

8ª Convención Médica Nacional

Foro sobre "La medicina desde los otros"

8 de julio de 2004

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- Gracias a todos por estar presentes aquí, en el Salón de Actos del Sindicato Médico del Uruguay, para esta nueva instancia de los Foros que se vienen desarrollando en el marco de la 8ª Convención Médica Nacional.

El Foro de esta jornada se titula "La medicina desde los otros" o "La medicina vista por los otros".

Antes de presentar a los panelistas que van a estar con nosotros esta noche, voy a dar la palabra al Presidente del Sindicato Médico del Uruguay, Dr. Marcos Carámbula.

Dr. MARCOS CARÁMBULA.- Voy a ser muy breve porque nos interesa escuchar a los invitados.

Realmente, sentimos una enorme alegría al tenerlos esta noche con nosotros y -lo confieso- también una enorme expectativa, por todo lo que hemos leído de ustedes, por todo lo que nos importa, en este momento en que estamos organizando la 8ª Convención Médica Nacional, la visión desde la sociedad, desde la historia, desde el pensamiento, desde la antropología.

Por eso nos parece muy importante la reunión de esta noche y les queremos agradecer profundamente esta contribución al Prof. Barrán; a nuestro muy querido amigo, el Dr. Tomás de Mattos, que enseguida que lo llamamos dejó su Tacuarembó para venir hasta aquí, a pesar de que sabemos que en este momento tiene mucho trabajo y está muy ocupado; a la antropóloga Sonia Romero; y a Álvaro, al que hemos seguido permanentemente para concretar la organización de este Foro y que une la condición de médico -de muy buen médico, por cierto-, poeta y escritor.

Por lo tanto, es muy grande nuestra satisfacción al recibirlos y nos sentimos reconocidos por que estén en esta casa. Sin duda, para nosotros va a ser realmente importante la opinión y el pensamiento de ustedes.

Por otro lado, es también para nosotros una alegría que Fernando Butazzoni coordine este Foro. Más allá de que tiene una vinculación diaria con nuestro Sindicato, nos parecía muy importante que en la noche de hoy, en su condición de periodista y hombre de letras, estuviera coordinando esta mesa.

Están ustedes en su casa, y creo que expreso el sentir de todos los que estamos aquí al decir que nos despierta una franca expectativa el panel de esta noche; tal vez, en lo personal, de las mayores expectativas que nos han creado estos Foros que estamos organizando con miras a la Convención Médica del 6 y 7 de agosto.

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- Vamos a presentar a los integrantes de esta mesa: el Prof. José Pedro Barrán, que es sin duda alguna uno de nuestros más importantes y destacados historiadores y pensadores; el escritor Tomás de Mattos, quien además es abogado, pero sobre todo es escritor, novelista, y uno de los importantes escritores latinoamericanos contemporáneos; la Prof. Sonia Romero, que es antropóloga y etnóloga -se doctoró en

París y trabaja en la Universidad de la República-; y el Dr. Álvaro Díaz, quien es Profesor Agregado de Clínica Médica y ha trabajado también el tema de la medicina desde la literatura, pues ha publicado un libro, "Medicina y literatura"; él es quien ha gestado, de alguna manera, el encuentro de esta noche.

Así que para comenzar le damos la palabra al Dr. Álvaro Díaz.

Dr. ÁLVARO DÍAZ BERENGUER.- Es un placer, realmente, compartir esta noche con los integrantes de este panel y, además, con quienes están aquí, a muchos de los cuales conocemos por sus actividades en el ámbito de la medicina.

¿Por qué la medicina vista por los otros? Voy a leer algunas cosas porque no quiero olvidarme de lo que hemos estado pensando acerca de esta actividad y creo que van a permitir ordenar un poquito el hilo de una discusión que después podremos tener entre todos.

Creo que debemos colocar nuestra actividad en un microscopio y que la mejor manera de hacerlo no es solamente a través de lo que nosotros pensamos, sino de lo que piensan, fundamentalmente, los otros, los que no son médicos.

El ser humano es un ser gregario por excelencia. No somos nada sin los otros. Todo lo que hacemos implica necesariamente a los otros. No estamos aislados en nuestra ciencia, y cada vez que nos aislamos, dejamos de ser humanos, dejamos de ser gregarios.

Si bien actuamos pensando que hacemos las cosas bien, preferimos no ver lo que está mal. A esta altura, en el Uruguay moderno e incluso en el mundo, muchos coincidimos en que los médicos no estamos haciendo las cosas bien. Tenemos el sentimiento interior de eso, pero nos gustaría saber qué piensan los otros de eso.

Vamos a dejar de lado un poquito la conflictiva laboral y económica que implica este análisis -que también juega- y vamos a centrarnos en aquello que decía Sartre: "No hay necesidad del fuego, el infierno son los otros".

Este conflicto no es nuevo; existe desde antaño. Aquí tenemos a un historiador que seguramente nos va a decir que la conflictiva entre la sociedad y los médicos no es de ahora, sino que viene de mucho antes.

Sin embargo, en las últimas décadas -esto lo hablábamos hoy con De Mattos en la mesa del café- hemos asistido a un lento proceso de deshumanización. Y gran parte de la responsabilidad radica en la intromisión de una avasallante tecnología y una espeluznante cibernética, que han desvirtuado a veces el objetivo mismo de la medicina. A veces no se da solución al paciente, que exige más de lo que podemos dar, por falsas expectativas en una ciencia que es vista como todopoderosa.

Gran parte de nuestros pacientes piensan que lo podemos todo y no saben que, de repente, en el treinta por ciento de los pacientes que vemos o analizamos a nivel de sanatorios y hospitales no llegamos a conocer realmente el diagnóstico con precisión. Y muchas veces no atendemos a aspectos que van más allá de la ciencia y que tienen que ver con la fe y la esperanza, que no es necesariamente religiosa.

En la actualidad, el conflicto es patente en nuestro país, pero también en muchas partes del mundo occidental.

En el diario "El País" del día 13 de junio pasado, se lee: "Los usuarios de la salud uruguaya parecen estar adquiriendo un rol más activo. El Ministerio de Salud Pública (MSP) está recibiendo una cifra récord de denuncias de pacientes por diversas fallas en el sistema: 60 por semana y un número inédito de expedientes que marcharon al tribunal de la Comisión Honoraria de Salud Pública".

En la misma publicación se hace referencia a un seminario recientemente organizado por el Fondo Nacional de Recursos y el Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH). El título es: "¿Se respetan en Uruguay los derechos de los pacientes?". La sola pregunta nos asusta. No respetar los derechos del paciente significa no respetar al otro como persona. Es quizá la peor cosa que le puede pasar a la medicina: no respetar a los seres humanos o actuar como si fueran cosas.

El alud de demandas canalizadas a través de los Juzgados enfrenta a la medicina con la abogacía. Muchos médicos ven a los abogados como enemigos; a veces ven a los familiares como enemigos, y a veces hasta los propios pacientes son vistos como enemigos.

El temor del médico ante la demanda ha dado lugar a la medicina defensiva. Es un nuevo tipo de medicina que tiene por objetivo defenderse de los otros, de una demanda eventual, y no hace lo mejor ni para el paciente, ni para el médico, ni para la actividad médica. Rompe la relación médico-paciente.

Por otra parte, esto genera procedimientos terapéuticos o diagnósticos innecesarios o extremadamente costosos. ¿Cuántas veces pedimos más exámenes de los que se necesitan -riesgosos, inclusive-, o las cosas que se les dicen a los pacientes son tremendamente crueles, exclusivamente por trabajar a la defensiva?

No es una buena medicina. El conflicto entre la medicina y la sociedad se establece, sí, en torno a la justa distribución de la riqueza, al porcentaje del PBI que se destina a la salud, pero creo que este no es el tema de hoy.

Vamos a referir algunas observaciones.

Primero: ya no hacemos arte; hacemos ciencia. Y, en paralelo, ya no atendemos un sujeto particular, sino un objeto que es un estudio mecanicista. Es la cibernización de la medicina, de Erich Fromm. El paciente se asemeja a un robot: se arregla, pero no se cura; se le cambia un pedazo, pero no se cura.

También se ha burocratizado, se ha industrializado, se ha especializado, y el proceso es parecido a un proceso industrial, sin que se atienda a la interioridad del paciente.

Entonces, los reclamos surgen cuando los pacientes no obtienen lo que esperan, que es algo más que un razonamiento científico: es abrigo, confianza, acompañamiento, seguridad en el futuro, esperanza. Nada de eso estamos dando hoy en día -creo yo- en muchas oportunidades.

Y ello, probablemente, tenga también relación con el auge de las medicinas de alternativa, lo cual no es un fenómeno uruguayo, sino internacional. ¿Qué otra cosa significa una alternativa a la medicina que su fracaso? No estamos diciendo que las medicinas de alternativa no formen un grupo especial de medicinas -no me quiero meter en líos-, pero lo que entendemos por medicina como concepto global perdió su campo original de trabajo.

En este proceso de medicina a la defensiva, el médico culminó por alejarse de su paciente e incluso tenerle miedo. Y los médicos nos protegemos, nos aislamos y nos metemos en nosotros mismos y en nuestra sociedad médica. Decía Benedetti, parafraseando a Sartre, "Cuando el infierno son los otros, el paraíso es uno mismo".

La cuarta observación que estamos haciendo se refiere a la respuesta corporativa de los médicos. Y me voy a permitir ser duro con nosotros mismos, los médicos.

El objetivo fundamental es el lucro económico y el consumo. El médico se encierra en sí mismo y, fundamentalmente, en su sociedad científica para obtener un diferencial económico. El desarrollo de la ciencia fue en el comienzo el objetivo primordial de esa sociedad, pero ahora se transformó en un objetivo secundario. Casi todas las sociedades

científicas tienen ahora, como meta, la forma de satisfacer el interés económico; prima el interés económico.

El carácter solidario del médico nació unido a su carácter de depositante de la confianza de una sociedad y de sus fuerzas para solucionar problemas del conjunto. Hoy, el carácter solidario y la confianza de la sociedad están en crisis. La relación médico-paciente se transforma así en un contrato comercial basado en un modelo científico, pero donde priman la mutua desconfianza y los intereses económicos.

A mediados del siglo XX, es decir, por los años cincuenta, Raymond Chandler -escritor norteamericano que fue un crítico formidable de la sociedad norteamericana-, hablando de los médicos, decía: "Grandes figurones de la profesión médica, cirujanos que realizan toda clase de operaciones innecesarias sólo para cobrar, hospitales que les cobran a los pacientes por toda clase de exámenes innecesarios". Mostraba con crudeza la realidad de la medicina norteamericana en la segunda mitad del siglo.

Probablemente Barrán nos diga que muchas de estas cosas ya existían desde hace tiempo, pero ahora están tomando un cariz mucho más sistematizado, mucho más corporizado.

La medicina altamente especializada, tan en boga en los últimos tiempos a raíz del Fondo Nacional de Recursos, puede ser observada de la misma manera.

En el Uruguay se realizaban una gran cantidad de procedimientos innecesarios. Alrededor del 30% de los procedimientos del Fondo Nacional de Recursos dejaron de hacerse en la medida en que se pusieron auditorías médicas. No por eso bajó la calidad de la medicina que presta el Fondo Nacional de Recursos.

La medicina está obnubilada por la ciencia y por el interés económico, con prescindencia de la espiritualidad de los individuos particulares, y cuanto más especializada es la medicina, más alto es su precio, más alejada está del paciente y más ronda en su entorno la ambición económica.

Si damos vuelta la frase de Sartre, el infierno está en nosotros, diría yo.

¿Quién duda de los sufrimientos que somos capaces de desencadenar al prolongar innecesariamente una agonía por aplicar simplemente una medicina a la defensiva?

Creo que debemos hacer un esfuerzo por lograr un cambio cultural que permita armonizar la medicina con la sociedad a la que pertenece. Ello significa un cambio educacional, tanto en la población en general como muy especialmente en nosotros, los médicos, y en la Facultad de Medicina. Pero también implica la necesidad de controlar de cerca el proceso de la atención médica a través de múltiples herramientas, que deben incluir la auditoría médica y un cambio en la estructura asistencial que controle de cerca los movimientos económicos que pueden influir dramáticamente en la asistencia médica y en sus resultados, o sea, en los otros.

Los médicos tenemos que aprender a vernos desde los otros, a analizar nuestro quehacer a través de los otros, para poder insertarnos armónicamente en el conjunto de la sociedad.

Por eso hoy vamos a dar participación, fundamentalmente, a un escritor, a un historiador y a una antropóloga. Creo que sus visiones serán herramientas fundamentales que nos van a permitir a nosotros vernos desde afuera en esta necesaria recomposición que tenemos que hacer.

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- Gracias, Dr. Díaz.

Antes de seguir adelante, les quiero aclarar que les van a llegar unas hojas en las que podrán formular preguntas, que en el último tramo de este encuentro serán planteadas a los integrantes del panel. Los propios panelistas estuvieron de acuerdo en generar esta reflexión conjunta desde el intercambio, desde la charla, y no desde la fría exposición.

Supongo que lo que planteó el Dr. Álvaro Díaz generará, seguramente, más de una opinión encontrada, tanto en la mesa como entre el público asistente.

Me gustaría saber qué visión tiene el Prof. Barrán sobre algunos de los temas que se han planteado aquí.

Prof. JOSÉ PEDRO BARRÁN.- Alvarito: yo pensaba pedir hora mañana. Creo que no lo voy a hacer.

(Hilaridad)

—Supongo que tu visión es algo desencantada con algún sentido; para mí, al menos, también. Creo que es cierto que la medicina contemporánea responde a una serie de expectativas impresionantes que la sociedad ha depositado en ustedes. No creo que ninguna otra sociedad haya depositado tantas expectativas como las que protagonizamos en la medicina, en el saber médico y en los médicos. No creo en absoluto que haya otra sociedad que tenga esas características.

Posiblemente, se debe a que el cuerpo es nuestro centro; no es más el alma. Y ya no está más al lado del enfermo -y del terminal, ni qué decirlo-, como figura inevitable, el sacerdote, sino ustedes. Eso es un cambio esencial de la cultura, probablemente debida a la secularización de la misma, a un cambio de valores, en donde ya no existe la ética de la limitación del placer y del cuerpo como elemento que podía llevar a la perdición; no se cree más en eso. Y pensamos que la autorrealización personal y la plenitud de la salud y del cuerpo es el objetivo, prácticamente el único que tenemos todos.

Por consiguiente, ustedes son esenciales al funcionamiento de nuestras esperanzas y de las propias que ustedes tienen, porque también son, además de médicos, seres humanos y pacientes.

En primer lugar, la medicina se ha masificado. Se ha masificado el número de médicos y se ha masificado el número de pacientes. Que el número de pacientes sea casi infinito, se debe fundamentalmente a este cambio cultural, a que casi todas las esperanzas estén depositadas en ese número también creciente de médicos.

Hacia 1830 había un médico cada 3.300 habitantes en el Uruguay; hacia 1920, si no me equivoco, había uno cada 1.700, y hacia 1980 y pico, por lo menos en la ciudad de Montevideo -si no calculé mal-, había uno cada 250 habitantes.

La masificación implica muchas cosas. Yo tengo tendencia a ver a menudo el vaso, más que medio vacío, medio lleno, y no soy tan pesimista. Naturalmente, implica la consulta deshumanizada -posiblemente, sí-; la transformación del paciente en enfermedad, en síntoma, y no en ser humano -ha dejado de serlo-; la transformación del médico en un burócrata de la salud.

La relación médico-paciente es diferente. Se ha deshumanizado, sí; ha perdido ese contacto cuerpo a cuerpo. Ya los médicos auscultan muy poco; eso lo veo cada vez más real. Preguntan y, naturalmente, hacen la receta, y a menudo derivan, derivan, derivan. Es natural: es el reino de los especialistas. Esta medicina cura mucho más que la anterior; es cierto. Eso es un dato positivo. Sobre todo, esta medicina cura a más gente; creo que ese es un dato clave al ver el vaso medio lleno -que es una característica personal que tengo-, porque la masificación implica la democratización de la salud. Nos guste o no nos guste, ese es un hecho.

Mucha más gente llega al médico hoy en día que antes. ¿En condiciones que no son las de antes? Sí, claro, por supuesto. Las de antes eran ideales, vistas desde ahora. Eran también muchos menos y se morían más. Pero, claro, la relación médico-paciente era más

satisfactoria. ¿Cómo recuperarla? Es una necesidad que los pacientes sentimos. Eso es cierto. Lo que dice Álvaro en ese plano es rigurosamente exacto.

Otro punto que tal vez incida enormemente en este cambio de la medicina es que no solamente se ha masificado, sino que además la medicina ha entrado en la revolución industrial, se ha tecnologizado, en aparatología, en terapéutica, en el estudio de los síntomas, absolutamente en todo. Ustedes saben que eso es cada vez más costoso. Cada vez más, los análisis paraclínicos son el elemento en que más confía el médico, y es probable que estén más vinculados a la economía en sí misma, que a los efectos que puedan tener desde el punto de vista de clínico. Eso no lo sé; no estoy muy seguro.

Pero lo cierto es que esta transformación, esta entrada de la medicina en el terreno de la tecnología absoluta, es muy costosa y vincula la medicina a un factor que veo allí, expresado por Fosalba, que es típicamente una tensión que se da en la medicina actual, entre moral y economía. Eso es típico de la medicina actual: la tensión entre lo que debe ser el médico -recuerdo que el Dr. Muiños en 1958 decía que la medicina es una noble profesión- y lo que el médico puede ser hoy en día, observando el mundo del mercado en el cual está puesto, a veces porque quiere, muy a menudo porque lo usufructúa, a veces porque es parte de él, porque el mercado existe.

La entrada de la medicina en el terreno del mercado se ve también en la entrada de los médicos al sistema capitalista. Hoy en día los médicos no son, como hace cincuenta años, todos profesionales independientes. Probablemente, la inmensa mayoría son asalariados, y a veces asalariados de otros médicos. La lucha de clases -para usar un concepto un poco anticuado, pero en realidad más o menos persiste- existe dentro de los médicos.

La conversión del médico en asalariado es también parte de ese problema económico en el cual está inmersa la medicina; como también -ni qué decir- la conversión de la medicina en una parte del sistema tecnológico en el cual estamos todos metidos. Por eso, entre los médicos, la tensión entre moral y economía es muy intensa. Claro, es un oficio que no es como el del abogado. No todos los oficios son iguales. Porque los médicos tratan con el dolor, con la muerte, con la enfermedad, con el sufrimiento, y eso los vincula -en la herencia cristiana que todos tenemos, seámoslo o no conscientemente- con el alivio, con el deber de aliviar. Y resulta que a la vez es un oficio del cual hay que vivir, y a veces esta sociedad nos incita a vivir fundamentalmente dentro del mercado y con una relación costo-beneficio, donde el beneficio es mucho más importante. Entonces, la tensión entre moral y economía, en este oficio y en este mundo contemporáneo, donde los valores de la rentabilidad, del provecho y de la relación costo-beneficio son muy importantes, provoca situaciones casi insalvables, situaciones de una tensión muy grande. Muy a menudo algunos médicos lo resolverán de una forma, y otros lo resolverán viviéndolo con culpa. Veo que Alvarito lo vive así. Pero vivirlo con culpa no es lo habitual, me parece.

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- Gracias, Prof. Barrán.

Prof. Romero: me gustaría que usted iniciara su transitar por esta reflexión a partir, justamente, de los trabajos que ha realizado y de la visión que tiene de este tema.

Prof. SONNIA ROMERO.- Gracias por la invitación.

En realidad, no sabía que esto iba a ser dialogado, pero tampoco preparé una exposición formal. Me permití traer uno de los trabajos para leer algunas escenas de la vida real. Pero, antes de eso, quisiera decir lo siguiente.

Sobre el tema soy realmente otra. Pertenezco a otra disciplina y desde hace bastante tiempo investigo sobre temas de salud, pero sobre todo acerca de los conflictos culturales que

genera la atención: a qué universo pertenecen los médicos y a qué universo pertenecen los pacientes, más allá de que eso también puede ser trabajado desde un punto de vista muy etnológico, diríamos, como lo hice cuando trabajé en el norte de África, en Argelia. Allí observaba -sobre todo en el área materno-infantil, que fue mi especialización- a las pacientes, aunque a veces iban los hombres a consultar, porque las mujeres se quedaban en la casa y entonces los hombres llevaban a los niños o bien llevaban preguntas de parte de la esposa. Es decir que hay cuestiones culturales que atraviesan los comportamientos, las posiciones, etc.

Entonces, en ese marco, la observación dentro de las consultas era sumamente rica porque aparecían conflictos culturales muy obvios y muy evidentes, porque los médicos eran en su mayor parte extranjeros y, sobre todo, formados en la escuela de medicina europea, frente a pacientes que pertenecían a una cultura local -árabe, bereber, musulmana-, con todo lo que eso implica.

Al venir a Uruguay, inmediatamente hubo una demanda de trabajos sobre temas de salud, sobre todo en el área materno-infantil, y entonces hice una adaptación del método etnográfico para trabajar en Uruguay y, concretamente, en Montevideo y en la Ciudad Vieja. De esa experiencia surge este trabajo, en el cual recogí todo lo que luego sistematicé, aplicando teoría antropológica a lo que para ustedes es la cotidianeidad del trabajo.

Concretamente, con un equipo que trabajó conmigo, de ocho personas, hicimos observación dentro de la institución médica, tomándola como si fuera un terreno, como decimos nosotros. El terreno era ese: la institución médica. ¿Y qué observamos? Observamos las rutinas, observamos dentro de los consultorios, en la sala de espera. Sistematizamos, recogimos escenas y diálogos, y sacamos modelos de todo.

Esto no quiere decir que yo tenga la verdad universal sobre cómo se comportan los médicos en Uruguay. Simplemente, tengo modelos sistematizados, interpretados desde la teoría, a partir de los cuales puedo afirmar algunas cosas, como, por ejemplo, que el universo no es homogéneo -eso parece obvio- y que hay un universo diferenciado entre lo que es la medicina gratuita y lo que es la asistencia en otros centros mutuales, privados, etc. Eso no está determinado únicamente por las cuestiones económicas, sino por la actitud con la cual trabajan y se enfrentan a eso los médicos y toda la institución.

Una de las conclusiones interesantes que surgen del trabajo es que el paciente, cuando llega, cuando traspasa la puerta, tiene una actitud positiva, porque va con expectativas -como decía Barrán, acude y espera obtener cosas buenas-, pero de inmediato se enfrenta a la normativa de la institución. Es decir que la relación a abordar y problematizar no es únicamente la relación médico-paciente, sino que es la relación de la población con la institución, del paciente con toda la institución, porque ya en la ventanilla, cuando va a pedir un número, ahí aparece una actitud que es la actitud de la institución.

Podemos decir que dentro de la institución médica hay una actitud cultural y hay culturas diferentes; hay un sistema diferente que permite decir: aquí estoy en un hospital de asistencia gratuita, o aquí estoy en una mutualista de determinado nivel y aquí estoy en una mutualista de otro determinado nivel. Porque el conjunto tiene un sentido, una postura, un discurso que me lo hace reconocer. Y todo el mundo, adentro, responde a ese modelo.

Evidentemente, debo decir que, en un centro de asistencia gratuita, lo que pudimos interpretar y se sistematizó es lo que llamé el "habitus" asistencial -tomando esta terminología del sociólogo francés Pierre Bourdieu-, es decir, eso que va hasta incorporado en las actitudes corporales, en el tono de voz. En todo lo que se visualiza como actitud, el "habitus" asistencial es autoritario, y eso va desde la ventanilla hasta el consultorio. No

quiere decir que cada uno en particular sea así, pero como cultura de la institución, hay un "habitus" asistencial autoritario.

Otra cuestión interesante que surge dentro de todo esto es que, en ese "habitus" asistencial autoritario, en el imaginario social está la idea de que corresponde a que los médicos son varones y esto está unido a una forma machista -por decirlo de alguna manera- de la profesión. La autoridad del médico, esa famosa distancia en la relación médico-paciente, está dada también en parte por aquel viejo origen, diríamos, de los médicos o, mejor dicho, del médico, porque se habla en general del médico.

Como todos sabemos, hay cambios profundos y cada vez más la figura del médico ya no es un médico, sino una médica. La feminización de la medicina en Uruguay es importantísima. Según tengo entendido, por lo menos en el censo universitario del año 2000, en la matrícula en la Facultad de Medicina se estaba sobrepasando el 70% de mujeres. Eso es muy importante y se ve reflejado desde hace varios años en los servicios, sobre todo en la asistencia gratuita y en los servicios materno-infantiles. En el caso sobre el que nosotros trabajamos, casi el 100% eran mujeres.

Entonces, uno podría pensar que la actitud, esa famosa distancia en la relación médico-paciente, cambia porque hay un cambio de género, y no es así. La verdad es que no se pudo observar eso, y el "habitus" asistencial sigue siendo autoritario, distante -la relación sigue siendo asimétrica-, aun cuando sean mujeres.

Puedo leer algunos casos para ilustrar de qué estoy hablando cuando hago referencia a la distancia, a la relación asimétrica.

Antes quiero decir algo sobre el modelo de las consultas, que parece obvio, pero tiene que ser pensado para comprender muchas cuestiones.

En la consulta -ya ahora hablando de la relación médico-paciente en sí-, para los médicos y para los que asisten, la situación es rutina; es decir, todo está rutinizado. En cambio, para los consultantes esto es excepcional; cualquiera sea el nivel de instrucción, es una situación excepcional y atravesada también, quizás, por los miedos y por las expectativas que mencionaba Barrán.

Lo que sistematizamos como importante es que el médico tiene la autogestión del tiempo; determina cuánto habla el paciente y cuánto habla él mismo. Y determina en qué momento la consulta se termina o en qué momento la puede interrumpir, cuántas veces se puede ir del consultorio, cuántas veces deja al paciente sentado sin darle explicaciones de por qué se va, etc. Todo eso lo determina el médico.

Entonces, el paciente está en una situación de total dependencia. Y cuando se lleva a un niño, ocurre exactamente lo mismo: el niño puede quedar durante mucho rato desvestido, esperando que lo examinen, sin que se sepa por qué. Eso no lo determina el paciente. Pero estas son las actitudes, estos son los comportamientos que, como decía, presentan diferencias, porque dependen del peso de la tradición y de la cultura institucional; quizás en otra institución esto no suceda exactamente así.

En función de estas cuestiones, hay dos modelos de consultas que pudimos ver. Uno es el modelo de consulta más tradicional, en el cual el médico es el que dirige el tiempo, el diálogo. Para ilustrarlo hice un círculo: el médico está fuera del círculo y coloca al paciente en el medio. Entonces, es un diálogo pregunta-respuesta, pregunta-respuesta. Esto es diferente al otro modelo, en que el médico también se coloca a veces en el medio, dialoga más, cuenta cosas de sí mismo, hay otra aproximación más personal, más afectiva, más humana.

Pero, paradójicamente, la conclusión que podemos sacar siguiendo los casos -porque esto fue un trabajo muy largo: seguíamos a la gente a la casa, la volvíamos a ver; es decir, fue

un trabajo muy a lo antropólogo, construyendo realmente un terreno con documentos, con entrevistas, con observación, etc.- es que ese modelo de consulta en el cual el médico mantenía un rol no necesariamente autoritario, pero un rol que corresponde al imaginario social -hacía y decía lo que se espera que haga y diga el médico: que atienda y dé el espacio a las respuestas del paciente, pero sin hacer ninguna reflexión personal, ninguna aproximación más de tipo afectivo, más simpática-, ese modelo -repito-, en definitiva, era efectivo, porque los pacientes, cuando era buena la relación, comprendían qué debían hacer. En cambio, en muchos casos, el otro modelo era más inestable, porque dependía del humor de la institución, del humor del médico y de la situación que había vivido antes el paciente.

Entonces, si había habido un problema en la ventanilla, por lo cual el paciente ya entraba mal, y el médico quería de alguna manera recomponer esa situación, se ponía excesivamente maternal, si era mujer, o excesivamente paternalista, si era un hombre, y esa situación no desembocaba bien y, sobre todo, distraía de los objetivos de la consulta en sí. La situación del médico o de la médica que le cuenta cosas de su vida, de su persona y de cómo hizo con los hijos, no corresponde exactamente a la imagen social de lo que tiene que hacer el médico. Y así podríamos seguir abundando en una conclusión que está referida a la diferencia entre los hombres y las mujeres en la relación.

Una de las conclusiones es que hay como un vacío simbólico: todavía no está definido realmente cuál es la actitud de las mujeres médicas, cuál es el lugar simbólico adecuado, podríamos decir, para las mujeres. Lo dejo un poco por ahí; después tal vez podamos profundizar al respecto.

Leo una situación para ilustrar lo que decía respecto a la distancia y a cómo se construye todo esto.

La situación es ésta:

Madre de 18 años controla niño de 16 meses. Vino a consultar 20 días atrás. La Dra. la recuerda.

Debo decirles que estas son transcripciones textuales. Nosotros, sentados, tomábamos notas con grabador y después se desgrababan.

"Entra otra doctora a la consulta y se queda. Las dos son docentes"

Porque hay estas diferencias, estas jerarquías entre personal estable, docentes, residentes; ustedes lo saben.

Dra. X- "*¡Sáquele la ropa!*" (ambas doctoras revisan al bebe).

Dra. XX- "*¿Qué le está dando?*"

Madre- "*... apenas puede llorar, tiene problemas respiratorios*".

Dra. X- "(dirigiéndose a su colega) *Auscultálo vos*".

"Hablan entre ellas en voz muy baja y luego le dicen a la madre que vista de nuevo al niño".

Dra. X- "*Vamos a hacerle una placa*".

"No le dan ningún tipo de explicación del porqué de la placa".

"La Dra. X deja una receta u orden sobre la camilla y se va".

"La Dra. XX entonces le dice a la madre que vaya a sacar la placa. Se pone a escribir en la historia clínica".

"La madre no pregunta nada. Largos silencios, sólo interrumpidos por el llanto del niño y la voz de la madre que habla con él mientras lo viste".

Dra. XX- Levanta la vista, *"Vamos! sáquele la placa. Vaya y me la trae"*.

Madre- *"... Y la Novalgina? porque..."*

Dra. XX- *"Ahora ya le doy"* (tono impaciente).

Madre- *"¿Adónde tengo que ir?"*

Dra. XX- *"Al Hospital"*.

Madre- *"¿Al viejo?, porque está el viejo y está el nuevo..."*.

Dra. XX- *"Cuando vuelva le dice a la enfermera que nos llame"*.

Voy a leer otra situación:

Madre de 36 años consulta con niña de un mes y medio por control de VDRL (sífilis). Tuvo cuatro hijos, uno falleció a los tres días por causa desconocida. Vinieron hace dos años del interior a instalarse en el Cerro, ahora están como ocupantes ilegales en una casa en la calle Tacuarembó (barrio fuera de la Ciudad Vieja). Ella es limpiadora y el marido trabaja en un barco pesquero.

Madre- *"El padre de la niña no quiere que venga más a los controles para que no la pinchen más"*.

Dr.- Revisa resultados de un análisis y dice: *"Le voy a indicar un nuevo análisis para dentro de treinta días, porque aún no se pueden observar los resultados del tratamiento"*.

"Luego de decir esto el doctor escribió algo en la historia clínica, hizo una orden para el nuevo análisis (creo) y salió; no le hizo ningún examen a la niña".

"Después entra la enfermera, le entrega a la madre el carnet y le dice que puede retirarse".

"Pero la madre se fue quedando, cree que el doctor aún no ha terminado, y me pregunta a mí (ya que se fueron todos):

"¿Qué puede estar pasando?"

"Diez minutos más tarde entra nuevamente el doctor; pregunta a la señora por qué no se fue".

(...) (...)

Dr.- *"Pero ya lleva anotadas en el carnet las nuevas fechas de control y análisis! Puede retirarse!"*

"La madre estuvo con la niña en total treinta y cinco minutos; y no hay explicación de la demora, ni de la importancia de los próximos análisis, ni por qué no es necesario revisar a la niña".

No quiero tomar más tiempo, pero hay toda una reflexión al final de todo esto, que parece muy duro, acerca de cómo son las condiciones cotidianas de trabajo, qué significa lidiar todo el tiempo con situaciones duras, extremas, y cómo se construye esa relación, que nunca debe ser vista -de acuerdo con mi modo de ver, desde mi disciplina- como una relación de un solo elemento, sino siempre en una relación dialógica, cara a cara, y dentro de una institución, es decir, dentro de un sistema. O sea: verlo todo dentro de un sistema, más allá del contexto social de la sociedad en sí, pero dentro del sistema.

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- Gracias, Prof. Romero.

Tomás de Mattos, un hombre además muy vinculado por razones familiares a la medicina.

Dr. TOMÁS DE MATTOS.- Y aparte, con cincuenta y siete años, paciente. Soy diabético; entonces, puedo hablar de los diabetólogos. Tengo un esbozo de enfisema; fui expulsado del consultorio de un neumólogo aquí presente, que quiere desarrollar su amistad en cualquier punto de la República, menos en el consultorio, mientras fume. Tuve un infarto. Por lo tanto, puedo hablar como paciente.

También puedo hablar como hijo de médico, como esposo de médica, como padre de un estudiante de Medicina al que le falta un año para recibirse, y como primo hermano, o hermano primo, de cinco médicos. Y además puedo hablar como desertor, porque yo empecé estudiando Medicina y me cambié para Abogacía.

Lo que lamento es no haber traído un papel para hacer anotaciones, porque cada vez que hablaban José Pedro y Sonia se me ocurrían ideas; y por supuesto también con lo de Álvaro, permanentemente, pues incluso ya habíamos estado hablando en el café.

En cuanto a lo que es el gran centro, el gran tema de este Foro -los felicito; los abogados no somos tan autocríticos ni tan organizados en ese sentido; esta 8ª Convención la considero esencial y me parece bárbaro que la lleven adelante con tan exacerbado espíritu autocrítico-, coincido con José Pedro, mirando desde afuera, en que no está tan mal la cosa en el plano de la medicina, dados los embates que hoy les da la realidad.

José Pedro decía, desde su punto de vista de historiador, que nunca la medicina fue tan depositaria como hoy de la expectativa de la sociedad. Yo no me animo a contradecir eso, ni nada por el estilo, pero me acuerdo -siempre me dolió, casi como un remordimiento, cuando dejé la medicina- de un texto hermosísimo de Sófocles, en "Antígona": de todos los portentos que en el mundo hay, nada más portentoso que el hombre. Hace un largo elogio del hombre; y la cereza, el punto más alto es, precisamente, que si bien no pudo vencer a la muerte, sí la ha sabido postergar y aliviar el dolor. Es decir, la actividad suprema del hombre, para Sófocles -hace veinticinco siglos-, era fundamentalmente la medicina. Y es cierto: siempre hemos depositado en ella una gran expectativa.

La medicina está acosada por la masificación; está acosada por una masificación del paciente, e incluso diría que en esa masificación ha habido, por el avance mismo de la medicina, una multiplicación de problemas, porque al prolongar la vida, se multiplicaron los problemas de los que estamos con cincuenta y siete años, y de ahí para adelante.

Por otro lado, también hay una masificación de los médicos. Veo aquí diferentes generaciones. Yo tenía una estadística propia, personal, que era haber comparado lo que decía mi padre -hoy tiene noventa y dos años- de cuando era estudiante de Anatomía en primer año de la Facultad: disponían de dos cadáveres por estudiante, un cadáver femenino y otro masculino. En la generación de mi señora, que es la de Marcos, ocho estudiantes disponían de un cadáver. Cuando mi hijo estudió Anatomía, había cuarenta estudiantes para un cadáver y ya no disecaban.

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- Escasez de cadáveres...

Dr. TOMÁS DE MATTOS.- Escasez de cadáveres o abundancia de estudiantes de Medicina. Creo que lo último.

Eso marca, además, la masificación de la formación en la Facultad.

Hay un tema que tocó Álvaro cuando se refirió al Fondo Nacional de Recursos, que es el de la medicina altamente especializada. Y como otra cosa que tengo es que fui sobrino de muchas tías, a las que tuve que acompañar en sus procesos de enfermedad, pude apreciar que ciertamente hay grandes problemas a nivel de la medicina altamente especializada.

Pero también hay otro tema que veo como una consecuencia de la masificación, que es el problema de la multiocupación, del médico sometido a una economía de subsistencia, problema que me parece que antes no era tan grave para el médico. Incluso, hay problemas de desocupación para el médico joven.

Recuerdo que en un libro conjunto reconocía, por supuesto, que uno de los grandes temas es la medicalización de la sociedad contemporánea, pero señalaba que paradójicamente se daba en la profesión médica la desmedicalización del servicio médico; es decir, cada vez más el médico depende de factores extramédicos: el tema financiero, el tema de la altísima tecnología. Además, he visto colosales inversiones hechas por una mutualista del interior para incorporar una tecnología que quedaba obsoleta a los tres años. En la parte de imagenología, el problema no es sólo financiar esa tecnología, sino mantenerla eficaz en comparación con otras.

Creo que el tema que es el eje de esta Convención es el de la humanización de la relación médico-paciente, que tiene el problema de que ha cambiado la vieja forma liberal del arrendamiento de servicios, de la época de mi padre, en que había ejercicio liberal de la profesión. Se ha cambiado por una relación asalariada, no sólo con otros médicos, sino incluso con algo que es una institución, la mutualista, que está integrada por médicos en forma cambiante; muchos podrán ser asalariados de otros médicos, en una relación personal patrono-empleado, pero la inmensa mayoría de los asalariados médicos son, al mismo tiempo, cooperativistas y, por lo tanto, en cierto sentido, se podría decir, en una ficción, que son empleados de sí mismos, pero por otro lado son empleados de los burócratas de turno que están al frente de las mutualistas. Eso genera estructuras de poder, a veces explícitas y a veces implícitas.

Para uno que lo ve de afuera, a veces es llamativo cómo esas estructuras y esas pugnas, contiendas y divisiones no se corresponden con definiciones ideológicas. Hay extrañas alianzas que están más que nada vinculadas a las especialidades de cada uno. Yo soy pariente de médicos clínicos, pero veo también el tema de las especialidades que están vinculadas al quirófano y de las que no están vinculadas a él.

Otro tema que me parece también esencial y que fue tocado por Sonia, lo cual me alegró muchísimo, es el de la humanización, no ya de la relación médico-paciente, sino de la relación de la institución con el afiliado: las colas, la posibilidad de acceder al médico que el paciente quiere, ese estilo muchas veces autoritario o a veces, incluso queriendo corregir ese estilo autoritario, un estilo que uno nota que es una sonrisa de la boca para afuera, pero sin que en definitiva se asuma el problema del paciente.

Por ejemplo, hay un tema que a mí como paciente me preocupa mucho y que hoy, justamente, era tratado en otro lado: el de la medicamentación. Ahora hay una tendencia a recetar la droga y no la marca. Yo sé que muchas veces uno, como paciente, tiene manías y en definitiva está acostumbrado a la marca de determinado laboratorio. Pero a veces se da el problema de que las drogas no son las mismas. Por ejemplo, no es lo mismo un litio que se dé de manera que permita que haya un nivel de litio en sangre permanente, a otro litio que genere picos, y sin embargo un Director Técnico que sea, supongamos -no estoy aludiendo a ninguna realidad-, ginecólogo, está incidiendo en el vademécum de los psiquiatras, o a la inversa.

También se está dando el problema de los medicamentos que no hay. Cada vez más los pacientes hacemos la cola y, cuando llegamos, nos dicen: "Venga mañana, levante mañana este remedio". Y también sucede -con esto ya me estoy refiriendo a COMTA, de Tacuarembó, y que me perdone- que tienen un control por computadora y entonces le dicen al paciente: "No, usted tiene como para cuatro días más de atorvastatina", y uno

responde: "Sí, tengo para cuatro días, pero lo que pasa es que me voy a Montevideo y lo necesito". Lo dan o no lo dan, pero a veces pasa que volvemos a los cuatro días y, entonces, quedamos dos días sin tomar el medicamento. Y así se da en otros casos ese tipo de relación.

Hay otro tema que me encantó que lo tocara Sonia, que es el tema de la estructura machista de las instituciones médicas. A veces uno vive en una ciudad y tiene la ventaja de ver toda la realidad. Actúa como un mapa que condensa la realidad y uno la puede visualizar mucho mejor; en cambio, a veces, en otros lados queda dispersa.

Me gustaron las dos observaciones, y quisiera subrayarlas. Por un lado, está el hecho de la incidencia todavía de la masculinización de las Directivas. Me gustaría, si fuera sociólogo, analizar las Directivas de las diversas mutualistas del país. Estoy seguro de que hay un predominio notorio del hombre respecto a la mujer y de que esas integraciones de las Directivas no reflejan la representación de género que en realidad hay en la plantilla médica de cada institución.

Pero, por otro lado, hay una observación que me gustó mucho, porque además refiere a algo que lo sufrí, no como paciente, sino como acompañante de mis tías. Lo voy a decir: en el caso de dos tías -que tenían patologías diferentes-, casi prefería que los médicos fueran hombres. Y creo que soy confiable al decir esto, pues he reconocido que hay una estructura machista en la medicina, y en la cirugía también, pues ¿cuántas médicas pueden llegar a formarse en cirugía? Estoy refiriéndome a Tacuarembó, donde se da el absurdo, en ginecología, de que en una mutualista los especialistas son todos hombres. Prácticamente no hay ginecólogas; hay una, pero está como asfixiada.

Digo que prefería que los médicos fueran hombres porque, además, con las guardias que se rotan, yo podía dialogar con los hombres. A lo mejor, era un problema de género, pero cuando eran médicas, generalmente se daba lo que una vez dijo José Pedro Varela, que hizo un viaje a Europa y luego fue a Estados Unidos, donde hizo la siguiente observación con respecto a las mujeres norteamericanas: "Hasta este momento yo pensaba que las mujeres inteligentes eran marimachos"; lo dijo en otros términos un poco más elegantes.

En definitiva, yo veo muchas veces una masculinización de la mujer médica, en ese estilo autoritario. Incluso, en la primera de las dos lecturas se nota eso. No sé si no hay también, por temperamento, una actitud más defensiva -a la que aludía Álvaro-, pero es una cuestión de "Es esto, voy a mandar esto" y nada más; no explican. Había problemas de dolor, pero la respuesta es "No se le puede dar", y punto. La tradicional sensibilidad del género no la encontraba en las mujeres médicas.

Creo que, en definitiva, eso no es culpa de la mujer médica, sino que en gran parte se debe a la estructura machista: tiene que transformarse en ese tipo de ser. No sé si estoy haciendo literatura, pero lo que quiero decir es que lo he visto varias veces.

Hay otro tema -y esto lo digo como abogado-: es cierto que la cuestión de la responsabilidad médica se plantea cada vez más, e incluso ha dado lugar a un proyecto de ley con el que -perdónenme- no estoy de acuerdo, no por defender mi interés gremial, sino porque me parece que la ley tiene que ser pareja para todos. En definitiva, se trataría, a lo mejor, de buscar una solución general. A veces, en las demandas, la cuantificación de los daños morales es excesiva, pero yo creo que no lo es tanto, porque hay un criterio que surge de la jurisprudencia. Noto que el tema de la responsabilidad médica se está burocratizando, está poniendo al médico en actitud defensiva, con todo lo que dijo Álvaro. Pero, además, se está olvidando algo que he visto las pocas veces que he ido a encuentros interdisciplinarios. Recuerdo que hubo un médico que lo dijo: el gran tema es la

preservación de la relación médico-paciente; en la medida en que esa relación sea humana, el paciente no reacciona con violencia.

Y la otra cosa -y termino con este panorama un poco alocado que estoy dando- es el tema de la medicina por evidencia. Ahora todos son consensos que determinan las técnicas de diagnóstico que son preceptivas, cuáles son las terapias preceptivas, cuándo el médico tiene una determinada opción. Y me parece que algunas veces se ha dado que los casos son como el mío, pues soy cardíaco, prostático, enfisematoso, etc., y tengo repercusiones por todos lados. Entonces, eso escapa a la cuadrícula de los consensos. Aquí sí estoy defendiendo un derecho personal a que me examinen como ser de carne y hueso; a que el médico que me examine esté libre de esas cuadrículas de consenso y a que, en todo caso, se anime a hacerlo en la buena relación médico-paciente.

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- Me gustaría hacer ahora una ronda de tres o cuatro minutos cada uno, porque la medicina vista por los otros ha generado múltiples visiones de ustedes -pienso que pueden tener gran utilidad a la hora de la reflexión de los médicos-, pero también, detrás de las visiones, creo detectar una demanda o muchas demandas. Entonces, la pregunta sería: además de la medicina vista por los otros, esos otros ¿qué medicina demandan o qué medicina sienten que debe brindarse? ¿Cuál debería ser la medicina a la que aspirar como sociedad, como individuos? Tiro el gato arriba de la mesa.

Dr. ÁLVARO DÍAZ BERENGUER.- La otra vez se me ocurrió ir a buscar de dónde viene la palabra "salud".

"Salud" viene de "salvar"; "salud" viene de "salvarse", en el sentido de esperanza.

Curiosamente, cuando nosotros hablamos de salud, enseguida pensamos en la OMS, en su definición. Ahora, ¿qué tiene que ver eso con la esperanza que siente un individuo cuando viene al médico? No tiene nada que ver. Sin embargo, a eso no le estamos dando bolilla, no lo estamos atendiendo, y creo que es un punto crítico de la medicina de nuestros días. Hemos olvidado que "salud" viene de "salvarse".

Cuando decimos "adiós" o saludamos, estamos diciendo algo parecido. "Que tenga salud", en el fondo, es "Ve con Dios, ve protegido". Cuando alguien viene pidiendo salud, lo que está pidiendo es protección. Creo que nos olvidamos de eso.

Prof. JOSÉ PEDRO BARRÁN.- De lo que oí, hay algo que me gustaría rescatar, porque evidentemente es una cosa muy importante para todo paciente: para ustedes, como para mí cuando enseño, es rutina, pero para el paciente, jamás es rutina ir a ver al médico. Es un acto esencial de su vida.

¿Cómo hago para cubrir el desfasaje? No lo sé. Pero eso es así; no les quepa la menor duda.

Por eso, a veces, la inquietud en las esperas, cuando el médico no llega, porque esperamos siempre -en eso creo que coincido totalmente con Alvarito- al mago. Nosotros esperamos a un mago. No esperamos solamente a un científico, sino que esperamos a un hombre, a una mujer que nos cure solamente con verlo; no es así, pero es parecido.

En la relación médico-paciente hay muchísimo de magia y eso no lo debe perder jamás el médico porque es un elemento esencial en la curación -estoy totalmente seguro de eso-: la confianza que depositemos el uno en el otro.

Claro, con esta medicina masificada, posiblemente eso tienda a olvidarse y a no poder estructurarse más. Hay un desfasaje entre lo que nosotros esperamos y lo que ustedes pueden brindar, porque para ustedes es un trabajo, como para mí corregir un escrito o estar

en clase y hablar es un trabajo, pero para el alumno no lo es. Bueno, para el alumno, en general, puede ser muy aburrido, pero también estar en la consulta puede ser muy aburrido. El instante en que uno entra en la consulta, después de haber estado una o dos horas esperando -porque eso es muy frecuente-, es un instante mágico, y para el médico, ¡claro!, es rutina y está harto, porque además la consulta está masificada y tiene pluriempleo y está tenso. También el paciente está tenso por lo que espera. Si los médicos fueran totalmente conscientes de eso... Claro, es muy difícil ser consciente de eso siempre, pero el acto de magia es algo que no debe olvidarse, porque verdaderamente fueron en principio magos. En todas las sociedades primitivas los magos eran los que curaban; seguramente no lo harían -eso se debe a mi espíritu racionalista- o capaz que sí, precisamente por la relación psicológica de confianza que establecían con el enfermo, y eso es algo que en la medicina actual también perdura.

La cuota de magia, la cuota de confianza es absolutamente clave y no se puede restablecer, por supuesto, si no hay una relación personal. ¿Cómo lograrla en este mundo de mutualistas en que los números son tantos y los pacientes somos tan ansiosos y todo el mundo demora uno o dos meses en conseguir hora? Eso también vuelve el acto de la ida tan importante para el paciente, porque demoró dos meses en conseguir el número para el médico. Es como cuando uno examina: para los muchachos ese instante es clave; uno está harto de examinar.

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- Una pregunta que surge a partir de lo que decía Barrán es: en la preservación de ese espíritu, ¿qué papel tiene que jugar o qué tiene que decir la Facultad de Medicina o la formación de los futuros médicos en cuanto a mantener vivo ese espíritu no rutinario o mágico?

Prof. SONNIA ROMERO.- Diría que una expectativa que podría tener yo como persona y que también podría compartir mucha gente es la producción de una relación más integral con el médico o la médica; que no se vea el síntoma o el problema, sino que se vea una totalidad detrás de cada situación y que se vea todo -como decía hace un rato- dentro de un sistema.

Hay una diferencia interesante que maneja la antropología, que resume un poco lo que estoy tratando de decir, y es la distinción entre lo que es el individuo como ser psicobiológico y lo que es la persona como constelación de relaciones sociales; es decir que, incluso, hasta detrás de un problema, detrás de un síntoma o de una perturbación equis, a veces puede haber relaciones sociales y no solamente cuestiones biológicas.

No sé si queda claro lo que estoy tratando de explicar: me refiero a algo que es una integralidad.

Álvaro hablaba de las medicinas alternativas. También he trabajado sobre el tema de las medicinas alternativas en Uruguay. Hace poco hubo un seminario en el Instituto Goethe y trabajamos ese tema.

Las medicinas llamadas alternativas, en Uruguay y concretamente en Montevideo y en la Ciudad de la Costa -que fueron los lugares donde se localizó la investigación-, tienen lo que se llama un "boom", un crecimiento impresionante, y la gente va a buscar medicinas alternativas, no como sustitución, sino como un complemento y como una mayor satisfacción en ese sentido que estoy señalando, porque se siente contemplada, protegida en su integralidad como personas.

Dr. TOMÁS DE MATTOS.- Quería resaltar el tema de la rutina. Creo que la humanización de una relación pasa fundamentalmente por combatir la rutina. Lo digo además como abogado. Mis errores los he cometido cuando he subvalorado el caso, cuando lo he estudiado superficialmente, y eso ha sido culpa de la rutina en gran medida. Es cierto, uno tiene la tentación. En los divorcios, uno empieza a oír a la cliente y empieza inmediatamente a saber todo el resto de lo que va a decir, del mismo modo que un médico, cuando le dicen el primer síntoma, ya sabe todo el síndrome completo que le van a plantear. Pero hay que oírlo; hay que escuchar, porque ahí se entabla la relación. Y lo mismo ocurre no sólo en la relación médico-paciente, sino también en la relación del funcionario que está atendiendo un pedido: que no lo vea como rutina, que no vea un dolor más. Ese es un elemento esencial en el que hay que tener cuidado.

Dr. ÁLVARO DÍAZ BERENGUER.- Me gustaría complementar una cosa que decía Romero. Hay un tomo de las Clínicas Médicas de Norteamérica, de hace poco, que está dedicado exclusivamente a medicinas de alternativa, y eso no es por casualidad. Es porque allá les pasa exactamente lo mismo. Entre lo que analizan, está -esto no sé si lo hablé contigo, Lili- qué es lo que pasa con los médicos cuando sufren enfermedades crónicas. Nosotros diríamos: no, los médicos tienen una visión racional del problema; pero la proporción en la que acuden a la medicina alternativa es exactamente la misma que en el caso de un paciente común. Y este es un fenómeno particular de nuestra sociedad. Creo que es importante resaltarlo.

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- No voy a poder hacer todas las preguntas porque no nos va a dar el tiempo, pero voy a formular algunas. A juicio de ustedes, ¿se forma o se capacita a los profesionales de la salud en la utilización de la relación médico-paciente como un instrumento intrínsecamente terapéutico? No sé si Álvaro podría responderlo desde la medicina.

Dr. ÁLVARO DÍAZ BERENGUER.- La medicina tiene un problema: está masificada. Nosotros, en este momento, en el Hospital Pasteur tenemos 370 estudiantes en dos Clínicas, y la distribución por Sala anda en alrededor -nosotros somos la Clínica que tiene más Salas- de quince o veinte pacientes. Enseñar en estas condiciones una relación médico-paciente adecuada es imposible. Hace unos años -y pensamos hacerlo este año también- llevamos al Prof. José Pedro Barrán para tratar de introducir temas que hagan sensibilizar al estudiantado con respecto a estos problemas. Pero es muy difícil enseñarlo en la práctica, por la masificación.

Dr. TOMÁS DE MATTOS.- Además, si la relación docente-estudiante es rutinaria, tampoco va a repercutir en eso. Y el tema de la masificación -me parece- también incide en la relación docente-estudiante.

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- A propósito de esto, le preguntan al Prof. Barrán si la medicina masificada, en cierto modo, no podría contrarrestar el poder autoritario que se describe en "El poder de curar".

Prof. JOSÉ PEDRO BARRÁN.- Ese libro me ha causado más de una enemistad...

UN PARTICIPANTE.- ¿Peligrosa?

Prof. JOSÉ PEDRO BARRÁN.- Sí, peligrosa por quienes se sienten enemigos, pero nunca me he tratado con ellos. He procurado ir a otros médicos que no han leído eso,...

(Hilaridad)

—...que, por otro lado, se refiere a una época; no se refiere a ésta, en la que evidentemente todo ha cambiado; no hay más autoritarismo.

(Hilaridad)

—Se refiere al médico patrón, a la francesa, al médico que, como el Dr. Scremini -que era Decano de la Facultad de Medicina-, era capaz de decirme, cuando yo tenía tos: "No tosa",...

(Hilaridad)

—...lo cual era muy difícil de cumplir. Pero posiblemente tuviera algún sentido; algún carácter mágico debió tener incluido.

En cuanto a la pregunta, me da la impresión de que la medicina masificada, la masificación de la consulta, el dedicar cada vez menos tiempo a cada paciente porque no hay más remedio que hacerlo así, contribuye a aumentar, a incrementar el autoritarismo. Es natural, porque la relación se vacía de todo contenido humano. Es una receta, es una orden y es el cuento de simplemente un síntoma o dos; no hay más tiempo. Si no hay tiempo, la autoridad domina siempre. En realidad, la autoridad existe cuando no hay tiempo. La autoridad llena el tiempo, lo crea. Hasta con los militares lo sabemos eso; cuando gobernaban, quiero decir.

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- Otra pregunta: "Desearía saber la opinión de la mesa sobre la actual situación de mayor conocimiento de lo 'médico' por parte de la población y la respuesta de nosotros, los médicos, frente a una demanda creciente de explicaciones".

No sé si a la Prof. Romero le gustaría ensayar una respuesta a esto.

Prof. SONNIA ROMERO.- La mayor información de la población en sí es algo que entró en el análisis de este trabajo y de otros más, y es muy interesante porque plantea -al mismo tiempo que lo que decía antes sobre la feminización, la edad más joven de los médicos, etc.- un posicionamiento diferente en el imaginario social y en las actitudes de la gente, que desestabiliza de alguna manera la actitud del propio médico, porque la gente tiene información y se permite no sólo preguntar, sino hasta a veces discutir lo que el médico le dice: "¿Por qué esto y no lo otro? Yo escuché decir que tal cosa es buena". Es decir, hay como otro posicionamiento frente a las cosas.

Evidentemente, hay cambios culturales importantes en función también de los medios de comunicación. Uno prende la radio y todos los días hay emisiones o programas que tratan estos problemas. Y la difusión de la iatrogenia también es bastante amplia.

Por lo tanto, es un elemento a tener en cuenta, pero no tiene por qué ser malo.

Quería agregar algo. En general, se habla de la dificultad en la relación entre el médico y el paciente porque el médico tiene el conocimiento y el paciente no lo tiene. No siempre es así, porque los pacientes también pueden estar informados con muy buen nivel.

Además, la diferencia y la asimetría en la relación es algo dado; eso siempre va a ser así.

Por lo tanto, es un elemento a trabajar y a tomar en cuenta siempre. No es algo que no existiera también en la época de los magos o de los chamanes. Esto de las medicinas alternativas pone también muy sobre el tapete la vigencia de los chamanes, las curas chamánicas, etc. El chamán maneja un conocimiento y un poder que no es el común en la

gente. Entonces, la diferencia de saber siempre está planteada. En todo caso, el médico sabe más sobre el cuerpo del paciente que el propio paciente.

Dr. ÁLVARO DÍAZ BERENGUER.- La Prof. Romero debe recordar el modelo explicatorio de la enfermedad. ¿Kleinman es el autor?

Prof. SONNIA ROMERO.- Sí, Arthur Kleinman.

Dr. ÁLVARO DÍAZ BERENGUER.- Hay un autor, un antropólogo, que dice que cada paciente tiene un modelo explicatorio de su propia enfermedad. Y eso, hoy en día, está tremendamente influido por los medios de comunicación masiva, a tal grado que hay enfermos exclusivamente generados por los medios de comunicación masiva. Es una nueva enfermedad, pero es una enfermedad al fin, y ustedes deben de haber atendido a muchos pacientes que van al médico exclusivamente porque han escuchado algo y, en función de eso, suponen que están enfermos. En realidad, se enfermaron; tienen una ilusión de enfermedad, que no deja de ser una enfermedad, y es producto de los medios.

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- Los periodistas también recibimos un coscorrón.

Prof. JOSÉ PEDRO BARRÁN.- Es cierto, sí, que es producto de los medios, pero los medios actúan, en general, por una demanda. A veces la crean, a veces la mistifican, pero en este caso es una demanda de la sociedad, porque es muy masivo esto de los medios y verdaderamente son audiciones que tienen un gran "rating", una gran audiencia.

La cosa viene de la sociedad; no nos engañemos. Realmente, la demanda viene de la sociedad, y la gente quiere saber sobre su cuerpo; le interesa muchísimo más que antes. Porque además, claro, cada vez tenemos más edad. Una cosa que no mencionamos es el envejecimiento de la población, en parte debida a ustedes -es una virtud de ustedes-, junto con otros factores seguramente, tal vez más importantes que la propia medicina, como la elevación del nivel de vida, aunque mencionar eso en este Uruguay parece un tanto insólito. Lo cierto es que la esperanza de vida en el Uruguay es de setenta y siete a setenta y ocho años, y en 1900 era de cuarenta y cinco.

Por consiguiente, señores, cada vez hay más demanda de ustedes, pues cada vez hay más gente que necesita de la medicina. Además, la medicina, si bien ha elevado la esperanza de vida junto con otros factores, no ha logrado el rejuvenecimiento. Al no haber logrado el rejuvenecimiento, las enfermedades de los viejos son el pan de cada día; también entre ustedes, seguramente. Para nosotros no son el pan; son algo que tenemos que soportar.

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- Lamentablemente, el tiempo se nos ha terminado. Me quedan unas cuantas preguntas que no podré formular al panel.

Voy a pedir un minuto final al Dr. Álvaro Díaz para cerrar un poco esta última ronda en la que hemos picoteado sobre distintos temas.

Dr. ÁLVARO DÍAZ BERENGUER.- Si solamente tenemos un minuto, yo volvería a decir algo que fue común en todos nosotros: lo que para los médicos es rutina, para los pacientes es excepcional. Creo que sería, tal vez, lo común de esta mesa.

Sr. FERNANDO BUTAZZONI.- Les agradecemos a todos su presencia y los invitamos a participar del próximo encuentro.

(Aplausos)