

Aportes a la comprensión de la problemática actual de la trilogía médico-paciente-tecnología

Contributions to the Understanding of the Current Problems of the Doctor-Patient-Technology Trilogy

JORGE TRAININI¹, MTSAC, EDUARDO HORNOS BARBERIS², RICARDO ARANOVICH³

INTRODUCCIÓN

La necesidad actual de revalorar el acto clínico se vuelve imprescindible ante la crisis humanística en la evolución del conocimiento, la cual no debe considerarse solo una situación antropológica sino también epistemológica, al quedar aislada la medicina de lo cognitivo del resto de las ciencias. Esta actualidad hace del médico actual un ser desorientado; incluso ante un hecho tan esencial, como es el acto clínico. (1)

El progreso que ha experimentado la medicina en el último medio siglo puede compendiarse en dos puntos referenciales: 1) el avance tecnológico puesto al servicio de los diagnósticos y terapéuticas; 2) la colectivización de la asistencia médica. Sin embargo, este desarrollo notable se llevó a cabo vulnerando el pilar del arte médico, la relación médico-paciente. (2)

Evidentemente el acto clínico actual debe ser articulado en una trilogía conformada por el médico, el paciente y la tecnología. Esta última, herramienta fundamental en el diagnóstico, debe entenderse complementaria de la relación médico-paciente, en carácter de apoyo y no con perfiles excluyentes de los otros dos actores.

PLANTEAMIENTO DEL TEMA

No hay nada tan conmovedor como la visualización de un hombre enfermo. El daño moral que infringe la enfermedad es igual o superior al físico. La angustia se agita en sus entrañas. Este hombre oculta su mal como el último bastión ante lo inexorable. Disfraza su enfermedad. Ante esta situación ¿cómo relativizar la

relación médico-paciente ante el auge de la tecnología y de los algoritmos en medicina?

La relación de la conciencia con la materia implica un rozamiento entre el médico y el sistema orgánico-psíquico-social-ecológico que constituye un ser enfermo. En este aspecto, una ciencia humanística como la medicina puede sacar rédito de las ciencias complementarias, incluso necesita incorporar a la conciencia como variable esencial de su estudio y arte. Aquí, en la medicina clínica, yace un vacío que incluye su comprensión holística, el lenguaje ante el paciente, y la metodología. (3,4)

Evidentemente la observación científica de la fenomenología de la conciencia no tiene una connotación definida sobre lo orgánico, sino que constituye un proceso soslayado fundamentalmente por la dificultad de ser valorable desde lo cuantitativo. Este concepto recrea la relación médico-enfermo. La medicina positivista prevalente interfiere claramente en la relación de la conciencia del médico (sujeto observador) frente a la integridad cuerpo-mente-espíritu (5) que constituye un paciente (sujeto observado). (6-8) Con una metodología clínica algorítmica no se tiene en cuenta la fenomenología que implica la conciencia-médico ante la conciencia-paciente. (9) En este punto, el desarrollo de la tecnología implica un acercamiento imprescindible para el diagnóstico más certero y rápido, mientras no se constituya en un divorcio entre el médico y su paciente al conferirle propiedades superlativas.

Hay una brecha en este punto que solo se solventa en el contacto con la integridad del paciente, en que es dable construir el concepto clínico que se percibe, pero siempre referido a la propia mente. No se puede excluir

REV ARGENT CARDIOL 2023;91:298-301. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i4.20653>

Recibido: 08/02/2023 - Aceptado: 04/05/2023



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Investigador principal de la Fundación Practicum, Instituto de Investigación Aplicada a la Educación en Ciencias de la Salud (España)

² Presidente de la Fundación Practicum, Instituto de Investigación Aplicada a la Educación en Ciencias de la Salud (España)

³ Ricardo Aranovich como Director del área de Psiquiatría y Educación Médica de la Fundación Practicum, Instituto de Investigación Aplicada a la Educación en Ciencias de la Salud (España)

su singularidad. Esto acerca una visión del acto clínico con aproximación al problema diagnóstico a resolver.

Esta comunicación entre paciente y médico se nutre de un conocimiento que no es absolutamente consciente, sino que también tiene bases perceptivas. Cada ser tiene su individualidad para responder frente a la enfermedad. El médico posee lo cognitivo para entender los problemas del paciente. Y este instrumento necesita tiempo y dedicación. Se complementa de algoritmos con que se intenta desentrañar en la actualidad la patología, como asimismo de ubicar a la tecnología en carácter de acción determinante. Esta estrategia puede ser un punto de inicio, pero nunca una meta final. En medicina la suma de conocimientos no reemplaza al criterio médico. Necesitamos estrategias que nos ubiquen ante la singularidad del paciente con las herramientas necesarias y el tiempo suficiente para actuar de acuerdo con una ética humana y médica.

DISCUSIÓN

La razón y la lógica del progreso llevaron al desarrollo técnico. (10) Ahora, en el acto clínico, el conocimiento del paciente y de su realidad ¿se ha mantenido ante el avance de la técnica instrumental? Hay un desajuste en esta evolución, debiéndose cambiar la meta, ya que en el acto clínico estamos ante la alteración de la vida de una persona y no solamente frente a un desorden orgánico. Aquí yace el conflicto de la medicina postmoderna, que, si bien acercó facultades excelsas como la tecnificación instrumental y la asistencia colectiva, se ha desarrollado trayendo dificultades:

- 1) La tecnificación que alejó al paciente del médico.
- 2) El trabajo superespecializado, que, a pesar de su beneficio, soslaya la unidad integral psico-orgánica que debe formar con su enfermo.
- 3) Una organización en que el médico ya no tiene un contrato directo con su paciente, sino que está de por medio una empresa que determina tiempos, honorarios y posibilidades, tanto para el médico como para el paciente. Con esta modalidad ha perdido el médico su libertad de la relación ante la biografía del enfermo. (11)

En ciencias médicas necesitamos incorporar a las herramientas cuantitativas de la probabilidad, las respuestas a la enfermedad, por parte de la conciencia del enfermo. Por lo tanto, el estudio de la estructura física de la corporeidad debe interrelacionarse con la exploración de la conciencia en el sujeto-paciente durante el acto médico.

El observador debe trabajar con la inducción, lo intuitivo, la observación y la experiencia para incorporar mediciones físico-corporales clínicas y biológicas a observaciones menos sensibles a lo cuantitativo como son las respuestas de la conciencia. En este punto la experiencia da un margen superior de acercamiento a la singularidad del paciente, situación no factible con solo el examen físico y tecnológico. (12)

En este punto se necesita más que conocimiento técnico por parte del médico para valorar a su paciente. Esta posición incluye condiciones que ayuden al proceso terapéutico de la enfermedad, así como atributos en la respuesta del enfermo para defenderse de lo mórbido (Tabla 1). De ello se deduce que en este acto de la conciencia, entre médico y paciente debe haber: a) intencionalidad al referirse al paciente y b) correspondencia que se debe dar entre médico y paciente. Con la intencionalidad se constituye el objeto-paciente (en realidad sujeto-paciente), quien también percibe, juzga y decide. Para esta percepción se necesita observar desde distintas perspectivas. Esta intencionalidad es intrínseca a la conciencia. (13,14)

Cuando incluimos el concepto de *epoché* dentro de las condiciones médicas estamos cancelando de manera provisoria no solo las certezas y teorías que se ofrecen naturalmente. Se intenta evadirse del dogma dominante ante la singularidad del paciente. *Epoché* es la suspensión del juicio *a priori*. Esta actitud debe complementarse con la *reducción fenomenológica*, que permite poner ante nosotros la conciencia y sus vivencias. En el positivismo de la ciencia médica hay una asunción dogmática y realista de carácter pro teórico. Esto dificulta la búsqueda de una consideración diferente de esa realidad con los conceptos de *epoché* y *reducción fenomenológica*. Esta última intenta llegar a la subjetividad oculta del paciente, donde este “*es*” independiente de su correlación maquillada por el mundo circundante. La fenomenología que se produce es un conocimiento de la esencia. Hay aquí una intuición. De pronto, esta intuición pasa de la sensibilidad al entendimiento, al decir de Husserl: “... *toda intuición que se da originariamente a sí misma es fuente legítima de conocimiento, que todo lo que se nos presenta originariamente en la intuición debe sencillamente ser aceptado tal como se da, pero también solo dentro de los límites en que se da*”. (14)

CONCLUSIONES

Este déficit de articulación en la trilogía médico-tecnología-paciente obedece a una serie de concausas

Tabla 1. Intersubjetividad médico-paciente. Aptitudes

Médico	Paciente
Observación	Responsabilidad
Percepción	Comportamiento
Epoché	Temperamento
Reducción fenomenológica	Corporeidad
Dialéctica	Dialéctica

que abarcan desde la fenomenología de la conciencia entre paciente y médico, pasando por el déficit interpretativo de estos avances dentro de un contexto clínico hasta situaciones económicas, sociales y políticas en la práctica médica. Obviamente esta situación provoca diariamente fracturas en la atención médico-paciente, a la que se agrega el factor de la tecnología que debe ser interpretada en carácter de auxiliar de dicha relación y no como un recurso excluyente.⁽¹⁵⁾ Y esto es de vital importancia, ya que esta relación pertenece a la conciencia entre dos personas y al “factor humano” que podemos definir como el análisis de los factores emocionales que impresionan a los sentidos, los que son causa o contribuyentes en la comprensión de los procesos que llevan a la enfermedad como asimismo a su flujo de curación en el hombre.

Hay seducción por los estudios de laboratorio y de imágenes como si ellos por sí solos pudieran realizar el diagnóstico por ser infalibles. No se toma en cuenta que dichas herramientas son operador-dependiente, que obedecen a algoritmos de las máquinas y que son un instante de la complementariedad salud-enfermedad del paciente. A tal extremo ha llegado esta situación que ha borrado la práctica del acto clínico con sus postulados de observación, anamnesis y semiología, sin tener en cuenta el “factor humano” ni el nivel de aleatoriedad posible de todo conocimiento.

Esto lleva a una polaridad: ¿clínica o tecnología?, que provoca un mayor divorcio entre la integridad psico-físico-social del paciente con el acto de cuidar que debe ejercer el médico. En este escenario desaparece la singularidad de cada ser al pasar a ser copias de un mecanismo fisiopatológico con exclusión de la individualidad, olvidando al aforismo hipocrático “*hay enfermedades, pero solo en enfermos*”.

En realidad, no tendría que haber dilema alguno. La ayuda que prestan las herramientas tecnológicas es beneficiosa al acto clínico. En este punto es necesario que el médico sepa indagar en los procedimientos auxiliares para lograr la complementariedad diagnóstica que ofrece la semiología. La tecnología no es un ente aislado en la interpretación de elementos que se suman al acto clínico; de hecho, no puede decidir por sí misma. Esto tampoco conduce a una formación médica adecuada. No debe haber abuso tecnológico en la prosecución de un diagnóstico. Esto no conduce a mejorar ni reemplaza al acto clínico. Mas si no se interpretan debidamente, estos estudios pueden conducir a errores. Un valor excesivo dado a los procedimientos auxiliares puede llevar al error clínico y dejar de lado el “factor humano”, pilar en la práctica médica.

La no observancia de la necesidad del acto clínico y la interpretación inadecuada en los mecanismos auxiliares implica que el error se inicia en el médico. El análisis y la síntesis del acto clínico no siempre se valoran como fundamentales, no solamente por falta de formación, criterio o paciencia, sino también por el tiempo escaso que se otorga en la actualidad de la colectivización médica a la atención de cada paciente.

El acto clínico en su desarrollo semiológico no está vedado a la inteligencia del facultativo, ya que este no necesita de ningún atributo esencial ni exige virtudes excepcionales. A veces el error sucede, más allá de hacer lo correcto para evitarlo, seguramente porque la información que proporciona el acto clínico ha sido escasa o de difícil interpretación.

El riesgo es optar por el camino más sencillo de la tecnología, de menor esfuerzo y quizás evitando la “angustia diagnóstica” por parte del médico ante la necesidad de llegar al mismo. La clínica es esforzada, sorpresiva, un camino de estudio e interpretación de lo que se ve, escucha y explora en el enfermo, ante la eventualidad de que una imagen o unas cifras numéricas del laboratorio sean la magia que todo lo puede. La tecnología debe ser accesoria en el acto clínico, ante ella el médico debe tener en cuenta preguntas fundamentales: ¿y el factor humano? ¿la mente y el espíritu? La clínica necesita experiencia. A veces es esquivada, se necesita “reinterrogar a los signos”, una y otra vez. Cuando dejamos de lado al acto clínico solo interpretamos la “realidad de la máquina”, no la del paciente.

¿De dónde se suscita que la anamnesis, la observación y las maniobras semiológicas se volvieron triviales ante las máquinas? ¿De una falta de formación médica técnica y antropológica, de la comodidad ante el esfuerzo, de la necesidad de un número de pacientes en un tiempo acotado?

Esta posición sustentada en los párrafos previos está lejos de soslayar la importancia de los medios tecnológicos en los pacientes, solo persigue incorporarlos dentro del marco de la relación y del juicio clínico indispensables en una ciencia humanística. De esta manera estaremos armonizando el avance tecnológico con la ciencia médica en un acto profundamente humano como tiene el médico ante un hombre enfermo. Le toca al médico, casi una pieza arqueológica denominada “de cabecera”, interpretar los estudios en relación con su paciente y no quedar hechizado de los números que le ofrece la tecnología. Ella ha perfeccionado estas interpretaciones, pero sus equivocaciones pueden ser fatales ante la ausencia del acto clínico.

En última instancia se trata con la medicina antropológica de no incluir al paciente dentro de un algoritmo, sino construir un algoritmo en cada paciente.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses (Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web).

BIBLIOGRAFÍA

1. Trainini JC. Humanización en la práctica médica. *Educación Médica*, 2020;21:65-6. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.12.002>
2. Kottow M. *Antropología Médica*. Mediterráneo, Chile, 2005.
3. Carli, A. *Dialéctica de la Salud y la Enfermedad*. Ed. Biblos, Buenos Aires, 2017.
4. Martínez Fernández J. El concepto de lenguaje universal. *Quaderns de filosofia i ciencia*, 2005; 35:7-18.

5. Bitbol M. *Physique & philosophie de l'esprit*. Champs Flammarion, France, 2000. <https://doi.org/10.14375/NP:9782080801463>
6. Gould SJ. La media no es el mensaje. *A Parte Rei*, 2002;22:1-4.
7. Comte A. *Discurso sobre el espíritu positivo*. Aguilar, Buenos Aires, 1965.
8. Hubert R. *La doctrina de Augusto Comte. Introducción a Comte: selección de textos*. Sudamericana, Buenos Aires, 1943.
9. Morin, E. *La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento*. Nueva Visión, Buenos Aires, 2004.
10. Bunge M. *La causalidad*. Sudamericana, Buenos Aires, 1997
11. Jenkins CD. Psychological and social precursors of coronary disease. *N Engl J Med* 1971;284:244-55. <https://doi.org/10.14375/NP:9782080801463>
12. Bachelard S. *Epistémologie et histoire des sciences*. *Revue de synthèse*, tercera serie, 1968:49-52.
13. Husserl E. *Meditaciones cartesianas: introducción a la fenomenología*. Fondo de Cultura Económica, México, 1985.
14. Husserl E. *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental: una introducción a la filosofía fenomenológica*. Crítica, Barcelona, 1990.
15. Trainini JC. El teorema de Bayes junto al gato de Schrödinger. *Rev Argent Cardiol* 2004;72:60-61.