

Tres textos y una reflexión. La percepción del equipo de salud por parte del paciente: un desafío a la educación humanística en ciencias de la salud

Guillermo Rubén Cubelli¹

guillermocubelli@live.com.ar

Mailen Cubelli²

mcubelli@live.com.ar

Fecha de recepción: 17 de junio de 2023

Fecha de aceptación: 25 de julio de 2023

ARK CAICIT: ark:/s26182327/wdmzr4345

Resumen

Se analizan tres textos literarios, uno de Tolstoi, otro de Mario Testa y, el último, de Julio Cortázar. En ellos se describen, en diferentes épocas y contextos, la percepción del paciente con respecto al equipo de salud, ya sea en la consulta como en la internación. Se analizan sus similitudes y se plantea la hipótesis de que tal percepción se debe a la formación “biologicista” en ciencias de la salud, y que un regreso al humanismo médico y formación en factores humanos desde el comienzo de las carreras es imprescindible para colocar al “enfermo” en condición de “paciente”, sujeto y no objeto de atención, cambiar el discurso médico dando lugar a la percepción de este, y, a la vez, prepararse para modificar los actuales sistemas de salud y enfrentar el desafío deshumanizante de las nuevas tecnologías.

Palabras clave: educación médica – humanismo – ciencias de la salud



¹ Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Medicina

² Hospital Sofia Terrero de Santamarina

Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

Abstract

Three literary texts are analyzed, one by Tolstoi, another by Mario Testa, and the last, by Julio Cortázar. They describe, in different times and contexts, the perception of the patient with respect to the health team, both in the consultation and in hospitalization. Their similarities are analyzed and the hypothesis is raised that such perception is due to the "biologist" training in health sciences, and that a return to medical humanism and training in human factors from the beginning of the careers is essential to place the "Sick" as a "patient", subject and not object of care, change the medical discourse giving rise to his perception, and, at the same time, prepare to modify current health systems and face the dehumanizing challenge new technologies.

Key words: medical education - humanism - health sciences

Resumo

São analisados três textos literários, um de Tolstoi, outro de Mario Testa e, o último, de Julio Cortázar. Neles, descrevem-se, em épocas e contextos diferentes, a percepção do paciente em relação à equipe de saúde, seja na consulta ou na internação. Suas semelhanças são analisadas e levanta-se a hipótese de que essa percepção decorre da formação "biologicista" em ciências da saúde, e que um retorno ao humanismo médico e à formação em fatores humanos desde o início das carreiras é imprescindível para colocar o "enfermo" na condição de "paciente", sujeito e não objeto de atenção, mudar o discurso médico dando lugar à percepção deste e, ao mesmo tempo, preparar-se para modificar os atuais sistemas de saúde e enfrentar o desafio desumanizante das novas tecnologias.

Palavras-chave: educação médica - humanismo - ciências da saúde

Introducción

Abunda en la literatura universal la temática de la medicina. Basta recordar grandes títulos, algunos ya clásicos, como Sinuhé el egipcio, de Mika Waltari, o El Médico, de Noah Gordon, entre otros. Pero hay un aspecto sobre el que, al reflexionar, podemos arribar a conclusiones, al menos preliminares, sobre qué tipo de formación estamos dando a nuestros estudiantes en ciencias de la salud. Ese aspecto es qué dicen los textos sobre cómo ve el paciente al o a los profesionales que lo asisten. En una palabra, al equipo de

salud. La intención de este breve recorrido, escogiendo apenas tres textos, dos ficcionales y uno de una experiencia real, es, tomando en cuenta esa visión del paciente, reflexionar sobre la formación de nuestros estudiantes.

Material y método

Se toman fragmentos tres textos literarios relacionado, cada uno de ellos, con la atención de un paciente. Los mismos han sido seleccionados por incluir, dentro del relato general, una vívida descripción de la visión del paciente de ese tan particular encuentro entre el padeciente y el profesional de la salud. A esa característica se acota el criterio de selección de esos fragmentos. Dos de los textos pertenecen a la literatura ficcional, “La muerte de Iván Ilitch”, de León Tolstoi, escrito en el siglo XIX, y un capítulo incorporado en “Papeles Inesperados, de Julio Cortázar, siglo XX. Por otro lado, se lleva adelante el mismo método con un escrito testimonial verídico: “El hospital visto desde la cama del paciente”, de Mario Testa. Tolstoi hace referencia a la consulta externa y los otros dos a la visión desde la sala de internación, tanto general como de cuidados críticos. Se analizan sus similitudes y diferencias.

Finalmente, se revisa la bibliografía referente a las características de la formación del recurso en salud, especialmente con respecto a la formación de los objetos simbólicos de la medicina, y su influencia en la educación “biologicista” y del modelo “higienista” acentuada desde el siglo XIX en adelante.

Análisis y discusión

La muerte de Iván Ilitch

En 1885 León Tolstoi (1828-1910) comienza la escritura de lo que estaba por llamarse “La muerte de un juez”, y termina siendo “La muerte de Iván Ilitch” (Tolstoi, 2016). Este personaje es un joven funcionario judicial ruso al que no todo le va bien, hasta que logra un ascenso en su carrera y eso le trae, consecuentemente, una posición económica y social más acomodada. Al mudarse a su nuevo departamento le gana la impaciencia, y se pone a hacer las decoraciones. Un día, mostrándole al tapicero cómo quería que colgasen las cortinas, sufre una caída de la escalera y se golpea “el costado” de un modo aparentemente inocuo.

Pero, con el correr de los días, comienza a sentir síntomas que, lejos de mejorar o desaparecer, se van haciendo cada vez más pronunciados. Cuando decide al fin consultar al médico relata detalladamente sus percepciones como paciente. Algunos fragmentos del libro de Tolstoi describen lo siguiente:

“Fue. Todo pasó tal y como él esperaba y como pasa siempre. Larga espera, rostros solemnes y doctorales que él conocía muy bien, porque era lo mismo que en el tribunal: auscultación, preguntas habituales que exigían respuestas determinadas de antemano y evidentemente inútiles, un aire importante que significaba: ustedes no tienen más que obedecernos, y nosotros lo arreglaremos todo; sabemos muy bien, sin la menor duda, cómo se arreglan las cosas, siempre de la misma manera, sea quien sea el paciente. Todo ocurría de forma idéntica que en el tribunal. Lo mismo que él representaba en el tribunal una comedia ante los acusados, allí el célebre doctor la representaba delante de él.”

“... Iván Ilitch dedujo del resumen del doctor que aquello iba mal; para el doctor, para todo el mundo tal vez, aquello no tenía importancia, mas para él personalmente aquello iba muy mal. Y esa conclusión impresionó dolorosamente a Iván Ilitch y despertó en él un profundo sentimiento de piedad hacia sí mismo y de odio hacia el doctor, tan indiferente para con una cosa de aquella importancia.”

“... preguntó, suspirando: Nosotros, los enfermos, probablemente les hacemos a ustedes con frecuencia preguntas inoportunas... Sin embargo, ¿esta enfermedad es peligrosa o no?”

“Ya le he dicho a usted lo que consideraba necesario y conveniente decirle -repuso el médico-. El análisis completará mi diagnóstico.”

“El doctor saludó.”

“Iván Ilitch salió lentamente, volvió a montar con tristeza en su trineo y se hizo conducir a casa. Durante todo el trayecto no dejó de reflexionar sobre las palabras del médico, esforzándose en traducir todos aquellos términos científicos, complicados y oscuros, a un lenguaje simple...”

Si bien comentaremos los tres textos en conjunto, destacaremos por el momento que, hasta aquí, se describe la percepción de Ilitch con respecto al afamado profesional que lo había atendido. Sin duda, podríamos aventurarnos a

decir que esta era la opinión de Tolstoi, quien, para algunos, plasma en esta obra su propio terror a la muerte.

Señala el “como pasa siempre”, descartando que el tipo de relación allí establecida entre médico y paciente hubiese sido un caso fortuito o excepcional. ¿Tenía Ilitch/Tolstoi un prejuicio o un juicio fundado en su experiencia? La indiferencia del médico, que lo conducirá a la necesidad de deducir que la cosa era seria, le genera odio, no un sentimiento más leve de incomodidad o insatisfacción, odio. Odio hacia quien no demostraba importarle su sufrimiento, por quien determinaba qué era necesario decir, que debía ser obedecido, que iba a responder sólo lo que quisiera

Pero, y aunque menos importante para nuestro análisis actual, Iván Ilitch reniega también de quiénes lo rodean: “Era imposible engañarse sobre aquello: algo espantoso estaba pasando en él... Y él era el único en saberlo; los que lo rodeaban no lo comprendían o no querían comprenderlo... Era precisamente aquello lo que más atormentaba a Iván Ilitch”.

Ilitch empeora día a día, y el momento de la muerte se va acercando. Sólo lo rodea la mentira y el engaño:

“Y esa mentira lo atormentaba; sufría por el hecho de que no quisieran reconocer lo que todos veían muy bien, como él mismo, por el hecho que mintieran obligándolo a él mismo a tomar parte de aquel engaño...”

“... Lo que más atormentaba a Iván Illich... era que nadie le tuviese lástima, como a él le habría gustado que se la tuviesen... habría querido por encima de todo que le tuviesen lástima como a un niño enfermo. Sentía ganas de que lo acariciasen, de que lo besasen. De que llorasen cerca de él... Sabía que era miembro de la Audiencia Territorial, que tenía una barba grisácea y que, por consiguiente, aquello era imposible. Pero, sin embargo, le habría gustado muchísimo.”

El hospital visto desde la cama del paciente

El Dr. Mario Testa es un destacado sanitarista argentino con amplia trayectoria tanto en nuestro país como en la región, habiendo participado, por ejemplo, en la elaboración del método OPS-CENDES en la Universidad Central de Venezuela, país además que albergó su exilio durante la última dictadura militar argentina. Regresó al

país recién en 1985. En 1996 recibió el doctorado “Honoris Causa” de la Universidad Federal de Bahía, Brasil.

En 1993 había publicado un exquisito artículo denominado “El hospital visto desde la cama del paciente” (Testa, 1993), en el que relataría su vivencia al haber sido internado tras la colocación de un marcapaso transitorio y en espera del definitivo. Lo hace como una “*apelación*” a sus colegas, destinatarios del escrito, con la finalidad de reflexionar sobre la organización de la cotidianeidad.

Una de las primeras menciones que hace Testa es a la noche hospitalaria, a la que comienza describiendo como “*la larga noche...: ruidos, alarmas, voces*”. Hemos quitado al paciente de su ritmo normal de vida, tema que retomaremos en el próximo texto. Por ahora, diremos que con el transcurrir de los días, esa noche pasará de ser “*larga*” a “*temible*”, más adelante no será sólo larga y temible, sino también “*inquietante*”.

Está desnudo, aislado en una cama desde la que no ve a nadie, dependiendo de otras personas para su “*periódica necesidad de orinar*”, entre voces que no logra identificar. Sólo la breve visita de la esposa mantiene su vínculo con la humanidad, con él mismo, como si, en esa circunstancia, fuera otro. ¿Y los que están solos, los que no reciben visita alguna?

“A las cinco de la mañana me despiertan para tomarme un electrocardiograma... Más tarde aparecen una mujer y dos hombres al pie de mi cama. Deduzco por su actitud que son médicos. Ninguno de los tres me mira ni me dice nada”.

Pasa entonces a relatar cómo uno de ellos, al que describe como “el más robusto” le pregunta a la “rubia petisa” qué estaba tomando “el señor”, la rubia le pregunta a Testa, éste le contesta y ella al robusto. Así, con la rubia de intermediaria continúa y se completa el interrogatorio. El tercer personaje es descrito como el “flaco alto”, que sólo mira los electrocardiogramas y nunca llega a dirigir una mirada al paciente. Como tampoco le pregunta directamente a él el robusto, sino siempre a través de la intermediaria, Testa concluye con esta reflexión: “*Yo me quedo. No sé por qué, pienso que puedo estar convirtiéndome en un pez*”.

Cuando comentan a las autoridades del Hospital que el paciente es un profesional reconocido, el subdirector pasa a verlo y a darle explicaciones por los retrasos de su tratamiento. Finalmente es derivado a otra institución porque se moviliza *“la red solidaria de sus compañeros”*.

“El panorama ha cambiado algo -continúa describiendo- si esfuerzo un poco la extensión de la cabeza, puedo ver, a través de la ventana, un enorme cedro...” Cobra importancia en él el contacto con el mundo exterior. La *“institución de encierro”*, como podríamos descifrar parafraseando a Foucault (Foucault, 2010), con sus normas, personajes y horarios todo focalizado en el propio funcionamiento y en las necesidades de la institución, sin poner nunca al paciente en el centro, lo ha estado aislando del mundo, de los afectos, de su propia humanidad.

Aquí también se lo despertará a las cinco de la mañana para hacerle un electrocardiograma, para lo que se lo destapa y se enciende la luz ubicada justo sobre la cabeza del paciente. Apenas pasa una de las tantas *“sorpresas desagradables”*, llega un personal a extraerle sangre y el paciente se entretiene mirando la suciedad alrededor del artefacto de iluminación, ya que *“...el personal mira de arriba hacia abajo... los enfermos miran de abajo hacia arriba”*. Entonces, ellos observan esas debilidades de la arquitectura hospitalaria, como la ubicación de los artefactos de luz, y los detalles de higiene en los que nadie más se detiene. Pero el mirar de arriba abajo no es sólo una actitud del cuerpo, es también la del trato, la del vínculo, muchas veces, entre el equipo de salud y el paciente, el cual se verá obligado a verlo *“desde abajo”*.

La incertidumbre es otra de las pesadas cargas a llevar: *“Me harán hoy la ecografía? ¿Me indicarán hoy el tipo de marcapaso conveniente para mi caso? ¿Me llevarán hoy al quirófano? ¿Me trasladarán hoy a otra sala con menos restricciones que esta? ¿Me darán hoy permiso para regresar a mi hogar?”*

Por la noche también es despertado para controles. El descanso del paciente está en segundo plano, no es lo que importa en la institución. *“...apagado y encendido de luces y conversaciones en voz alta que, a veces, se prolongan hasta las dos o tres de la mañana, matizadas con algún juego de naipes o con escarceos amorosos más interesantes que una novela...”*

El relato no concluye aquí, pero en honor al espacio lo cerraremos con una de las últimas frases: *“Me dieron el alta y me fui a mi casa en el que se convirtió en uno de los*

días más felices de mi vida". Y nos preguntamos: ¿qué hizo realmente feliz a este paciente, regresar al hogar, o dejar la institución?

Papeles inesperados

El notable escritor argentino Julio Cortázar (1914-1984), dejó una serie de escritos sin publicar en vida, que fueron hallados, en su mayoría, en una vieja cómoda y publicados recién en 2009 bajo el título de "Papeles Inesperados" (Cortázar, 2009).

Entre sus variadas páginas, que abarcan poemas, relatos cortos, capítulos no incluidos en algunas de sus obras, se hallan textos que relatan la vivencia de un paciente durante su internación. He aquí algunos fragmentos:

"Si se está obligado a no moverse de la cama, una pieza de hospital se vuelve cabina estratosférica: todo en ella responde a un ritmo que poco tiene que ver con el ritmo cotidiano de la ciudad ahí afuera, ahí al lado. Se está en otro orden, se entra en otros ciclos... A la hora en que mis amigos duermen profundamente, la luz se enciende en mi pieza y la primera enfermera del día viene a tomarme el pulso y la temperatura. Jamás, del otro lado, tomé el desayuno tan temprano..."

"Aquí, por ejemplo, hay una saturación máxima de actividades entre las diez y las doce, que comparativamente supera a la del otro lado... llega el médico jefe con su séquito de internos y estudiantes, se discute y se diagnostica, se saca la lengua y se muestra la barriga, se dice treintaitrés y se hacen preguntas ansiosas a las que responden con sonrisas diplomadas."

"De la una a las seis no ocurre nada... Incluso las visitas, reglamentariamente muy cortas, no alcanzan a anular ese desierto de tiempo, que sentiremos todavía más cuando se hayan ido. Entre tanto el mundo de afuera alcanza en esas horas su paroxismo de trabajo..."

"Entonces llegará la cena entre cinco y media y seis, y cuando a su vez la gente de afuera se disponga a cenar nosotros estaremos ya durmiendo, irremediabilmente desplazados de lo que era nuestra lejanísima vida de una semana atrás."

"Imagino que las cárceles y los cuarteles responderán también a ritmos diferentes del gran ritmo. A las nueve de la noche el prisionero y el soldado pensarán como nosotros que en ese instante se levantan los telones de los teatros,

que la gente entra en los cines y los restaurantes... Acaso ese dolor hace que algunos tardemos en mejorar, que otros vuelvan a la delincuencia, y que otros descubran poco a poco un placer en la idea de matar.”

Hasta aquí, algunas referencias al tiempo de adentro y el de afuera, a dos vidas, dos realidades, dos mundos. Más adelante lo analizaremos y compararemos con las vivencias de Testa. Pero también hace Cortázar referencia a la percepción del equipo médico:

“El profesor llega a las once con su séquito de internos, enfermeras, estudiantes y gente del laboratorio. Entra amable y distante, pregunta cómo me siento, y en vez de escuchar mi respuesta (la escucha, claro, pero sin acuse de recibo) me toma el pulso y me mira la lengua. Armado de un profuso expediente, el interno le expone el resultado de los interrogatorios y los exámenes previos, y el profesor hasta echa una mirada de soslayo a mi diagrama de temperatura...”

“En general pasa que el profesor me hace una pregunta, y en mitad de mi respuesta intercambia miradas codificadas con el interno...”

“Si el enfermo es ingenuo e inocente, verá en el médico al taumaturgo y probablemente se curará por la suma de la fe y de los antibióticos. Pero si el diálogo se entabla entre el médico y un enfermo de su mismo calibre intelectual, este último sentirá casi enseguida la imposibilidad de decirle al médico lo que era necesario decir... La medicina psicosomática de nuestros días se toma su tiempo y permite ahondar en el pasado de una patología; pero ese tiempo no existe en torno de una cama de hospital, en el ritmo de trabajo de un profesor que va de enfermo en enfermo como el presidente de la nación cuando felicita a los vencedores del campeonato de fútbol...”

Hemos repasado así, resumidamente, tres textos. Dos de ellos son literarios y uno, el relato de una experiencia personal. Entre ellos podemos advertir puntos de contacto, seguramente porque la ficción tiene sus raíces también en vivencias. Diferentes épocas, distintos contextos: la Rusia del siglo XIX, Argentina, París... Alguien podría decir que la experiencia personal es una percepción de un solo individuo, y que no nos permite generalizar. Pero cuando la misma pasa al plano de la literatura, recoge, sin dudas, una que es compartida, universal.

Iván muestra la obediencia debida al médico. El paciente es sumiso, ya que “el que sabe” es el médico. Él no es más que un objeto de la atención médica, no un

sujeto, sus derechos quedan limitados a lo que decida el indiferente profesional, quien, para él, simplemente representa una comedia. Se ve obligado a deducir la información que el médico le niega, a quien terminará odiando. Porque es ese especialista el que sabe también qué debe saber el paciente y qué no, y sus necesidades no son tenidas en cuenta.

Lo mismo ocurre con Testa, quien, en su caso, deduce que quienes van a verlo son médicos por su actitud. Son tres, pero ninguno lo mira ni le dice nada, hasta que es interrogado a través de un intermediario. Como Iván, es un objeto, tanto así que confiesa sentirse “un pez”. Sólo al enterarse la impersonal institución de su título y fama recibe un trato más humanizado. Él mira “desde abajo hacia arriba”, mientras que el equipo de salud lo hace “desde arriba hacia abajo”.

El personaje de Cortázar encuentra al médico con una actitud amable, pero distante. A diferencia de Iván, y al igual que Testa, está internado. Tal como le ocurre a Ilitch, entiende que no tiene el espacio para preguntar lo que, para él, hace falta, su necesidad no es tenida en cuenta. El equipo médico pregunta mecánicamente y no presta atención a sus respuestas, incluso, entre sus miembros, se comunican con miradas “codificadas”, no sea que el pobre infeliz que está en la cama comprenda lo mismo que ellos. Es el monólogo de quien está por encima de otro. Hace valer la asimetría, y, como hemos desarrollado en un extenso ensayo (Cubelli, 2018), la misma, a nuestro entender, es tanto de conocimiento como de la relación entre la enfermedad y la culpa; “este que se enfermó no sabe como yo, y, además, por algo se enfermó”.

La incomunicación, como aspecto común, ilustra en estos pocos ejemplos la afirmación de Piovano, de que las palabras son “las grandes olvidadas en la medicina del siglo XX”, y esto trae como consecuencia que, entre otras cosas “En el momento de la historia donde la misma produce sus más espectaculares resultados, impensados en cualquier otro momento, la insatisfacción de pacientes y médicos es, en general, creciente; y el grado de litigiosidad llega a niveles nunca registrados hasta ahora en la historia.” (Piovano, 2017).

El último aspecto que analizaremos, de los muchos que podríamos debatir, lo que haría de este ensayo un discurso interminable, es el de la percepción del tiempo durante la internación hospitalaria. Ya mencionamos cómo sufre Testa la noche con sus ruidos, luces, la casi imposibilidad de dormir, siendo incluso despertado de madrugada. Porque, además de lo que la noche ya le trae, se lo despierta para estudios y a las 5 a.m. le vienen a hacer un electrocardiograma. Ese tiempo del paciente es muy diferente al de la vida “normal” de una persona.

Nada superará, de todas formas, la descripción de Cortázar, quien directamente afirma que hay otra ciudad en el afuera, otro ritmo, otra vida. Entonces, el paciente del relato se ve víctima de dolor, dolor que, en su percepción, retrasa la cura. En el adentro, se vive otro tiempo, uno particular, como piensa que viven también presos y militares, un tiempo especial para cada uno que los aleja aún más de la vida cotidiana. Un tiempo que el médico no tiene para dedicar al paciente.

Los textos que hemos analizado, aunque superficialmente, dan una idea de la percepción de los pacientes, a través del tiempo y más allá del lugar, con respecto a la relación entre médico (siempre refiriéndonos a todo miembro del equipo de salud) y paciente o, como diría el maestro Pedro Laín Entralgo, entre médico y enfermo (Laín Entralgo, 1964) y entre éste y la institución de salud.

La pregunta que surge ahora, como preocupación, es ¿por qué? ¿Qué hace que, a través de décadas por lo menos, se mantenga este tipo de relación, qué lleva a esta percepción por parte del paciente, quien debería ser el centro de atención, sujeto de la asistencia médica, y no simple objeto de esta?

Es nuestra hipótesis que la respuesta se halla en la formación del recurso humano en ciencias de la salud, y que el punto de quiebre del enfoque de la educación médica se produce en el siglo XIX, cuando comienza la era de las etiologías con el avance de la microscopía, con Lister, Pasteur, Koch y se establecen las bases de la cadena epidemiológica: agente, huésped, medio.

A partir de allí es, en nuestra opinión, que comienza la formación “biologista” de las ciencias médicas y se dejan de lado los enfoques más humanísticos, limitados o no en sus concepciones, de siglos anteriores.

Good nos ha acercado un punto de vista muy completo sobre el modo en que la medicina construye sus objetos, cómo define el cuerpo humano y la enfermedad “en una

modalidad cultural distintiva” (Good, 1996). La medicina, señala, construye a las personas, los pacientes, los cuerpos, las enfermedades y la fisiología humana. Y, todo esto, desde una determinada cultura.

El concepto de la enfermedad como entidad puramente biológica subyace en todo el proceso de educación, sin dejar de lado, por supuesto, esfuerzos disgregados por superar esta base epistemológica. Toda formación en ciencias de la salud comienza por la anatomía y la fisiología, para continuarse a través del resto de las ciencias básicas. Se construye a través del ser biológico todo el discurso médico.

El mismo, más adelante, pasará a expresarse en el único documento reconocido de la relación con el paciente: la historia clínica. La misma, para gozar de validez, deberá ser escrita en determinado orden, y reflejar las dolencias del paciente traducidas al idioma de la medicina, del modo en que deberá ser presentado en un pase de sala o ateneo.

El paciente nos transmitirá su percepción de lo que le ocurre, lo que ha sentido y lo que siente, sus dudas y angustias, lo que cada signo y síntoma es para él. El profesional de la salud lo transcribirá al lenguaje legal de la especialidad. Un paciente nos relata que ha sentido un dolor opresivo en el pecho, como si un elefante lo estuviese pisando, acompañado de angustia, de una sensación de que se estaba muriendo, lo que lo mantiene con un temor hasta entonces desconocido, más que por él, por sus seres queridos, angustiado por el presente y el futuro. En su historia clínica dirá: dolor precordial opresivo con sensación de muerte inminente. De la percepción del paciente no hay nada que pueda interesarnos como científicos.

Podríamos preguntarnos ¿significará lo mismo ese dolor para un sujeto cuyos padres y abuelos murieron en avanzada edad, por el desgaste biológico de sus parénquimas que para otro, cuyos familiares fallecieron por cuadros coronarios a temprana edad? Dónde consignaremos esa percepción en la historia clínica... quizá simplemente como “antecedentes familiares de enfermedad coronaria”.

Si hubiéramos internado a Ilitch, y confeccionado su historia clínica, ¿dónde habríamos consignado su percepción de la gravedad sin respuesta de su mal, la desconfianza que le generaba el desinterés del médico, la sensación de

estar participando simplemente de la comedia de siempre? ¿En qué parte de ese documento, relato único de la realidad del paciente, figuraría la incompreensión y el pretendido engaño de quienes lo rodeaban, y, peor aún, su necesidad de ser acariciado, besado, mimado como un niño? ¿Habría algún residente mencionando estos detalles en el pase de sala al Jefe de Servicio?

Y todo lo anterior, ¿tendría o no influencia en la evolución de su cuadro clínico? Si la respuesta es sí, estaríamos dejando de lado muchas cosas importantes para el pronóstico y el tratamiento del paciente.

Autores como Helman (Helman, 1981) nos hacen reflexionar entre la enfermedad y el padecimiento. El padecimiento es lo que el paciente percibe frente al síntoma o al signo. Ello está cargado de subjetividad, refiere siempre a una cultura, una historia, geografía, biografía, una época en particular. La enfermedad es lo que le diagnostica el médico. El paciente nota que ha perdido peso, orina mucho de noche, siente mareos e incluso llega a tener visión borrosa. Va a la consulta y, al regresar a casa le informa a su familia: “tengo diabetes”. Cassell (Cassell, 1978) lo sintetiza en la frase “padecimiento es lo que siente el paciente cuando va al médico, y enfermedad es lo que tiene al regresar”.

¿Tendrá el mismo significado una cefalea para un inglés, un sueco o un siciliano?

¿Estamos formando profesionales de la salud para asistir “pacientes”: los que *padecen* o “enfermos”: lo que nuestra ciencia y el objeto que construimos como enfermedad determinan que son?

¿Qué han sido Illich, Testa y el personaje de Cortázar, y miles de pacientes en ellos representados para quienes debieron atenderlos? Estamos familiarizados con tratar el tema de los factores humanos en el equipo de salud, ¡y en buena hora! A los enfermeros que hablaban en voz alta, tenían sus cortejos amorosos, escuchaban la radio y no dejaban dormir a Testa tal vez los miremos con cierta simpatía: tratan de sobrellevar condiciones de trabajo límites, necesitan varios empleos, deben trabajar en un horario nocturno privándose del sueño fisiológico y las necesarias horas de descanso. Pero también debemos echar una mirada hacia el factor humano del paciente que debe someterse a ese ritmo, quizá por poco tiempo, quizá por lo que le quede de vida.

Nadie incorporó en la “*currícula*” de quienes asistieron a nuestros sufrientes de los textos el aprendizaje sobre habilidades no técnicas con las que desarrollar, entre otras

cosas, una correcta conciencia de situación y generar la empatía que ninguno de los tres casos pudo encontrar.

Pero, como dijimos, la formación del equipo de salud tuvo como centro el cuerpo, el ser biológico, sobre el que construirá su objeto de estudio. ¿Y si la educación comenzara por la persona? ¿Y si devolviéramos las ciencias de la salud al área de las humanidades? ¿Aceptarán alguna Universidad el desafío?

En Argentina, la Resolución 2721 del Ministerio de Educación (Ministerio de Educación, 2015), del año 2015, al aprobar los contenidos curriculares y demás características de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, incluye a los primeros en áreas “Profesional, Biológica y Socio-Humanística”. La asignación de la carga horaria se lleva a cabo de la siguiente manera: en la formación básica se destinarán 1140 horas al área profesional, 380 a la humanística, 285 a la biológica y 85 a materias electivas; mientras que en el ciclo superior, 1040 a la profesional y 260 a la humanística.

A simple vista, parecería ser que, una mayor carga de contenidos humanísticos que de biología podría representar un importante salto cualitativo. Sin embargo, al entrar en el detalle de estos, observamos que, en 380 horas se distribuyen todos los temas de Antropología, Sociología, Psicología, Filosofía, Ética y Deontología y Epidemiología. Sin duda, la incorporación de estos temas es de suma importancia, pero la cantidad de horas que resultan para cada una de tan importantes disciplinas nos hace pensar más en un “como si” que en un verdadero avance hacia la formación humanística.

Las pocas horas de la segunda etapa se distribuirán entre Sociología, Ética y Deontología Profesional y Filosofía. De todos modos, es justo reconocer que, para quienes venimos de una formación médica con ausencia total de contenidos humanísticos, esas horas, aunque fueran sólo utilizadas como disparadores, habrían significado mucho. Pero el peso de los contenidos define la orientación del futuro profesional, principalmente en el comienzo de su carrera, que es cuando se lo va introduciendo al discurso de lo médico.

Estos temas no están siquiera insinuados en la “currícula” de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, que dedica horas solamente a la Bioética al principio y al final de la carrera. En algunas universidades privadas existen

algunos contenidos filosóficos y antropológicos, pero la carga horaria demuestra que se trata simplemente de una mención accesorio, de ninguna manera un eje central de la educación en ciencias de la salud.

Lo que queda aún por demostrar es en cuánto cambian estos enunciados las actitudes del equipo de salud para con el paciente.

Una pregunta que hacemos a nuestros estudiantes es si, una vez graduados, serán científicos que atienden humanos, lo que los convertirá seguramente en excelentes técnicos; o serán humanistas que aplican una ciencia, y entonces serán excelentes profesionales de la salud, porque habrán retornado al humanismo, poniendo en el centro al hombre-humanidad, no sólo el cuerpo de un ser puramente biológico. Ningún “médico” en el sentido más amplio del término será un buen profesional si no es primero una buena persona y, después, un humanista. Éste es el único que no podrá ser reemplazado jamás por un ordenador o un robot.

Lo que ha provocado este tipo de enseñanza en las ciencias de la salud es un defecto en su génesis, en el ADN mismo del conocimiento médico. Tiene lugar aquí lo que Lacan llamaría “falla epistemo-somática” (Lacan, 1966), refiriéndose al efecto que tendría el progreso de la ciencia sobre la relación de la medicina con el cuerpo. El cuerpo, dice el maestro francés, está diseñado para el goce, éste es pura satisfacción pulsional, pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de pulsión? Al entrecruzamiento de lo simbólico con lo real. Entonces, el goce, en otras palabras, es el efecto del significante operando sobre el cuerpo, produciendo en el mismo una forma de satisfacción muy distinta a la satisfacción de necesidad. Deja al sujeto fuera del campo de la necesidad biológica, es pura tensión y aquí es donde aparece el síntoma, que es parte del lenguaje, funcionado para el sujeto como goce, como sufrimiento. El médico se prepara para satisfacer la demanda del paciente, y ésta, proviniendo de un enfermo no es idéntica a lo que desea.

¿Qué demandaban Ilitch, Testa y el personaje de Cortázar del equipo de salud? Las demandas están claras, pero ¿qué era lo que realmente “deseaban”?

Podemos continuar analizando textos, adentrarnos en el lugar que da al cuerpo Foucault en “El nacimiento de la clínica” (Foucault, 2018), y analizar la relación entre ciencia médica y cuerpo a través de la historia, desde que simplemente se imaginaba por medio de la anatomía comparada, hasta que se fueron permitiendo, por autorización del

papa Sixto IV (1414-1484), las disecciones cadavéricas. Y como, a partir del siglo XIX, lo que ya hemos mencionado, con el descubrimiento de las etiologías, la balanza de la educación médica se inclinó decididamente hacia el lado del biologismo puro. Un gran avance para la ciencia médica, una sentencia de muerte para su contenido humanístico.

Y cuando hablamos de “humanismo” en la educación médica hacemos referencia a ese movimiento de los siglos XIV y XV que desplazó el teocentrismo excluyente de la Edad Media, por un antropocentrismo, poniendo lo humano, la vida en la tierra y no en un cielo póstumo, el desarrollo del ser completo en el centro.

Sin embargo, en los textos que analizamos ¿cuál es el lugar del paciente? ¿Está en el centro de la atención, o la institución de consulta o internación se pone ella misma en el centro y el paciente es quien debe adaptarse a sus necesidades? Y, entonces, los horarios de estudios, visita, limpieza, las necesidades del personal, todo será prioritario con respecto a aquello que el paciente requiere y que no siempre demanda. Incluso esa brevedad del horario de visita, que es recalcado por Cortázar, y tan dispar, en nuestro medio, entre lo público y lo privado. Lo cómodo para la institución no contempla lo que ese lapso es para el paciente y su evolución. Los estudios que abordan este tema reflejan lo insuficiente de los horarios de visita en la percepción de pacientes y familiares, como ejemplo, el de Venuti y col. (Venuti, 2021).

Conclusiones

¿Qué pone en el centro la educación en ciencias de la salud: lo humano en todas sus dimensiones, las herramientas de la ciencia o el cuerpo biológico que, si bien es también obviamente humano, es sólo una parte del ser? Ya hemos visto, a través de por dónde comienza ese conocimiento, y de cómo se va conformando el discurso de la medicina, que “lo humano” como totalidad está dejado de lado, y el centro es la ciencia misma y su relación con el cuerpo biológico.

El paciente pasa a ser un “enfermo”, y es objeto de nuestra ciencia, cuando en realidad, debe ser sujeto de la misma, como Lacan afirmara en *La ciencia y la*

verdad (Lacan, 2009), con su sentencia de que el humano es siempre sujeto de la ciencia.

Cómo podremos superar esta instancia: consideramos que un punto muy importante es modificar las “*currículas*” de las ciencias de salud, comenzando su estudio por los contenidos humanísticos, en cantidad suficiente de horas y densidad didáctica como para formar en los mismos, y no solamente informar someramente, y continuando con la capacitación en factores humanos, abordando temas que en general no están presentes, como habilidades no técnicas, alerta situacional, toma de decisiones, liderazgo y trabajo en equipo y otros, que permitan poner en práctica con mayor eficacia la capacitación humanística.

Proponemos la incorporación, en las currículas de ciencias de la salud, de ejes transversales correspondientes tanto a humanismo como a factores humanos, que atraviesen todos los años de las carreras, a fin de llegar, a través de la construcción de conocimiento, a una formación humanística, superadora de la simple recepción de información disgregada.

A partir de un recurso formado con estos preceptos es que podremos enfrentar no sólo las falencias de los actuales sistemas de salud, sino también los desafíos ya cercanos de la telemedicina, la consulta virtual y tantos otros “adelantos” que, más allá de constituirse en valiosísimas herramientas, pueden hacer cada vez más dificultosa la consideración integral y cercana del “paciente”.

Quizá para eso debamos volver muy atrás, a los Consejos de Esculapio, llenos de humana realidad, a muchos de nuestros antepasados que llevaban alivio con pocas herramientas científicas, pero con la poderosa arma de tratar de comprender al sufriente, y recuperar para nuestras profesiones, su verdadera razón de ser. Esos Consejos finalizan diciendo:

“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 sonrío porque ya no padece, o con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte; si ansías conocer al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino... ¡hazte médico, hijo mío!”

Este concepto de “conocer al hombre” dista mucho de simplemente “conocer su cuerpo”, es un verdadero y potente llamado al humanismo, al que nunca deberían dejar de pertenecer las ciencias de la salud.

Bibliografía

- Cassell, E.J.(1978): *The Healer´s Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship*. Harmondsworth, Inglaterra: Penguin Books.
- Cortázar, J.(2009): *Papeles inesperados*. Buenos Aires, Argentina: Alfaguara.
- Cubelli, G.R.(2018): *Salud, enfermedad y culpa*”. Buenos Ares, Argentina: Ed. Dunken.
- Foucault, M.(2018): *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M.(2010): *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI Editores.
- Good, B.J.(1996): *How medicine constructs its objects* (Capítulo 3. En *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Helman, C.G.(1981): *Disease versus illness in general practice*. En *Journal of the Royal College of General Practitioners*. Londres, Reino Unido.
- Lacan, J.(2009): *La ciencia y la verdad*. En Lacan: “Escritos”. México: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J.(1966): *Psicoanálisis y Medicina. Intervención de J. Lacan en la mesa redonda del mismo título realizada en el Colegio de Medicina, el 16 de febrero de 1966, en la Salpetriere*. En <https://www.bibliopsi.org>.
- Laín Entralgo, P.(1964): *La relación médico-enfermo. Historia y Teoría*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ministerio de Educación (2015): *Resolución 2721*. Buenos Aires, Argentina.
- Piovano, C.F.(2017): *La fuerza de las palabras: Las grandes olvidadas en la medicina del siglo XXI*. Buenos Aires, Argentina: Inmanencia 2017;6(1):98-103

Testa, M.(1993): *El hospital visto desde la cama del paciente*. Buenos Aires, Argentina: Salud, problema y debate. Año V, N°9.

Tolstoi, L.(2016): *La muerte de Iván Ilitch*. Barcelona, España: Ediciones Continente.

Venuti, M.S.(2021): *Encuesta a familiares de pacientes internados en unidades de cuidados críticos sobre sus creencias religiosas, su opinión sobre cuidados de fin de vida y sus preferencias de horarios de visita*. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. En <https://doi.org/10.1016/j.acci.2021.02.003>.