

## INTRODUCCIÓN

Mucho se ha dicho y escrito acerca de la relación entre médico y paciente, en particular de su importancia para comprender no sólo qué padece sino quién es el ser humano que acude a nuestra consulta con un pedido de ayuda. Diferente es la situación cuando se trata de la relación médico – médico: una vinculación compleja y policromática donde se superponen la idealización, el temor reverencial, la confraternidad, la competencia y la soberbia. Analizar este amplio contexto no es tarea sencilla porque nos enfrenta con nuestras emociones más primarias e intensas que rozan lo excelso y lo miserable, pero no por difícil es empresa que deba abandonarse; por el contrario, enfrentarla sin reservas y de manera descarnada nos hará entender mejor nuestra esencia emocional y nos permitirá crecer como seres humanos y en base a ello, ser mejores para nuestros enfermos.

A Hipócrates (siglo V aC), a quien muchos consideran el padre de la medicina se atribuyen una serie de enseñanzas acerca de la medicina clínica, reunidas en el denominado *Corpus Hippocraticum*. De entre ellas, se destaca el juramento que con algunas adaptaciones impuestas por el paso del tiempo, pronunciamos todos los médicos cuando comenzamos el ejercicio de la profesión. En relación con los otros médicos, dice Hipócrates:

*Tributaré a mi maestro de Medicina igual respeto que a los autores de mis días, partiendo con ellos mi fortuna y socorriéndoles en caso necesario; trataré a sus hijos como a mis hermanos, y si quisieran aprender el arte, se los enseñaré desinteresadamente y sin otro género de recompensa. Instruiré*

*con preceptos, lecciones habladas y demás métodos de enseñanza a mis hijos, a los de mis maestros y a los discípulos que me sigan bajo el convenio y juramento que determina la ley médica y a nadie más.*

Y en la versión moderna del juramento, se afirma:

*Mis colegas serán mis hermanos.*

Surgen así, desde el comienzo, tres niveles distintos de relación entre médicos: a) la figura paterna (el maestro), b) la filial (el discípulo) y c) la fraterna (el colega). Va de suyo que a la primera nos subordinamos más emocional que intelectualmente, con la segunda sentimos una dependencia de nosotros y con la tercera nos conducimos en pie de igualdad. Todos sabemos que con el padre, los hermanos y los hijos se establecen complejas relaciones, que no tendrían por qué ser diferentes cuando se dan en el contexto médico. Sobre distintas variantes de estos grandes vínculos, versará este relato.

## **Omnipotencia y soberbia: El mito de Asclepio**

La capacidad ilusoria de derrotar a la muerte ha habitado desde la más remota antigüedad la mente de los médicos. El mito, que siempre refleja a través de materiales de ficción las convicciones profundas de una sociedad, ya dio cuenta de este fenómeno en la Grecia antigua.

Asclepio, dios de la medicina, hijo de Apolo y Coronide, aprendió el arte de la curación tanto de su padre como del centauro Quirón y llegó a ser igualmente hábil en el ejercicio de la cirugía como en el empleo de medicamentos. Atenea, diosa de la guerra, le entregó dos redomas con sangre extraída de las venas de la gorgona Medusa. Con una de ellas podía

Asclepio resucitar a los muertos, con la otra, mataba instantáneamente. Se cree que Atenea y Asclepio se repartieron las vasijas. Él utilizó la de la vida y ella usó la suya para matar e instigar guerras. La diosa había entregado antes dos gotas de la misma sangre a Erictonio, dios semimítico de Atenas, simbolizado con una serpiente y ató las vasijas a su cuerpo con cintas doradas. Asclepio por su parte resucitó a Licurgo, Glauco y Orion, entre otros. Fue así que Hades, dios del inframundo de los muertos, se quejó a Zeus porque Asclepio le estaba arrebatando a sus súbditos. Zeus entonces envió un rayo devastador que fulminó a Asclepio por haber cometido la más grave falta, la hbris (soberbia desmesurada). Más tarde, sin embargo, lo resucitó. Se cumplió así la profecía de Evipe, hija de Quirón, que predijo que Asclepio llegaría a ser dios, moriría y reasumiría la divinidad. La imagen de Asclepio, sosteniendo una serpiente fue puesta por Zeus entre las estrellas. Tal vez para neutralizar nuestra soberbia esencial, tenemos los médicos a la vista todos los días en nuestros recetarios una barra inclinada de derecha a izquierda luego de la fórmula Rp (Rp/). Esa barra simboliza el rayo que mató a Asclepio y pretende que no perdamos de vista los médicos, que no somos dioses.

### El médico como maestro

*Si el discípulo no supera al maestro, no es bueno el discípulo ni es bueno el maestro.*

*Proverbio chino*

*El veterano profesor llegó esa mañana a su servicio y convocó a una reunión "muy breve" a su equipo de colaboradores. Todos pensaron que seguramente se trataría de algún proyecto a poner en marcha, de directivas precisas sobre alguna tarea a desarrollar, que como hacía habitualmente, el maestro expresaba con pocas y escogidas palabras. No poca fue la sorpresa cuando dijo: "Señores, quiero decirles que he decidido retirarme. He llegado a una edad en la que es necesario dejar paso a los más jóvenes". El impacto del anuncio fue significativo. Se trataba de una figura muy admirada y una cierta sensación de desamparo cundió entre el grupo. Alguien, haciéndose cargo tal vez del sentir de muchos, osó expresar: "Pero Ud está en perfectas condiciones físicas e intelectuales, maestro... ¿cómo va a retirarse?". La*

*respuesta, seguramente muy meditada, no se hizo esperar: "Estoy bien todavía, es cierto. Por eso mismo he decidido retirarme. El día en que ya no lo esté y comience a decir tonterías, ninguno de ustedes va a animarse a decirme que el momento del retiro ya ha llegado. Prefiero hacerlo hoy, que puedo darme cuenta sin ayuda".*

La figura del maestro está siempre investida de cierto aire mágico. La idealización hace a su esencia misma, y así la relación maestro-discípulo se diferencia claramente de la del docente con el alumno. En ésta, el vínculo es exclusivamente intelectual; en la primera existe una corriente afectiva que torna el acercamiento mucho más estrecho y personal. Cuando recordamos a nuestros maestros, difícilmente lo hacemos sobre la base de sus conocimientos o de su capacidad para transmitirlos; lo que han dejado en nosotros es algo inasible e inefable, pero no por ello menos poderoso. Los maestros nos han marcado a través de actitudes, de observaciones hechas como al descuido, de consejos y no pocas veces de simples gestos y de medias palabras. Nuestra admiración y nuestra gratitud por sus enseñanzas van mucho más allá de la valoración de su sapiencia en un campo de desempeño específico.

Muchos maestros de antaño eran figuras lejanas, imbuidas de un halo misterioso y ubicadas imaginariamente por eso mismo, en el Olimpo de lo inalcanzable. Aquel que viajaba una vez por año al extranjero y traía el último libro en inglés (que recién se traduciría unos cuantos años más tarde) se sentía con razón dueño del dato más reciente, del secreto máspreciado y de la herramienta diagnóstica o terapéutica que le estaba vedada a los demás. Poco importaba que fuera una información inaplicable en la práctica; con que se pudiera exponer en una conferencia o en una reunión informal para lucimiento intelectual y deslumbramiento de la audiencia era suficiente. Y como se trataba de fuentes apenas conocidas o desconocidas por completo, la refutación o el simple pedido de fundamentación adecuada eran prácticamente imposibles.

Este tipo de personajes que no dudaríamos en llamar pseudomaestros, marcaron por muchas décadas a generaciones de médicos y fueron no pocas veces destinatarios de reite-

radas reverencias. Eran dueños de una palabra siempre definitiva y nadie osaba cuestionarla o enunciar otro punto de vista. No se privaban de dirigir a sus discípulos en todas sus decisiones, no sólo las médicas sino también las que se referían a su vida personal. Sus diagnósticos o sus indicaciones formuladas de una manera lacónica y sin derecho a réplica siempre clausuraban toda discusión. Por fortuna, es casi imposible reconocer a estas figuras en la actualidad. La democratización del acceso a la información que vivimos en nuestro tiempo, hace que prácticamente todos dispongamos de los mismos datos y que ya nadie quede boquiabierto por una cita bibliográfica muy reciente. Simplemente porque esa misma cita está al alcance de todos y es muy probable que muchos la hayan leído al mismo tiempo o aun antes que quien la utiliza.

Los maestros verdaderos, de ayer y de hoy, permanecen vigentes y no es verdad que los jóvenes ya no los respeten o no los necesiten. Lo que ocurre es que lo que se espera del maestro es el espíritu crítico, la discusión enriquecedora y el cuestionamiento fundamentado en el razonamiento y en la bibliografía. Se lo siente cercano, porque debe estar dispuesto siempre a aceptar que la verdad es multifacética, sin propietario exclusivo y por ende, con diversos aspectos a considerar y que no existe un criterio unívoco en la mayor parte de las cuestiones de la medicina como tampoco de la vida. El verdadero maestro, por sobre todo, deja discípulos que continúan su derrotero y en cuya calidad trasciende la de aquel; el pseudomaestro, en cambio, más allá de su empaque, no deja nada tras de sí.

El maestro humanizado, autocrítico, motor de proyectos y de cuestionamiento fecundo sigue y seguirá siendo imprescindible, esperado y seguido. Porque esencialmente, se lo verá como un modelo de vida, como alguien que señala el camino de la ética y de la autosuperación. Seguramente con el paso de los años, se irán olvidando sus clases magistrales, aun cuando hayan sido brillantes; lo que dejará en quienes se le acercaron una huella indeleble será, a no dudar, su manera de vivir. Con esta impronta logrará el discípulo llevar a cabo el mito psicoanalítico del homicidio del padre primordial, ruptura radical con la tradición que hace posi-

ble todo progreso humano. El maestro como el médico trabajan en última instancia, para desaparecer: logran su cometido en un sentido profundo, cuando el discípulo o el enfermo ya no los necesitan.

Santiago Ramón y Cajal, en su obra “Los tónicos de la voluntad”, se refiere a este tema admirablemente:

*Entre las preocupaciones más funestas de la juventud intelectual contamos la extremada admiración a la obra de los grandes talentos y la convicción de que, dada nuestra cortedad de luces, nada podremos hacer para continuarla o completarla.*

*Esta devoción excesiva al genio tiene su raíz en un doble sentimiento de justicia y de modestia, harto simpático para ser vituperable; mas, si se enseña en demasía del ánimo del novicio aniquila toda iniciativa e incapacita en absoluto para la investigación original. Defecto por defecto, preferible es la arrogancia al apocamiento; la osadía mide sus fuerzas y vence o es vencida; pero la modestia excesiva huye de la batalla y se condena a vergonzosa inacción.*

### **El médico como subordinado**

*El pase de sala en aquellos tiempos tenía, además de su objetivo asistencial (toma de decisiones sobre los problemas médicos específicos de cada paciente) y docente (acrecentamiento de los conocimientos y habilidades de los médicos en formación), un cierto tufillo teatral, de “mise en scène”. El jefe, los médicos de planta, la enfermera del sector, los médicos residentes y no pocos estudiantes avanzados de medicina, marchaban como séquito por los pasillos y se arremolinaban alrededor de la cama, donde el paciente presenciaba una conversación, que suponía que se refería a su persona, pero que no podía interpretar totalmente porque el lenguaje utilizado le resultaba absolutamente ininteligible. Seguramente había cosas que se decían para ellos, de las que él no debía enterarse. El residente de primer año era interrogado en alta voz y no pocas veces regañado públicamente por su desconocimiento de un dato importante o su imposibilidad de dar una respuesta adecuada a una pregunta incisiva. La sensación de descalificación ante el paciente al que minutos después debería volver a asistir se tornaba así, muy difícil de sobrellevar.*

En toda situación en que se establece una relación de poder, como ocurre en el ámbito laboral, en donde existe un jefe y un subalterno, es común que se produzcan situaciones de maltrato, acoso o violencia, tanto de tipo psicológico (desvalorizaciones con gritos, insultos y falta de respeto) como físico (golpes y todo tipo de violencia). Parecería inimaginable que esto pudiera ocurrir en el contexto médico, donde las relaciones jerárquicas se suponen basadas en la idoneidad, la admiración y el respeto. Sin embargo, desde la década de 1980, se produjo un cuerpo de literatura en las más importantes publicaciones médicas acerca de situaciones abusivas y de acoso laboral y sexual en estudiantes de medicina y en médicos en formación (residentes). Lo sorprendente es que según sea la definición utilizada, la prevalencia de este tipo de hechos oscila entre el 60 y el 95% en la literatura estadounidense.

En nuestro país, la investigación más importante al respecto fue realizada por Mejía R, Diego A y col del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires. Los problemas detectados fueron denigraciones diversas en privado y en público, en particular frente a pacientes, adjudicación de tareas como castigo, obligación de realizar tareas no médicas como parte de las actividades propias de la residencia. Lo antedicho suele ser impuesto por los residentes superiores y los jefes de residentes, con la anuencia y muchas veces el acicate de los médicos de planta y los jefes de servicios, que parecen estar convencidos de que un cierto nivel de maltrato hace a la buena calidad de la formación. Los autores del trabajo mencionado concluyen con acierto que “un médico que ha completado la parte más importante de su entrenamiento en un ambiente de desigualdad, discriminación y violencia, tendrá dificultades para adquirir las características de humanidad que necesitará para el buen desenvolvimiento de su profesión.”

Es imprescindible que nos aboquemos intensamente a erradicar estas deplorables tradiciones. La soberbia y el sadismo (y no menos, su *partenaire*, el masoquismo) subyacen en ellas. Mal podemos hablar de humanismo médico si las seguimos tolerando en nuestros hospitales.

## El médico como paciente

- *“Quiero que me veas porque hace ya quince días que tengo fiebre todas las tardes”, le dijo al colega en el bar del hospital. “Tomé ampicilina durante la primera semana pero sigo igual. Entonces me hice una placa de tórax y una ecografía de abdomen, y nada. ¿Te parece que tome otro antibiótico?, ¿o que me haga algún otro estudio?”. El médico interpelado respondió tajante: “Me parece que tenés que venir a mi consultorio. Te espero esta tarde a las cinco”.*

Estar enfermo supone experimentar una sensación de desamparo y de temor que lleva a una regresión de nuestro psiquismo a una vivencia con reminiscencias infantiles que nos conduce a la búsqueda de una figura protectora, necesariamente idealizada a la que conferimos atributos de nuestras imágenes paterna y materna, siendo este el fundamento de la transferencia.

Cuando quien se encuentra en esta situación de indefensión emocional es un médico, es poco frecuente que se quite abiertamente sus atributos de tal y se entregue mansamente al consejo del colega, por muy calificado que lo considere. Los médicos tenemos fama bien merecida de ser malos pacientes. Solemos consultar en forma inadecuada, durante conversaciones informales en pasillos y bares de hospitales y sanatorios; no dejamos de automedicarnos y consultar cuando nuestro medicamento no ha resuelto el problema; abordamos a distintos colegas con la misma consulta porque en el fondo sentimos desconfianza y por sobre todo no dejamos de competir con el médico tratante. Con frecuencia y seguramente no por casualidad, toleramos mal los tratamientos farmacológicos presentando los efectos colaterales más inusuales y también los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, especialmente los invasivos, experimentando todo tipo de complicaciones.

## El médico como par

- *El médico consultado era un joven especialista, muy reconocido por su sólida formación primero en el país, luego en el extranjero, que permitía augurarle un brillante futuro. La familia del paciente había acudido en busca de*

*una segunda opinión porque la enfermedad, grave e incapacitante, tratada por un médico también muy prestigioso, tenía una evolución lentamente desfavorable. No es que existiera disconformidad con la atención dispensada, pero los hijos y la esposa querían quedarse tranquilos en la certeza de que todo lo posible se estaba haciendo. El médico tratante había accedido a la consulta sin objeciones. El colega consultado revisó los datos clínicos y de laboratorio con minuciosidad, miró el resto de los estudios complementarios y comprobó que lo realizado era completamente correcto. Sintió sin embargo, que habiendo sido consultado, algo distinto tenía que aportar y fue así que propuso unas pocas medidas adicionales. Los familiares ya se retiraban, satisfechos y más tranquilos, cuando el joven especialista no pudo resistir la tentación de comentar: "Es una pena que estas medidas no se hayan tomado antes".*

La convivencia con el colega en pie de igualdad, supone un ambiente de respeto recíproco, de camaradería y de confraternidad, donde no falta la ayuda mutua y el humor para sobrellevar las dificultades, sinsabores y frustraciones de una práctica a menudo desgastante.

En los años tempranos de la formación, en particular en las residencias médicas, suelen verse en toda su intensidad este tipo de vínculos. No pocas amistades profundas y duraderas han nacido en esos tiempos. Sin embargo, una vez más, la competencia salvaje no se silencia del todo y aflora en los momentos menos esperados. En algunas famosas residencias de antaño, estaba establecido que año tras año, uno de los residentes (que siempre se encontraban entre los más seleccionados y del más alto nivel) debía quedar eliminado, llegando solamente uno a la jefatura. Era así, que los jóvenes profesionales se veían obligados por este perverso sistema, no solamente a demostrar sus virtudes sino también a poner en evidencia los errores de sus compañeros, porque sentían que libraban una batalla en que la alternativa no era otra que matar o morir.

Sorprendentemente, algunos sobrevivientes (dicho esto en sentido literal ya que existieron suicidios de residentes) de aquella amarga experiencia, todavía hablan admirativamente de este olvidable sistema. No hay otra expli-

cación, a mi juicio, que el disfrute perverso de una relación auténticamente sadomasoquista.

Otra situación digna de análisis es aquella que se suscita cuando un médico es llamado en consulta para dar su opinión acerca del caso de un enfermo asistido por un colega.

A menudo es el mismo paciente o su familia quien propone una consulta. Esto suele ocurrir ante diagnósticos graves o ante la indicación de procedimientos invasivos y riesgosos. Algunos médicos se sienten decididamente mal frente a estas solicitudes porque creen estar siendo descalificados o desautorizados. Esto es así en mi concepto, porque entienden la aceptación de la consulta como una velada confesión de ignorancia o ineptitud, cuando en realidad una segunda opinión puede ser esclarecedora, aportar un punto de vista muy valorable y ayudar genuinamente en el tratamiento y en el pronóstico del enfermo.

Sin duda es muy importante que el médico conozca quién será el colega a consultar. Tiene todo el derecho de negarse a "consultas" con curanderos o manosantas, ya que aun cuando el paciente sea libre para recurrir a ellos, el médico no tiene obligación de aceptar sugerencias o indicaciones de prácticas que no juzga calificadas o con aval científico. Decir esto claramente al paciente o al familiar solicitante tiene un indudable objetivo ético: ser sincero con él y no comprometerse a hacer o a avalar algo que no se aprueba ni se comparte.

En los otros casos (la mayoría), en que el consultado es un colega de reconocida capacidad y experiencia, la consulta puede ser muy valiosa y en ciertas situaciones es bueno que sea el propio médico tratante quien la ofrezca. Rara vez el paciente abandonará a su médico después de estas consultas. Por el contrario, al verlo despojado de petulancia, con la única intención de ofrecerle lo mejor para el tratamiento de su enfermedad y su recuperación, el vínculo entre el enfermo y su médico se verá fortalecido.

Sin embargo, el virus de la soberbia y la rivalidad es muy adaptable a circunstancias adversas, muy mutante y sumamente recidivante. Muchos médicos no resisten la tentación de descalificar al colega y exclamaciones tales como "¿Pero cómo le han hecho esto, señora!" son a menudo suficien-

tes para generar desconfianza del paciente en el médico tratante y no pocas veces constituyen el germen de litigios por supuesta mala praxis.

Un dicho conocido entre los abogados que se dedican a estas cuestiones es que detrás de todo reclamo por mala praxis existe un abogado, pero detrás del abogado existe un médico. Lejos está del espíritu de este trabajo, propugnar la defensa corporativa de negligencias o impericias de los colegas por el solo hecho de serlo. De lo que se trata es de comprender que la mayoría de las cuestiones médicas admiten visiones y opiniones diversas y que lo ético consiste en enunciar respetuosamente nuestro punto de vista o nuestro consejo, dejándole en claro al paciente y sus familiares que se encuentra en buenas manos y que nuestra opinión solamente constituye un aporte a su tratamiento.

## CONCLUSIÓN

La relación entre los médicos no es más que una relación entre seres humanos que como todos, son capaces de los actos más nobles y

de los más deleznable. Desestimar, negar u ocultar aquellas miserias que todos tenemos y que nos incomodan o nos avergüenzan no hace más que profundizarlas y tornarlas incorregibles. Sólo enfrentándolas valientemente y llegando a un nivel de autocrítica profunda, seremos capaces de sobreponernos a ellas, y aunque no lograremos desterrarlas porque forman parte indisoluble de nuestra humana naturaleza, al menos, haciéndolas conscientes podremos detenernos a tiempo, cuando por el camino de las miserias nos acerquemos peligrosamente a la injusticia, a la degradación o a la crueldad.

## Nota bene

Todo lo expuesto en estas páginas, constituye el resultado de diversas lecturas y de muchos años de reflexión sobre la propia praxis del autor. Si alguien cree advertir alguna velada alusión a determinado colega, me apresuro a sacarlo del error. Las situaciones referidas son meras generalizaciones y las identificaciones no son más que producto de la casualidad.

## Bibliografía

1. Ortiz Quesada F. *Principia* médica. La medicina y el hombre. Editores de Textos Mexicanos, Mexico DF, 2004.
2. Grimal P. Diccionario de mitología griega y romana. Ed. Paidós Ibérica, 1986.
3. Kerényi K. El médico divino (1). Ed. Sexto Piso España, Madrid, 2009.
4. Greca A. Maestros de ayer y de hoy. Editorial. En [www.clinica-unr.org](http://www.clinica-unr.org).
5. Ramón y Cajal S. Los tónicos de la voluntad. Segunda edición. Ed. Espasa Calpe Argentina, Buenos Aires, 1943.
6. Kamaromy M, Bindman AB et al. Sexual harassment in medical training. *N Engl J Med* 1993; 328: 322-326.
7. Mejía R, Diego A et al. Maltrato durante la residencia médica. Percepción de los residentes. *Medicina (Buenos Aires)* 2001; 61: 114-120.
8. Pasqualini RQ. Médico de médicos. Editorial. *Medicina (Buenos Aires)* 1986; 46: 755-758.
9. Abecasis I. La relación médico-paciente como un recurso terapéutico. En Greca A, Gallo R, Parodi R, Carlson D. *Terapéutica Clínica*. Ed. Corpus. Rosario, 2011.
10. Greca A. La consulta entre médicos. Editorial. En [www.clinica-unr.org](http://www.clinica-unr.org).