predispone negativamente al paciente. El médico, además, durante la entrevista, debe mirar y escuchar con atención al enfermo, procurando no monopolizar la conversación, lo que generará un buen interrogatorio. El mismo, junto a un correcto examen físico, aparte de ser terapéuticos, suele permitir obviar la realización de onerosos estudios complementarios no imprescindibles. Cuando estos ya han sido realizados, es fundamental que el médico los valore siempre como tales, es decir, como complementarios del interrogatorio y del examen físico, debiendo, además de hacerle comprender esto al paciente, analizar conjuntamente con él tales resultados, procurando despejar dudas y

alejar temores infundados que pudieran haberse generado en el enfermo o sus allegados.

- *Conocer el precio de los medicamentos que receta* (Teniendo, por supuesto, bien presentes todas las recomendaciones generales que, sobre el tema medicamentos, se vertieron en capítulos anteriores.
- *Las instrucciones para la administración de la medicación:* deben ser dadas por escrito, en letra legible, sin abreviaturas (Error muy frecuente que puede significar serios inconvenientes al paciente o hacer que el médico caiga en mala praxis por impericia o negligencia cuando no hubo una confección adecuada).
- *El atuendo personal del médico* debe evidenciar que ha concurrido a una circunstancia de importancia significativa para la salud del enfermo, exhibiendo seriedad y sobriedad en la forma de vestir. Considero ideales el clásico guardapolvo o chaquetilla blancos o de colores suaves.
- El médico clínico debe poseer buenos y firmes conceptos y *conocimientos de sexología* siendo también consejero, según el caso, en una esfera que, por pudor, el paciente, a pesar de necesitarlo, procura eludir.
- Considero obvio *no fumar durante la entrevista*, no debiendo haber ceniceros en el consultorio del médico.

EL VALOR DE LA HISTORIA CLÍNICA

Actualmente no se concibe que un médico atienda a un paciente sin llevar una historia clínica del mismo. Aparte de ser su principal ayuda-memoria, tiene importancia fundamental desde el punto de vista jurídico-legal, pues es el instrumento en el cual se basará la justicia para establecer la responsabilidad del accionar de un médico, su realización durante la entrevista médico-paciente brinda la sensación de que su palabra es valiosa, y la tranquilidad de estar siendo escuchado, además es índice de la preocupación del médico y establece la metodología científica empleada siendo de gran importancia:

- El empleo de escritura legible para otros médicos interconsultantes, enfermeras, etc.
- Además debe ser *objetiva* (Remitiéndose a lo que indica un cuidadoso examen físico, sin incluir especulaciones),
- *Completa* (Incluyendo resultados de estudios complementarios y la tan importante foja quirúrgica en el caso de los cirujanos),
- Y *cronológica* (Que describa ordenadamente lo que ha ido ocurriendo con el enfermo.

Volviendo a las características de la entrevista médico-paciente, considero muy interesante incluir un consejo del afamado clínico español Gregorio

Marañón, prestigioso humanista del siglo XX, quien afirmaba: “Corresponde al médico instruir al paciente en lo siguiente: *“El enfermo debe aprender a hacer honor al adjetivo clásico y lleno de sentido de ‘paciente’. El enfermo que no sabe ser paciente, disminuye sus posibilidades de curarse, a pesar de los míticos inventos de Norteamérica, de los que se espera lo que no siempre se puede esperar”*. *“El saber sufrir, el sufrimiento bien administrado, es también medicina”*. (Sic)

De procederse así, pienso que a mediano plazo se harán realidad las hermosas palabras de Saint-Exupery:

“Yo creo que llegará el día en que el enfermo de no sé qué, se abandonará a la mano de los médicos. Sin preguntarle nada, estos médicos le extraerán sangre, calcularán algunas variantes, multiplicarán unas por otras, curarán a este enfermo con sólo una píldora. Sin embargo, si yo caigo enfermo, me dirigiré a un viejo médico de familia. Él me mirará el ángulo del ojo, me tomará el pulso, me palpará el vientre, me auscultará. Después toserá, prenderá su pipa, se frotará el mentón y me sonreirá para calmar mi dolor. Desde luego, yo admiro la ciencia, pero también admiro la sabiduría”.

Antes de pasar a las conclusiones de este ensayo que, a manera de síntesis, he decidido incluir en las siguientes páginas, considero valioso recordar las palabras del famoso clínico francés Laenec, inventor del estetoscopio, quien afirmó que *“El médico debe calmar cuando se debe, curar cuando se puede y consolar siempre”*.

No vaya a ser cosa que desaparezca la medicina como profesión entre humanos y, en breve tiempo, terminemos siendo tratados como robots por otros robots o por técnicos que no entienden de personas pero sí de computadoras.

BIBLIOGRAFÍA

- CAYCEDO, A. – “Sofrología Médica. Oriente-Occidente.”
Barcelona, España: Ediciones Aura, 1974
- TALBOT, J.H. – “A Biographical History of Medicine.”
- FRANCO, J.; PECCI, C. – “La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas.”
Medicina (Buenos Aires) 2002; 62: 111-118.
- DE SHIPSIDE, Steve – “Pilates Total: Fuerza y equilibrio para la vida diaria.”

- Ediciones Nowtilus, S.L. 2005.
- WINSOR, Mari – “Pilates: el centro de energía”
Editorial Paidotribo, S.L. 2002
- POHLMAN, Jennifer – “Programa paso a paso de Pilates (Libro + DVD)”
Ediciones Tutor, S.A. – 2004
- STANMORE, Tia – “La Espalda Sana: Ejercicios basados en el Método Pilates para fortalecer el cuello, los hombros y la espalda”.
RBA Libros, S.A. – 2003
- NELLY, Emily – “Pilates: método para el bienestar de cuerpo y mente”
Grijalbo – 2002
- KING, Michael y GREEN, Yolande – “El método Pilates para el embarazo: ejercicios de tonificación para la futura madre” –
Ediciones Oniro S.A. – 2004
- SILER, BROOKE – “Método Pilates: la guía más moderna de desarrollo muscular, estiramiento y tonificación corporal para practicar en casa... sin aparatos.”
Ediciones Oniro S.A. – 2002
- QUIJANO, Manuel – “A propósito de Iatrogenia”
Revista Facultad UNAM – Volumen 44 N° 2 – Marzo-Abril 2001
- AGREST, Alberto – “Iatrogenia verbal y gestual”
Disponible en World Wide Web: <http://www.error.en.medicina.anm.edu.ar> – Junio 2006 – CIE. Academia Nacional de Medicina
- D’ASSUMP, Ao – EA: Noticias 1987; (21): 17-24
- TEDESCHI – “Forensic Medicine”
Philadelphia, Saunders 1977: 1651-1655.
- ROCHE, L.; DD, J.P.; DALIGAND, L: “Medicine Légale”.
Paris, Masson, 1982: 129 – 144
- COVLE, JT: “The clinical use of artipsychotic medications”
Med. Clin. North Am., 1982 – 66: 993-1009
- KUSCHINSKV, G.; – LULIMANN, H. – “Manual de Farmacología”
Barcelona, Marin, 1973: 316-322
- MCMEEKIN, T.O.; MOSCHELLA, S.L. – “Iatrogenic Complications of Dermatologic Therapy: primum non nocere”
Med. Clin. P/North Am. 1979 – 63: 441-452
- ZELIMAN, H.E. – “Iatrogenic and Factitious Thyroidal Disease”
Med. Clin. North. Am. – 1979 – 63: 329-335
- BERNAL y DEL RIO, V. – “Ética Psiquiátrica”
In: Freedrap, Kapia
- SADOCK – “Tratado de Psiquiatría”
Barcelona – Salvar – 1982 – 2812-2823
- BONNET, E.F.P. – “Medicina Legal”
Buenos Aires – López – 1980 – 176-220
- BORGES, J.F. – “Iatrogenia, Anest. Analg. Reanim.”

- 1987 – 2: 8386
- BORGES, J.F. – “Aspectos medicolegales de la enfermedad iatrogénica”
In: Facultad de Medicina, Cátedra de Medicina Legal,
Actualización de Temas de Medicina Legal –
Montevideo, 1985.
- BUERES, A. – “Responsabilidad Civil de los Médicos”
Hammurabi – 1992
- PERA, Cristóbal – “El humanismo en la relación médico-paciente: el
nacimiento de la clínica a la telemedicina”
Doc. N° 6 – Barcelona – Publicado en Internet – 2008
- CAIROLI, M. – “Curso de Derecho Penal Uruguayo”
Montevideo – Fundación de Cultura Uruguay – 1986
- MONTANO GÓMEZ, P. – “La Responsabilidad Penal de los Médicos”
Montevideo – Fernández – 1986: 48-52
- KIMBALL, Chp – “The Ethics of Personal Medicine”
Med. Clin. North Am. – 1977; 6: 867-877
- SIMPSON, K – “Medicina Forense”
Barcelona S.A. – 1992
- BORGES, F., BERLANGIERI, C., MERA, G. – “Iatrogenia”
Rev. Med. Uruguay – 1987 – 3: 52-58
- RENNA, C. D. – “Mala Praxis”
Ediciones Sudamérica – Santa Fe – 1991
- CONAMED – “Concepto Jurídico de Responsabilidad Médica”
En página electrónica de la Comisión Nacional de
Arbitraje Médico – 2003 (www.conamed.gob.mx)
- QUIJANO, Manuel – “A propósito de la Iatrogenia”
Revista electrónica de la Facultad de Medicina de la
UNAM (www.facmed.unam.mx/publica/revista/rev2-2000/un12-prop.htm.) – 2000
- SÁNCHEZ TORRES, Fernando – “Temas de Ética Médica”
En publicación electrónica. Santa Fe de Bogotá
(www.encolombia.com/etica-medica) - 1994
- VALENZUELA, Fermín – “La ética de la prescripción”
En Revista electrónica del Departamento de
Farmacología de la Facultad de Medicina – 2001
- QUICK J.D., RANKIN J.R., LAING R.O, O’CONNOR, R.W.,
HOGERZEIL H.V., DUKES, M.N.G., GARNETT, A. – “Managing Drug
Supply” – (“Gestión del Suministro de Medicamentos”)
2ª Ed. West Hartford – Kumarian Prees – 1997
- WEEKES L.M., BROOKS, C. – “Drugs and Therapeutics Committees in
Australia: Expected and Actual Performance” – (“Comités para
Medicamentos y Terapéutica Australianos: Rendimiento Previsto y Real”.)
British Journal of Clinical Pharmacology – 1996; 42 (5):
551-7

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – “Boletín de Medicamentos Esenciales”

OMS - 23: 10 – 1997

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – “Guía de la Buena Prescripción”

Ginebra – OMS – 1994

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – “How to Develop and Implement a National Drug Policy” (“Cómo Desarrollar y Aplicar una Política Farmacéutica Nacional”)

Ginebra – OMS – 2ª Ed. – 2001

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – “Cómo Investigar el Uso de Medicamentos en los Servicios de Salud. Indicadores Seleccionados del Uso de Medicamentos”

Ginebra – OMS - 1993

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – “WHO Medicines Strategy: Framework for Action in Essential Drugs and Medicines Policy” (“Estrategia de Medicinas de la OMS: Marco de Acción para Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica 2000 – 2003)

Ginebra – OMS – 2000 (Who/EDM/2000.1)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – “WHO Model Formulary” – “Formulario Modelo de la OMS”

Ginebra – OMS – 2002

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – “The Rational Use of Drugs – Report of the Conference of Experts” (“El Uso Racional de Medicamentos. Informe de la conferencia de Expertos”)

Ginebra – OMS – 1985

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – “Teacher’s Guide to Good Prescribing” (“Guía del Profesor para la Buena Prescripción”)

Ginebra – OMS – 2001 – (WHO/EDM/PAR/2001.2)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – “The Selection and Use of Essential Medicines” (“Selección y Uso de los Medicamentos Esenciales”) – Informe del Comité de Expertos de la OMS, que incluye la 12ª Lista Modelo de Medicamentos Esenciales.

Ginebra – OMS – 2002 (En preparación)

CARRILLO ESPER R., CARRILLO CORDOVA J.R., CARRILLO CORDOBA L.D. – “Cuidados Paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva”

Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva” – Vol. XXI – N° 4 – pp. 207-216 - oct.-dic. 2007

RICCI, R.T. – “La relación médico-paciente y el lenguaje”

Revista de la Facultad de Medicina N° 1 – 2006

www.isabelsalama.com

www.rama.org.ar

www.hipocrate.com

- COOK, D.J. – “Health Professional Decision-making in the ICU: a review of the evidence.”
New Horiz – 5:15-19 – 1997
- BLANCO, L. – “Muerte digna. Consideraciones bioético-jurídicas”
Ed. Ad hoc – 1997
- KASS, L.R. – “Is there a right to die?”
Hastings Center Report – Enero-Febrero 1993
- LUNA F., Y SALLES A. – “Bioética. Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada”
Editorial Sudamericana – 1998
- LUNA F., Y SALLES, A. – “Decisiones de vida y de muerte”
Editorial Sudamericana – 1995
- SINGER, P. – “Is the sanctity of life ethics terminally ill? Brain death”
Elsevier Science – pg. 231 – 1995
- “Ad hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A definition of irreversible coma”
Jama – 205: 337-340 – 1968
- GHERARDI, C.R. – “La muerte cerebral y la muerte”
Medicina – Buenos Aires – 57: 114-118 – 1997
- YOUNGNER, S.J. – “Defining Death”
Arch. Neurol – 49: 370-2 – 1992
- SEGUNDO SIMPOSIO INTERNACIONAL SOBRE LA MUERTE ENCEFÁLICA.
La Habana – Cuba – 1996
- TOMLINSON T. and BRODY H. – “Futility and ethics of resuscitation”
JAMA – 264-354-6 – 1990
- LUCE, J.M. and WACHTER, R.M. – “The Ethical Appropriateness of Using Prognostic Scoring Systems in Clinical Management.”
Critical Care Clinics - 10: 229-241 – 1994
- OSLER, W. – “Aphorisms from his Bedside Teachings and Writings”
Edited by Bean WB. Springfield.
- THOMAS, Charles C. – 1961 – Citado por Koch KA
Critical Care Clinics – 12: 1 – 1996
- RACHELS, James – “Active and Passive Euthanasia”
N. Eng. J. Med. 292: 78-80 – 1975
- WORTH MAX, Charles – “La Bioética en una sociedad liberal”
Cambridge University Press – 1996
- MILLER, F. – “The good death, virtue and physician assisted death: an examination of the hospice way of death”
Cambridge Quarterly of healthcare ethics–4: 92-97- 1995
- GHERARDI C.R. – “La dignidad de la libre decisión de los pacientes terminales – A propósito del análisis de proyectos de ley que limitan la autonomía a través de su regulación”
Cuadernos de Bioética – 2: 201-210 – 1997

- SCHNEIDERMAN, L.J., FABER-LAGENDOEN K, and JECKER N.S. –
 “Beyond futility to an ethic of care”
 Am. J. Med. 96: 110-114 – 1994
- PRENDERGAST T.J. – “Resolving conflicts surrounding end-of-life care”
 New Horizons – 5: 62-71 – 1997
- SPRUNG C.L. and OPPENHEIM A. – “End of life decisions in critical care
 medicine. Where are we headed?”
 Crit Care Med. 26: 200-202 – 1998
- OMS. DECLARACIÓN DE EDIMBURGO SOBRE LA EDUCACIÓN
 MÉDICA –
 Punto 8 – Agosto 1988
- PRENDERGAST T.J. and JUCE J.M. “Increasing incidence of
 withholding and withdrawal of life support from the critically ill.”
 Am J. Respir Crit Care Med – 155: 15-20 – 1997
- NIÑO, L. – “Eutanasia: morir con dignidad”
 Editorial Universidad – 1994
- ORLOWSKI, J.P. – “Ethical Principles in critical care medicine”
 Crit. Care Clinics – 2: 13-25 – 1986
- KATZ, I. “La fórmula sanitaria”
 Editorial EUDEBA – 1ª edición – Febrero 2003
- www.en.colombia.com/etica-medica
- NOVACK D., EPSTEIN R. PAUSEN, R. – Facultades de Medicina de
 Philadelphia, Rockefeller y Harvard – Acad. Med. 74: 515-520 – 1999
- NIZAMA – VALLADOLID, Martín – Spmi/Vol 15- N1/encabezado.htm
- GINOCCHIO REYES, Luis Felipe – “Negligencia médica”
 En www.monografias.com
- SOROKIN, P. en www.monografias.com
- GUERRA, M. – “Medicina Complementaria
 Ver en www.draguerra.d/medicina
- SANTANDER, F. – “¿Qué es la medicina interna?”
www.apuntesdemedicina.awardspace.com
- LERMAN, J. – “¿Qué quedó de la relación médico-paciente?”
 Rev. Arg. de Cardiología–Vol 72– N° 3–may-jun 2004
- ÁLVAREZ LÓPEZ, R. – “La información y el consentimiento, la nueva
 dimensión de la medicina actual” – Angiología 58 (3): 179-191 – 2006
www.docentes.uacj.mx/objetos/ensayo
- RODRÍGUEZ, F. – “Una mirada a la medicina mágica, científica y
 homeopática” –
www.sindioces.org
- ANGIOLA, S. – “La muerte y los límites de la medicina”
www.monografias.com
- DELGADO, H. – “El médico, la medicina y el alma”
 Fondo Editorial – Universidad Peruana Cayetano
 Heredia – Segunda Edición – Lima – Perú – 1992.

ÍNDICE GENERAL

Haciendo un poco de historia

Consejos de Esculapio

LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA

Introducción

La relación médico-paciente

Secreto Profesional Médico

Juramento Hipocrático Moderno

Criterios para la cumplimentación del Consentimiento Informado

Formulario “Consentimiento Informado”

Conceptos Básicos

Deberes de los médicos para con los enfermos

Derechos del médico

Declaración Conjunta sobre la promoción y cumplimiento de los derechos de los pacientes de cáncer

CAUSAS DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA

Progresos de la Medicina

El tema de los Especialistas

Cuadro Clasificadorio de las Especialidades

El rol de la Universidad
El rol de la sociedad
Estado actual del problema

SITUACIONES ESPECIALES QUE PONEN A PRUEBA EL COMPORTAMIENTO HUMANO DEL MÉDICO

Cómo informar al paciente
El médico y la muerte
Mentira piadosa
El cobro de honorarios
Encarnizamiento terapéutico
El enfermo en la unidad de terapia intensiva
Derechos del paciente en la UTI
El enfermo atendido por obras sociales
La urgencia médica
El enfermo en el hospital público
El enfermo en la atención privada

CONSECUENCIAS DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA

Medicina alternativa y complementaria
El efecto placebo
La acupuntura
Auriculopuntura
Homeopatía
Fitoterapia
Flores de Bach
Aromaterapia
Sofrología
Yoga
Medicina Ayurvédica
Quiropraxia
Iridodiagnóstico
Cadena del Gorgojo
Reiki
Compositores
Pilates: el yoga de occidente
Curanderismo
Céluloterapia
Mala Praxis médica
Iatrogenia
Receta de Medicamentos
Causas más frecuentes del uso irrazonable de medicamentos

PROPUESTA DE SOLUCIONES

La sociedad

Las sociedades médicas científicas
Las organizaciones
reguladoras de la matrícula y del control ético del ejercicio profesional
Las organizaciones gremiales de salud y/o mutuales y obras sociales
La universidad
La organización de la prestación médica
La entrevista personal en consultorio o sala
El valor de la historia clínica
Cuadro Resumen de la mala relación médico-paciente
Comentario al resumen N° 1
Cuadro Resumen del problema
Comentario al resumen N° 2
Bibliografía
Antecedentes Profesionales del Dr. Isidoro Trettel

Registro de Propiedad del presente libro en la Sociedad Argentina de Letras, Artes y Ciencias – Formulario N° 162.697.
Factura 0001 – 00001637 – 19-11-2008

SOLAPA DE TAPA

Durante sus 40 años de ejercicio profesional como Médico el Dr. Isidoro Trettel se dedicó tanto a la docencia como a la atención personal de pacientes.

En el primer rubro lo hizo como Profesor de Fisiología de la Universidad Católica de Córdoba y como Docente adscripto de Clínica Médica de la Universidad Nacional de Córdoba, alcanzando el título de Doctor en Medicina y Cirugía, en ésta última universidad.

Especialista en Cardiología y en Medicina Interna, se desempeñó varios años también como Perito Judicial Médico Oficial en la ciudad de Córdoba.

Atendió su consultorio profesional varios años como Médico Generalista desempeñándose también como tal en dispensarios de Córdoba Capital e Interior.

En este libro dirigido al público en general y a médicos de todas las edades y especialidades ha pretendido transmitir la valiosa y aleccionadora experiencia adquirida con el trato de hombres, mujeres y niños afligidos física y emocionalmente por la enfermedad, analizando la actitud de los médicos actuales ante los mismos.

