

Iatrogenia y relaciones médico-paciente en pediatría

(Conferencia dictada en sesión solemne de la Academia Nacional de Medicina el 24 de octubre de 1991)

Ernesto Plata Rueda *

La medicina es por esencia el arte y la ciencia de hacer el bien al ser humano. Se da el caso sin embargo de que al hacer el bien se puede causar daño, tal como ocurre por ejemplo cuando una mutilación quirúrgica salva la vida; ésta es la iatrogenia necesaria e inevitable. Pero existe otra inaceptable que es la resultante del olvido del hecho antropológico del origen de la medicina, en la innata disposición humana a *darse al prójimo*. En efecto, los orígenes de la medicina y el nacimiento de la relación médico-paciente, se remontan al momento antropológico cuando el *Homo sapiens* comenzó a ejercer su libre albedrío, al mismo tiempo que a perder el instinto y verse obligado a *cuidarse a sí mismo*. Esto debió agradar a Dios porque, mucho antes de que Moisés lo instituyera en el monte Sinaí, ya estaba ordenado, amarlo a *El*, a su obra la *Naturaleza*, a sus *semejantes* y a *sí mismo*.

De esta manera, el Primer Mandamiento de la Ley de Dios, (que es el más importante porque los demás son a manera de párrafos), se constituye en el fundamento de la Medicina y de las relaciones médico-paciente, toda vez que mal puede un hombre sanar a sus semejantes si no agrada a Dios, cuidándose a sí mismo.

Aquellos que no solo cuidaron de sí mismos sino que atendieron a sus semejantes, debieron agradar tanto a Dios, que les fueron concedidos poderes especiales. De allí que los primeros sanadores eran al mismo tiempo sacerdotes y en esta condición fue que llegaron a elevarse sobre el común de las gentes como filósofos, sabios y sobre todo como consejeros, o sea auténticos líderes de la comunidad.

El *poder de sanación* era lo más importante y determinante de su capacidad para curar. El uso de la materia o sea elementos físicos como la tierra, el agua, el calor, productos animales y vegetales, así como la cirugía, o sea el *"arte"*, era considerado como accesorio y hasta profanador de la medicina pura, y para que fuera aceptado, hubo que admitir que la materia no actuaba si Dios no se dignaba concederle poderes curativos, o sea que se seguía preservando el origen divino de la facultad de curar.

Pero con el correr de los tiempos, aparecieron individuos que, probablemente sin investidura divina comenzaron a

utilizar solamente el arte, prescindiendo del consejo, sencillamente porque no estaban preparados para ello. De líderes no tenían nada y fueron aquellos médicos itinerantes, que andaban de pueblo en pueblo ofreciendo sus servicios, voceándolos como si fuera una vianda. Algo así como los "médicos descalzos" de los países comunistas del reciente pasado. Guardadas las proporciones, se asemejan también a tanto *médico recetador* que ha olvidado su condición de maestro de salud.

Desde muy antiguo y sobre todo cuando la medicina no disponía de las armas terapéuticas de hoy en día, la relación médico paciente era una relación de auténtico *amor al prójimo* y así lo declara Paracelso en la Edad Media cuando escribe: "El más hondo fundamento de la medicina es el amor... Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados serán también nuestros frutos. Pues el amor es el que nos hace aprender el arte, y fuera de él, no nacerá ningún médico".

Mucho antes que él, Lucius Seneca en su "De beneficiis", al mismo tiempo que asimila al médico con el *maestro*, condiciona los resultados curativos del arte médico al establecimiento de *una amistad* entre el médico y el paciente en los siguientes términos: "Por qué al médico y al preceptor les soy deudor de algo más que la simple paga?. Porque el médico y el preceptor se convierten en amigos nuestros, y no nos obligan por el oficio que venden, sino por su benigna y familiar buena voluntad. Así, al médico que no pasa de tocarme la mano y me pone entre aquellos a los que apresuradamente visita, prescribiéndoles sin el mejor afecto lo que deben hacer y lo que deben evitar, no le debo sino la paga, porque no ve en mí al amigo sino al cliente... Por qué pues debemos mucho a estos hombres?. No porque lo que nos vendieron valga más de lo que les pagamos, sino porque hicieron algo por nosotros mismos. Aquél dió algo más que una simple receta: temió por mí, no porque se desprestigiara su arte; no se contentó con indicarme los remedios, sino que me lo administró, se sentó entre los más solícitos para conmigo y acudió a mí en los momentos de peligro; ningún quehacer le fue oneroso, ninguno enojoso; le conmovían mis gemidos; entre la multitud de enfermos que le requerían, fui para él primerísima preocupación, atendió a los otros en cuanto mi salud se lo permitió. Para con ese estoy obligado, no tanto porque es mi médico, como porque es mi amigo".

* Académico de Número (Fallecido el 20 de febrero de 1992).

Cuan hermosa expresión de gratitud hacia su médico-amigo, no obstante que éste, como correspondía a los tiempos de Roma, no disponía de medicamentos curativos.

El cultivo de la amistad entre médico y paciente en Roma, era a su vez herencia de Grecia pues Hipócrates enseñaba que el fundamento de una relación médica fiel a su propia esencia y no corrompida por los vicios, es la amistad o como allí se llamaba, la *filiantropia: amor al género humano*.

En los albores de la era cristiana, los apóstoles, San Mateo, San Pablo y Santiago y más tarde San Policarpo y San Justino, insistían en el deber cristiano de atender por amor el menester del enfermo. Para esa época, el amor y la amistad médica se confunden como deseo de *bien mutuo*, de ayuda del uno para el otro: del paciente hacia el médico por el bien que este le hace, y del médico hacia el paciente por permitirle cumplir con el precepto divino de ayudar al prójimo.

Basilio de Cesárea expresa su gratitud hacia su médico Eustacio, con estas palabras: "En tí la ciencia es ambidex-tra y dilatas los términos de la filantropía, no circunscribiendo a los cuerpos el beneficio del arte, sino atendiendo también a la curación de los espíritus".

En relación con este carácter mutuo de la amistad, Lain Entralgo, al analizar el ejercicio de la medicina en los comienzos del cristianismo, dice acerca de la *amistad del enfermo hacia su médico*, que en ella se articulan *cuatro elementos*:

1. La *confianza* en el saber técnico de quien le atendía y por tanto, en la persona del médico. Es evidente que ésta ha desaparecido en la medicina moderna con el advenimiento de la socialización y de la atención prepagada, porque el paciente *no elige al médico* y con frecuencia ni siquiera conoce su nombre. Esta situación se daba también en la antigua atención de caridad, pero el paciente tenía confianza en el médico porque sabía que actuaba por pura filantropía.
2. La *fe y la esperanza* en que *Dios* se haya dignado dar poderes supratécnicos a la medicación o a la técnica empleada por el médico. En los tiempos modernos ya nadie se acuerda del probable origen divino de los poderes médicos y por consiguiente se ha perdido este elemento de amistad del enfermo hacia el médico.
3. La *gratitud* cristianamente sentida hacia quien con amor le asiste en su dolencia. Es evidente que en el manejo psicosomático de dolencias graves, el arte de curar debe acomodarse a si el enfermo cree o no en milagros. Este elemento también ha desaparecido tanto por la secularización del arte médico, como porque es fácil reconocer

en muchos médicos aquello de que no actúan por amor al prójimo.

4. Un amor espontáneo y muy sutil que brota hacia el médico, de parte del enfermo que es "distinguido" por Dios con una enfermedad crónica o mortal, que al ser soportada oblativamente y con resignación concede a este cierta *superioridad*. Muy difícil de encontrar este amor de efusión en los tiempos actuales de enfermos deschristianizados que se sienten víctimas inocentes con una enfermedad crónica o mortal y más bien reniegan de Dios y arremeten contra su médico.

Para citar nuevamente a Lain Entralgo, de su libro "La relación médico-enfermo", al analizar la perspectiva histórica y la teoría de esa vinculación, destaca que, la *amistad en general* y específicamente en el *acto médico*, se exterioriza con cuatro actividades; la *benevolencia* o sea, querer el bien del amigo; la *benedicencia* que significa hablar bien el uno del otro, lo que para el caso del médico con el paciente está representado por la guarda del secreto profesional, o sea no revelar a nadie las intimidades que le fueron contadas por el paciente; la *beneficencia* o sea hacerse el bien mutuamente: el médico como samaritano, y el paciente con muestras de gratitud; y finalmente la *cooperación para procurarse un bien* que, para el enfermo significa la salud, y para el médico está representado por diversas retribuciones como son la satisfacción de ayudar; la vanidad de ser capaz de domeñar a la naturaleza y, por que no decirlo, el beneficio económico porque al fin y al cabo, el ejercicio de la medicina es su modus vivendi tan lícito como el de cualquiera otra profesión.

Esto quiere decir que, también desde la más remota antigüedad, una excelente relación médico-paciente no exime el cobro y paga de honorarios profesionales, incluso calibrados según la capacidad económica del paciente, tal como lo destaca Alberto Amarís en su monografía sobre este tema presentada ante la Academia Nacional de Medicina. Pero siempre se destacó que el médico debería atender por igual incluso a los que no tuvieran con qué pagar. Esta norma de medicina igualitaria, para los médicos cristianos, incluía también la misma atención para los paganos y los enemigos. Bien distinta de la actitud de Hipócrates cuando se negó a atender a los soldados de Artajerjes afectados por una peste, simplemente por ser los persas los enemigos tradicionales de los griegos. También el médico de Séneca a que aludimos anteriormente, por alguna razón prefería a su amigo frente a los comunes a quienes apenas los tocaba de mano y los atendía con prisa.

Infortunadamente, los grandes y laudables avances en ciencia y tecnología de la medicina moderna, han llevado a la conciencia de muchos médicos la noción de que el *amor*, la filantropía, la amistad en que se fundamentaba el éxito de la medicina antigua, podía ser *sustituida por la*

eficacia de la ciencia y la tecnología moderna. A la materialización de este concepto contribuyó el auge de la medicina socializada, en la cual el paciente no escoge a su médico ni le paga directamente, de donde, el establecimiento de aquellos vínculos de amistad, se hizo aún más problemático. Además, desapareció el interés del médico por conservar al paciente y hasta por conocer los resultados de sus tratamientos. Mucha más gente tuvo acceso al médico y la congestión de consultorios y hospitales obligó al médico a trabajar de prisa, sin mucho tiempo para educar en salud explicando diagnósticos y tratamientos. Desaparecieron también los *hospitales filantrópicos o de caridad*, donde los médicos laboraban, no por la paga, sino por amor al prójimo. Como resultado de todo esto el médico se convirtió en un "*trabajador de la salud*" al que no se le debe ninguna gratitud, porque apenas cumple con un trabajo por el cual alguien, que no es el paciente directamente, le está pagando.

Una encuesta reciente de los autores norteamericanos E.Koss y R.H. Blum revela que el 64% de los pacientes urbanos adultos critica con notorio descontento el modo como el médico se conduce en relación con el enfermo. El 71% critica, a veces de modo virulento, el trato que en los hospitales ha recibido. El 70% aprueba y recurre con frecuencia a sanadores no médicos o medicinas alternativas. El 50% de los pacientes ha cambiado alguna vez de médico por simple descontento con él, y el 15% ha dejado de pagar los honorarios por causa de ruptura definitiva de una relación muy poco amistosa.

Veamos en detalle como se sucedieron las cosas para llegar a esta lamentable situación de *la profesión del amor y la amistad*:

Hasta el siglo XVIII incluido, la medicina se debatió en medio del empirismo y el oscurantismo en materia de ciencia y tecnología.

En el siglo XIX y primera mitad del siglo XX, la medicina comenzó a ser ciencia por obra de genios y clínicos visionarios, pero carecía de tecnología para el diagnóstico y armas terapéuticas eficaces. Prevalecía por fuerza el médico consejero y tenía plena vigencia la máxima de Edward Trudeau acerca de que la medicina apenas era capaz de curar algunas veces, aliviar otras, y contentarse con consolar en la mayoría. Queda entendido entonces que para esa época, la buena relación médico-paciente, en términos de amor, de filantropía o simplemente de amistad, era imperativa como único recurso terapéutico. En ausencia de medicamentos eficaces, la historia natural de las enfermedades y un Dios bondadoso detrás del médico hacían el resto y muchas enfermedades se aliviaban y hasta curaban.

En la segunda mitad del siglo XX la medicina salió a la palestra de la ciencia y la tecnología gracias al auxilio de

otras disciplinas que ya eran auténtica ciencia como la química y la física: la bioingeniería y la electrónica; la biología molecular y la genética. Los *eventos* concretos de ese *salto* fueron los siguientes:

1. El descubrimiento de *drogas* auténticamente curativas al estilo de los quimioterápicos y los antibióticos.
2. El florecimiento de la *medicina preventiva*, sobre la base de la antropología y la epidemiología.
3. Los progresos de la *anestesia* y la *cirugía*.
4. El diagnóstico *paraclínico* por medios *tecnológicos*.
5. La *sistematización* en la administración de salud y los computadores en la práctica clínica.
6. La *medicina socializada* para sustituir la atención médica por caridad. Simultáneamente la medicina *prepagada* para subvenir los altos costos de la medicina privada.
7. El desarrollo de la *atención primaria* de salud como decisión política del estado para fomentar el autocuidado oportuno de las dolencias más frecuentes. Simultáneamente el médico se puso al margen de este tipo de atención encomendada por los organismos de salud a personal no médico.

Es así como en las postrimerías del siglo XX, concretamente en la década de los 80, los enormes progresos de la medicina, se han visto opacados por una total *deshumanización de la misma*, una desaparición del amor y la filantropía que inspiraron la medicina primitiva. Obviamente no por culpa de la ciencia y tecnología sino de aquellos que mal la aplican, confiando en su eficacia curativa sobre la *enfermedad*, con *prescindencia del hombre* que la padece: "pacientes número" sin nombre y órganos aislados de los sistemas, pero sobre todo sin alma.

Los emblemas visibles de esta *neomedicina* son los siguientes:

1. La construcción y dotación de inmensos hospitales (verdaderos "palacios de la enfermedad" de que hablara el Dr. David Morley), donde hay médicos y enfermeras robots que mueven "pacientes piezas" sin pensar que detrás de aquel órgano enfermo hay un *ser pensante* y una *familia que sufre*.
2. Interminables filas y salas de espera congestionadas donde la angustia de los enfermos no puede ser tenida en cuenta.
3. Consultorios con despachos múltiples donde médicos hiperkinéticos circulan oyendo informes de *auxiliares*,

que ya casi tienen el diagnóstico y el médico apenas verifica fugazmente antes de dictar una receta sin explicaciones.

Subproductos indeseables pero esperados de estos escenarios son los siguientes:

1. La imposibilidad de que el paciente *elija al médico*, impide de entrada el establecimiento de nexos de confianza que son cruciales para el éxito terapéutico.
2. El gran *volumen* de pacientes por atender, tanto en la consulta ambulatoria como en el hospital, agrega el factor *prisa*, máximo enemigo de la buena medicina.
3. El hecho de que el paciente no paga honorarios directamente al médico, hace que este *no tenga interés en conservar pacientes* y de paso, no le interesa y con frecuencia es difícil enterarse de resultados terapéuticos.
4. Estas modalidades de atención se aplican casi exclusivamente a los pacientes institucionales, tanto los de la asistencia pública como los de la seguridad social, los que obviamente tienen muy pocos motivos de gratitud para con este médico siempre cambiante, de quien con frecuencia no conocen ni siquiera el nombre. La factibilidad de establecer nexos de amistad en estas condiciones es muy aleatoria y por el contrario, *la hostilidad mutua* es la regla.
5. Notoria *doble conducta* de muchos médicos que en la práctica privada tratan muy distinto al paciente que los ha elegido, que paga directamente, que se muestra agradecido y que interesa conservar como paciente y como amigo.
6. Excesiva *confianza* en el valor *curativo* de los medicamentos, con *prescindencia de la buena relación médico-paciente*.
7. Desdeño de la *labor educativa* durante la consulta, fundamento de la medicina preventiva más eficaz.

He tenido el privilegio de asistir al vuelco de la humanidad y de la medicina en mitad de siglo. Del mismo modo me ha tocado ser actor, como médico hospitalario y privado, y espectador como paciente institucional y privado; como anónimo en tiempos de estudiante y como muy especial siendo ya profesor. En efecto, tuve el gran privilegio de ser atendido en mis últimas enfermedades por mis propios discípulos, con que, como es de suponer se puso de presente la máxima amistad y consideración que pueda darse en un acto médico. Esto me ha permitido al mismo tiempo poder "mirar los toros desde la barrera" y elucubrar constantemente sobre cómo

mo fueran las cosas si no fuera yo quien soy, sino el paciente "número tal" de la medicina institucional.

Iatrogenias resultantes

Restringiéndonos al deterioro de las relaciones médico-paciente en el *ámbito hospitalario* podemos separar varios escenarios donde es más notoria esta mala aplicación de la loable ciencia y tecnología que ha invadido en buena hora a la medicina.

Las maternidades:

Se observan allí las siguientes anomalías que desembocan necesariamente en iatrogenias manifiestas:

1. Separación innecesaria del niño y su madre a continuación del parto, desconociendo el momento más crucial del binomio madre-hijo especialmente en lo que concierne a la iniciación y éxito de la lactancia materna. Se beneficia hipotéticamente a un 10% de niños en riesgo de tener problemas, en perjuicio del 90% restante. Simultáneamente se desconocen las bondades inmunitarias del calostro y se instaura de una vez la lactancia artificial.
2. Para los niños que sí permanecen con sus madres se escriben ordenes estereotipadas de postura al pecho con horarios rígidos que facilitan la labor de enfermería, pero de una vez se anticipa que, si no hay leche, el niño reciba una fórmula artificial. Con frecuencia ésta se administra antes de poner al niño al seno, con lo que se instaura de entrada el destete primario, preludio de defunción para un sector muy amplio de la población menor de un año. De esta manera una conducta tan extraña y grave como es destetar a un recién nacido, se delega por el pediatra en una auxiliar de enfermería a quien lo que más le interesa es calmar a un niño que llora y a una madre que no sabe por qué llora.
3. Abuso de tecnología en relación con el empleo de ventiladores, manejo de ictericia, diagnóstico y manejo de alteraciones metabólicas como la hipoglicemia y la hipocalcemia.
4. Retención innecesaria del recién nacido para observación de problemas ya tratados o simplemente por bajo peso. Con ello, al mismo tiempo que se fomenta el destete primario se expone al niño a todos los riesgos psicosomáticos de la hospitalización.
5. Alarmismo innecesario en relación con presuntas secuelas de hipoxia o ictericia, representadas por retardo mental o dificultades sensoriales.

Hospitales Generales

1. Hospitalización del niño *separado de su madre* ("madrrectomía") en nombre de dificultades que son reales pero salvables y desconociendo los graves perjuicios psicológicos, a corto y a largo plazo, que la hospitalización solitaria de niños ha demostrado ser capaz de ocasionar.

Además esta iatrogenia es *discriminatoria* porque se aplica exclusivamente a los niños de la asistencia pública o la seguridad social, mientras el paciente privado disfruta de la compañía de toda su familia, sin que esto parezca incomodar a los médicos y a las enfermeras. Hay razones para pensar que esta negativa a admitir la auditoría materna en las instituciones no privadas, se deriva en buena parte de un reconocimiento implícito de las deficiencias en el servicio.

2. *Iatrogenia de la palabra* de que tratara el profesor dominicano Emil Kase Acta, frecuente en hospitales docentes donde se exponen, frente a pacientes, que ya entienden más de lo que nos imaginamos, toda clase de diagnósticos diferenciales, tratamientos y pronósticos, con las consecuencias anímicas que son de suponer.

3. Dar por sentado (equivocadamente a la luz de los conocimientos actuales de anatomía y neurofisiología) que *el niño es insensible al dolor* y practicar incluso intervenciones quirúrgicas como circuncisión, drenajes, suturas, etc., sin anestesia en pleno siglo XX.

4. Abandono e indiferencia por el *paciente mortal* y su familia. Tal parece que desaparecida la posibilidad de eficacia terapéutica, tan apreciada por la medicina moderna, desaparece el interés del médico formado exclusivamente para curar y muy poco para reconfortar y consolar. Esta iatrogenia ha ocasionado suicidios en varios hospitales.

¿Por qué esta indiferencia con los que más necesitan amor y filantropía? Debe ser porque a su vez, a los médicos no se les forma en las escuelas de medicina, para afrontar un hecho tan indeclinable como es la propia muerte y la de los pacientes puestos a su cuidado. Si el médico no está preparado para afrontar su propia muerte, mal puede ayudar a bien morir a sus semejantes.

5. *Falta de comunicación* o despectivo *laconismo* de los médicos tratantes con la familia que necesita conocer la naturaleza de la enfermedad que el niño padece, el tratamiento instituido y el curso probable de la misma. Esta iatrogenia es la principal causa de deserciones hospitalarias y desprestigio de médicos e instituciones.

6. *Mala letra* de los médicos en las hojas de evolución y órdenes, producto de la prisa con que se trabaja pero que en el fondo denota desconsideración con otros médicos y enfermeras; desinterés por la docencia y la investigación y desconocimiento de que es fuente inagotable de errores terapéuticos en contra del paciente.

7. *Egreso* del paciente sin una *información escrita* sobre lo actuado ni tampoco sobre las medidas preventivas para el futuro. Esta iatrogenia es especialmente perjudicial en enfermedades por naturaleza recurrentes como la deshidratación por diarrea, el asma, la epilepsia, etc.

Salas de observación de servicios de urgencia y unidades de cuidado intensivo

El aislamiento y la separación que son obligados en estos sitios se ven agravados por la incomunicación con los familiares angustiados, por parte de médicos exclusivamente preocupados por la eficiencia. El sistema de turnos hace que nunca haya un "médico de cabecera" (especie en extinción en la medicina moderna), que sepa dar una información integral sobre el paciente. Esta con frecuencia se limita a vocablos tales como "estable", "mejor", "grave" o "muerto", no siempre pronunciados por médicos sino por enfermeras volantes cuya característica es la indiferencia por la angustia ajena.

La angustia de la familia llega al climax con preguntas tan simples como: "¿qué tiene?", "¿qué va a pasar?", "¿cómo sigue?", "¿cuándo va a salir?", pero que ningún miembro del personal de la sala quiere o puede responder con un mínimo de delicadeza y consideración.

Servicio ambulatorio de urgencias

El primer tropiezo es la "ventanilla odiosa", donde profesionales no siempre los más calificados están interesados únicamente en los aspectos médicos de la urgencia, desconociendo los emocionales. Así por ejemplo, la aparición de fiebre en un niño, a cualquier hora del día o de la noche para una madre insegura y poco instruída en salud, constituye una auténtica urgencia emocional, tan respetable como cualquier emergencia médica propiamente dicha.

Independientemente de la modalidad de atención privada o institucional en los servicios ambulatorios de urgencias, el establecimiento de una buena relación médico paciente se ve alterado de entrada por la circunstancia de que el paciente no puede elegir al médico y por tanto existe desde el comienzo una crisis de confianza. A esto se suma que generalmente el personal médico que hace los fatigantes turnos de urgencia, es excesivamente joven, con frecuencia en entrenamiento no siempre adecuadamente supervisado por profesionales de más experiencia. Esto es reconocido

por el público que los califica indiscriminadamente de "practicantes" aunque los haya de mucha experiencia.

A su vez es frecuente que personal muy joven trate de sobrepasar esta desconfianza que se palpa, exhibiendo suficiencia y omnipotencia acompañada de aparente indiferencia ante la angustia ajena. Quizás no les enseñaron que en la medicina antigua, donde también había urgencias y no existían recursos terapéuticos tan eficaces como los disponibles hoy en día, el arma más útil y apreciada por el enfermo era la disposición de ayudar por parte del profesional, así revele poca experiencia. Muchas urgencias no son tales médicamente hablando, y basta una explicación reposada para calmar los espíritus.

Iatrogenia en la pediatría ambulatoria

En el ámbito de la pediatría ambulatoria también se olvida muy a menudo el principio hipocrático de "primum non nocere" y se ejercen actitudes y prácticas tan lesivas del niño y de la familia que basta enumerarlas para deducir su capacidad iatrogénica.

1. Descuido en la programación del sistema de citas y la organización de salas de espera tan inhóspitas y desconsideradas con el paciente y su familia que los predisponen contra el médico o por lo menos trastornan el establecimiento de una buena relación médico-enfermo.
2. Desdén y descortesía de parte del médico, con el paciente que ingresa a su despacho, sin siquiera levantar la vista de los papeles del paciente anterior, sin saludar, sin dar la mano, sin autorizar a sentarse. Todo en suma opuesto a la expresión de cordialidad y deseo de ayuda que debe anteceder una consulta médica.
3. Interrogatorio de tipo judicial, no diálogo como debería ser, sin derecho a preguntar por parte del paciente, con expresión de prisa que hace preludiar desconfianza en los procedimientos del médico.
4. Examen físico nulo, descuidado, ritual o desconsiderado, que denota para el paciente desinterés del médico por el motivo de consulta.
5. Diagnóstico no proferido o no explicado o mentiroso.
6. Abuso de interconsultas con subespecialistas médicos o remisión sistemática para manejo por terapeutas de pacientes incompletamente estudiados por el pediatra general, como por ejemplo inapetencia, obesidad, síntomas psicósomáticos.
7. Tratamiento con letra ininteligible para el paciente e incluso para el farmacéutico, fuente inagotable de errores

que pueden ser graves o por lo menos de falta de adhesión al régimen propuesto.

8. Desconsideración por los costos de los medicamentos que origina con frecuencia la no ejecución del tratamiento.
9. Desatención de factores que también dificultan la adhesión terapéutica como el mal sabor de los medicamentos, la forma farmacéutica, los horarios incómodos, la duración prolongada sin explicaciones etc. Especial rechazo merecen las inyecciones intramusculares múltiples en pediatría ambulatoria, donde raras veces está indicada la terapéutica parenteral.
10. Polifarmacia y abuso de drogas con desconocimiento de su toxicidad y efectos secundarios. Esto a su vez es producto del olvido de los principios fundamentales que han debido aprenderse en la escuela de medicina, con proclividad a "tragar entero" todo lo que la industria ofrece con inocultable interés comercial.
11. Desconocimiento de la importancia de la tranquilización, el soporte y el consuelo a que siempre hay lugar aun en presencia de las peores circunstancias o de situaciones que simulan falsamente gravedad.
12. Desatención al valor innegable de las medidas de apoyo, especialmente la alimentación y la hidratación.
13. Afán desmedido de lucro, expresado en la propuesta de tratamientos "garantizados" a precio fijo, así como también abuso de hospitalizaciones, cirugía y ortopedia de dudosa indicación.
14. Investigación no ética, con olvido o desconocimiento de la convención de Helsinki. O bien a costa del paciente o su familia. También divulgar y enseñar resultados acomodados a las hipótesis del investigador, sin demostración científica convincente.
15. Iatrogenia por los medios masivos de comunicación a los cuales algunos médicos tienen acceso fácil y no calibran los resultados de sus recomendaciones para el grueso público, con frecuencia en desacuerdo con las autoridades de salud. Ejemplo: oponerse a las vacunas y a la terapia de rehidratación oral.
16. Desinterés por la actualización médica. El progreso veloz de la medicina hace que el médico que se contenta con lo aprendido en la escuela de medicina, sin actualizarse, esté en poco tiempo incapacitado para la práctica corriente y por tanto gravemente proclive a la iatrogenia.

Síntoma inequívoco del auge de la iatrogenia y del deterioro de las relaciones médico paciente es la proliferación de

demandas por "mala práctica", de los pacientes contra sus médicos, aun en presencia de buenos resultados y simplemente como expresión de ingratitud y hasta hostilidad.

¿Cuales serán las causas remotas de la iatrogenia y del progresivo deterioro en la medicina moderna, de las buenas relaciones que deberían existir entre el médico y su paciente? Bien puede ser que las escuelas de medicina son más informativas que formativas, así como también que los docentes no exhiben permanentemente ante sus alumnos las actitudes que históricamente competen a su condición de médicos y maestros. La antropología y la historia de la medicina deberían estar más involucradas en la

enseñanza del quehacer médico de todas las escuelas médicas y paramédicas.

Lecturas recomendadas

Lain Entralgo, Pedro. *La relación médico-enfermo*. Alianza Editorial. Madrid, 1983.

Lain Entralgo, Pedro. *Antropología Médica*. Salvat Editores. Barcelona, 1984.

Plata Rueda, Ernesto. *La relación médico-paciente en pediatría*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Bogotá, 4 ed. 1990.

Comentarios del académico Hernando Forero Caballero a la Conferencia dictada por el Académico Ernesto Plata Rueda sobre: Iatrogenia y relaciones médico-paciente en pediatría.

Es para mí un privilegio el que el profesor Ernesto Plata me haya designado para comentar su espléndida conferencia sobre "*Deshumanización de las relaciones médico-paciente en la segunda mitad del siglo XX*", y es mayor mi complacencia porque precisamente en esta sesión solemne se rinde un merecido homenaje al maestro insigne de la medicina legal, el profesor Guillermo Uribe Cualla.

Realmente me siento honrado al cumplir esta misión porque en el Hospital tuve la oportunidad de admirar al profesor Plata como Jefe de la Clínica de la Universidad Nacional y posteriormente como docente y mi Superior en la Jefatura del Departamento de Pediatría.

Quizá lo que más ha influido en nuestro entendimiento y formación científica fue nuestro paso por el servicio de recién nacidos del Instituto Materno Infantil, donde hallamos el más grandioso cúmulo de material humano, con toda una vida por delante y múltiples problemas para resolver, lo cual nos impregnó de los verdaderos nobles objetivos de la Medicina.

El profesor Plata en su disertación hace un interesante recuento histórico de la importancia del amor y la amistad en el ejercicio de la Medicina, orientada hacia la filantropía, desde los albores y a través de los tiempos primitivos.

Efectúa sabiamente un análisis de los conceptos del maestro Lain Entralgo sobre la amistad en el acto médico y la evolución de las relaciones médico-paciente en los últimos siglos.

Describe juiciosamente los avances de la ciencia y la tecnología en la segunda mitad del siglo XX y su repercusión en el ejercicio de la medicina, particularmente su efecto nocivo sobre la amistad médica y la filantropía.

Analiza cada uno de los emblemas, los subproductos y la iatrogenia resultante de la que se llama la neomedicina.

Describe detalladamente diferentes aspectos de la atención de los niños en las maternidades, hospitales generales, servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos y la asistencia de la pediatría ambulatoria, en relación con la conducta humana, psicológica y comunicativa del médico hacia el paciente, en los diferentes procesos del acto médico.

El profesor Plata en una forma eminentemente magistral nos ha expuesto uno de los más importantes capítulos del ejercicio de nuestra profesión, la cual constituye como un catecismo ético-humanitario de la medicina. Pienso que es el resultado de un profundo razonamiento sobre su experiencia profesional y personal, basado en su acervo de conocimientos, el intercambio de ideas con los colegas en los auditorios y hospitales y también de las impresiones expuestas por los mismos pacientes.

Con cuanta atención y provecho la mayoría de nosotros hemos escuchado sus conferencias o leído sus libros, en los cuales nos demuestra su recia personalidad como cultor del razonamiento médico, de la organización del ejercicio propio de la profesión y de la disciplina en la conducta humana.

Gracias a esa inteligencia orientada hacia el buen ejercicio profesional y su acendrado criterio de proyectar su sabiduría a la comunidad, ha logrado un enorme prestigio nacional e internacional y el aprecio y la admiración de la gran totalidad de los colegas y pacientes.

Si cada uno de nosotros meditáramos por un momento sobre el aspecto humanitario, antes de cada consulta, indudablemente cumpliríamos a cabalidad con este noble mandamiento y nuestra conciencia quedaría plenamente satisfecha de nuestra labor.

Como todos lo apreciamos, este es un extenso tema que se prestaría a numerosos comentarios, si dispusiéramos del suficiente tiempo, así que, solamente me limitaré a invitarlos a razonar unos minutos sobre dos aspectos de la evolución de la medicina que requieren especial consideración.

Existen algunos factores que son factibles de prevenir, y por tanto, el médico está en el sagrado deber de poner toda su capacidad y apelar a todos los medios para evitar cometer errores en la ética humanitaria del ejercicio profesional, como lo ha expresado el profesor Plata.

Pero también, hay algunos fenómenos propios de la evolución de la humanidad y el progreso de la sociedad, que se salen de las manos del médico y no puede oponerse, sino que tiene que analizarlas y adaptar las medidas necesarias, para procurar un ejercicio profesional que cumpla con los requisitos de una atención médica humanitaria, científica y ética.

Es el caso del enorme aumento de la densidad de la población que ha obligado a través de los tiempos a imprimirle una organización a la asistencia médica, y así, han surgido los hospitales, los centros asistenciales, las clínicas, la atención primaria y la medicina socializada, la cual comprende una serie de entidades como las cajas de previsión, los seguros sociales, la medicina prepagada, etc., donde el médico es un trabajador de la salud, que practica su propia actividad en un equipo multidisciplinario con deficientes recursos la mayoría de las veces, y bajo un mandato superior y un sueldo poco edificante.

En esas instituciones es donde las relaciones directivas-médicos, médicos-paramédicos y médico-paciente adquieren la mayor trascendencia, lo mismo que el ambiente local y el entorno socio-psicológico, sobre la actitud del médico y también sobre la tensión emocional y respuesta del enfermo.

El médico está sometido a una reglas estrictas y a un tiempo determinado para atender cierto número de pacientes.

Depende de su personalidad, de su vocación y formación médica para brindarle una atención a plenitud, tanto somática y psíquica, como científica y humanitaria al paciente.

Para esta atención multidisciplinaria se impusieron las especialidades médicas con una gran dedicación y costos y su vinculación a los equipos médicos institucionales o al ejercicio privado.

También esto ha repercutido notablemente en las relaciones médico-paciente, porque muchas veces se tiene en cuenta es el órgano afectado o la enfermedad para la cual fue entrenado, pasando un tanto inadvertida la integridad de la enfermedad- enfermo.

Otro aspecto, es el de los grandes avances en la investigación, la tecnología y la ciencia médica, como medios de información para efectuar un diagnóstico más preciso o un tratamiento más estricto y sofisticado, lo cual ha orientado la mentalidad de los médicos a preocuparse por los signos, gráficas, números e imágenes que emiten los diferentes instrumentos y por el aparato mismo.

El médico se ha convertido, sin pensarlo, en un técnico que muy poca vinculación tiene con el paciente y se interesa es por la información que le produce la máquina al contacto con un órgano o tejido y olvida la integridad del enfermo como persona, quien es la fuente de toda esa información.

Me pregunto ¿si el paciente es estas circunstancias no se siente como un ser inferior, ratón de laboratorio, a quien se le está mancillando su personalidad y sus sentimientos como ser humano, para obtener el beneficio de atenuarle un dolor, o prolongarle unos días su amarga existencia?

Es indispensable que el médico tome conciencia de los verdaderos objetivos de la ciencia médica y fundamentalmente del aspecto humanitario, y que lo que está tratando son seres humanos como él, a quienes se les debe respetar su personalidad, su dignidad, sus sentimientos y hasta sus propios conceptos sobre la salud y la vida.

Muy poco podemos hacer para detener el aumento de la densidad de la población y la socialización de la medicina, y no podemos contener el progreso de la ciencia y la tecnología, lo cual significa un beneficio para el paciente y para el médico en su labor.

No obstante, el médico, y particularmente las entidades de formación y asistencia médica deben organizarse, a fin de trazar las estrategias y programas, tendientes a conservar y acrecentar ese vínculo de amistad y entendimiento en las relaciones médico-paciente, las cuales se basan, en gran parte, en la personalidad y formación del médico y la educación que posea el contexto de la comunidad que lo rodea.

Aceptado el principio de que el médico nace con una vocación especial, desarrolla su espíritu de civismo en un ambiente adecuado y recibe una educación superior, orien-

tada a brindar salud a sus semejantes, de su actividad y su organización depende el poner en práctica las siguientes estrategias para procurar que se conserven las buenas relaciones médico-paciente:

1. Informar a la comunidad sobre las bases de la filosofía médica, la conveniencia de la higiene personal y ambiental y la importancia del médico y equipo paramédico en la preservación de la salud.
2. Instruir y orientar a la comunidad para participar en algunos sencillos aspectos de salud y en el manejo de los estratos sociales más vulnerables (prematuros, ancianos y enfermos terminales), bajo la vigilancia del médico.
3. Establecer en los colegios la orientación profesional de acuerdo con la vocación real y aptitudes intelectuales de cada uno de los estudiantes.
4. Reforzar en las escuelas y facultades de medicina, para la admisión de los estudiantes, una evaluación psicológica y la entrevista personal, orientada a investigar la verdadera vocación, espíritu de civismo, concepto humanitario y la capacidad intelectual del candidato a ser médico.
5. Procurar en las facultades de medicina mayor vinculación de los estudiantes con los pacientes hospitalarios y también, la comunicación con la comunidad en general, por medio de la cátedra práctica de medicina familiar y comunitaria.
6. Imprimirle la importancia que se merece a las cátedras de Deontología, Ética Médica y a las relaciones médico-paciente en el pensum de educación médica.

7. En la educación continuada organizar cursos o simposios sobre Ética Médica y la relación médico-paciente.

En esta excelente conferencia, el profesor Plata ha despertado nuestra conciencia, al tratar uno de los aspectos de trascendental importancia en el ejercicio de la medicina, que nos impulsa a meditar sobre la enorme responsabilidad y el eminente compromiso social de las entidades médicas científicas y de los médicos directivos administrativos, en relación con la planificación de la asistencia médica, de la administración de salud y los programas de educación médica al gran aumento de la densidad de la población vulnerable y el recrudecimiento de las epidemias, la descentralización de la salud, la problemática económica y administrativa hospitalaria, la socialización de la medicina, el reto al avance de la ciencia, la tecnología y las investigaciones médicas, el surgimiento de numerosas escuelas de medicina con la desmedida producción de médicos y en fin, la reforma curricular del entrenamiento, para obtener el médico que realmente necesita nuestro país, dentro de los parámetros de la ética médica y el contexto de prevenir las enfermedades y brindar salud con un mejor trato humanitario y científico a los pacientes.

Permítaseme sugerir que la Academia Nacional de Medicina, como la Entidad científica más representativa y de más alta dignidad en el área de la salud, como Asesora del Gobierno Nacional, en cooperación con la Federación Médica y representantes de las sociedades científicas, analicen cada uno de estos aspectos, tanto en su repercusión actual como en su proyección hacia el futuro y elaboren un plan de desarrollo de la medicina nacional, ajustado a la realidad social, con profundas bases científicas y fundamento humanitario, para presentarlos a las autoridades nacionales competentes y procurar su ejecución y cumplimiento.