

REFLEXIONES SOBRE MALESTAR MÉDICO

Dra. María del Carmen Vidal y Benito*

Médica Psiquiatra. Doctorado en Medicina. Médica del Departamento de Psiquiatría del CEMIC.

La Medicina ha ido sufriendo, través de los años, transformaciones trascendentales en sus contenidos y en la forma de su ejercicio.

En el siglo pasado, podíamos hablar de una profesión liberal, en la cual el Médico funcionaba según sus propios principios, valores y criterios, con primacía de la experiencia, con un modelo que priorizaba el principio de beneficencia por sobre la autonomía del paciente, y donde el respeto al médico era una condición básica, tanto en el trato de los pacientes como dentro de la comunidad.

Los mayores enseñaban a los más jóvenes mediante un vínculo reconocidamente asimétrico y desigual y la Medicina se ejercía con actitudes y comportamientos aprendidos de los profesores que cada uno elegía, no del todo conscientemente, como un modelo de conducta profesional.

Pero los avances en el campo de la ciencia y la tecnología se aceleraron en la segunda mitad del siglo XX e incluyeron a las Ciencias Médicas; como consecuencia de ello, los profesionales médicos se vieron prácticamente obligados a estudiar cada día más, en un intento de abarcar los nuevos saberes, lo que resultó una tarea imposible, ya que mantenerse actualizado científicamente, a la par del intenso ritmo laboral que también se fue incrementando, resultó una tarea difícil y frustrante.

Es posible que estos hechos hayan sido parte de las razones que determinaron el surgimiento de la especialización: muchos conocimientos, prácticamente inabarcables para un sujeto que en general, suele estar sobreocupado. Frente al dilema de “saber poco de mucho...”, muchos profesionales optaron y optan por “saber mucho de poco”, lo cual da una mayor tranquilidad interna.

Pero la reducción del campo del conocimiento conduce necesariamente a la fragmentación de la unidad del saber y el riesgo principal es la hiperespecialización, que fue descrita por ejemplo como “fetichismo del fragmento” (BOHM, David).

Por otra parte, esta forma de ver al ser humano en Medicina puede conducir a pensar que este modelo (el de la especialización), no sólo representa la realidad, sino que “es” la

realidad misma, perdiendo de vista que este hombre-puzzle es una construcción generada con un objetivo facilitador del estudio del mismo y es un modelo simplificado y reduccionista de una realidad compleja y multidimensional.

Es así que el sujeto humano, si no se tiene en cuenta lo anterior, puede quedar reducido a un aspecto, que puede ser el biológico como sucede en la Medicina, aunque también se podría pretender que el hombre fuera sólo un ser psíquico inconsciente, o psíquico consciente o social, etc.

“... Antes los hombres podían dividirse, sencillamente, en sabios e ignorantes, en más o menos sabios y más o menos ignorantes. Pero el especialista no puede ser subsumido bajo ninguna de esas dos categorías. No es un sabio, porque ignora formalmente lo que no entra en su especialidad; pero tampoco es un ignorante, porque es un “hombre de ciencia” y conoce muy bien su porciúnculo de universo. Habremos de decir que es un sabio-ignorante, cosa sobremanera grave, pues significa que es un señor el cual se comportará en todas las cuestiones que ignora, no como un ignorante, sino con toda la petulancia de quien en su cuestión especial es un sabio... Al especializarlo, la civilización le ha hecho hermético y satisfecho dentro de su limitación”. (“La rebelión de las masas“, José Ortega y Gasset)

Según los pensadores que han analizado este problema, la única forma racional de resolver la fragmentación consecuencia de la especialización, es el trabajo en equipo multiprofesional y multidisciplinario con vocación interdisciplinaria: **“La Interdisciplinarietà es un intento de narrar la realidad de manera no fragmentada”.** (Ezequiel Ander Egg)

Pero el mundo -en los últimos sesenta años-, no sólo cambió en cuanto a los conocimientos científicos. Las modificaciones sociales y económicas generaron nuevas formas de vivir de los ciudadanos, variaron las características del ejercicio profesional de muchas disciplinas y también de la Medicina. Aquel médico del siglo pasado al cual las familias esperaban respetuosamente cuando realizaba “las visitas a domicilio” con una toalla de hilo que “*era la del doctor*”, para el lavado de manos posterior al examen del paciente (no existía el alcohol en gel ni en la mente de los escritores de la ciencia ficción), se ha convertido

básicamente en un asalariado cuyas acciones se fundamentan principalmente en consensos y guías que se construyen según las evidencias más probables estadísticamente.

Además sobreocupado en un intento de sostener un nivel de vida acorde al status socioeconómico al que supone que pertenece. Preocupado por las posibles demandas de pacientes descontentos. Muchas veces auditado en sus decisiones médicas por administradores. Corriendo la misma carrera consumista que el resto de los connacionales. Intentando ascender a posiciones de mayor poder en las instituciones.

Y también los pacientes han cambiado. Reclaman por sus derechos, demandan explicaciones, quieren tomar sus propias decisiones. Se irritan con los sistemas de salud a los que pertenecen, se enojan con el médico, a veces con razón y otras exigiéndole soluciones que no corresponden a su área de desempeño; toman turnos y dejan de asistir sin avisar enojándose luego por la espera para una nueva consulta. Se sienten “dueños” del médico porque pagan una “cuota alta” en el prepago al cual se han asociado.

La organización de la salud y el modo de prestar asistencia médica también es diferente, ha cambiado y éste es un tema de discusión y análisis para equipos de profesionales especializados.

Como consecuencia de estas situaciones generalmente mal tratadas y/o mal resueltas, observamos la existencia de disconformidades entre los pacientes, entre los médicos y también entre los prestadores de salud.

Son más frecuentes las situaciones de violencia hacia el médico; la falta de adherencia a las indicaciones médicas es un problema actualmente no resuelto que se incrementa día a día, así como la automedicación y los prestadores de medicinas no convencionales (algunas sin ningún fundamento ni científico, ni filosófico, ni cultural).

Entre los profesionales de la salud existe en general un trasfondo de malestar, que puede llegar a transformarse en el cuadro que todos conocemos como “Burn Out”. Todo esto parece constituir un fenómeno general que se da en diferentes países con distintas situaciones laborales.

Por otra parte ha sido reconocido que saber desempeñarse comunicacionalmente protege del desgaste profesional aún cuando las condiciones laborales estresantes se mantengan.

Para poder ejercer una medicina con esas características es imprescindible, además de poseer los conocimientos científicos necesarios, conocer también cómo relacionarse con el paciente y sus familiares, cómo obtener información fidedigna, como brindarla, cómo explicar lo necesario para que el paciente-persona entienda y pueda decidir y también como un elemento esencial, cómo proveer de cuidado empático y compasivo sin verse afectado por las emociones que inevitablemente se despliegan en la relación y recaen en el profesional de la salud.

Finalmente resulta indispensable que los profesionales de la Salud se formen en la Competencia Comunicacional -parte constitutiva de la Competencia Clínica- tanto en el grado como en el posgrado, para adquirir las habilidades que los conducirán a ser un médico ético, empático y compasivo, y se protegerán de esta forma a sus pacientes y a sí mismos. Podrán manejar las situaciones problemáticas de la clínica actual, sin menoscabo de su propia salud mental y física.