



## Dos épocas

### Two eras.

Alberto Lifshitz

#### ANTECEDENTES

La medicina, como cualquier fenómeno social, va evolucionando, y más aún cuando la ciencia, la tecnología y la sociedad van sufriendo vertiginosos cambios. La medicina de hoy es diferente de la que se practicaba en lo que podríamos llamar la época romántica, en la que se originaron muchas de las rutinas que pervivieron por un par de centurias. Si bien la esencia de la profesión se mantiene, las conductas de médicos y pacientes muestran patrones contrastantes con lo que ocurría entonces, ya sea por obsolescencia del conocimiento, por complejidad de las tareas, por intentos de simplificarlas, por organización diferente, por la abrumadora emergencia de la tecnología, por influencias sociales diversas o por desapego de algunos de los protagonistas. Por lo que fuera, la medicina ha cambiado y muchas de las prácticas ancestrales han quedado sepultadas y es momento de reconocerlo.

El propósito de este escrito es contrastar dos épocas, no con nostalgia del tiempo pasado ni prejuicio a favor o en contra del modernismo. sino que, tratando de excluir juicios de valor, identificar las diferencias, reconocer las modificaciones, con el fin de ponderar lo que podría ser más valioso, tanto para los médicos de ahora como para la sociedad. No es una añoranza de las ineficacias, los rezagos, las limitaciones técnicas, la falta de remedios, las relaciones primitivas, las carencias, el proceder empírico, pero sí del trato, el compromiso, la posición, la responsabilidad y el cariño.

#### LA VIEJA USANZA

El encuentro terapéutico partía de la identificación, por parte del paciente, de que tenía necesidad de una asesoría profesional (consulta),

Secretaría de Enseñanza Clínica, Internado Médico y Servicio Social, Facultad de Medicina, UNAM, Ciudad de México.

por algo que identifica como problema de salud, casi siempre porque molesta, perturba o preocupa. En este sentido, el modelo era parecido a la solicitud de cualquier otro servicio, como el del plomero, el carpintero o el electricista; el médico, al igual que los otros servidores, respondía a la demanda. La iniciativa era del paciente y la del médico era simplemente una respuesta. Este encuentro culmina casi invariablemente con la prescripción de un remedio, con frecuencia un medicamento y con ese acto terminaba todo, hasta la próxima vez que la persona perciba una amenaza para su salud o su vida. Después de la prescripción, el paciente acata las instrucciones y solo que las cosas no vayan bien, no regresa más. Éste es el modelo de la enfermedad aguda, mientras que la crónica no es más que una aguda que se prolongó. Este proceder profesional conlleva una filosofía que lo matiza; se inicia a partir de la confianza que el profesional le inspira al enfermo, porque sólo a partir de esto el paciente se sentirá obligado a ofrecer la información pertinente y a seguir las instrucciones que recibe. La fuente de esta confianza procede de experiencias previas, ya sean propias o de allegados o conocidos, del prestigio labrado, particularmente por los aciertos que ha tenido en casos anteriores, y no rara vez de alguna publicidad que el propio profesional o sus empleadores procuran. El paciente es un obediente procesador de órdenes del médico, generalmente sin expresar su opinión y haciendo el menor número posible de preguntas. Si no acata las indicaciones del médico, entonces no se garantiza el desenlace predicho, de modo que el apego se da por hecho.

La imagen del médico de entonces se ilustra en palabras de Soriguer, *“durante siglos, el ‘poder’ de la medicina se fundamentaba precisamente en ser depositaria de un conocimiento misterioso altamente apreciado (por necesitado) por la sociedad. Este conocimiento estaba basado en la tradición y en la experiencia. Muchos (médicos*

*y pacientes) añoran la figura de aquel médico depositario de todos los conocimientos y sobre el que se descargaba ciegamente la responsabilidad de la enfermedad. No importaba demasiado cómo estos conocimientos eran adquiridos, ni si la experiencia estaba fundamentada en un contexto verificable. La fama, que era el reconocimiento popular de la sabiduría, era también el único instrumento de validación de la competencia profesional”*.<sup>a</sup>

En resumen, el modelo parte de un cierto auto-diagnóstico (al menos de que haya un problema de salud), la generación de una demanda, una respuesta a esta demanda y como remate un mandato terapéutico imposible de desobedecer.

Un elemento sustancial para el éxito, además de la competencia técnica del médico y la colaboración sincera, abierta y franca del enfermo, es la calidad de la relación entre ambos, médico y paciente. Hay muchos indicios de que la relación misma tiene un efecto terapéutico, porque de otro modo no se explicaría el efecto placebo, el que el paciente comienza a mejorar en cuanto visita al médico y antes de ejecutar sus recomendaciones. Esta relación paciente-médico tiene que ver con la percepción por parte del primero de que el médico se interesa por él, se preocupa, trata auténticamente de ayudarlo y tiene consideración para sus limitaciones, ya sea intelectuales, afectivas, educativas o económicas. Y aquí es dónde la interacción se vuelve un arte por parte del profesional, cuando lee apropiadamente al paciente y elige el trato más conveniente para cada caso: en algunos autoritario, en otros benevolente, unos más logrando la participación en las decisiones, piadoso, compasivo, seguro, comunicativo, esperanzador, sincero, comprensivo, empático, enfático, respetuoso. Ni siquiera hay que decir que, para

---

<sup>a</sup> Soriguer E. ¿Es la clínica una ciencia? España, Editorial Díaz de Santos, 1992.



armonizar con las necesidades del enfermo, el médico lo tiene que conocer lo más a fondo posible, pues no solo tendría que atender a su enfermedad sino a la persona en su conjunto.

El modelo tradicional es, entonces, reactivo, generalmente tardío, menosprecia lo asintomático, no suele atender suficientemente al riesgo sino al daño, tiende a excluir la opinión del paciente, es discontinuo, esporádico, muy centrado en remedios farmacológicos, enfocado en lo patológico, impreciso, a veces intuitivo, y posee otras características que en los nuevos tiempos se aspira a superar.

## **ALGUNAS PARTICULARIDADES EN LA MEDICINA DE HOY**

La medicina de hoy muestra algunos rasgos que contrastan con el modelo descrito en líneas anteriores, no necesariamente más aceptables para los pacientes.

### **El paciente es un número**

Por razones organizacionales, muchos pacientes se identifican hoy mediante un guarismo: la cama que ocupan, su afiliación, su número de registro, el orden en el que llegaron, la ficha que le tocó, el de la lista del médico en turno, el consultorio que se le asignó, el registro electrónico que le corresponde. Si bien es una manera de individualizar los datos, es también una forma para despersonalizar los casos. Manejar datos numéricos es más sencillo que hacerlo con nombres (a veces más de uno y con dos apellidos), se pueden sumar y dividir, se limita el involucramiento afectivo inconveniente, las referencias se facilitan y se procede mediante comunicaciones sumarias. El inconveniente es el de no atender personas sino números, no profundizar en sus atributos, dificultar la individualización de los pacientes y no reconocerlos cuando se solicitan informes. Además, puede resultar irrespetuoso

para la dignidad de las personas referirse a ellos por un número, pero la tentación suele ser fuerte.

### **La elección del médico es impersonal**

Por más esfuerzos que se han hecho, al menos en la medicina pública, no ha sido posible respetar las preferencias del paciente para ser atendido por un cierto médico por el que tiene ciertas expectativas. Muchos intentos han sido infructuosos, tal vez porque no se ha diseñado un programa de cómputo adecuado, pero también porque no parece haber interés auténtico en hacerlo, en parte por indolencia, pero también por no crear demasiados vínculos personales o intereses. Es mejor que te atienda un desconocido, que no tiene prejuicios, que puede ser objetivo y, mientras sea profesional en el sentido estricto del término, será suficiente para que sea eficaz. No es infrecuente que en cada consulta sea otro el médico quien atiende, por razones diversas (rotaciones, vacaciones, incapacidades, etc.) y no se logra establecer una relación médico-paciente conveniente. En la medicina liberal o privada es más fácil que el paciente elija a su médico, con las limitaciones que impone la accesibilidad, ya sea geográfica o económica.

### **Los pacientes son objeto de taxonomía**

Al paciente se le ubica en el casillero que le corresponde y se atiende de acuerdo con las características que comparte con un conjunto de ellos, a veces haciendo un lado lo que lo diferencia. Por razones de división del trabajo, de profundización del conocimiento y de organización de los servicios, la medicina contemporánea ha necesitado clasificar a los pacientes. No quiere esto decir que en la época clásica esto no ocurriera, pero ahora se han ido subdividiendo más. La clasificación puede ser por grupos de edad (neonatólogos, pediatras, geriatras), por sexo, por enfermedades, por el órgano enfermo, por aparatos y sistemas, por la

etapa de la historia natural de la enfermedad en que se atiende y cada grupo recibe un conjunto de medidas pertinentes.

### La supremacía de lo iatrotópico

La atención del médico se orienta al motivo de consulta, no hay tiempo para más –y a veces tampoco hay interés–. Resolver la molestia (o su origen) es el propósito y no hay que hurgar adicionalmente. Lo no iatrotópico es intrascendente.

### En cuanto puede, el médico se deshace del paciente

La excepción puede ocurrir en un modelo mercantil de atención médica, en el que la permanencia del enfermo en la consulta o el hospital representa una oportunidad de ingreso económico al médico o la institución, pero cuando se atienden pacientes por contrato o a destajo, mientras más pronto el médico se pueda deshacer de ellos es mejor, por lo menos hay los incentivos para ello. Las diversas formas para liberarse de los pacientes pueden ser desde un mal trato que los ahuyente, el alta por curación (que obviamente sería el mejor desenlace) o la referencia, contrarreferencia o transferencia.

### Atención fragmentada y fragmentaria

En esta época de la especialización a cada quien le corresponde solo un fragmento del paciente, el resto puede ser excluido u objeto de abstracción. De este modo, no es excepcional que para la atención de una sola persona se necesiten varios expertos que no rara vez se contradicen o se sobrepone. El paciente es así una suma de especialidades y subespecialidades. El consejo publicitario que se difunde hoy en día ya no es el de “consulte a su médico” sino “consulte a su especialista”. Nadie asume la responsabilidad completa del caso, sino que se prorroga entre

todos. Los pacientes mismos se ven obligados a hacerse a sí mismos un diagnóstico topográfico para estimar cuál es su órgano enfermo y elegir correctamente al especialista que consultarán.

### Atención breve; incentivos a la productividad

La productividad del médico tiende a medirse por el número de pacientes por unidad de tiempo, muchas veces al margen de la calidad de la atención, de modo que el mandato es el de no contemporizar, no perder el tiempo, no divagar: al grano. Se han diseñado varios esquemas abreviados en los que el paciente mismo llena primero un formato que le ahorra tiempo al médico, o se le registran los signos por una enfermera o un estudiante, para que el profesional se enfoque exclusivamente al problema que motiva la consulta. Éste, si puede, hace una evaluación sumaria, tan solo lo indispensable para poder tomar una decisión. Esta última se comunica en forma de una prescripción y no suele destinarse tiempo a explicar con detalle las instrucciones y las recomendaciones (que con frecuencia son tan importantes o más que los medicamentos).

### Menosprecio de percepciones y subjetividades

Congruentes con la corriente positivista de la ciencia, solo hay que tomar en cuenta lo objetivo, lo que uno aprecia en la exploración o lo que revelan los estudios de laboratorio o de imágenes. No hay que dejarse impresionar por lo que el paciente dice sentir, porque no siempre es consecuencia de una enfermedad, al menos física, y sus percepciones pueden estar plagadas de inexactitudes o interpretaciones sesgadas.

### Medicina defensiva y judicialización

Éstas son tendencias que se perciben muy claramente. Ante el incremento de demandas y reclamaciones, promovidas frecuentemente por quienes viven del conflicto, muchas decisiones



de los médicos se sustentan, más que en lo que conviene al paciente, en prepararse para eventuales denuncias y litigios. Varios estudios de laboratorio o de imagen se realizan con el propósito de utilizarlos como evidencias jurídicas o administrativas si llegan a enfrentar acusaciones.

### **Para cada enfermedad o síntoma, por lo menos un fármaco**

La llamada polifarmacia es otra característica de nuestra época, y puede deberse, por supuesto, al incremento en la proporción de ancianos, con lo que aumenta la probabilidad de enfermedad múltiple. Sin embargo, el fenómeno también depende de la citada fragmentación de la atención y de la tendencia a culminar toda interacción médico-paciente con una prescripción, aunque sea de placebo. Los médicos han auspiciado esta conducta y ya los pacientes la exigen.

### **Medicina tecnificada**

No cabe duda de que la aportación de la tecnología a la atención médica ha sido invaluable, pero el precio no ha sido menor, tanto en términos económicos como en el de abdicar de cualidades específicamente médicas a favor de los artefactos. Manejar la tecnología como suplementaria en lugar de complementaria ha tenido consecuencias.

### **Atención burocrática**

Al convertirse una proporción de los médicos en empleados del gobierno, han adquirido algunas de las costumbres que se han atribuido (muchas veces injustamente) a los burócratas: hacer lo mínimo indispensable, aprovechar al máximo los derechos al descanso, aparentar cumplir con su labor, priorizar el respeto al horario laboral por encima de todo, el paciente como un instrumento de trabajo, etc. Una vez que se cumple con el horario y con el registro administrativo,

ya el paciente no importa, que se encargue el del turno siguiente.

### **Atención utilitaria**

El enfermo, en tanto trabajador, se está ausentando de sus obligaciones y curarlo tiene por objeto restaurar lo más pronto posible la fuerza laboral, un poco dejando de lado aspectos personales y humanos. El punto final de la atención es el momento en que ya esté apto para trabajar.

### **Creciente participación de terceros**

Las decisiones ya no pertenecen solo al médico y al paciente –o a la extensión de éste, la familia–. Ahora participan también abogados, administradores, aseguradoras y otros terceros pagadores, bioeticistas, directivos, organismos de certificación y otros. Si bien es verdad que se ha ponderado el trabajo en equipo, y que el médico no puede saber de todo, las decisiones de médicos y pacientes se han visto mediadas en algunos casos por personajes que muchas veces influyen en los juicios clínicos.

### **Exhorto para restringir las relaciones interpersonales a lo estrictamente indispensable, a lo profesional**

La posibilidad de que médico y paciente sean amigos no parece bien vista por algunos observadores. El ejemplo proviene de los psicólogos que prefieren mantener siempre solo una relación profesional y nunca afectiva. La formación médica suele recomendar a los estudiantes tratar de no involucrarse afectivamente con los pacientes, en parte para no sufrir ellos mismos, pero también por mantener objetividad. Es verdad que ha habido ejemplos en que las relaciones interpersonales han llegado a ser inconvenientes, en tanto que signifiquen un abuso o una falta de respeto, pero por no perder objetividad se llega a perder humanidad.

### La atención se limita a la enfermedad

En esto no es diferente en la práctica contemporánea de la de la vieja usanza, aunque el conocimiento actual permitiría un enfoque diferente, que considere a la persona en su conjunto, que atienda a lo no iatrotópico y que se enfoque también a expectativas y necesidades. En otras palabras, se sigue prefiriendo una atención enfocada y no dispersa, más a la enfermedad que al enfermo.

### Menosprecio a lo psicológico y social

Aunque en el discurso se habla de una integración biopsicosocial y de una consideración al paciente como persona,<sup>b</sup> muchos médicos consideran de facto que lo que no implica daño físico comprobable no es meritorio de atención. No es excepcional que les digan a los sufrientes que “no tienen nada”.

### Aumento de los costos

Casi nadie niega que la atención médica contemporánea es más costosa, y ello no suele obedecer a que los médicos reciban honorarios más altos o mejores sueldos. Por un lado, la tecnificación y la necesidad de pruebas, la medicina defensiva, el aseguramiento de los profesionales, el costo de los medicamentos y otros tratamientos, el de los hospitales, los intereses económicos de muchos participantes en el proceso y otras razones han incrementado los costos de la atención. Lo importante es que estos costos pueden impedir el acceso de algunas personas a la atención que necesitan. Muchos de los logros de la medicina se han alcanzado a un gran costo y muchas veces éste se transfiere al paciente, a los terceros pagadores o al estado. Lo importante es que muchas personas que lo necesitan se ven impedidas de

recibir los recursos diagnósticos o terapéuticos porque no tienen manera de sufragar los costos. La medicina contemporánea se ha vuelto muy costosa, en parte por el uso excesivo de la tecnología, pero también porque se ha multiplicado el número de personas que participan y cada una de ellas requiere una compensación económica.

### Atención esporádica, discontinua

Esto tampoco es diferente de lo que ocurría en la vieja usanza. Lo que pasa es que ahora podría ser diferente a partir del conocimiento de la historia natural de las enfermedades, del entendimiento de los pacientes, de la proliferación de pacientes con enfermedades crónicas y de la necesidad de una vigilancia permanente. En muchos casos el paciente acude al médico solo cuando lo estima apropiado (o bien lo rehúye) y no vuelve a acudir hasta que nuevamente percibe que lo requiere.

### Orientación y rastreo colectivos

No suele ser el médico individual el que diagnostica las necesidades de cada paciente, solo atiende sus daños y ejecuta programas. La identificación de necesidades tiende a hacerse por encuestas y las orientaciones suelen dirigirse a colectivos, optimizando recursos. Las instrucciones detalladas a un paciente se sustituyen enviándolo a un grupo en el que otros pacientes similares reciben instrucciones parecidas, como sucede en las clínicas de diabetes, de colostomías, alcohólicos y otros adictos.

### Desvinculación con la educación y la investigación

La aspiración secular de vincular las tres funciones de la medicina –atención médica, educación e investigación– se ve limitada a ciertos hospitales académicos cuya responsabilidad con las tres está explícita. En muchas otras unidades de

<sup>b</sup> Martínez-Cortés F. La medicina de personas o medicina humanística. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México, 2015.



atención médica la educación es incidental y la investigación inexistente.

### **Proliferación de información pseudocientífica (fake news de la ciencia)**

Al incentivarse la investigación científica más allá de sus logros, se han creado valores intermedios que seducen a muchos pseudocientíficos. La pseudociencia incluye una serie de disciplinas que dicen seguir el método científico, pero muchas de ellas tan solo se sustentan en dogmas, conocimientos ancestrales no probados y supersticiones derivadas de meras coincidencias. Además, hay una pseudociencia mal intencionada que se trata de una actividad promocional disfrazada de científica, a veces muy bien disimulada y hasta publicada en revistas prestigiadas, con lo que engañan no solo al público sino a los médicos que no distinguen los errores metodológicos y los sesgos. Hay otra pseudociencia más ingenua: la que hacen los principiantes con la mejor intención, pero sin supervisión y sin metodología apropiada. Lo más grave es que, al haber mucha pseudociencia publicada, se tiende a admitir como conocimiento verdadero y guía muchas de las acciones de los profesionales de la salud y de la sociedad entera.

### **Medicalización de la sociedad**

El término se refiere al proceso de convertir situaciones sociales, profesionales o de relaciones interpersonales, que han sido siempre cotidianas y normales, en enfermedades, y pretender resolverlas mediante la medicina. Así, se han creado dependencias y necesidades ficticias, tratando de resolver médicamente estados de ánimo, necesidades y caprichos cosméticos, problemas menores del dormir, mayor rendimiento laboral o escolar y la búsqueda artificial de la felicidad. De hecho, ha habido denuncias de que hemos medicalizado

la sociedad, pretendiendo que todo se resuelva con medicamentos o acciones médicas cuando estrictamente no corresponde.<sup>c</sup>

### **Sobret ratamiento**

El análisis de muchas prescripciones, particularmente en los casos llamados de polifarmacia, muestra que se suelen utilizar medicamentos superfluos, a veces de eficacia no comprobada, redundantes e interactivos. Una práctica razonable de algunos profesionales es la de culminar la consulta más que con una nueva prescripción, con la suspensión de todos los medicamentos innecesarios o inconvenientes.

### **Auspicio del descuido por la propia salud**

La Organización Mundial de la Salud ha considerado que el principal recurso para atender la salud es el autocuidado. Éste incluye cuidados no medicamentosos, estilos de vida saludables, apoyo social en la enfermedad y automedicación (que no autoprescripción). Al haberse recurrido a la medicalización en muchos casos no se autoriza al paciente a tomar sus propias decisiones, en parte por forzar la confianza excesiva en los servicios médicos y menospreciar lo que las personas puedan hacer por sí mismas. Ni duda cabe que en las enfermedades crónicas el autocuidado es indispensable debido a que los médicos u otro personal de salud no pueden estar permanentemente acompañando o vigilando a los pacientes. Éste es uno de los inconvenientes de la confianza que ha generado la atención médica: “¿para qué me cuido? Total, si me enfermo, acudo al médico”.

### **El negocio de la medicina**

Sin negar la necesidad de que la medicina sea sustentable, también se ha vuelto un gran ne-

<sup>c</sup> Ilich I. Némesis Médica. México: Editorial Barral, 1976.

gocio para algunos, a veces aun sacrificando el bienestar de los pacientes y han contribuido a incrementar desproporcionadamente los costos de la atención.

### Imprecisión de límites

Es muy claro que la medicina y las personas que la practican tienen sus límites, marcados por lo imperfecto del conocimiento y por las deficiencias formativas de los médicos. Reconocer estos límites es un paso importante para un ejercicio honesto de la profesión; lamentablemente ocurre que algunos colegas ofrecen más de lo que es razonable. Ciertamente, los médicos contemporáneos tienen que diagnosticar expectativas para tratar de satisfacerlas hasta donde sea posible, pero también para acotarlas oportunamente cuando sean excesivas.

Por otro lado, la resistencia humana también tiene sus límites y someter a los médicos, particularmente durante la formación y durante emergencias sanitarias a esfuerzos desmedidos, puede afectar su eficiencia, como ya se ha probado.

### Dependencias

En particular en los enfermos crónicos, que van a convivir con su enfermedad el resto de sus vidas, una función fundamental del médico es capacitarlos para volverse lo más independientes que puedan, que sean capaces de tomar la mayor parte de las decisiones en torno a su salud, aun en situaciones inéditas. Sin embargo, una tendencia en muchos médicos es la de no permitirles estas decisiones a sus pacientes, sino inducirlos a solo obedecer las órdenes que les impongan. Las razones de esto pueden ser comerciales o bien de soberbia profesional que no concede a los pacientes la capacidad de decidir.

### Intolerancia

La crítica es, siempre, una oportunidad de reconocer fallas que pudieran haber pasado inadvertidas y, en principio, es bienvenida. La retroinformación tendría que promoverse y aceptarse. Es verdad que mucha de la dinámica política e ideológica se ha centrado más en el insulto que en la crítica, y ese sí conviene soslayarlo. Pero la verdadera crítica no solo debiera tolerarse sino agradecerse. Pero, en parte por soberbia, la condición de falibilidad suele negarse y, *a priori*, rechazar críticas y sugerencias, lo que ocurre lamentablemente en una proporción no despreciable de colegas. Más aún ahora que los pacientes tienen mayor acceso a la información médica, aunque no siempre sepan buscar información confiable.

### Fallas en la prevención

Nadie cuestiona la superioridad de la prevención por sobre la atención al daño establecido. Esta superioridad es de índole económica, filosófica y práctica, y hay muchos ejemplos de los logros que se han alcanzado con esta perspectiva. Sin embargo, muchas enfermedades no se han logrado prevenir, aun cuando se cuente con el conocimiento para hacerlo, probablemente porque no hemos convencido a la sociedad. Cuántas enfermedades se previenen con el lavado de manos –y mucha gente lo sabe–, pero no se ha comprometido con esta conducta; no se diga ya con adoptar estilos de vida saludables. Ésta ha sido una falla de la operación de la educación para la salud.

### Atentados al confort

El significado de “hospitalario” no siempre puede aplicarse a los hospitales. Los pacientes no suelen poder descansar, muchos permanecen incomunicados, la alimentación no suele ser apetecible, egresan más discapacitados que como entraron, los despiertan para su medi-



cación (aun la somnífera), suele haber mucho ruido, los importunan los estudiantes, etc.

### Soberbia y arrogancia

Algo de lo que debemos avergonzarnos como gremio es que, a partir de la relevancia social que tiene la profesión, muchos colegas han caído en estas excesivas autovaloraciones, al sentir que son dueños de la vida y la muerte, que tienen un poder desmedido y que pueden disponer autoritariamente sobre lo que se tiene que hacer.

### Daños iatrogénicos

Si bien los daños iatrogénicos son inherentes a la práctica médica, la de enfermedades producidas por los médicos y los servicios de salud se ha convertido en una de las epidemias modernas.

### Incomunicación

Reconocida como una habilidad indispensable para los médicos, la comunicación se ha visto desvirtuada a partir de resistirse a prescindir de la jerga propia y una sensación de que es un desdoro hablar en términos coloquiales comprensibles.

### Atrofia de la clínica

Una parte de la propedéutica tradicional es, ciertamente, obsoleta, pero otra parte se ha ido olvidando por indolencia o por atender a intereses centrados en el uso de la tecnología aun cuando no fuese necesario.

### Culpar a la víctima

Una de las vivencias comunes en la enfermedad es la culpa; casi todos los pacientes, al menos,

se cuestionan si ellos tuvieron o no la culpa de lo que les está pasando, y los médicos, en vez de exculparlos, solemos reafirmar esta percepción.

### Los fracasos del éxito

Cada logro va acompañado de un cierto fracaso o, si se quiere, de algunos inconvenientes. Haber logrado que las personas vivan más años va aparejado con la mayor frecuencia de enfermedades crónicas; haber acabado con la hambruna y favorecido una sobreabundancia relativa de alimentos en ciertas áreas ha propiciado la obesidad y el sobrepeso; los trasplantes de órganos han traído consigo enfermedades previamente desconocidas, la industrialización ha favorecido la contaminación ambiental y así otras consecuencias del progreso.

### Daños ecológicos

Éstos han resultado también inherentes al progreso en algunas áreas. En el terreno de la medicina está muy claro que la resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos surge del uso generalizado de estos últimos.

Todo lo anterior es, obviamente, una crítica a la medicina contemporánea, probablemente matizada por sesgos personales, pero emitida por alguien que ha estado adentro de ella por más de 50 años y que, por tanto, es culpable de algunos de estos inconvenientes si no es que de todos. Pero la manera de superarlos es reconocerlos, admitirlos y estimar honestamente la probabilidad de superarlos. La víctima ha sido, desde luego, la profesión, pero sobre todo los pacientes a quienes estamos dedicados.