

Las cadenas del médico

Carlos Garrocho Sandoval*

* Patólogo Clínico. San Luis Potosí, México.

Recibido: 14/08/2008
Aceptado: 03/09/2008

Correspondencia:
E-mail: cgs731@hotmail.com

La esclavitud en nuestro tiempo

Cuando el hombre se ve obligado a aceptar que no se le respeta en su dignidad y en su honor, se convierte en esclavo.

Desgraciadamente, esto sucede con frecuencia cotidiana en nuestro esquema social. A pesar de que la esclavitud fue abolida hace casi dos siglos en nuestro país y poco más de uno en los Estados Unidos, en los albores del siglo XXI siguen vigentes la compra-venta y el tráfico de personas, aunque no se recurra a cadenas y a documentos de propiedad que aseguren también la posesión de la descendencia.

Sin cercos de alambre de púas, sin la amenaza del látigo o de la marca con hierro al rojo, muchos seres humanos siguen atados a un estado de servidumbre indigna y lastimosa con respecto a otros o a estructuras comerciales en función de disposiciones estatuidas y toleradas por la ley. La carencia de ciertos documentos en el caso de buen número de nuestros emigrados al país del norte los mantiene sujetos a condiciones de empleo y de salario por demás injustas. La facultad de veto que se abrogan algunas empresas de telecomunicación o corporaciones internacionales del deporte impiden la diversificación del mercado de trabajo para muchos artistas o prohíben a un número considerable de deportistas profesionales recurrir a la protección de las leyes laborales del país

donde ejercen sus actividades. Por si fuera poco, la mayoría de quienes viven de practicar el deporte forman parte de un auténtico mercado de esclavos que los lleva de un equipo a otro a voluntad de quienes los poseen y que, hábilmente, han desarrollado el talento para vivir de la actividad que otros practican.

En el curso de estas transacciones comerciales sólo unos pocos esclavos de lujo son compensados de manera substancial; los demás se ven obligados a aceptar retribuciones mínimas por la enajenación indiscriminada de sus certificados de propiedad, llámense éstos «fichas» o «cartas» o «contratos de exclusividad».

Las presiones por asegurar la supervivencia son universales. Casi siempre las cadenas que mantienen preso al esclavo de cualquier país del mundo están constituidas por la simple urgencia de sobrevivir y de proveer para su familia, pero en el caso de la esclavitud que podríamos llamar «de cuello blanco», los grilletes pueden ser de otro tipo: la necesidad imperiosa para el sujeto de mantener un tren de vida, de conservar poder, de cuidar su imagen a través de gastar en viajes, en la cuota mensual del club caro o en los automóviles de la familia, o bien, como sucede con una buena parte de nuestros políticos, de «mantenerse dentro del sistema». En todos los casos, las circunstancias compartidas son la pasividad, el silencio ante el insulto, la degradación, la burla y el abuso, y el sacrificio consciente de la dignidad y de la autoestima.

Los amos del médico: La profesión

Por otra parte, existen ciertas actividades profesionales que confieren matices de sometimiento a otros seres humanos, y quizá la medicina y el sacerdocio sean las más presionadas en este aspecto. Seguramente en ninguna otra profesión se exigen, como en estas dos, que quienes las practiquen sean honestos. A su vez, los sacerdotes y los médicos tienen como doctrina imponerse a sí mismos limitaciones, obligaciones y normas éticas de conducta que serían vistas como inaceptables o hasta ingenuas por otros profesionales. Tal autorregulación puede estar motivada por el deseo de llevar el ejercicio ministerial a la excelencia, pero, cuando menos en el caso de los médicos, algunas veces pueden percibirse con mayor o menor claridad ciertas razones no ligadas directamente al espíritu de la profesión. En muchos casos, la obsesión por tener siempre presentes ciertas líneas personales de comportamiento ajenas al ejercicio de la medicina puede conducir a la distracción y al deterioro del rendimiento profesional.

234

La venalidad

Dice el proverbio: «Si te compran una vez, nunca más volverás a ser libre». Cuando el médico sucumbe ante la necesidad de obtener ingresos mediante el sacrificio de su dignidad y del respeto que debe a su propia imagen de profesional honesto, deja de ver al bienestar y a la salud del paciente como el propósito supremo de su ejercicio, y lo relega a un término accidental al que antepone su interés pecuniario. Una vez así pros tituido, la salud del enfermo deja de ser su objetivo preferencial; el paciente no es ya más el individuo que busca en el médico su apoyo o su consuelo, y se convierte en un simple recurso cuya importancia se valora en la medida en que se le pueda extraer dinero, ya sea mediante la práctica vergonzosa de aceptar o, el colmo, solicitar so-

bornos económicos de radiólogos y laboratorios, o mediante la prescripción de tratamientos innecesarios, médicos o quirúrgicos, de cobrar visitas superfluas al paciente hospitalizado o de mantener una elevada «productividad» ante la empresa privada que lo tiene bajo contrato.

La «política»

En otras ocasiones, el médico se siente obligado a ceder ante necesidades de comportamiento que contempla como indispensables para asegurar o elevar su puesto o su jerarquía en la organización para la que trabaja, o sus posibilidades de aspirar a un puesto político o directivo, sindical o administrativo. O bien, consciente de su real o imaginaria falta de capacidad productiva y de su proclividad al error, comienza a ver a sus pacientes como elementos peligrosos que pudieran sacar a la luz su ineficiencia o de deteriorar el perfil que considera imperioso conservar ante las autoridades institucionales. Su atención, que debería concentrarse en la actividad profesional, empieza a distraerse en otras metas y, a veces en medio de una actitud de franca paranoia, concentra lo mejor de su esfuerzo en idear y en poner en práctica medidas «políticas» para defender el puesto.

Las exigencias académicas

Si se trabaja en un medio de alto nivel científico, o si nos consideramos obligados a mantener una imagen coherente con nuestras aspiraciones de calidad académica, ocasionalmente son también las instituciones y consejos de especialidades quienes desvían nuestra atención. Los criterios aplicados para otorgar ascensos y recertificaciones son a veces desproporcionados y absurdos, y demandan del profesional de la medicina requisitos académicos cuya adecuada satisfacción no siempre encuentra a su alcance con facilidad.

La necesidad de publicar puede llevar al médico a considerar a sus pacientes como simples ele-

mentos aritméticos, importantes más que nada para reunir el número de casos que su proyecto de investigación le exige. El tener que recertificarse lo obliga a asistir a Reuniones y Congresos de los que a menudo aprende menos que si leyera con regularidad sus revistas médicas, pero que, por su simple presencia en ellos durante tres o cuatro días, lo hacen acreedor a ser premiado con más «puntos» que los que pueda merecer un libro o una publicación en los que tienen que invertirse muchísimas más horas, o incluso meses de esfuerzo. Por supuesto, estar presente en Reuniones Académicas y Congresos es no solamente útil, sino indispensable para el profesional médico, pero el beneficio que derive depende de la motivación que lo lleve a acudir a ellos.

Los avances en la tecnología

Producto en buena parte de la escuela norteamericana iniciada a principios del siglo XX, el médico de nuestros días está volviéndose sobredependiente y prácticamente esclavo de los procedimientos tecnológicos de diagnóstico, a los que muchas veces recurre con cualquier pretexto o, simplemente porque están ahí. Cada vez más falto de confianza en su pericia clínica, o impedido para aplicarla por la sobrecarga de pacientes que le impone la medicina institucional, sustituye la elaboración de una buena historia por la esperanza de que el electrocardiograma, el ultrasonido, la tomografía o la resonancia magnética le hagan el diagnóstico. Puesto que está convencido o tiene la idea de que la respuesta a sus dudas habrá de llegarle dentro del estuche más o menos elegante de un informe de laboratorio, no encuentra ninguna razón válida que justifique hacer el esfuerzo de buscar las evidencias clínicas de la enfermedad.

El médico del siglo XIX se empeñaba en desarrollar sus facultades de percepción porque confiaba en que sus sentidos le habrían de llevar de la mano por el camino correcto hacia el diagnóstico. En nuestros días, el arte de la clínica se está

convirtiendo en una curiosidad paleontológica, desalentado por la confianza excesiva y desproporcionada en una tecnología que el practicante con frecuencia no entiende y que cada vez resulta más cara y no siempre redituable desde el punto de vista costo-beneficio.

Ya desde la década de los 30, muchos médicos en los Estados Unidos consideraban al estetoscopio como un residuo de tiempos idos, y lo llevaban consigo únicamente porque los pacientes esperaban ver al instrumento asomarse por uno de los bolsillos de su bata y no se sentían satisfechos con el examen a que eran sometidos si el médico no se los aplicaba. Todo esto ha culminado en el desdén por escuchar lo que dice el enfermo y por minimizar la importancia de sentarse a su lado, escucharle y formularle preguntas inteligentes acerca de su enfermedad.

Si el médico permite que siga creciendo su desconfianza en sus juicios clínicos acabará por convertirse en un simple intermediario entre las máquinas diagnósticas, las computadoras y el paciente, a tal grado que ya alguien ha señalado que la medicina se está convirtiendo en una simple rama de la ingeniería.

El riesgo de las demandas médicas

Durante los años 70 alguien acuñó el término «medicina defensiva». Un fantasma que pudiera estar materializándose ya en nuestro medio es el de las demandas, por lo que los norteamericanos llaman «mala práctica».

Con el júbilo consiguiente de las compañías de seguros y de los abogados que se especializan en este tipo de asuntos, el riesgo ha crecido a un extremo tal en los Estados Unidos que los médicos se ven obligados a cubrir cada año sumas alarmantes por concepto de pólizas antidemandas, a tal punto que el ejercicio de ciertas especialidades se está volviendo incosteable. En algunos casos ha llevado a los ginecólogos a negarse a aten-

der problemas obstétricos serios, por lo elevado de los riesgos de demanda y los costos de los seguros que hay que pagar para protegerse.

Es cierto que, en su origen, la ley busca el sano propósito de prevenir y compensar la deshonestidad, la negligencia, el abuso, los descuidos y las actitudes a veces criminales que manchan la pureza de la profesión. Pero esto ha llevado a que el médico ejerza sus funciones bajo la sombra del temor, y ha dado lugar a que la relación con su paciente, que siempre debiera ser afectuosa y cálida, degenera a menudo hasta dar espacio a una mutua desconfianza. El paciente y sus familiares se convierten en un peligro potencial, que obliga a la búsqueda, a veces angustiada, de medidas excesivas en su volumen y en su precio, simplemente para ponerse a cubierto. Los estudios de laboratorio se multiplican tanto en número como en sofisticación, y se recurre indiscriminadamente a la imagenología en cada una de sus variantes. Por supuesto, todo este esfuerzo del médico por anticipar su defensa ante una demanda potencial se traduce en una elevación progresiva y desproporcionada de los costos en la atención del paciente.

236

Las presiones por conservar la vida

Carente del concepto filosófico que define el objetivo supremo de su actividad profesional, el médico expresa de varias maneras el estado de sumisión a que lo ha llevado la tecnología. La disponibilidad de recursos extremos y costosísimos para mantener la vida ha reforzado su sometimiento al compromiso, que considera inherente a su profesión, de tratar de mantener vivos a sus enfermos durante el mayor tiempo posible. Lucha angustiosamente por retrasar al máximo la muerte de los pacientes terminales, los somete a procedimientos de resucitación y de entubamiento endotraqueal, aplica cirugías «paliativas» que destrozan para siempre su decoro y su calidad de vida, y prolonga la estancia de los descerebrados en la sala de cuidados inten-

sivos. A menudo, por temor a la ley y sin darse cuenta de que está negando a su paciente el derecho a irse con dignidad, acaba con las reservas económicas de la familia y sólo consigue volver dolorosamente interminables los días o las horas finales de sufrimiento, angustia y agonía. Esta tendencia irreflexiva a lo que Horacio Jinich llama el «encarnizamiento terapéutico» tiene como resultado último el advenimiento deshumanizado de una muerte penosa y lenta.

La obligación de curar

Terminar con la enfermedad no fue nunca responsabilidad del médico. A lo largo de los siglos, la gente admitió que con frecuencia los médicos no pudiesen acabar con sus padecimientos. Es cierto que los enfermos acudían a ellos con la esperanza de que los ayudasen a recuperar la salud, pero aceptaban con resignación el que muchas veces el desenlace fuera diferente. Aunque la lucha terminara en derrota, la presencia de alguien combatiendo a su lado contribuía a mantenerlos en pie.

Así fue durante más de 25 siglos. Pero hace poco más de cien años las cosas empezaron a cambiar: von Behring instituyó exitosamente el tratamiento de la difteria; Landsteiner y Wiener hicieron seguras las transfusiones sanguíneas; Banting y Best dotaron a los diabéticos de periodos más largos de bienestar y supervivencia; Fleming abrió las puertas de la antibioticoterapia; comenzaron justificadamente a alimentarse las esperanzas de muchos pacientes de no sucumbir en forma prematura ante sus leucemias y sus linfomas; los cirujanos penetraron, primero con sus manos y luego con sus instrumentos endoscópicos, hasta profundidades insospechadas de nuestro cuerpo y llegaron incluso a trasplantar corazones; los internistas tuvieron de pronto a su alcance una serie increíble de medicamentos con una potente y nunca vista acción farmacológica. En consecuencia, el médico se volvió esclavo del progreso y, con tantas y tan eficaces armas en la mano, hizo

suyo el compromiso terrible de acabar con la enfermedad, responsabilidad que antes no tenía. El médico sintió que estaba obligado a curar.

En contraparte, los enfermos se acostumbraron a esperar y hasta a exigir del médico que los curase. Y luego, conforme fueron rebasando los riesgos de morir jóvenes por infección y aumentando su promedio de edad, han tenido que enfrentarse a la realidad de que muchas de sus enfermedades todavía no son curables. De hecho, nunca lo han sido, pero los seres humanos no estaban acostumbrados a padecerlas, porque tales padecimientos son particularidades de etapas avanzadas de la vida.

Como eran muy pocos los que llegaban a vivir tanto, los males de la ancianidad se veían poco y pocos hombres se preocupaban por ellos. Es así como, en el espacio de unas cuantas décadas, la sociedad ha tenido que encarar problemas totalmente nuevos, desde la supervivencia digna de sus ciudadanos mayores a través de una jubilación que hasta ahora es mayoritariamente simbólica, hasta el reto de los altos costos que demandan los padecimientos crónicos y degenerativos.

La obligación de la pureza

Hace poco más de medio siglo, el Año de Gracia de 1492 fue enormemente significativo para España: Un hombre llamado Rodrigo Borgia se convirtió en el segundo Papa español de la cristiandad con el nombre de Alejandro VI. Su Muy Católica Majestad Fernando de Aragón decretó la expulsión de todos los judíos de los reinos bajo su mando, y un soñador navegante genovés emprendió un viaje hacia el poniente de la Mar Océano, de cuyos increíbles resultados nadie se enteró hasta el siguiente año. El otro acontecimiento trascendental fue la cristianización del sueño mayor en el corazón de la soberana del reino de Castilla: la conquista del reino de Granada, último enclave musulmán en la península ibérica.

Al año escaso de su boda con Fernando, Isabel había hecho la promesa formal de implantar la

doctrina de Cristo en todo el territorio de la península española. En prenda de ello, juró con devoción y solemnidad no quitarse la camisa hasta que cayese Granada. No era entonces el baño costumbre frecuente, y la captura de Granada tardó casi siete años.

Dice la leyenda, seguramente sólo leyenda, que cuando se procedió a desprender del cuerpo los andrajos de sucia lana burda en que se había convertido la camisa de Isabel de Castilla, el proceso fue penoso, dolorosísimo y lento. Muchos de los hilos de la tela no sólo estaban firmemente adheridos, sino que habían sido incluso envueltos por el crecimiento de la piel hasta el punto de que prácticamente formaban parte de ella. El sangrado fue abundante, la ceremonia larguísima, y la penitencia de la reina católica proclamada a través de quejidos desgarrantes que se fueron abriendo paso lastimosamente a lo largo de los gruesos muros de los corredores y aposentos de su palacio de Toledo.

Del mismo modo, al completar los estudios de la carrera de medicina, la institución viste al egresado con un ropaje especial. La investidura con que el médico se cubre entonces viene a ser como la camisa de la reina, pero con cuatro diferencias importantes:

La primera: No se nos desprenderá nunca, y seguiremos vistiéndola hasta el último día de nuestra vida, cualquiera que sea el rumbo que ésta tome. No importa a qué otra actividad decidamos dedicarnos en un momento dado, jamás dejaremos de ser y de sentirnos médicos.

La segunda diferencia: Es blanca y se nos entrega, no limpia, sino limpiísima.

Tercera: Es irremplazable. Jamás podremos cambiárnosla.

Y la cuarta: No puede lavarse. Si permitimos que se ensucie, la mancha quedará ahí, claramente visible a los ojos de nuestra conciencia, para siempre. De modo que, como no tenemos otra, estamos obligados a cuidar que nuestra túnica espiritual de profesionales de la medicina se mantenga siempre limpia.

Las cadenas de la profesión

En la antigua Grecia, muchos médicos eran esclavos, y algunos alcanzaban precios estratosféricos en el mercado. Entre los potentados llegó a considerarse signo social de distinción el poseer uno. Con frecuencia sus amos les expresaban su agradecimiento dándoles la libertad y convirtiéndolos en ciudadanos libres. Pero, a pesar de esto, en realidad nunca lo fueron, y el aforismo que dice: «El buen médico es esclavo de su paciente» sigue teniendo vigencia, aun en nuestros días.

Esta posición de esclavitud con que la sociedad nos contempla y a la que hemos accedido de manera voluntaria tiene sus límites. No es una esclavitud absoluta y no debe ir más allá de la profesión misma, cuyos atributos primigenios son el amor, la honestidad, la limpieza y el entusiasmo por ejercerla. Pero esto no representa demasiado sacrificio porque, además de ser obligatoria por principio para quien ejerce la medicina, la honestidad, además de ser una cualidad, es una conveniencia.

Es importante que fijemos nuestra atención en un hecho fácilmente perceptible: La deshonestidad no es de ningún modo un camino seguro hacia la tranquilidad financiera. Es cierto que existen deshonestos ricos, de la misma manera que hay individuos ricos en muchos campos de la actividad humana. Pero la riqueza del deshonesto no deriva de su falta de probidad, sino de su inteligencia y de su capacidad personal. Al igual que en la política, las finanzas, los deportes profesionales y la actividad científica, quienes alcanzan a destacar en la práctica de la pillería son sólo unos cuantos, y sobresalen porque son mejores y no por que tal actividad sea más lucrativa que las demás. Pero en términos generales, el deshonesto promedio no vive económicamente mejor que el individuo honesto promedio.

En cambio, quien se desempeña y trabaja honestamente disfruta todos los días de la recompensa mayor, integrada por el respeto a sí mismo y el respeto de su familia y de la sociedad, y de la

satisfacción de que sus hijos se están educando frente al espejo de una imagen limpia que sus padres pueden ofrecerles con dignidad y con orgullo.

De modo que resulta mejor ser honesto. En la práctica, la honestidad en la profesión no viene a ser sólo virtud de santos, sino también recurso de inteligentes. Así que por todas estas razones y algunas más, ser honesto resulta mucho más atractivo y conveniente que no serlo.

La verdad esclavizante

Toda persona enferma que acude a la presencia del médico va impulsada por varios motivos, el más importante de los cuales es, casi siempre, el temor. Desea, sí, que se le supriman sus dolores, que se eliminen sus síntomas molestos, que se acabe su enfermedad. Éstas, por lo general, son sus motivaciones mediatas. Pero lo que más ansía es que se le diga que su problema tiene remedio y que se va a curar.

Cuando, llevado por el deseo de una sinceridad mal entendida, el médico informa al paciente, en ocasiones de manera abrupta y ruda, de la irreversibilidad de su mal, su equilibrio interno se derrumba. Por más que intuya la proximidad del fin o lo definitivo de su invalidez, el paciente siempre se aferra internamente al hilo delgadísimo de la fe en que pronto volverá de nuevo a la salud de ayer. Recordemos siempre la máxima que dice: «No le quites a nadie la esperanza. Puede ser lo último que le quede».

El bien del paciente

El distintivo de una esclavitud orgullosa para con el bienestar de sus pacientes sigue siendo la vestidura espiritual de los profesionales de la medicina. Dios quiera que, después de toda una vida de ostentarla, podamos llegar al final, ante la sociedad y ante nuestros compañeros de profesión, con la frente alta, la conciencia tranquila y la satisfacción de no haber defraudado ni a la patria ni a la escuela que nos formó.