

La situación clínica

Dr. Julio Borges Iturriza

Desde los tiempos de Hipócrates definir la medicina ha sido motivo de reflexión. Comprender que la medicina es un quehacer cuya acción se dirige a resolver problemas concretos de salud de una determinada persona en una determinada situación es quizás la noción más importante a tener en cuenta cuando se trata de precisar la labor del médico. Diagnosticar de acuerdo la acepción hipocrática es llegar a conocer lo que no se ve a través de lo aparente.

El Dr. Elmund Pellegrino, reconocido bioeticista afirma: “*Es necesario saber primero lo que la Medicina es antes de pensar, de modo razonable, como los profesionales de la salud deben actuar o hacer prescripciones normativas sobre el cuidado médico*” y agrega...” solo el *bien del enfermo* es el fin de la Medicina, su identidad genuina y el fundamento de la ética profesional... La Medicina es entendida como una actividad orientada a recuperar la salud de los enfermos y si esto no fuera posible a aliviar sus dolores y sus sufrimientos” ... Dos aspectos relevantes presentan la Medicina: su esencia humanitaria que la hace, primariamente, un asunto ético y, en segundo lugar, su indispensable ingrediente científico, base indiscutible para el éxito en el

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXVIII.9>

ORCID 0009-0003-7857-862X

tratamiento del paciente y es por ello que ha sido considerada como “la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades” (1). El humanismo, en sentido amplio, significa valorar al ser humano y la condición humana. Siguiendo esta línea de pensamiento, el “*encuentro clínico*”, así denominado por Pellegrino, debería constituir un recorrido compartido a través del diálogo entre el médico y el paciente, teniendo como finalidad la atención más conveniente al problema de salud de la persona que solicita y necesita ayuda profesional. La tecnología y la experiencia práctica de la profesión son parte indispensable del *encuentro clínico* teniendo en cuenta que la importancia relativa de cada una varía de acuerdo al cuadro clínico que presenta el paciente y a las medidas terapéuticas que se consideren más factibles y convenientes.

En un sentido amplio, la actividad clínica abarca un doble aspecto: por una parte, la destreza indispensable para una adecuada exploración del paciente y por la otra, la habilidad para procesar adecuadamente la información obtenida durante la exploración del paciente. Sydenham (1624-1689) en una frase histórica, vigente hoy día, resume la buena práctica clínica: “Experiencia y razón, desde luego; pero la experiencia es para mí lo que mis ojos ven, y razón la actividad mental con la cual combino y ordeno eso que ven mis ojos”. Puede decirse que la labor clínica se inicia cuando el paciente expresa al médico su problema de salud; desde ese momento y a lo largo del proceso diagnóstico, la labor del médico consiste en adquirir, seleccionar y organizar los datos a utilizar en el razonamiento clínico. El médico, en el ejercicio de su profesión, cuando la ejerce con verdadera vocación, va adquiriendo experiencia: “*La sabiduría, así adquirida, está más allá de la información y el conocimiento; es más bien, una virtud: la sabiduría es el logro personal de quienes saben lo que saben y lo que ignoran; además saben por qué lo saben y para qué lo saben*”. La persona dotada de sabiduría con una sola mirada, aunque hecha, es claro, de muchas y lentas miradas anteriores, abarca la realidad y descubre su sentido; sabe cuándo y cómo difundir su saber; reconocen la ocasión precisa para hacerlo valer. Se ha sugerido que para el médico más importante

que adquirir muchos saberes es obtener *sabiduría*. La experiencia de la vida es el saber adquirido viviendo” (2).

Centrar el diagnóstico en la *persona*, entendida como una totalidad psicofísica, es la conducta correcta del médico-clínico. Este enfoque puede entenderse mejor en palabras de Pedro Laín Entralgo: “El enfermo no es, ante los ojos del médico, mero “cuerpo” ni “simple ser viviente”, sino “persona”: un individuo vivo dotado de intimidad, inteligencia y libertad, que hace su vida, con deliberación mayor o menor, proyectándola según una idea de sí mismo y del mundo, y cumpliendo o intentando cumplir sus propios proyectos... De ahí que el diagnóstico no sea ya el simple nombre de una lesión anatómica o bioquímica, ni la cifra de una conducta biológica, sino, en el más genuino sentido de la expresión, el conocimiento de un hombre: un conocimiento al que pertenece como supuesto el de las lesiones anatómicas y bioquímicas de su cuerpo y el de los modos de su comportamiento vital “(3).

Es indudable que la medicina científica ha logrado avances incuestionables en el diagnóstico y la terapéutica de muchas enfermedades; sin embargo, se ha repetido muchas veces que estudiar *enfermedades* y no *enfermos* no satisfacen a cabalidad los objetivos propios del ejercicio de la medicina, entre otras razones porque el problema que aqueja al paciente no está resuelto con *etiquetar* simplemente *la enfermedad* sin tener en cuenta que lo que el enfermo realmente desea, consciente o inconscientemente, es tener la garantía que su condición de salud, como persona, ha sido comprendida. A este respecto es valiosa la opinión del Profesor Benaim: “*Yo creo que el error está en el punto de vista asumido por el médico; si este considera que lo único interesante es la enfermedad neurológica o lo que fuera, entonces es eso lo que va a constar en la historia y todo los demás es como si no existiera, de modo que va a mutilar ampliamente un sector del ser humano que va a desaparecer como persona*” (4). En el mismo sentido vale la pena citar el testimonio de Gregorio Marañón: “Yo no he tenido, en toda su trascendencia, idea del valor del elemento *constitucional* de la Medicina, como cuando hube de leer mis primeras

historias clínicas: aquellas recogidas con tanta minuciosidad, pero con tan mal método, en los últimos años de los estudios médicos y en los primeros de vida profesional. Se describían en ellas los síntomas, los análisis y a veces las lesiones, es decir, la *enfermedad*; pero el enfermo no estaba allí. Ni una alusión a cómo era la persona que sustentaba la enfermedad” (5). En un trabajo anterior expresábamos “La relación médico-paciente puede definirse como una relación fiduciaria en el sentido que se basa, principalmente, en la confianza que exista entre las partes; no podría ser el interés económico la razón de ser de esta relación, sino que el paciente elige al médico fundamentalmente basado en la confianza que el médico le inspira, lo cual establece un vínculo que implica, para el médico, una especial responsabilidad en el cuidado de la salud del paciente”(6).

El Dr. Otto Lima Gómez describe acertadamente la correcta actitud del clínico: “El médico debe aproximarse al hombre enfermo dando la debida importancia a cada uno de los niveles o planos (somático, psicológico, social) separados por razones didácticas y metodológicas, en los cuales se desenvuelve la persona humana. En cada uno de dichos niveles transcurre la enfermedad, y la reincorporación del individuo al medio social en condiciones adecuadas exige que se tome en cuenta por igual cada uno de ellos” (7).

Es importante enfatizar que el médico durante la elaboración de la historia clínica tendrá que realizar una doble tarea: por una parte, realizar el examen completo del paciente para precisar su condición de salud, y por la otra, organizarlos de manera que formen un contexto coherente. Los síntomas y signos no tienen por sí mismo valor diagnóstico y a este respecto Lain Entrago expresa: “*Doy el nombre de inferencia diagnóstica al conjunto de operaciones mentales en cuya virtud el médico convierte en genuino conocimiento diagnóstico, y a la postre en auténtico juicio clínico, los datos obtenidos mediante la exploración del paciente*”. Una lista de síntomas y signos sin especificar las características particulares que cada uno de ellos presenta en un determinado paciente tiene escasa utilidad diagnóstica. Cada síntoma o signo debe ser analizado como formando parte de un contexto propio

de cada paciente y es en este contexto donde cada síntoma o signo adquiere su genuino valor diagnóstico.

El Razonamiento Clínico siempre debe estar centrado en el paciente y el diagnóstico debe ser considerado como la culminación de un proceso que se “construye” tomando en cuenta y valorando todos y cada uno de los datos que fue posible obtener en la exploración del paciente. Seleccionar y organizar la información es la labor central del clínico y es importante darle al *contexto* la importancia que le corresponde en el razonamiento clínico y basado en ello proponemos el concepto de *Situación Clínica* que *puede ser definida como el conjunto contextualizado de los datos clínicos y paraclínicos de valor diagnóstico que dispone el médico como base del razonamiento diagnóstico* (8). En la práctica médica es posible demostrar que *la Situación Clínica* proporciona un rumbo al razonamiento diagnóstico y no permite que el médico se extravíe en un torrente de datos y lo obliga a separar los datos relevantes de los no relevantes. La selección de los procedimientos diagnósticos complementarios debe considerarse como una prolongación del razonamiento clínico y sólo es posible valorar su utilidad cuando está destinado a valorar las hipótesis que el clínico se plantea durante la exploración del paciente. Puede afirmarse que la conformación de una representación mental de la condición patológica del paciente *en base a los datos obtenidos durante la exploración del enfermo, debidamente contextualizados*, constituye un paso decisivo en el razonamiento diagnóstico.

La representación mental constituida por el conjunto de datos de valor diagnóstico, debidamente correlacionados, constituye realmente “*un síndrome*” (Diccionario RAE: *Síndrome*: conjunto de fenómenos que caracterizan una situación determinada). Considerado así, el razonamiento clínico estaría dirigido a determinar la etiología del síndrome que la situación clínica constituye. Para lograrlo el clínico tratará de encontrar las similitudes entre el cuadro clínico del paciente (la Situación Clínica) y las representaciones mentales de las diversas afecciones con las cuales puede relacionarse y que el clínico es capaz de evocar. La falta de una adecuada representación, es decir, la falta de

una *visión global* del proceso patológico puede originar una desorientada generación de hipótesis basadas en manifestaciones clínicas aisladas. En resumen, la Situación Clínica facilita la generación de hipótesis valederas que permiten avanzar con mayor certeza en el proceso del diagnóstico: circunscribe las posibilidades diagnósticas y hace posible relacionar la situación actual con experiencias pasadas. Durante la etapa de formación del médico, enseñarle a interpretar, seleccionar y contextualizar los datos obtenidos en el examen constituye, con seguridad, una de las tareas más importantes del docente.

Esta forma de conducir el diagnóstico se ha denominado “*diagnóstico por comparación*” entendiéndose como tal el proceso de búsqueda o identificación de las similitudes y diferencias entre la Situación Clínica propia del paciente y las representaciones mentales (modelos teóricos) de las diversas afecciones con las cuales puede relacionarse. Es importante enfatizar la importancia de estructurar adecuadamente la Situación Clínica ya que al considerarla como un síndrome se convierte en el elemento vinculante entre el contexto clínico del paciente y aquellas afecciones con las cuales será comparado dicho contexto. Este mecanismo cognitivo ha sido denominado *memoria de trabajo* y definido por Antonio Damasio en los siguientes términos: “La memoria de trabajo puede ser definida como la capacidad de mantener en la mente múltiples representaciones (percepciones actuales y experiencias pasadas) durante el tiempo necesario para que ellas puedan ser manipuladas inteligentemente” (8). Relacionar las experiencias pasadas con las condiciones presentes y valorar las consecuencias de la acción a tomar es la base esquemática de cualquier toma de decisión.

El extraordinario avance de la técnica en las últimas décadas ha producido lo que muchos han calificado como un abuso de la “técnica” en desmedro del quehacer clínico propiamente dicho. Basar un diagnóstico en el resultado aislado de procedimientos puramente técnicos es un error frecuente pero evitable cuando la selección de los exámenes complementarios forma parte del Razonamiento Clínico. Es la oportunidad de recordar las palabras del Profesor Marañón “La

investigación y la técnica, esenciales para el progreso de la Medicina, son servidoras de esta”.

El viejo adagio hipocrático “no hay enfermedades sino enfermos” surge con renovada vigencia. La enfermedad considerada como una entidad nosológica tiene una estructura variable y muestra variaciones significativas de un paciente a otro. El concepto “*individualización del diagnóstico*” expresa la variabilidad del modo de enfermar las diferentes personas y que Sacristán describe acertadamente: “Hay muchos pacientes parecidos, pero todos los pacientes son diferentes... Aunque dos pacientes sufran la misma enfermedad, presentan los mismos signos y síntomas, y sus pruebas de laboratorio sean idénticas, se tratará de dos pacientes distintos. Porque un paciente es mucho más que su enfermedad: es la persona que sufre la enfermedad, sus circunstancias, sus creencias, sus valores, sus preferencias, sus objetivos, y todos aquellos elementos que hacen que, al igual que no hay dos seres humanos iguales, no hay dos pacientes iguales. La existencia de diferencias es la base de la práctica clínica y constituyen la esencia de la medicina” (9). La amenaza de la incertidumbre en la práctica médica presenta otro aspecto importante: la enfermedad considerada como una entidad nosológica tiene manifestaciones variables. Así lo señala Marañón:” quiero decir que cada caso clínico *puede* expresarse por síntomas que no corresponden a los que el esquema de los libros le asignan. Y este *puede* se cierne, como una amenaza implacable, sobre cada diagnóstico. Cada caso encierra, pues, una trampa en la que el clínico más experto, si se atiene a aquellos esquemas, puede fácilmente caer. La experiencia clínica se crea en gran parte con enfermos que no presentaban precisamente los síntomas que, según el catedrático y el texto, no se debieran presentar” (5). Muchos factores explican esta variabilidad, entre otros, la edad, el sexo, la raza, la carga genética del enfermo, la presencia de alteraciones metabólicas y/o nutricionales, etc.

Es importante considerar que los problemas que enfrenta el clínico pertenecen a los denominados “*problemas mal estructurados*” en los cuales ni el problema planteado ni el método a seguir en el

razonamiento están definidos. El clínico no puede adoptar el método científico utilizado en las ciencias naturales en el cual las normas a seguir en el razonamiento están bien establecidas. Esta ausencia de reglas aplicables al razonamiento explica la dificultad que siempre han tenido los “expertos clínicos” en describir su modo particular de establecer el diagnóstico. Sir William Gower, conocido neurólogo inglés señala la *incertidumbre* como una dificultad adicional que matiza siempre la práctica médica. A este respecto afirma: “*Debemos recordar siempre que la adecuada valoración de todas las evidencias clínicas es lo que determina el diagnóstico. ...Las Ciencias cuyo objetivo es el estudio de las enfermedades trabajan fundamentalmente con probabilidades y es así, especialmente en lo que se refiere a la Medicina Interna. ... La probabilidad varía en grado, pero nunca puede llegar a la certeza completa. ...Debemos aprender a tomar la probabilidad como nuestra guía. Como médicos debemos actuar. Para actuar debemos decidirnos y para decidirnos debemos valorar las evidencias que poseemos y tomar lo probable como si fuera cierto; algunas veces nos equivocaremos, pero generalmente lograremos acertar; si vacilamos demasiado entre dos opciones nunca podremos actuar*” (10).

En este sentido, es oportuno citar al filósofo argentino Mario Bunge quien define el concepto de *problema* como “*una dificultad que no puede resolverse automáticamente sino que requiere una investigación conceptual o empírica*” y distingue dos tipos de problemas: 1) *los problemas directos* (PD) que son aquellos problemas cuya investigación procede de las premisas a la conclusión o desde la causa a los efectos y 2) *los problemas indirectos*, (PI) los problemas cuya investigación procede en sentido contrario, o sea, de la conclusión a las premisas o del efecto a la(s) causa(s). Los problemas indirectos o inversos son más difíciles y habitualmente tienen múltiples soluciones. Al contrario de lo que sucede con el con el razonamiento deductivo nunca tenemos la certeza que las hipótesis propuestas sean las correctas y se hace necesario su verificación solicitando exámenes complementarios. El médico debe tener en cuenta que todos los problemas de diagnóstico pertenecen a los denominados “*problemas indirectos*: todos tienen la

fórmula “dados tales síntomas y signos conjeturar sus causas”. Los problemas inversos son los más difíciles: a diferencia del “problema directo” se trata de identificar las premisas de un argumento a partir de la conclusión.

De acuerdo con Bunge “*el problema más difícil conceptualmente es el diagnóstico*”. Se trata de un problema inverso que va de los efectos a las causas. Nosotros no percibimos las causas de esos síntomas; para descubrirlas hay que buscar, imaginar, realizar análisis. “Ese es uno de los motivos por los cuales hay tantos diagnósticos errados, no es que los médicos son incompetentes, es que el problema es difícil: los problemas inversos son difíciles en medicina, como son en matemática, en física o en ingeniería” (11).

El punto de partida de la diagnosis médica científica es la hipótesis tácita de que toda enfermedad se manifiesta como un paquete de síntomas y signos como manifestación de la enfermedad y, tradicionalmente, se ha aceptado erróneamente que el razonamiento clínico parte del conocimiento nosológico y consecuente con este método, el médico, teniendo en cuenta algunos datos obtenidos al contacto con el paciente y basado en su experiencia, propone un diagnóstico. Esta propuesta es inútil y poco confiable. La dificultad mayor se presenta cuando se trata de ajustar el cuadro clínico del paciente al diagnóstico propuesto. Una causa frecuente de errores es *la tendencia de forzar el diagnóstico*; es decir, de interpretar datos de acuerdo a la hipótesis diagnóstica propuesta. En la práctica clínica, el problema típico del médico en tren de diagnosticar no es el directo, de inferir signos de enfermedades (PD), sino el inverso, (PI) de adivinar enfermedades a partir de los signos. Todos tienen la fórmula “dados tales síntomas y signos conjeturar sus causas” Al contrario de lo sucede con el razonamiento deductivo nunca tenemos la certeza de que las hipótesis propuestas sean las correctas y se hace necesario, muchas veces, modificarlas en base a lo aportado por nuevas evidencias. Los PI no tienen normas específicas para resolverlos: como método empleado para su resolución nos encontramos con *la abducción* que en un sentido muy amplio puede ser definida como el proceso mediante el cual se construyen explicaciones para

hechos novedosos o anómalos” “Dado un hecho averiguar la causa”, “dado el comportamiento de un sistema, hallar su mecanismo”, “de efectos a causas”. La manera habitual de tratarlos es inventar y ensayar diferentes hipótesis plausibles hasta dar con la verdadera. Al filósofo norteamericano Charles Peirce se debe el concepto de *abducción* como método para conjeturar y generar hipótesis allí donde fallan la inducción y la deducción; es decir, allí donde los problemas indirectos se presentan como es el caso del diagnóstico clínico.

En la resolución de los problemas indirectos el concepto de Situación Clínica muestra su mayor utilidad. Ante una Situación Clínica determinada el médico activa su *memoria de trabajo*: todo médico conserva en su mente las características de muchas enfermedades; así por experiencia, conoce que la enfermedad “X” suele ser frecuente a determinada edad y en determinado sexo, cursa con una constelación más o menos característica de síntomas y signos siguiendo determinado curso evolutivo, con frecuencia está asociada a ciertos factores de riesgo etc. Todos estos elementos conforman un modelo o representación mental de la enfermedad “X”. Esta representación de la enfermedad es la que el clínico habrá de evocar y con la cual comparar la Situación Clínica del paciente en el desarrollo del razonamiento diagnóstico. Adquirir la destreza necesaria para procesar la información disponible es un paso decisivo en la formación del clínico. En este sentido se ha afirmado que diagnosticar no es tanto un proceso de razonamiento como de reconocimiento y comparación de patrones utilizando los conocimientos logrados con estudio y experiencia. La estrategia por “*reconocimiento de patrones*” es, posiblemente, el método empleado preferentemente por los clínicos de mayor experiencia.

Considerar el aspecto sociocultural de la persona es imprescindible si se quiere conocer la persona en su realidad. El entorno de cada hombre constituye su “*mundo*” o “*situación vital*” lo cual se refiere esencialmente al conjunto de seres y cosas con los cuales la persona establece una relación significativa; ambas: la persona y su mundo, inseparablemente, constituyen la vida de todo ser humano. El mundo de cualquier persona está conformado por muchas cosas: personas,

creencias, objetos, recuerdos, etc. que ayudan u obstaculizan a la persona en su desenvolvimiento. En palabras de Ortega y Gasset: “Somos la persona que vive una vida particular y concreta con las cosas y entre las cosas”. Sin conocer su “mundo” difícilmente se podrá conocer, realmente, a una persona y desde el punto de vista terapéutico cualquier acción podría ser ineficaz y en ocasiones hasta contraproducente (12).

Se vive permanentemente en *una situación vital* la cual es cambiante y dinámica ya que nuestra circunstancia en cualquier momento puede modificarse, bien sea por que varíen los elementos que la integran, o bien sea que cambien las relaciones existentes entre ellos; estos cambios darán lugar a un “reacomodo” de la situación en su conjunto, para bien o para mal, que determinará un proceso de adaptación a las nuevas condiciones. La llegada inesperada de un nuevo componente situacional como sería la irrupción de una enfermedad cambia en forma transitoria o permanente la situación vital como un todo. “La enfermedad le cambió la vida” es la expresión popular que resume esta tragedia. Como ejemplo podríamos señalar el *cambio* en cuanto a la percepción del transcurrir del tiempo: es el caso del hombre enfermo, cuando la finitud de la existencia se hace patente y el futuro se vuelve impredecible. La entrada del médico en el entorno del paciente está destinada a modificar la situación vital en la que la enfermedad lo ha colocado: sentirse dependiente, sentir disminuida su capacidad de decisión es quizás la minusvalía más dolorosa del hombre enfermo.

El ejercicio de la medicina está, necesariamente, sometida a los vaivenes del tiempo, a las ataduras de la época. Dado que la sociedad occidental ha cambiado de manera radical en las últimas décadas sería realmente sorprendente que no hubiese desajustes y problemas en el ejercicio de la medicina como profesión. El desarrollo de la medicina en la época moderna con sus impresionantes avances científicos sobre la enfermedad y sus innovadores tratamientos puede resultar desaprovechado si no es acompañado por un entendimiento de las necesidades y preocupaciones del paciente. Se ha señalado con insistencia que las actitudes y prácticas de gran parte de la medicina moderna han devenido en una profunda focalización en la enfermedad

y una creciente especialización eludiendo así el enfoque holístico que debe caracterizar todo diagnóstico clínico.

Mantener lo que podríamos llamar “la moral médica de cada día” requiere cabal comprensión de la de lo que significa el ejercicio de la Medicina como profesión. Existen factores que favorecen transgresiones de la ética médica. Marañón señala tres: a) burocratizar el ejercicio médico, la profesión se deshumaniza cuando se considera que la obligación del médico es “sacar trabajo”; tratar al paciente como un número y no como una persona b) exagerada confianza en los procedimientos técnicos en desmedro de la clínica y c) la exagerada afición a los bienes materiales (14). En su camino de tecnificación y especialización temática, la medicina empieza a ver al paciente como un objeto de estudio con el riesgo de la desaparición de *la persona* y en este sentido es indispensable reafirmar una realidad: ni las ciencias básicas por sí mismas ni la especialización del conocimiento médico son suficientes para comprender los propósitos, valores y proyectos vitales del ser humano aquejado de dolencias que lo inducen a buscar ayuda médica. Existe la opinión que los buenos médicos se tornan cada vez más raros, en tanto que la ciencia crece constantemente como saber.

Es oportuno citar algunos segmentos de la conferencia que el Profesor Pedro Laín Entralgo pronunció en el homenaje al Dr. Gregorio Marañón organizado por la Universidad de Chile en 1962: “Para el médico y para quien no lo es, la técnica pura, el mero “saber hacer” una cosa, es siempre faena secundaria. Muy valientemente lo proclamó hace años Marañón. “Hay que atreverse a decir muy alto — escribía — que, para el médico, la técnica es secundaria. En último término, no es su misión ejecutarla”. Considerada la relación entre el médico y el enfermo desde el punto de vista del médico, cuatro son, a mi entender, sus motivos principales. Dos de ellos nobles, aunque uno más que otro: el amor de misericordia a un hombre que sufre y la pasión por el conocimiento y el gobierno de la naturaleza. Dos, por otra parte, bastardos: la sed de lucro y de prestigio social y — a veces — un secreto apetito de seducción sobre la persona del enfermo. Todo lo cual permite decir, a título de conclusión previa: lo que en el encuentro

entre el médico y el enfermo es más propio y específico que uno de esos dos hombres esté enfermo y que el otro sea capaz de prestarle ayuda técnica, asienta sobre un fundamento genéricamente humano, el cual se configura según lo que para la persona del médico sea entonces el dolorido menester del paciente. Allende su especificidad médica, la relación médico-enfermo tiene un fundamento humano “Todas las lacras de nuestra medicina —escribió Marañón— pueden reunirse en las dos grandes manifestaciones del dogmatismo: una práctica, el profesionalismo; la otra, teórica, el cientificismo”. El profesionalismo consiste “en el intento, deliberado o no, de convertir en lucrativa, en fuente de riqueza, una profesión que, aunque legítimamente remunerada, debe tener siempre sobre su escudo el penacho del altruismo. El médico ha de vivir de su profesión, pero, lo esencial es que no haga nada, jamás, pensando en el dinero que lo que hace le puede “valer... El segundo término negativo: el fundamento de la relación médico-enfermo no debe ser, más aún, no puede ser, la pura pasión de conocer y gobernar la naturaleza. Creer lo contrario, pensar que la Medicina es una ciencia exacta y actuar en consecuencia frente al enfermo —con otras palabras: pretender ser un ingeniero del cuerpo del paciente—, es incurrir en el vicio del cientificismo, segunda de las formas cardinales de ese dogmatismo médico que Marañón con tanta justicia vituperó. Frente a estos dos términos negativos, he aquí el término positivo de la respuesta de Marañón: el verdadero fundamento de la relación entre el médico y el enfermo debe ser el amor de misericordia del médico al hombre de carne y hueso a quien el menester y el dolor han puesto en el trance de pedir ayuda técnica. Nadie ha sabido decirlo con palabras más hermosas que las de Gregorio Marañón: “Generosidad absoluta: esto es lo que hace respetable la actitud del médico”.

Considerar el aspecto sociocultural de la persona es imprescindible si se quiere conocer la persona en su realidad. El entorno de cada hombre constituye su *mundo o situación vital* lo cual se refiere esencialmente al conjunto de seres y cosas con los cuales la persona establece una relación significativa; ambas, la persona y su mundo, inseparablemente, constituyen la vida de todo ser humano. En palabras de Ortega y

Gasset “Somos la persona que vive una vida particular y concreta con las cosas y entre las cosas”. Sin conocer su “mundo” difícilmente se podrá conocer, realmente, a una persona y desde punto de vista terapéutico cualquier acción podría ser ineficaz y en ocasiones hasta contraproducente.

Se vive permanentemente en una situación vital la cual es cambiante y dinámica ya que nuestra circunstancia en cualquier momento puede modificarse, bien sea por que varíen los elementos que la integran, o bien sea que cambien las relaciones existentes entre ellos; estos cambios darán lugar a un “reacomodo” de la situación en su conjunto, para bien o para mal, que determinará un proceso de adaptación a las nuevas condiciones. La llegada inesperada de un nuevo componente situacional como sería la irrupción de una enfermedad cambia en forma transitoria o permanente la situación vital como un todo. “La enfermedad le cambió la vida” es la expresión popular que resume esta tragedia. Como ejemplo podríamos señalar el *cambio* en cuanto a la “percepción del transcurrir del tiempo”: es el caso del hombre enfermo, cuando la finitud de la existencia se hace patente y el futuro se vuelve impredecible. La entrada del médico en el entorno del paciente está destinada a modificar la situación vital en la que la enfermedad lo ha colocado: sentirse dependiente, sentir disminuida su capacidad de decisión, es quizás la minusvalía más dolorosa del hombre enfermo.

Todas estas las consideraciones nos acercan a la tesis propuesta por Alfred Tauber, médico- filósofo norteamericano (15) según la cual la Medicina es en su esencia un asunto de ética. En su opinión, que pudiera calificarse de “extremista” el Dr. Tauber propone que la ética no es una asignatura a ser cursada en el pregrado sino que constituye la naturaleza misma del ejercicio médico y que los fines de la Medicina como profesión deberían ser definidos desde el punto de vista ético Este enfoque es determinante para comprender, en su esencia, la práctica de la medicina: el médico no es un científico aunque tiene que utilizar continuamente los conocimientos científicos para el correcto ejercicio de su profesión. De acuerdo al Dr. Tauber la ética médica no son simples

normas destinadas a proteger a los pacientes, sino que constituye un enfoque filosófico que rige la relación médico-paciente y señala que la interacción entre el médico y el paciente es la base del “arte” de curar en todas las culturas, responde a un mandato moral. Afirma que, en realidad, es la relación médico-paciente, firmemente basada en la ética y no el aumento progresivo del conocimiento científico lo que asegura un genuino cuidado de la persona enferma y por ello, muchas veces se ha repetido que no basta ser técnicamente competente para ejercer la medicina, sino que el médico debe poseer, necesariamente, características morales imprescindibles para el ejercicio idóneo de la profesión.

REFERENCIAS

1. Pellegrino VAA. The philosophy of medicine reborn. University of Notre Dame Press; 2008.
2. Aranguren JL. Experiencia de la vida Madrid. Editorial Revista de Occidente; 1960.
3. Lain Entralgo P. El diagnóstico Médico Historia y Teoría. Salvat Editores; 1982.
4. Benaim Pinto H. Significado de la queja. UCV Ediciones del Rectorado; 1983.
5. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Editorial Espasa; 1998.
6. Borges Iturriza J. La ética y los médicos. Colección Razetti, Vol VII, Caracas: Editorial Ateproca; 2009.
7. Gómez Otto Lima. Vigencia de la aproximación clínica al paciente. Gac Méd Caracas. 1999;(207).
8. Borges I J, de Bastos M, Cotúa M. Situaciones Clínicas en Neurología. UCV Ediciones Consejo de desarrollo Científico y Humanístico. Caracas; 2007.
9. Damacio A. El cerebro creó al hombre. Editorial Planeta; 2010.
10. Sacristán JL. Medicina centrada en el paciente. Fundación Lilly; 2018.

11. Sir William Gowers 1845-1915. Heinemann Ed; 1945.
12. Bunge M. Filosofía para médicos. Gedisa editorial; 2000.
13. Citado por Julian Marías. Introducción a la Filosofía. Manuales Revista de Occidente; 1947.
14. Marañón G. Vocación y ética. Editorial Zigzag; 1935.
15. Tauber A. Confessions of a Medicine Man. MIT Press; 1999.