



Los cirujanos y los fantasmas

La relación entre el enfermo y su cirujano, reducida por una visión totalitarista del hombre y de la medicina, a la condición de un fugaz encuentro tecnológico, y desprovisto de modo brutal de las cualidades propias de una relación humana, auténtica y solidaria, comporta graves peligros.

La era de *management* es la del perfeccionamiento de los ceremoniales de adoración al ídolo de oro de siempre, el dinero. En este caso, naturalmente, el dinero del comerciante intermediario en la salud. Con las indebidas intromisiones de las prioridades financieras en el acto médico, viene éste a ser despojado de una de sus condiciones más radicales: la confianza mutua; la preocupación —compartida por ambos protagonistas— por el bien integral de uno de ellos, el paciente.

La despersonalización no es terreno propicio a la empatía. Y la razón es evidente: se trata de una relación entre seres humanos, en la cual se da un ocultamiento de las personas que en ella intervienen. El acto quirúrgico, lo que a lo largo de casi toda la historia del mundo ha sido un encuentro confiado entre dos personas que tienen un particular trato entre ellos, se ha querido convertir en el hecho rutinario de la reparación de un organismo (o parte de él) que se ha descompuesto. Es el retorno a la desafortunada “máquina” del racionalismo del siglo XVIII, la *res extensa* del dualismo cartesiano. En la medicina contemporánea se ha querido establecer como norma de acción el ocultamiento de las personas, tanto del paciente —reducido a la condición de usuario o cliente— como del cirujano, degradado a la función de operario, sofisticado tecnócrata a lo sumo. Florece ahora la burocracia quirúrgica.

En aras a criterios de eficiencia y productividad se explota en términos industriales un “recurso humano” (mano de obra), como en las más deshumanizadas épocas de la revolución industrial. Es otra herencia del materialismo que impera en una sociedad obsesionada con el dinero, sustituyendo —consecuencias de una “globalización” de origen anglosajón— cualquier consideración de orden antropológico relacionada con el valor y la dignidad de la vida e integridad de las personas. Todo por supuesto, operando bajo una estricta maquinaria legal que permite que unos nuevos capataces, provistos de la herramienta de la autoridad legal, verifiquen y pongan en marcha los implacables métodos de medición; volumen de cirugías, tiempo de ejecución, materiales consumidos, datos de facturación, promedios de ocupación de quirófanos, de utilización de ayudas radiológicas, de laboratorio clínico y de otros recursos hospitalarios. Se trata del funcionamiento de una “nomenclatura” al servicio del imperativo de la explotación comercial e industrial de la salud. Aberración posible en una atmósfera de la cual se ha suprimido de modo brutal y autoritario el marco interpersonal.

Como una pieza que hace parte de este mecanismo, tiene lugar la aparición de una brumosa figura, velada por el manto espectral del anonimato: el cirujano fantasma. Este es un técnico que aprendió —luego de largos años de entrenamiento— podría decirse en algunos casos “adiestramiento”, que no “educación” —a realizar— procedimientos: operar rodillas, extirpar vesículas o úteros, aplicar nuevas técnicas quirúrgicas para corrección de defectos de refracción, aplicar sofisticadas técnicas invasivas para la práctica de estudios radiológicos o endoscópicos. Todo dentro del proceso de despersonalización, con el correspondiente uso masivo de una tecnología crecientemente compleja y costosa. Bordeando los límites de la iatrogenia, no sólo por los potenciales efectos deletéreos de la actuación quirúrgica, bien conocidas por el cirujano experimentado, y minimizados por el comerciante o por el industrial involucrado en su conciencia y en su patrimonio con esta compleja cascada de rendimientos financieros. Rozando también los límites de los problemas de inter-

pretación como la sensibilidad, especificidad, y las probabilidades de que los exámenes y ayudas diagnósticas realmente sean de utilidad para confirmar o descartar la presencia de patología.

En algo sí es eficiente esta sombra posmoderna de médico: en el proceso de elaboración de facturas.

El desconocimiento de la realidad humana y personal inherente al acto médico y quirúrgico viola la tradición del saber y de la cultura médica de occidente. Es el resultado de la vulneración sistemática de los conocimientos adquiridos en la facultad de medicina: se dejan de lado los principios de la semiología, el interrogatorio y examen físico, la elaboración correcta de la historia clínica. Se omiten necesariamente pasos como la interpretación cuidadosa y ponderada de ayudas diagnósticas, la elaboración del consentimiento informado, las explicaciones fundamentadas sobre la condición patológica en cuestión, las evaluaciones preanestésicas e interconsultas con diversas especialidades, según las particulares necesidades del enfermo. Estas realidades cuya necesidad es cada vez confirmada por los conocimientos médicos, se posponen ante la obsesión por el imperativo costo-eficiencia y el mandamiento de la facturación.

El acto médico quirúrgico exitoso sólo es posible a cabalidad cuando se lleva a cabo la elaboración (proceso gradual, ascendente) de la relación humana entre el médico y su paciente. Esto necesita tiempo, revisiones de frecuencia variable, antes de la cirugía y después de ésta. La realidad de la decisión médica es que se trata casi siempre de un acto prospectivo, elaborado a lo largo del tiempo, muchas veces con grandes elementos de incertidumbre permanentemente en escena. Estas son realidades que naturalmente escapan a la capacidad de comprensión de quien se dedica a la evaluación de estados financieros.

La medicina es ciencia y arte. Pese a tener elementos en su fundamentación que son conocimientos sistemáticos, verificables, objetivos y cuantificables¹, continúa haciendo parte de su esencia lo aún imponderable, lo que aún pertenece al campo de la intuición, lo que no se ha logrado medir². A fin de cuentas, ¿no estamos precisamente ante las situaciones límites de la propia existencia del ser humano? Para acompañar de modo benéfico es necesaria la presencia de otro ser humano, no de su sombra. El espectro no es suficiente.

Hablando sobre el acto médico, con harta razón el profesor Ramón Córdoba Palacio advierte³: “La misión de estos profesionales no es ni puede llevarse a cabo simplemente como una labor técnica ... Es, y no puede dejar de ser, una labor, una misión esencial y primordialmente humana. Esto distingue al médico de personas humanas, del médico de seres no racionales”.

Dr. CARLOS ALBERTO DE JESÚS GÓMEZ F.
Profesor de Ginecoobstetricia. Universidad de Antioquia
Profesor de Cátedra. Facultad de Medicina. Universidad Pontificia Bolivariana
Magistrado del Tribunal de Ética Médica de Antioquia

Referencias

1. LIFSHITZ, ALBERTO. Arte y ciencia de la clínica. Rev Med IMSS 1999; 37: 1-4.
2. PATIÑO JF. Las teorías del caos y complejidad en cirugía. Rev Colomb Cir 2000; 15: 209-216.
3. CÓRDOBA PALACIO, RAMÓN. Deterioro en la relación médico-paciente y sus consecuencias en el ejercicio de la medicina. Anales de la Academia de Medicina de Medellín, vol. 12; # 2, abril – junio 1999.