

EL OCASO ANTROPOLÓGICO

De la semiología en el acto médico
a la teleconsulta

Armando S. Andruet (h)



2

COLECCIÓN
ETHOS
CENTRO DE BIOÉTICA


EDUCC
EDITORIAL
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CORDOBA

Armando S. Andruet (h)

Presidente de la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba. Académico Titular en la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba. Profesor Titular de Filosofía del Derecho en la Universidad Católica de Córdoba. Profesor Titular de Historia de la Medicina en la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de Villa María (Córdoba). Director Honorario del Centro de Bioética de la Universidad Católica de Córdoba. Vocal y Presidente en retiro del Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Córdoba.

Contacto: armandoandruet@gmail.com

Andruet, Armando S.

El ocaso antropológico : de la semiología en el acto médico a la teleconsulta / Armando S. Andruet.
- 1a ed. - Córdoba : EDUCC - Editorial de la Universidad Católica de Córdoba, 2021.
Libro digital, PDF - (Ethos / 2)

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-626-463-1

1. Atención Médica. 2. Atención al Paciente. 3.
Medicina. I. Título.
CDD 362.19

Colección Ethos

Volumen 2. El ocaso antropológico. De la semiología en el acto médico a la teleconsulta

Centro de Bioética de la Universidad Católica de Córdoba

De esta edición:

Copyright © 2020 by Editorial de la Universidad Católica de Córdoba.

Maquetación interior y arte de tapa: Gabriela Callado.

Todos los derechos reservados – Queda hecho el depósito que prevé la ley 11.723



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA**
JESUITAS

Obispo Trejo 323. X5000IYG
Córdoba. República Argentina
Tel./Fax: +(54-351) 4286171
educ@ucc.edu.ar - www.uccor.edu.ar



Centro de
Bioética

EL OCASO ANTROPOLÓGICO

De la semiología en el acto médico a la teleconsulta

Armando S. Andruet (h)

ÍNDICE

1. El contexto pandémico	3
2. La medicina en la historia	5
2.a. Paradigma socio-sanitario-cultural de base teúrgica	8
2.b. Paradigma de la medicina racional	9
2.c. Paradigma de la medicina biomédica	11
3. Las diversas especies de relación médico-paciente	15
4. Identificando la telemedicina en la relacion medico-paciente	26
5. Actos médicos y actos sanitarios. Significados en la relación médico-paciente	30
6. La teleconsulta y la relación medico-paciente	42
Referencias bibliográficas	51

1. EL CONTEXTO PANDÉMICO

Naturalmente como en todas las cosas, hay un momento oportuno para ser ellas consideradas o abordadas como punto de una reflexión académica. Sin duda que el tiempo presente donde el mundo está conmocionado por una epidemia primero y pandemia después, que se iniciara con sus primeras demostraciones externas a finales del 2020, nos han marcado de tal manera que muy probablemente, y tal como lo hemos dicho en otro lugar (Andruet, 2020), no solo que ella nos está anunciando el cambio de una era, sino que además muy probablemente será de una casi imposibilidad que alguien se pueda referir a cualquier cuestión tanto importante como trivial sin antes ubicarnos en el contexto pandémico desde el cual se escribe, dice o reflexiona (Calvo, 2020). De la misma manera que Theodor Adorno dijera que después de Auschwitz no se puede poetizar, bien se podría decir que luego del SARS-CoV-2 tampoco se puede pensar algo, como si ella no hubiera existido¹.

Ello naturalmente que coloca desde el inicio una suerte de contaminación a todo el espectro reflexivo que se quiera tener. Nadie puede obviar las micro-revoluciones culturales que la enfermedad del COVID-19 nos ha dejado en la totalidad de campos que uno quiera pensar, y que se inician con la biología, se suceden con la medicina, se expanden a la economía y la ecología y, desde allí, sin duda que se entifican en todo aquello que implica una acción humana que esté por detrás. No hay disciplina social y/o profesional, arte, oficio o práctica –humana, mecánica, digital, electrónica– que no haya tenido que redefinirse de alguna manera para poder intentar seguir marchando (Žizek, 2020).

No necesariamente ello por un solo y excluyente afán de lucro o de evitamiento de mayores derrotas económicas, sino porque la necesidad del funcionamiento del mundo lo imponía de esa manera (Loewe, 2020). Así es como los ámbitos de las telecomunicaciones fueron sin duda uno de los capítulos que bien puede decirse salvaron al planeta y no la biología molecular como se podía presumir. La muestra acabada de ello es que los desarrollos de las vacunas si bien están avanzados –si consideramos los desarrollos que hemos alcanzado en las diferentes fases de la investigación clínica–, dada la verdadera condición de excepcionalidad sanitaria en la cual el planeta se encuentra, tienen aún un resultado insatisfactorio. A ello hay que agregar que es muy probable que hasta el próximo invierno –sobre fines del 2021– no se alcancen resultados efectivos, coincidiendo así con el verano austral del hemisferio sur se habrá podido hacer algún tipo de vacunación de naturaleza masiva en el planeta; para lo cual la eficacia de contratación y logística que cada uno de los países haya puesto en ello será también demostrativo de la capacidad que los gobiernos han tenido en la gestión de conducción en situaciones sanitarias adversas.

¹ “Cuánto más total es la sociedad, tanto más cosificado está el espíritu, y tanto más paradójico es su intento de liberarse por sí mismo de la cosificación. Hasta la más afilada conciencia del peligro puede degenerar en cháchara. La crítica cultural se encuentra frente al último escalón de la dialéctica de cultura y barbarie luego de lo que paso en el campo de Auschwitz es cosa bárbara escribir un poema, ese hecho corroe incluso el conocimiento que dice por qué se ha hecho hoy imposible escribir poesía” (Adorno, 1969, pág. 203).

La microbiología y la biología molecular nos proponían la creación de la vida artificial, como también la utilización de las tijeras enzimáticas para hacer cortes y ediciones de genes y con ello revertir enfermedades severas de las personas² o sencillamente potenciar las propuestas de la llamada medicina del deseo (véase Rose, 2012, pág. 35) o los designios siempre aspirables de una medicina que alcanzara la resolución del concepto de salud total (Sfez, 2008).

Sin embargo sucedió todo lo contrario, los servicios públicos y privados de salud, por las características propias del virus en cuestión, quedaron en la mayoría de los países colapsados y tuvimos imágenes –algunos como protagonistas de la tragedia– que retrocedían el tiempo varios siglos atrás, cuando la medicina era escasamente una cierta higiene y dietética (Procopio, 2000; Tucídides, 1976; Delumeau, 2019) y se mostraba entonces un abarrotamiento de cadáveres en las calles, en cámaras de conservación improvisadas y cementerios saturados. Enfermos moribundos en los pasillos de los hospitales y médicos inanes frente a la muerte indomable que el COVID-19 imponía, primero a franjas etarias bien definidas y luego con el tiempo con mucha más aleatoriedad a cualquiera de ellas (Agamben, 2020).

Ante ello, ni los médicos ni la medicina brindaban una respuesta posible de encontrar una vía de solución terapéutica y finalmente lo que se esperaba era encontrar los caminos paliativos de menor sufrimiento y antes que todo la práctica de la prevención mediante el confinamiento o cuarentena que en cada uno de los países se ponderó de manera diferente en cuanto a su modalidad y con resultados completamente dispares, aún bajo las mismas circunstancias operativas (Zizek, 2020; Calvo, 2020). Con ello quedaba demostrado que el patrón realizativo del virus todavía era muy ignorado y con la gravedad que desafía con severidad al sistema inmune de las personas puesto que haber estado enfermo y repuesto, no impedía que en poco tiempo se volviera a contraer la enfermedad, a más de las mismas variaciones y/o mutaciones que el virus va produciendo y de que no se conoce a ciencia cierta si las vacunas en administración serán inmunitarias a estas.

En realidad, no se puede ignorar la conmoción no solo en las personas por la enfermedad sino en las mismas instituciones sanitarias, que tienen que controlar los procesos adversos de los nuevos fármacos, en este caso vacunas, que han debido violar en modo expreso una larga tradición que desde varias décadas se venía consolidando en defensa de los derechos humanos de las personas sujetas a investigaciones experimentales. A decir verdad, en el mundo, aunque en algunas geografías más que en otras, a partir de dichas exigencias, y como fruto de la necesidad de satisfacer la recuperación sanitaria de las personas, se han procesado, producido y administrado vacunas, sin todos los tramos debidamente cumplimentados según protocolos consolidados. El costo de ello, y ojalá que no haya ninguno, no se advertirá inmediatamente sino a mediano plazo, pero

² El Nobel de Química ha premiado este año la creación de las revolucionarias “tijeras genéticas” CRISPR / Cas9, con las que la francesa Emmanuelle Charpentier y la estadounidense Jennifer Doudna han reescrito el código de la vida. “Esta técnica revolucionaria permite cortar y pegar el ADN a voluntad y editar cualquier forma de vida con una sencillez, rapidez y eficacia extraordinarias. Entre su potencial, el de mejorar cultivos e incluso resucitar especies. Pero lo que es más emocionante, esta tecnología contribuye al desarrollo de nuevas terapias contra el cáncer y puede hacer realidad el sueño de curar enfermedades hereditarias, explican desde la Real Academia de las Ciencias sueca”.

la fuerza de la economía global pudo más que cualquier derecho humano de personas sujetas a investigación (Amiel, 2014).

El planeta al fin, desde el inicio del año 2020, está bajo la coordenada maligna de uno de los resultados más saludables que la unificación microbiana ha producido: el COVID-19 (Le Roy Ladurie, 1988). Y seguramente que todavía estará por mucho tiempo más y con otras también nuevas pandemias (Andruet, 2020).

2. LA MEDICINA EN LA HISTORIA

No corresponde que siquiera esbochemos la idea de hacer un recorrido histórico de la medicina, puesto que el tema que nos convoca es otro, de cualquier modo siempre es útil recordar que ella –como señalaba el ilustrado Henry Sigerist– tiene un rostro jánico:

por una de sus caras mira con los ojos del médico hacia el porvenir; la otra se halla vuelta hacia el pasado, y con los ojos del historiador trata de poner luz en lo que fue. Mas también aquí deberá salir airosa de una prueba, porque habrá de mostrar si el renacimiento del espíritu que hoy se vive en todos los dominios del saber está pasando de largo para ella; es decir, si en el fondo no quiere otra cosa que alinear hechos tras hecho con mentalidad positivistas, o si en verdad es capaz de interpretar el pasado, vivificarlo y hacerlo fecundo para el logro de un porvenir mejor. (Sigerist, 1928)

Sin embargo, no podemos dejar de señalar que, desde nuestra perspectiva, desde hace varios años a esta parte, la utilización del conjunto integrado de la telemedicina nos ha traído preocupaciones de todo tipo; y que ellas se han visto potenciadas, cuando su uso y fruto de la pandemia se ha generalizado en modo exponencial y en función de lo cual también se ha naturalizado de una manera notable. Quizás los tiempos de pandemia permiten señalar que los relacionamientos de las personas por vía de las comunicaciones digitales en todo el espectro posible han ocupado un lugar de absoluto desarrollo.

Lo cierto es que la utilización de la llamada “telemedicina”³ implica un hito tan importante en el proceso histórico que tiene la medicina que, como tal, nos impone tener que hacer algunas referencias a los momentos históricos anteriores, solo para poder marcar desde ellos que por muchas razones no se trata meramente de un progreso más de la medicina.

³ “Así, en sentido estricto, telemedicina significa ‘medicina a distancia’. Existe una cierta discusión sobre la utilización de la palabra que haga referencia a este concepto; unos autores hablan de telemedicina, buena parte de los autores canadienses proponen telesalud y la tendencia en Europa se inclina por la expresión ‘aplicaciones telemáticas para la salud’; en otros ámbitos se prefiere el término e-Salud. Aunque esta última expresión parece la más ortodoxa, cualquiera de las formas alude al mismo concepto” (Moreno Ortega, 2013, pág. 312).

Por caso, si el día de mañana se encuentran los procedimientos operativos y las terapéuticas adecuadas para el tratamiento y cura definitiva del cáncer, será sin duda ello un gran acontecimiento, pero no implicará tan importante suceso el advenimiento de una nueva época en la medicina, ello así, porque siempre la medicina va cumpliendo con los propósitos del mejoramiento de la cura de las enfermedades, pues ello está instalado en su misma matriz y si bien conoce la disciplina galénica lo imposible que resulta que las enfermedades completamente desaparezcan, sin lugar a dudas que en el decurso histórico se van produciendo las debidas transformaciones de los agentes nosológicos.

El médico de la segunda mitad del siglo XX está orientado por los principios siguientes, cargados de promesas: a) Existe un principio de que no hay enfermedad mortal. El hecho de que nuestras técnicas terapéuticas, que progresan rápidamente, no puedan salvar a un enfermo de cáncer (...), no prueba que la ciencia médica no será capaz de curar tal enfermedad en un tiempo futuro b) En principio, no hay enfermedades que deban aparecer (...). c) En principio, no hay enfermedad incurable. Las enfermedades que hoy son llamadas incurables, a su debido tiempo, más pronto o más tarde, serán convertidas en técnicamente curables. (Häring, 1972, págs. 34-35)

En ello la esperanza que todos en el tiempo presente abrigamos, de que el COVID-19 sea especialmente vencido; lo cual en términos absolutos no deja de ser completamente diferente a lo que siempre la sociedad se ha entregado en tiempos de desesperación: contar con la esperanza de que mañana las cosas serán mejores.

Podrá el hombre esperar hoy esto y mañana lo otro; podrá ser más o menos vigoroso y emprendedor el ímpetu de su ineludible versión hacia el futuro, y más o menos firme su confianza en la definitiva consecución de lo que espera; pero, en cuanto ser viviente, el hombre no puede no esperar, existe y tiene que existir esperando: por eso he dicho que la espera es un hábito constitutivo de su primera naturaleza, uno de sus “modos de ser” más radicales y permanentes. (Laín Entralgo, 1958b, pág. 539)

Naturalmente que la telemedicina está instalada desde antes de la pandemia, pero ella ha sido quien la ha puesto en un terreno en donde su valor se ha cotizado de gran modo, puesto que los extensos períodos de confinamientos domiciliarios de las personas implicaron el desarrollo de este tipo de realizaciones no presenciales y en muchas ocasiones fue esta la única vía habilitada para tener una orientación médica respecto a una cierta patología.

Sin embargo, hay que señalar que en nuestra opinión la telemedicina implica un paradigma diferente en la realización sanitaria, puesto que es el componente tecnológico el que se inscribe como soporte de la realización histórica y secular de la relación médico-paciente. O sea que no se trata de un mero desarrollo tecnológico que ayuda a una mejor terapéutica o diagnóstico, sino que es el emplazamiento de la relación médico-paciente sobre un soporte comunicacional diferente al que se viene utilizando inveteradamente. Esto es, se ha promovido fuertemente por la pandemia un abandono del entorno presencial para la relación médico-paciente por uno que es digital, sin perjuicio que digamos que este pueda ser sincrónico o asincrónico. La telemedicina al final de cuentas no es otra cosa que tecnología aplicada al ámbito de las ciencias de la salud,

especialmente significativa en cuanto que modifica el vector mediante el cual se cumple la relación médico-paciente: de la presencialidad a la no presencialidad.

En muchos lugares pareciera que no se ha cuestionado suficientemente la importancia que la telemedicina tiene, en orden a la mutación que en la relación médico-paciente viene a producir: deja de ser ella presencial para ser virtual y ello transforma los criterios más clásicos que la medicina ha venido sosteniendo en los últimos veinticinco siglos. No se trata del advenimiento de un importante instrumento o artefacto tecnológico que la medicina moderna ha desarrollado y que debería causar seguramente la misma sorpresa e incertidumbre que habrá motivado el procedimiento que puso en marcha René Laënnec (1721-1786), cuando inventó en 1816 la práctica de la escucha del cuerpo con aquel rollo de caña en su oído y que luego el desarrollo tecnológico lo convertiría en el instrumento de compañía necesaria –al menos al médico clásico– como es el estetoscopio⁴ o cuando Konrad Röntgen (1845-1923) en el año 1895 diera la memorable conferencia en la que señaló las propiedades de los rayos X. Los historiadores sostienen que aquel descubrimiento implicó una influencia en la medicina más profunda que cualquier otro hasta dicho momento; era en verdad la introducción de la tecnología en sentido pleno en su seno realizativo, por ello en 1901 recibiría Röntgen el Premio Nobel de Física y con el cual se inaugura lo que terminará siendo uno de los espacios más vitales para la práctica médica moderna con la asistencia tecnológica como es la imagenología⁵.

Sin duda que fue cualquiera de ellos de gran valor para la medicina y el desarrollo de nuevas maneras en que la relación médico-paciente se habría de cumplir, atento a la incidencia que en la práctica médica habrán de venir a producir. Mas lo cierto es que en ningún caso tales adelantos tecnológicos vinieron a significar que la medicina esencialmente venía a ensayar un criterio diferente o contrario a lo que como tal existía. Claramente se inscribían como avances de la tecnología aplicada a la medicina, y no la sustitución tecnológica de la manera de cumplirse con la relación médico-paciente y que, aunque parezca una obviedad decirlo, es ella el registro inconvencible –más allá de las diversas formulaciones que de ella podemos advertir (véase Andruet, 2004, pág. 49; Lugo, 2001; Simón, 2000; Vidal y Benito, 2010)– de qué cosa es la medicina, cuando

⁴ “Según relató él mismo, estaba examinando a una joven en la que sospechaba un problema cardíaco, pero como la muchacha era corpulenta la percusión no ayudaba. Pensó en colocar el oído directamente sobre su pecho para hacerse una idea más precisa del estado de su corazón, pero el decoro imponía prudencia. Entonces enrolló una libreta hasta formar con ella un cilindro, puso un extremo sobre el pecho de la joven, acercó el oído al otro y se quedó pasmado al escuchar el latido de su corazón (...) El método de Laënnec era la correlación clinicopatológica (...) tuvo que inventarse palabras para describir los sonidos que oía: estertores, crepitaciones, murmullos, pectoriloquia, broncofonía, egofonía (...) daría más adelante a su cilindro el nombre de estetoscopio (de los términos griegos para ‘pecho’ y ‘explorar’)” (Duffin, 2018, pág. 298).

Adviértase ahora en orden a lo que habremos de señalar más atrás, respecto a la matriz tecnológica que se proyecta en el ámbito médico, una crítica y la respuesta que a ella Laënnec realiza: “me agradan especialmente las desventajas que (Mérat) le encuentra a una técnica puramente mecánica, que habrá de apartar a los médicos de sus magistrales conjeturas sobre el pulso, la facies y el excremento. Es idéntico a negarse a cruzar París a toda velocidad en un cabriolé por temor a perder la posibilidad de andar con pies de plomo evitando las bostas de la calle” (Duffin, 2018, pág. 300).

⁵ Señala el *Diccionario de la lengua española* que “imagenología” se refiere a “1. F. Med. Estudio y utilización clínica de las imágenes producidas por los rayos X, el ultrasonido, la resonancia magnética, etc.”.

confrontamos la respuesta desde el lugar de quien puede curar y quien quiere ser curado (Laín Entralgo, 1969).

2.a. Paradigma socio-sanitario-cultural de base teúrgica

Bástenos a los efectos del presente ensayo recordar que antes de Hipócrates las cuestiones referidas a la salud y la enfermedad de las personas eran un tema que estaba en rigor de verdad más allá del cuerpo humano y que se instalaba en la misma voluntad de los dioses. Estábamos frente a lo que nosotros consideramos un modelo del paradigma que podríamos denominar *socio-sanitario-cultural de base teúrgica* toda vez que era la voluntad de los dioses la responsable de la enfermedad de las personas y también de su curación (Gil, 1972).

El culto a Asclepios constituyó el origen de la medicina mágica tradicional helénica en que se escogía para su adoración lugares especiales seleccionados por su belleza natural, sus aguas puras y a veces termas, escenarios aptos para la curación de los males y que ordinariamente se componían de una serie de instalaciones y edificaciones entre las cuales figuraban en forma prominente el templo del propio dios o “abaton” en donde se adoraba una estatua de él mismo; en terrenos adyacentes había locales en que se iban a alojar los enfermos. Durante algunos días se preparaban a los pacientes a base de alimentos especiales, de baños y ceremonias de tipo purgativo o de purificación, asistiendo a ritos, actividades y eventos que tenían lugar en los diversos locales (...) La parte mágica de las curas de Asclepio tenía lugar en “abaton” o santuario y de acuerdo con las leyendas, por medio de la intervención del propio dios, durante el sueño del doliente; este sueño terapéutico era favorecido con la toma de ciertas drogas y se consideraba que en medio de este sopor se le aparecía al paciente, el dios mismo, muchas veces acompañado de Higia y a veces de la serpiente, y así se realiza la curación. (Barquin, 1977, pág. 113)

Los hombres podían tratar de hacer algunos aportes menores, pero en realidad no son sino los dioses los que curan, el peregrinar que la literatura nos relata de los enfermos a Epidaurus –sitio que todavía se puede visitar en Grecia con su magnífico teatro de 14000 asientos– al santuario y templo de Asclepio, y las curas que en este se realizan, intermediadas todas ellas por la Sibila, son la muestra más efectiva de un modelo sin duda mágico (Kerényi, 2009) de entender la medicina y que luego pasará a una etapa de mayor técnica. Con los años, nuevas técnicas irán superando las anteriores (Sedgwick y Tyler, 1950; Munford, 1982).

Naturalmente que el modelo de esta relación entre el “curante” (para no decir médico) y el enfermo, era una relación intermediada por un interlocutor de Asclepio –que era la Sibila– y por ello no era ella quien conocía el cuerpo del enfermo y podía hacer diagnóstico y orientar su terapéutica sino solo el brazo ejecutor de los designios del dios y si bien podía llegar a recomendarse algún tipo de terapéutica sobre el cuerpo, lo que estaba claro era que no asumían dichos “médicos-sacerdotes” ningún grado de relación de naturaleza personal con el enfermo. La relación del enfermo era con su curante Asclepio, intermediada por los médicos-sacerdotes. Ello lo conocemos como la medicina teúrgica y a la vez un tipo de relación médico paciente de tipo mágica, aunque huelga señalar que no por ello había ignorancia de la anatomía y fisiología humana y de ella la

obra de Homero es por demás elocuente elemento de análisis (véase Albarracín Teulon, 1972).

Escribe Pedro Laín Entralgo:

donde resulta más claro y decisivo este descubrimiento de la relación esencial entre la apariencia y la propiedad –primer fundamento de la futura visión “científica” de la naturaleza– es en los versos en que Homero describe la hierba que ha de liberar a Ulises del encantamiento de Circe: “Cuando así hubo hablado –dice Ulises–, Hermes me dio el remedio, arrancando de la tierra una planta cuya naturaleza (physis) me enseñó. Tenía negra la raíz, y era blanca como la leche su flor; llámanla ‘moly’ los dioses, y es muy difícil de arrancar para un mortal”. (1958a, pág. 31)

Con Hipócrates dicho modelo comienza un proceso de transformación y la medicina se vuelve racional y, por ello, se da por superado –al menos en ciertos ámbitos más eruditos– que los dioses tuvieran la incidencia en la salud de las personas y que fuera su designio el que emplazara la enfermedad o después su superación. La enfermedad, esto es, el fenómeno nosológico, es resultado de algún agente exterior al cuerpo que lo afecta y/o invade o es un producto del mismo cuerpo que lo hace y lo afecta como tal.

2.b. Paradigma de la medicina racional

De esta manera se está presentando un segundo paradigma en la historia de la medicina como es el advenimiento de la *medicina racional* y con ella se inaugura un modelo de relacionamiento médico-paciente que habrá de pervivir con algunas transformaciones operativas hasta el tiempo presente. En rigor, dicho encuentro será por de pronto entre dos hombres en condiciones muy diferentes, uno enfermo y otro dispuesto a curar al anterior y, para lo cual, habrá de utilizar prácticas, procedimientos y elementos que acorde la misma evolución de la medicina como disciplina habrán de ser diferentes y que serán a la vez los que van colocando los siguientes paradigmas denominativos de la medicina en el curso de la historia (Laín Entralgo, 1982b).

Así es como sucederá a la *medicina racional* hipocrática la *medicina experimental* que con Claude Bernard (1813-1878) se inaugurara sobre la segunda mitad del siglo XIX (Bernard, 1944), toda vez que si bien el nombrado colocó el foco de su desarrollo en el estudio del funcionamiento de la fisiología humana, pues importó para ese mejor conocimiento que fuera la medicina quien aspira a desarrollar certezas acerca de su capacidad curativa, y con ello, se comenzaron a desarrollar los caminos que en alguna medida estaban promoviendo las pruebas de los desarrollos y exploraciones experimentales y en el camino de la prueba/error.

Recuerda Robert Blanché que el experimento en la física en el siglo XVII no era una cuestión verdaderamente novedosa, puesto que ya Roger Bacon en el siglo XIII se había ocupado de este, sin embargo destaca que dicho experimento en el siglo XIII aludía a un conjunto de procedimientos alquímicos y poco experimentales. Para luego señalar que la diferencia fundamental está, como lo explicará más tarde Claude Bernard, entre hacer una observación y recurrir a la experiencia.

Hacer una observación es el punto de partida del método: la comprobación del hecho que sugiere la idea. Si esta comprobación versa casi siempre sobre los fenómenos tal como se ofrecen por sí mismos a nosotros, nada impide que un experimento pueda también ser su ocasión, o aún que esta ocasión sea expresamente instituida para hacer la observación más precisa. En los dos casos, la función es la misma: plantear el problema. Pero después de haber imaginado o una solución posible a título de hipótesis más o menos verosímil, será necesario controlarla, ponerla a prueba, y para esto recurrir al experimento para saber si éste concuerda con las consecuencias de la hipótesis. (Blanché, 1972, págs. 48-49)

Naturalmente que la medicina experimental implicó un salto cualitativo por demás importante para el mismo desarrollo de la práctica médica; pero no por ello, la relación médico-paciente perdió su manera realizativa como venía siendo cumplida desde casi 20 siglos atrás. La modificación se producía en la manera mediante la cual la medicina se ocupaba de hacer el abordaje de la materia sometida a su estudio, esto es, el cuerpo; pero la relación médico-paciente seguía siendo cumplida de igual modo. La experimentación que hacían los estudiosos de la medicina no alteraba la manera en que se relacionaba el médico con los pacientes.

En realidad solo se habrá de producir una suerte de transformación operativa –aunque no sustancial–, cuando se comience a desarrollar otro modo de cumplir lo que hasta hoy conocemos como la semiología y, por la cual, la práctica de la clínica por parte del médico se habrá de hacer mucho más evidente y vigorosa. Se ha significado la trascendencia de la clínica de la siguiente manera:

La clínica es pues la primera dimensión, la dimensión estrictamente médica de la relación sanitaria. Ahora bien, para llevar a cabo su labor, el médico ha de escuchar al paciente, ha de hacerle algunas preguntas, quizá ha de someterle a algún tipo de prueba, para lo cual ha de pedir su consentimiento. Es el comienzo de una verdadera ‘relación’ clínica entre el médico y el paciente, o lo que es lo mismo, de una verdadera relación humana. De ella depende en gran medida la “calidad” asistencial, y por eso constituye la segunda dimensión de la relación clínica, la dimensión moral (Pose, 2009, pág. 37).

Pues el cuerpo del enfermo era en sí mismo el campo de estudio que el médico exploraba y examinaba y sobre el cual colocaba la totalidad de sus sentidos en atención, para poder leerlo en su completitud, sea ello con el tacto, la vista, el oído, el olfato y el gusto. Esa clínica –que si bien hundía sus raíces en la misma medicina hipocrática– sin duda no emergería con las cualidades vigorosas de la modernidad sino hasta el siglo XVIII y no es otra cosa que la mirada médica “que abre el secreto de la enfermedad, y esta visibilidad es la que hace a la enfermedad penetrable a la percepción. En la tradición médica del siglo XVIII, la enfermedad se presenta al observador de acuerdo con síntomas y signos”. (Foucault, 2006, págs. 130-131)

Esa relación médico-paciente vendría por aquellos siglos y especialmente gracias a los aportes brindados para el ámbito de la ética por Emanuel Kant (1724-1804), que luego se fueron extendiendo al ámbito de la política y el derecho, y que recién habrán de tener impacto en el ámbito de las prácticas médicas en la media centuria del siglo XX, como es, la toma de relevancia en el marco de la relación médico-paciente a la autonomía de la voluntad del agente enfermo (Simón, 2000). Huelga considerar que

había tenido hasta dicha fecha, en la mencionada relación, un peso gravitante y definitivo el criterio médico por encima del juicio del paciente, esto es, un claro ejemplo de paternalismo; y que por diversos sucesos que tardíamente se presentan en el ámbito de lo sanitario, comienza a provocar una transformación profunda en la relación médico-paciente.

Se produce, de esta manera, una importante transformación de roles activos y pasivos en dicha relación, abandonando allí la que se representa bajo el modelo de paternalismo médico por su antítesis de autonomismo del paciente y que luego todavía habrá de mutar a otro modelo de mayor coordinación de naturaleza de tipo administrativa-legal, en el que sus diversos momentos se encuentran claramente protocolizados a los efectos de asegurar que dichas prácticas profesionales se cumplan al amparo de las legislaciones respectivas.

2.c. Paradigma de la medicina biomédica

Sin embargo, es de advertir los avances que se han producido con ulterioridad al descubrimiento de la función de la doble hélice del ADN y luego a la decodificación completa a comienzo del siglo XXI del genoma humano, y posteriormente las diversas maneras de hacer ediciones genéticas en la naturaleza humana; pues se produce un nuevo momento para la medicina, que, diríamos, es el primero desde Hipócrates en adelante que pone en juicio la sustantividad de la relación médico-paciente con independencia de cuál sea el polo que tiene gobernanza en ella. Pues ahora la relación médico paciente tiene en ciertos ámbitos terapéuticos una naturaleza cuasi secundaria, toda vez que en gran medida el desarrollo de la medicina genómica está instalado en lo profundo de la naturaleza biológica de cada persona.

Se les ha develado a los profesionales de la salud un mundo inconmensurable más allá del cuerpo como unidad, que se abre con la biología molecular, y que es un espacio que en una buena medida es realizado médicamente, separado de la corporeidad individual. Así entonces, se advierte que el concepto del cuerpo del enfermo ha tenido una transformación importante en el marco de la relación médico-paciente: no es todo el cuerpo, sino un fragmento biológico de este, pero a la vez, puede comprenderse cuasi como universal de dicha corporeidad singular. La medicina entonces ha ingresado en un nuevo *modelo paradigmático* “*bio-médico*” que está siendo reflejado también en los ámbitos académicos, puesto que las facultades de Medicina en general se comienzan a nombrar como facultades de Biomedicina. De cualquier modo, se debe destacar que la relación personal médico-paciente subsiste, aunque los niveles de atención al cuerpo del enfermo como conjunto son de menor entidad, puesto que prioritariamente ello está significado por la realización de lo biológico.

En paralelo con ello, se habrán de producir promediado el siglo XXI avances completamente trascendentes en la tecnología médica, especialmente en el ámbito de la exploración del cuerpo y la realización curativa de enfermedades complejas; con la asistencia de equipos de alta tecnología dotados de información acumulada de millones de

casos que pueden ser secuenciados mediante inteligencia artificial (IA), se alcanzarán los resultados más exitosos posibles (Boden, 2017; Brighton, 2019).

Todo lo cual, ha ido cimentando

la idea generalizada en muchos países de que el lograr una vida “cada vez mejor” depende de la tecnología, está influyendo perniciosamente en la gente y contribuye a generar la falsa premisa de que existe el “progreso” ilimitado (...) es innegable que cada vez con mayor intensidad hay una estrecha interrelación entre la ciencia biomédica y la tecnología, que no creo se vaya a modificar y sin duda puede ser muy beneficiosa, aunque en algunos casos también perjudicial. Pareciera que para alcanzar un progreso importante la ciencia necesita hacerlo a través de tecnología nueva y compleja. (Ceriani Cernadas, 2009, pág. 175)

En muchas ocasiones, dichos progresos médicos no serán un mero y razonable juicio de pronóstico médico, sino uno tal, procesado por inteligencia artificial; el cual se habrá de cumplir en tiempos minúsculos y por lo tanto con una posibilidad de éxito cuasi asegurado.

Tales transformaciones son de tanta envergadura y trascendencia que serán por vez primera los que habrán de venir a efectuar después de veinticinco siglos de medicina a lo largo de los cuales se ha sostenido la relación médico-paciente, un punto de inflexión y de quiebre de esta, puesto que dicha realización primariamente humana estará siendo amenazada por la tecnociencia médica y en tal tránsito consolidar aquellas características objetivas del progreso tecnocientífico, esto es: intermitencia –o sea que dicho proceso no es regular y continuo sino que está sujeto a vicisitudes– y, por la otra, a su carácter de expansividad en el espacio, o sea que un progreso en cualquier ámbito disciplinar tiene sus efectos de corrimiento y aprovechamiento en cualquier otro y por ello es que se produce una suerte de colectivización de la técnica (Laloup, 1959, pág. 63 y ss).

Autores clásicos han llegado a identificar a la misma medicina con esa relación humana que sobre los años sesenta del siglo pasado habrá de entrar en crisis. Así Mariano Castex (1960, pág. 21) ha señalado que a su entender “el término Medicina en sentido estricto implica una relación. Un contacto de hombre a hombre, de persona humana a persona humana. Medicina implica un acto que abarca dos seres estrechados por un lazo mutuo, aun cuando no estén en un mismo pie de igualdad”.

Pues dicha relación en alguna medida –fruto de la afectación tecnocientífica de la medicina– se ha vuelto más semejante a lo que era antes de ser propiamente relación médico-paciente, como lo era en el inicio, esto es, aparentemente mágica. Aunque también hay que decirlo, que ahora lo es con un resultado positivo en tanto que es operativamente efectivo y procedimentalmente cumplido; pero como en la otrora ocasión, el encuentro médico-paciente no es meramente intermediado por un instrumento mágico –bailes, somníferos, aromas y hechizos– sino que está cumplido exclusivamente por instrumentos tecnológicos.

La tendencia a la deshumanización tecnológica supone la introducción de la técnica como interfase entre el médico y el paciente. No solo se tecnifica el acto de cuidar y tratar a los pacientes sino que, en ocasiones, la tecnología tiende a invadir y a ocupar todo el ámbito relacional entre profesionales y pacientes. De

esta forma, la interfase tecnológica se extiende también a las relaciones entre administrativos y pacientes. (Jovell, 2012, pág. 348)

La medicina mágica está intermediada por la figura del hechicero y/o chamán, sin él, no hay camino posible de curación; dicho personaje es el instrumento de los dioses para la cura, su rol es de un objeto y lejos de cualquier ámbito de su mismo gobierno, el problema es el mismo sujeto, un cuerpo que está actuado por dicho poder divino⁶.

Una cuestión naturalmente diferente es que el instrumento, ahora tecnológico, promueve una mejor realización eficaz del resultado de la relación médico-paciente. El médico que actúa dichos instrumentos para una realización de la práctica del acto médico, sea un estetoscopio o un aparato de laparoscopia, es siempre quien gobierna y quien puede utilizar procedimientos conjuntos para brindar fortaleza o debilidad a lo que el instrumento le está ofreciendo como situación fáctica, es decir, puede hacer actos complementarios porque en realidad el que tiene la gobernanza del acto es el médico. Quien hasta podría prescindir del instrumento si fuera necesario.

Resulta entonces conveniente, a los fines de fortalecer las tesis que habremos de señalar más abajo, indicar que la misma apreciación que le brindemos al constructo de “acto médico” permitirá precisar los alcances ulteriores de una relación médico-paciente y, en ella, el lugar que en realidad puede tener la teleconsulta. A tales efectos, la aproximación clásica de Pedro Laín Entralgo es un muy buen criterio orientativo y, como tal, pocos médicos estarían en desacuerdo con ella. Dice que

la relación entre el médico y el enfermo se realiza factualmente en el acto médico. Utilizando una expresión que en la regulación de los honorarios profesionales se ha hecho tópica, llamo así al contenido de cada uno de los lapsos temporales en que la inmediata relación entre el médico y el enfermo no sufre interrupción: el tiempo dedicado a cada paciente en el consultorio privado, en el ambulatorio de la asistencia social o en la policlínica universitaria, el que dura la detención del clínico ante la cama durante la visita hospitalaria, etc. En este sentido, no son verdaderos actos médicos –sólo son prácticas auxiliares de ellos– la obtención de una radiografía, la práctica de una biopsia o la toma de sangre para un análisis inmunológico o bioquímico. (Laín Entralgo, 1985, pág. 362)

Retomando el sendero anterior, antes de la breve acotación sobre el acto médico, decimos que otra situación completamente diferente es cuando el instrumento tecnológico es quien sustituye la razón misma de la relación médico-paciente como encuentro de tipo personal –de dimensionalidad antropológica– y, por lo tanto, ella se vuelve posible de ser obviada y en tales circunstancias la aproximación figurativa en el modelo de una medicina mágica se vuelve más próxima, aunque naturalmente su resultado terapéutico sea completamente exitoso.

Adviértase que no se trata de que por primera vez en la historia de la medicina sea la relación médico-paciente objetivada con algún tipo de instrumento tecnológico que permite cumplir determinadas etapas del proceso de diagnóstico por caso. Pues la prueba más evidente está en que la práctica cuasi corriente del requerimiento en la con-

⁶ Para distinciones y análisis, se puede leer con interés a Kurt Pollak (1969, pág. 27 y ss).

sulta de una práctica de laboratorio y eventualmente una imagen como cuestiones muy rutinizadas, tanto por los médicos en solicitarla y los enfermos en aceptarla sin sorpresa alguna, supone también que son procesos altamente secuenciados y automatizados, especialmente el de laboratorio de rutina; pero ellos no son los elementos que construyen la relación médico-paciente sino que son los insumos con los cuales ella se nutre y son correlacionados con las prácticas semiológicas que sean adecuadas.

El problema auténtico es cuando el “instrumento” –autónomamente se podría decir– es quien asume la gobernanza de la relación porque, en verdad, fuera de él, no le cabe al médico poder hacer nada. Y es obvio que cuando todo depende de algo –el artefacto tecnomédico–, ese algo es lo más importante de lo que está en juego.

Cabe reconocer que existen acciones en la práctica médica en que parecería que la relación médico-paciente queda ocultada por el instrumento que es utilizado para la percepción del problema nosológico: como bien podría ser el caso de una persona que a solicitud de su médico está siendo sometida a una práctica de una tomografía computada, y que, en tal momento, pareciera que es el instrumento tomógrafo quien está haciendo las veces de polo activo de la relación-médico paciente y está cumpliendo con una práctica semiológica profunda que el médico per se no está en condiciones de hacerla con igual éxito y, que, por ello, es dicho instrumento quien está cumpliendo con un determinado examen a encargo del médico. Ello con total independencia de que exista otro médico imagenólogo que pudiera estar a cargo del procedimiento técnico de la realización, pero este en modo alguno sustituye al médico que solicitó dicho estudio y, por lo tanto, no integra dicha relación médico-paciente.

Volvemos a señalar, la relación que se está cumpliendo es mediante un instrumento tecnológico subrogado por el médico con el acuerdo del paciente. La relación está mediada tecnológicamente.

Mas se trata de una situación momentánea, toda vez, que luego cuando el estudio sea presentado al médico que lo requirió, volverá a su adecuado sitio la relación médico-paciente; puesto que dicha intermediación cumplida en función de tal artefacto tecnológico ha agotado su necesaria participación. El médico tendrá un nuevo insumo, que habrá de integrar a los diversos supuestos de la relación médico-paciente.

Y este es el punto sobre el cual no se debe perder de vista el análisis, pues ya hemos dicho con Rene Laënnec y el estetoscopio, como con Konrad Röntgen con los rayos X o con el tomógrafo en 1972 por Sir Godfrey Hounsfield (1919-2004) que recibiera el premio Nobel de Medicina para 1979 y que daría lugar a que en 1989 se genere la tomografía computada helicoidal (TAC) y tantos otros; pues que son instrumentos que hoy están naturalizados en la práctica médica y que muchos de ellos, acorde a la sofisticación tecnológica que poseen, son transitoriamente sustitutos del médico o, para decirlo de otro modo, hacen la semiología que el médico no está en iguales condiciones de poder hacer; pero ella es una sustitución parcial puesto que es en rigor de verdad un insumo que se acopla a los otros que puedan existir en dicha relación médico-paciente.

Mientras que, en algunas de las fases de la práctica de la telemedicina y tal como habremos de presentar más abajo, dicha sustitución del médico por el artefacto no está siendo cumplida como un insumo que luego se suma a un proceso mayor de toma de decisiones en el marco de la relación médico-paciente; sino que ella misma agota completamente dicho momento y por lo que, y según cual sea dicho estadio, la sustitución será una afectación a la realización semiológica del acto médico o será una lesión a la misma dimensión antropológica que se encuentra subyaciendo en toda relación médico-paciente.

Con envidiable estatura moral y profesional, ha recordado Alberto Agrest acerca del ocaso de la semiología señalando que

el progresivo reemplazo del escuchar, palpar, percutir, auscultar y hasta oler por la encuesta, la ecografía y la tomografía y el ecodoppler, todas ellas barreras en la relación médico-paciente. Ganar en precisión ha sido perder en humanidad. El problema es que la precisión está agotando los recursos, sin saber si siempre es necesaria, e incluso es posible que para el momento en que lo sepamos quizás hayamos perdido la capacidad de restablecer la relación médico-paciente. (Agrest, 2011, pág. 117)

Tal como se puede apreciar, la discusión queda centralizada en la idea misma del humanismo médico que, fruto de los incuestionables progresos que la técnica propone a la medicina, a veces queda completamente opacado.

Ha sido un ilustre médico y pensador, Osvaldo Loudet, quien ha escrito:

Nosotros señalábamos en un reciente estudio sobre la deshumanización de la medicina, estos tres factores deshumanizantes: 1) la tiranía de la técnica, 2) el trabajo en equipo, 3) la socialización de la asistencia médica. En el primer caso, los aparatos alejan al médico del enfermo. La “clínica científica” es casi siempre una “clínica a distancia”. Recordemos que “clínica”, según allí definía un ilustre galeno del siglo XVIII, es la asistencia a la cabecera del enfermo, acostado por lo general en un lecho. El paciente necesita la atención y el amor que no se pueden administrar sin sentirlo palpitar a nuestro lado. No es posible tratar la pobre criatura humana como se trata en un laboratorio un animal cualquiera. (Loudet, 1977, pág. 56)⁷

3. LAS DIVERSAS ESPECIES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Hasta aquí hemos podido hacer una descripción, ciertamente muy inexacta e incompleta, de lo que, a lo largo de los últimos veinticinco siglos, hemos podido recoger como los grandes hitos dentro de la historia de la medicina, bajo los siguientes paradigmas: 1) medicina teúrgica (hasta siglo V a.c.), 2) medicina racional (siglo V a.c. hasta

⁷ De igual provecho se puede consultar Orgaz, 2007, págs. 175-329.

siglo XVIII), 3) medicina científico-experimental (siglo XVIII hasta siglo XX) y por último 4) medicina biológica (siglo XX hasta nuestros días).

En la totalidad de los momentos paradigmáticos antes señalados, dicha relación médico-paciente estuvo polarizada en uno de sus extremos por el médico, sin perjuicio de que por los mismos desarrollos científicos, se haya podido trasladar transitoriamente el rol activo en la relación a un artefacto (Parente, 2016)⁸ –de producción progresivamente más tecnológica⁹–, que se ocupara de hacer ciertas prácticas semiológicas concretas. Y mientras ello se va consolidando, el proyecto del “artefacto médico” se diluye y crece en su lugar el establecimiento de la “máquina médica” que, como tal, está muy lejos de tener alguna dimensión artística, de arte, sino pura científicidad, objetividad y eficacia.

Bien se ha referido a esto Franco Berardi al señalar que

el proceso de significación a través del cual producimos sentido, y en consecuencia producimos sociedad, pierde la flexibilidad que corresponde a la esfera de lo sensible, y se transforma según las reglas del formato conectivo, se vuelve incapaz de toda elaboración emocional y hace cada vez más compatible con las secuencias digitales. Pero esta higienización emocional lleva consigo la pérdida del sentido. (Berardi, 2020, pág. 16)

Inicialmente los artefactos tenían un carácter excepcional –en realidad antes de que René Laënnec hiciera conocer en 1819 su invención–, los instrumentos que se aplicaban en la práctica médica eran muy excepcionales, salvo aquellos que eran propiamente de intervención (escalpelo, pinzas, tenazas, fórceps, sierras, etc.); fuera de ellos, quizás se pueda mencionar la “balanza metabólica” de Santorio Santorio (1561-1636) que será reconocido como quien introdujo la medida en la experimentación fisiológica y que, luego de sus estudios, devendría entre otros descubrimientos en el mismo termómetro¹⁰.

Luego, con el tiempo, habrán de quedar los diversos artefactos que se vayan generando completamente integrados a la práctica profesional médica habitual –siendo muy probablemente el primero de ellos el aparato de rayos X inventado por Konrad Röntgen en 1895 y que como es lógico suponer, es el antecesor de los desarrollos que

⁸ Cabe recordar que etimológicamente artefacto es una palabra compuesta que deriva de “arte” y que según señala Joan Corominas es el “conjunto de preceptos para hacer bien algo, h. 1140. Del lat ARS, ARTIS, f. ‘habilidad’, ‘profesión’, ‘arte’ (...) Artefacto, med. S-XVIII” (Corominas, 1973, pág. 65).

⁹ “Partiendo {el hombre} de sus observaciones y experiencias forma un cuadro de la naturaleza; organiza en un sistema lo que percibe con los ojos, con el tacto o con el olfato, y clasifica estas observaciones de acuerdo con algún principio. Cuanto más sabe de los objetos naturales, tanto más complejo es el cuadro del mundo que se forja, hasta que esta ‘segunda naturaleza’ (como la llamó Leonardo Da Vinci) se torna campo del especialista (...) Desde que el hombre puso su planta en la tierra, ha tratado de comprender y controlar las fuerzas de la naturaleza, para poder sobrevivir. El hombre primitivo, no menos que el moderno, fue Homo sapiens, Hombre pensante. (...) Pero de no ser por el hecho de que el hombre pensante fue al mismo tiempo Homo faber, hombre constructor, tal vez careceríamos hoy de datos sobre la existencia prehistórica del hombre” (Forbes, 1958, págs. 11-12).

Por nuestra parte agregamos a estas líneas centrales, la historia del hombre no deja de ser, la historia de la construcción de la segunda naturaleza, esto es, de la totalidad de los artefactos que nos han permitido llegar hasta el día de hoy.

¹⁰ Se indica que “Santorio fue de una inventiva extraordinaria: se le debe una especie de termómetro clínico constituido por un tubo graduado cuya extremidad cerrada en forma de bulbo se introducía en la boca del paciente, mientras que la otra extremidad, abierta, se introducía en un recipiente con agua; inventó un ‘pulsilogium’ para medir el pulso utilizando su sincronismo con el de las oscilaciones de un péndulo” (Babini, 2000, pág. 91).

hoy conocemos de la tomografía que fuera reconocida en su aplicación desde 1973—. Lo cierto es que cada vez serán dichos artefactos de una mayor entidad y complejidad en su resultado y, por ello, más máquinas. De tal manera que aquello que dichos instrumentos devuelven como información al médico sea tanto para el diagnóstico como para la terapéutica, resultan de un aprovechamiento mayúsculo para la mejor dinámica de una relación médico-paciente al menos desde el punto de vista fisiológico; aunque no así necesariamente desde la perspectiva antropológica y que el curso histórico ha venido a demostrar de tal modo.

De cualquier manera hay que señalar que en el primero de los paradigmas indicados —medicina teúrgica—, en rigor de verdad, no existía ningún grado de relación médico-paciente; puesto que el médico era una figura inexistente, no solo en el sentido disciplinario lo cual es absolutamente obvio, sino en el sentido fenomenológico puesto que la presencia de quien cooperaba a la salud del otro era quien se ocupaba de hacer las prácticas curativas o sanativas, pero era una persona que había sido apoderada para ello por los mismos dioses y, por lo tanto, se comportaba el nombrado con independencia que lo denominemos hechicero, chamán, sacerdote divino, etc., en realidad también hacía las veces de un objeto —otro artefacto— que ejecutaba los designios de dioses y en dicha actividad se agotaba toda la realización diagnóstica y terapéutica. Era en verdad un artefacto no mecánico sino humano, que ejecutaba la voluntad de los dioses y, por ello, es que, en la medicina teúrgica, bajo ningún punto de vista se puede pensar en la existencia de una relación médico-paciente (Löbsack, 1986, pág. 61; Pérez de Nucci, 2015).

Adviértase que dicha ausencia de relación no es por la ineficacia de la curación, puesto que tampoco se debe creer que la medicina racional hipocrática promovía una cura activa a la enfermedad de las personas, pero de lo que no había dudas era que el hombre médico no lo era por los dioses sino por lo mucho o poco que podía conocer de la enfermedad y de cómo sanarla.

Algo de semejante, aunque no por la dimensión mágica sino por la no intervención humana realizativa en el acto sanitario, es lo que visualizamos como una hipótesis posible en el futuro próximo; aunque en dicho supuesto será todo lo contrario a lo mágico, sino que lo será en razón del espectro puramente tecnológico en el cual se desarrollará el acto sanitario y, con lo cual, el rol del médico se tornará completamente inane en cuanto concierne a una práctica personal del médico, cuando ella haya sido cumplida por la acción del equipamiento tecnológico adecuado. De la misma manera que hoy existen automóviles autónomos, esto es, que se autoconducen y no necesitan el gobierno de un conductor que esté atento a dicho acto de dirigirlo, es esperable que en el futuro próximo se amplíe un espectro de prácticas que serán terapéuticas y que no necesitarán ninguna intervención médica.

En el mismo momento presente, un *smartphone* provee de un conjunto de aplicaciones —naturalmente todavía con sus debilidades— que le ofrecen al portador llevar el ritmo cardíaco, la presión arterial, la temperatura corporal, etc. Quizás mañana, una gota de saliva sobre la pantalla del nombrado dispositivo permita hacer un recorrido por el genoma de esa persona y, con ello, su consulta profesional requerirá menos preámbulos y más acciones.

El pragmatismo médico será lo que de futuro habrá de marcar la diferencia entre las relaciones médico-paciente, quizás en este sentido, implicará también volver a pensar que la medicina griega tenía un campo donde ella era completamente resolutoria y era la que se cumplía con aquellos que eran esclavos, puesto que al fin y al cabo eran objetos, mientras que con los hombres libres la medicina era dialógica (Jaeger, 1957, pág. 783 y ss; Gomperz, 1951, págs. 317 y ss - T. I). El futuro muy probablemente nos excluya de una medicina dialógica que tenga su núcleo en la comunicación y diálogo que entre médico y paciente se pueda conjugar, para darnos a cambio una medicina pragmática, que resultará seguramente más eficaz, pero a la vez resolutoria y no dialógica.

Decimos entonces que la modernidad de la tecnología aplicada a las ciencias de la salud nos arroja a un nuevo estadio de la dimensión mágica de la medicina, aunque no mirada ella en orden a la realización impersonal que con el otro se conjuga; como tampoco en razón de que el otro sea un hechicero sino en tanto que el otro –que será un médico– no está presente. La relación que tiene el enfermo la genera con un artefacto –*rectius* máquina– determinado y decir que la realiza con el artefacto y no intermediada por el artefacto es lo que permite predicar, entonces, que se torna mágica en cuanto que es puramente tecnológica y nada tiene ella de antropológica.

La relación en tal caso sobre una determinada acción sanitaria no está intermediada por el artefacto, sino que está cumplida propiamente por el artefacto. Por caso, un aparato que está cumpliendo por un período extenso de tiempo con una práctica de tomografía axial computarizada, es la cosa misma la que está examinando y registrando y en muchas ocasiones ella misma produce el diagnóstico de la lesión o problema en cuestión. El interlocutor que tiene el paciente en tal ocasión es dicho artefacto, puesto que, al fin de cuentas, lo que está haciendo dicho instrumento es cumplir con una práctica de auscultación médica en profundidad y que resulta ser para lo cual dicha tecnología ha sido creada.

Naturalmente que puede cumplir con dicha labor tal artefacto, y hacerlo además con una prolijidad y exhaustividad que el médico no podría hacer y bajo una modalidad ritual que la modernidad tecnocrática profesa y que como tal se presenta bajo una formulación prolija, higiénica y con baja densidad de error, y es dicho aspecto uno de los que nos cautiva a veces a las personas cuando nos sometemos –hasta con un placer superior a si fuera una práctica humana la que lo cumpliera– a la primacía de lo técnico antes que lo humano. Toda vez que está fuera de cualquier duda la superioridad en el resultado que ese procedimiento tecnologizado del acto sanitario habrá de brindar, comparativamente inferior al que cualquier humano pudiera hacer.

La lectura matemática de los hechos desontologizados permite acceder a una especie de objetividad que contrasta con el subjetivismo del puro dato sensible, y así da pie a la posibilidad de una ciencia que, aunque con ribetes de exigencia de rigor científico al estilo platónico, no es ya una ciencia metafísica (...) La matematización de las cosas, su computación al menos estadística, tiene aquí el aire de una trascendencia espuria que va más allá del dato *hic et nunc*. Regirse sólo según los métodos da lugar a un tipo de vida pragmática en la que los cálculos sirven para lograr el cumplimiento de objetivos predeterminados (...)

Nace así una forma de ciencia correspondiente, en su exclusivismo premeditado, con el espíritu de una sociedad materialista cuyo único sostén es la tecnología. (Sanguineti, 1988, pág. 22)

Sin embargo, no tenemos hasta el momento presente una creencia negativa acerca de dicha performance exitosa y bien aceptada por la mayoría de nosotros, puesto que no encontramos en ella nada irregular o desconcertante. Aunque seguro que será otro nuestro juicio si acaso el mismo artefacto-máquina que nos puede auscultar exhaustivamente, luego también nos indicara cuál es el resultado preciso del diagnóstico de dicha intervención y, de corresponder, nos prescribiera también cuál es la terapéutica adecuada recomendándonos no olvidar de ponerla en marcha. Posiblemente al menos hoy, es muy probable que no estuviéramos dispuestos a aceptar tal juicio médico expuesto construido por una máquina controlada por inteligencia artificial y por ello no generado a la luz de ninguna relación médico-paciente; mas ello no quiere decir que de futuro no sea posible asumirlo con toda naturalidad (Latorre, 2019).

Pues huelga señalar que dentro de las complicaciones que una práctica médica de un ejercicio de relacionamiento de naturaleza paternalista de ella ha concluido revisando que el centro del problema está en el capítulo comunicativo entre el médico y el paciente. El paternalismo, más allá de ciertas ventajas que puede implicar para el proceder médico en orden al cumplimiento de la beneficencia, afectó la autonomía de la persona paciente, en razón de que esta no pudo decidir por ella acerca de una intervención, una terapéutica; y ello obedece a una deficiente capacidad de brindar la totalidad de información relevante el médico para poder obtener entonces un consentimiento informado relevante. Y en este orden de ideas, parece adecuado pensar que, si acaso siendo el médico quien realiza las acciones sanitarias sobre el cuerpo del paciente es quien no cumple hasta el día de hoy con el adecuado marco informativo¹¹, pues parece todavía más lejano creer que lo pueda hacer, cuando él ya no sea quien cumpla con la mencionada práctica sanitaria. La práctica médica cumplida por la intermediación exclusiva de la máquina será tan tirana como era la medicina resolutiva griega con los esclavos.

Volvemos a señalar la regla inversamente proporcional a la cual nos hemos referido más arriba. El futuro se presentará como una medicina más tecnologizada y, a la vez, más incomunicada entre el médico y el enfermo y ello no quiere decir que no sea eficaz. Lo cierto es que tendremos un nuevo momento de ella, que como cada uno de los anteriores, traerá mejoras, novedades y también decepciones por pérdidas relevantes de matices. Sin embargo, la pregunta que bien nos podremos formular es si el estándar de una medicina eficiente autoriza pagar un costo de una medicina despersonalizada.

El capítulo de la telemedicina puede ser una buena muestra en escala aceptable para saber si inexorablemente ese será el desarrollo o, por el contrario, estamos en posibilidad de hacer algunos ajustes relevantes, para tratar de tener la misma ganancia con menos pérdidas antropológicas. De ello nos ocuparemos más adelante.

De cualquier manera, se puede presentar esta consideración como demasiado lejana; puesto que tenemos la certeza de que la tarea semiológica profunda que hace el

¹¹ Ello lo hemos podido constatar en el extenso trabajo de campo que hemos realizado (Andruet, 2018).

artefacto-máquina, aun cuando no tengamos dudas de que es mucho más completa y exhaustiva que la que puede cumplir el médico, en realidad no es una auténtica “*praxis*” sino en verdad que es una “*poiesis*”¹² porque ella no está siendo cumplida como un fin en sí misma sino como un medio –porque se podría señalar con mayor entidad que es un “momento”– que sirve o se vincula con “otros momentos” anteriores y posteriores y que serán los que se habrán de integrar unitariamente en la misma relación médico-paciente. Es en dicho espacio anterior de la relación médico-paciente en donde será la *praxis* del médico quien integrará dichas acciones tecnológicas de *poiesis*.

De tal manera que se habrá de estar sumando a lo tecnológico de la realización *poiética* del artefacto-máquina, la misma *praxis* profesional antropológica. En rigor, a ninguno de nosotros se nos ocurre pensar cuando estamos siendo sujetos de una auscultación tecnológica que ella es un acto independiente de la relación médico-paciente que pueda existir, sino por el contrario, lo ubicamos en el contexto de ella y que, en el juego dinámico de la *praxis* médica que en esta se establece, existe esta dimensión *poiética* de que existe un conjunto de momentos que se habrán de integrar como partes necesariamente complementarias para la ponderación completa del suceso nosológico del cual se trate.

Sin embargo, no deberíamos dudar que perfeccionado tecnológicamente el acto *poiético* –o lo que venimos ejemplificando como una auscultación profunda cumplida por un artefacto-máquina que bien puede ser un tomógrafo–, puede dejar de ser uno tal, y convertirse en una misma *praxis*, en el supuesto que su misma inteligencia artificial de la que puede habérselo dotado y que ha podido examinar mediante algoritmos previstos al efecto, miles de imágenes análogas a las que acaba de registrar de nuestro cuerpo, pues pueda también ofrecernos un diagnóstico que si bien será presunto, no sería por demás diferente –en realidad debería ser más certero– que el que un médico pueda brindarnos, juzgando las imágenes tomadas de su paciente. Y, con ello, habremos alcanzado el estándar de tener una “relación artefacto médico-paciente” en donde no existirá discusión entre paternalismo médico y autonomismo del paciente, sino que estará caracterizada en términos de eficiencia y eficacia en el resultado; o lo que es lo mismo, con un mínimo canal comunicativo y una definición resolutoria extrema.

Los tiempos actuales nos avocinan una medicina que es más compleja y sustancialmente diferente a la que hemos tenido hasta el presente y que quizás nos permitan constituir un modelo de la “*medicina hiper-tecnologizada*” como último paradigma a los que hemos nombrado; aunque con un atributo que hasta hoy ninguno de los cuatro modelos anteriores había logrado, como es, transformar auténticamente la relación médico-paciente en una completamente diferente, puesto que habrá de generar una

¹² Fue Aristóteles quien diferenció, ocupándose de la acción humana y de sus fines, que se puede distinguir en ella: *praxis* y *poiesis*, en ambos se aspira lograr una meta determinada, pero justamente la naturaleza de ella, es la que determina si dicha acción es *praxis* o *poiesis*. Ha señalado a dicho respecto Jesús Díaz Álvarez que “la *poiesis* es un tipo de acción en la que el fin perseguido es, como su nombre indica, la producción de un objeto entendido éste en el sentido más amplio posible. Es decir, la acción se encamina a la consecución de un producto que sigue estando ahí, que perdura como algo externo a la propia acción, una vez que ésta se ha consumado (...). Por el contrario, la *praxis* es un modo de acción en la que el telos que la preside no tiene como resultado un producto que perdura más allá de ella, sino que éste se consume en la propia acción. Aquí no se trata de producir algo, sino de que nuestra acción sea lo más perfecta posible en su ejecución” (Díaz Álvarez, 2016, pág. 409).

irrupción de tal magnitud que habilitará un camino completamente disímil al actual. Esa ruta u otra de la medicina en este punto dependerá de muchas definiciones que se tomen en el tiempo presente y que, huelga señalar, tienen a la telemedicina como el verdadero embrión del problema.

El núcleo antropológico principal que desde Hipócrates hasta hoy se conformó ha tenido como dato significativo, con independencia de la discusión que en este orden se torna secundaria, lo concerniente al paternalismo o autonomismo, puesto que cualquiera de los polos en los cuales reposemos son de una dimensionalidad claramente antropológica. Mientras que la desafiante “*relación artefacto médico-paciente*” que se abre para el futuro deja fuera de toda discusión que no está signada ella en lo antropológico, sino en el mejor de los casos, en un auténtico “*mestizaje antro-po-técnico*” y ello es un dato absolutamente novedoso (Alonso Burgos, 2017).

Muy probablemente también señalamos que antes de alcanzar un cierto estadio de cohabitación de humanos con *cyborgs*, debemos pasar una etapa en donde la relación en el mismo hombre, de partes humanas con no-humanas sea cada vez más notable (Braidotti, 2015) y, en razón de ello, la nueva estructura de la relación médico-paciente pues vaya moderadamente orientándose a la de ser una “*relación artefacto médico-paciente*”, en orden a que los componentes no humanos que habrán de integrar cada vez con mayor conveniencia el cuerpo humano no serán posibles de ser resueltos como si fueran de naturaleza fisiológica sino que estarán ellos signados por la lógica de lo tecnológico, y su deterioro o afectación deberá ser mejor captado en el marco de una “*relación artefacto médico-paciente*”.

Y de allí en adelante muy probablemente se presente un derrotero a dimensiones más complejas que alcanzará ese mismo modelo de relación, aun cuando no estemos frente a una situación de cohabitación de elementos humanos con no humanos, puesto que, para ese momento, ya habrá quedado por demás definido que lo que cura y provee de salud no es la comunicación del médico sino la eficacia tecnológica que el médico pueda tener para hacer el diagnóstico respectivo y organizar de la mejor manera la terapéutica correspondiente.

Lo que hoy podemos reconocer como la confianza del enfermo en el médico será suplida por la confianza de la eficacia del procedimiento curativo y, para lo cual, se reposará la atención en la tecnología que como tal a ello lo facilita. En realidad y por defecto, el mayor número de personas individualmente son más adherentes a la tecnofilia que a la tecnofobia, en general ello, puesto que la satisfacción y el bienestar individual en términos sanitarios tiene quizás una preponderancia diferente a que cuando ello es visto en términos de comunidad. Las personas podemos ser en abstracto tecnofóbicos, pero en la matriz individual tendemos a ser tecnofílicos (Aguilar García, 2008, pág. 75 y ss).

Que no dudamos de que las tesis que estamos señalando pueden parecer un tanto extravagantes es cierto; pero debemos indicar que ello solo es posible en función a la atemporalidad desde la cual las formulamos y que, por ello, pueden presentarse como utópicas dichas afirmaciones; sin embargo que sea *ante tempus* en modo alguno consolida la tesis que de que no sean posibles de ocurrencias efectivas.

De cualquier modo, destacamos que no son ellas las condiciones que hoy están disponibles. En el momento presente, si bien en general existe una gran cantidad de prácticas médicas asistidas por artefactos-máquinas tecnológicos, destacamos que la participación de ellos es solo como un tipo de realización “*poiética*”. Esto es, como un conjunto de acciones que están llamadas a ser integradas en una relación médico-paciente ulterior y que, muy probablemente, es desde donde también ellas fueron originadas, de tal manera que hay primero un acto médico –en el cual se funda la relación médico-paciente– y luego una acción operativa que es consecuencia de ese momento anterior.

Bien se ha indicado que

el acto médico es un verdadero modelo teórico-práctico de investigación del fenómeno salud/enfermedad, que pretende conocer la pérdida de la salud o su conservación. Tal como se lo considera actualmente, se trata de un proceso intelectual complejo que incluye dos momentos operativos: el razonamiento o conjunto de procedimientos mentales (momento lógico) y las acciones derivadas del mismo o toma de decisiones (momento operativo). (Lain Entralgo, 1982a, como está citado en Dain, 2014, pág. 44)

De esto bien se puede colegir que lo teórico se relaciona con conocer el cuerpo enfermo y al hombre enfermo –con ello una dimensión de humanismo en la mencionada práctica– y luego de ello, la debida realización operativa. Esto último no es otra cosa que las acciones que se encaminan a orientar una solución, luego de haber alcanzado el diagnóstico de la enfermedad.

Sin embargo, la incidencia de la práctica de la telemedicina, especialmente en alguno de sus modos –como es la teleconsulta–, invita a pensar si la “*relación artefacto médico-paciente*” no está siendo ya presentada, aunque de una manera todavía primitiva; y por lo cual sea posible vislumbrar su evolución progresiva. De ser ello de esa manera, con buen juicio correspondería señalar, tal como Ingmar Bergman con toda agudeza en uno de sus más comentados filmes del año 1977 sugiere, pues no es necesario esperar ver la serpiente cuando se está conociendo ella por su huevo¹³.

Desde este punto de vista, quizás sea conveniente comenzar a pensar nuevas connotaciones para la relación médico-paciente, aunque de ello nos ocuparemos con algún cuidado más adelante, luego de que hayamos descripto con detalle las formulaciones que en escala reducida pueden acaso descubrirse que la telemedicina está proponiendo. Y quizás lo que terminemos por aceptar es que bajo determinadas condiciones no se pueda predicar allí la existencia de dicha relación médico-paciente, al menos tal como la conocemos hoy y, por lo tanto, finalmente de admitirla, debemos predicar ella con notas conceptuales diferentes a las que históricamente le hemos atribuido y por ello, quizás, es que fuera conveniente también denominarla de otro modo.

¿Existirán, entonces, varios tipos de relacionamientos médico-pacientes? Diríamos siguiendo el conocido “Árbol de Porfirio”, que la “relación médico-paciente” es el género

¹³ Film del año 1977, *El huevo de la serpiente*, ambientado en Berlín de 1920. La referencia en modo alguna está efectuada para querer señalar que entendemos la tecnología aplicada a los ámbitos de la salud humana como si fuera la representación moderna del nazismo; en modo alguno. La relación se postula en términos de que basta ver hoy lo pequeño para tener que pensarlo en escala mañana.

y luego habrá una diversidad de especies que se singularizan acorde la manera y forma en que ella se cumple.

Desde ese punto de vista, pues habrán supuestos en donde dicha especie tiene una evidente centralidad y que se ubica en lo que hasta este momento podemos conocer como la clásica “relación médico-paciente” que habrá de tener algún modelo típico y también otros que resulten ser sus variables. Así es como, el primer modelo típico bien podrá denominarse como 1) “*relación médico-paciente propiamente dicha*”; luego podremos encontrar otra especie, que se ubica en una manera más secundaria –respecto al género ya indicado– y, en la cual, los elementos que con centralidad se advierten marcados en 1) no tienen la misma entidad. De esta forma, alcanzaríamos la especie 2) “*relación artefacto médico-paciente*” –a la cual nos hemos referido en páginas más arriba– y donde existe una obvia aunque momentánea incomunicación entre médico y paciente, puesto que es frecuente que dicha realización se integre luego o antes, en un contexto médico mayor y, por lo tanto, ese episodio no se agota en un acto puramente sanitario sino que migra entonces de un tipo de relación 1) a la condición de 2).

Para el supuesto caso, que la condición no sea la momentaneidad de dicho estado y por lo tanto, no se integre en un tipo de relación 1), tal evento no podría ser considerado especie de relación médico-paciente y eventualmente habría que colocarla en otro sistema que no sea el antes dicho. Al solo efecto de hacer una ejemplificación de ello, el caso corriente puede ser el de una persona que sin haber hecho consulta médica de naturaleza alguna y movida solo por un carácter preventivo adquiere un tensiómetro electrónico y todos los días hace la respectiva medición. Mientras los valores que le devuelve el artefacto están dentro de los parámetros que la lectura que ha tomado le indican como normales en general –lo cual no quiere decir que efectivamente en esa persona lo sean–, considera que no corresponde acudir a ninguna consulta médica.

En la medida que ello continúe de esa manera, tenemos un ejemplo de un típico acto sanitario en donde no hay relación médico-paciente, puesto que no hay médico. En el caso que acuda al médico, en razón de advertir que las últimas mediciones de su presión arterial han estado fuera del parámetro que comprendía como normales, tales eventos habrán de configurar un conjunto de actos sanitarios que se vendrán a integrar en una relación médico-paciente, puesto que son ellas mismas las que disparan la consulta profesional. Existen, entonces, tal como se puede colegir, múltiples actos sanitarios que no conforman una relación médico-paciente.

Por último, quedaría por señalar una especie de relación médico-paciente todavía más extrema y periférica, en la cual no existe comunicación alguna entre el médico y el paciente, y es cuando el paciente se encuentra en un estado permanente de incomunicabilidad y de la misma comprensión de lo que puede el médico destacar; nombramos entonces 3) “*relación médico-paciente pariente*”; puesto que quienes estarán tomando las decisiones a tal respecto serán justamente sus familiares, curadores, representantes; pero fuera de toda duda es que no se trata del enfermo.

Tal como se puede advertir de la mencionada consideración, para el género “relación médico-paciente”, pues que tenemos al momento la redesignación de tres especies

propias: 1) “relación médico-paciente propiamente dicha”; 2) “relación artefacto médico-paciente” y 3) “relación médico-paciente pariente”. Como se puede advertir, más allá de otras características que se pueden apuntar para cada una de ellas y que son de algún modo conocidas y que obedecen a miradas y cosmovisiones que los autores han ido asignado a ellas y de las que hacemos solo un repaso enunciativo¹⁴, por no ser ello el objeto de esta contribución, lo que aparece inevitable como presencia común además del concepto de “médico” y del concepto de “enfermo” es el fenómeno y suceso de la “comunicación” que entre ellos pueda existir. Y que, acorde a la diversa especie de relación ella –la comunicación–, puede ser más o menos intensa.

De tal manera que en el caso de 1) será plena, de 2) será intermedia y de 3) será inexistente. Adviértase que el registro de la “comunicación” lo hemos señalado como una cuestión fenomenológica y, por lo tanto, con una existencia real y que pueda ser registrada materialmente. Los agentes conceptuales “médico” y “paciente” entran en relacionamiento mediante ella. Mencionar los agentes conceptuales, y no haber indicado en modo directo el médico y el paciente, como parecería ser lo correcto, obedece a que en el caso de 2) el médico, como sujeto humano profesional de la medicina, momentáneamente está intermediado por un artefacto-máquina tecnológico que se ocupa de hacer lo que él no podría hacer con la misma eficacia y eficiencia; y en el caso de 3) quien no puede asumir su rol de “enfermo” es la persona que se encuentra en estado de inconsciencia, incompetencia o incapacidad –una de las variables más corrientes en estado vegetativo permanente– y, por ello, no tiene siquiera autopercepción de su estado de enfermedad y por ello, la comunicación que el médico tiene por lo que respecta a su salud es con sus “parientes” en sentido genérico.

En los tres casos, el núcleo que vertebra es la comunicación como registro fenomenológico, en 1) materialmente son el médico y el paciente, en 2) el médico está intermediado por un artefacto tecnológico¹⁵ y en 3) el paciente está intermediado por los parientes. Lo que no puede faltar en cualquier tipo o especie de relación médico paciente es la comunicación.

Muy probablemente dicha taxonomía que acabamos de señalar permita encontrar un nuevo argumento que sustente el nuevo concepto que desde hace algunos años a esta parte se ha terminado por instalar de que la “relación médico-paciente”, en rigor de verdad, debe ser redefinida como “relación clínica” (Gracia, 1998, pág. 61). Comprendemos ella como adecuada denominación, en la medida en que no se admita la clasificación que acabamos de formular en esta misma ocasión, y que según creemos, ella esencializa de manera significativa lo que desde nuestra perspectiva –y en la cual, coinciden la mayoría de los autores considerados– es la comunicación que existe en dicho relacionamiento.

¹⁴ La doctrina más calificada ha señalado como modelos típicos los siguientes, por una parte: 1) paternalista, 2) autonomista o contractual, 3) informativo, 4) interpretativa y 5) deliberativa (Emmanuel, 1999, pág. 109 y ss) y por otro costado el modelo mecánico y también el sinérgico (Malherbe, 1993, pág. 117 y ss).

¹⁵ Este tipo de relación podría estar próxima a un modelo que Raymundo Panikkar utilizó no para el ámbito médico-paciente, pero que igualmente podría ser extendible al mismo y que denominó “relación ontológica” y que es aquella que se genera como consecuencia inevitable que la técnica habrá de establecer (Panikkar, 1967, pág. 30). Con mayor entidad en los desarrollos también puede consultarse Paniker (1959).

Pues la definición de “relación clínica” –que en otros escritos hemos ponderado (Andruet, 2004, pág. 49)– ha sido fruto de no haber percibido la clasificación que ahora incorporamos y que, en rigor de verdad, parece estar más referida a la cantidad de sujetos que están en los extremos del binomio, esto es los nuevos operadores que circundan en modo inexorable hoy en día cada uno de los núcleos anteriores.

Si tomáramos metafóricamente la estructura del átomo, que sabemos que en su núcleo están los protones y neutrones (carga positiva y carga neutra), pero fuera de ese núcleo pero a la vez integrando la estructura y por ello conformando su misma corteza, están los electrones (carga negativa); es que bien podríamos señalar, que el “médico” es el núcleo y son sus electrones los directores hospitalarios, las compañías aseguradoras, los equipos de asistencia administrativa de la gestión de salud, las prestadoras de salud (obras sociales, medicina prepaga). Y en el caso de los “enfermos” sus electrones se vinculan con los parientes, representantes y convivientes.

Para continuar con la imagen metafórica, habría que señalar que en el polo “médico” bien debería destacarse que en el núcleo que conlleva protones y por ello con carga positiva, se ubican personal de enfermería y comités de bioética hospitalaria y son carga positiva, porque justamente cooperan a la mejor definición y realización de la tarea profesional del médico, que como buen médico que debe ser, tiene un ejercicio de neutralidad en su realización y por ello es que puede respetar por igual las decisiones que autónomamente los pacientes pueden tener, como también conoce hasta qué punto puede hacer orientaciones sin con ello estar haciendo una práctica de naturaleza paternalista y solo fundada en su mismo conocimiento de la ciencia médica. Por el contrario, la carga negativa de los electrones estaría signada en que, por lo general, habrán de aparecer desde los lugares en donde se relaciona la medicina con la economía las diferencias, en orden a las prácticas a ser cumplidas que pueden importar ser costosas y económicamente no redituables para el ámbito hospitalario.

Por otra parte, y posicionándonos en el otro polo del binomio, bien se puede señalar el paralelismo metafórico de protones (carga positiva) y electrones (carga negativa) será cumplido, acorde a los mismos proyectos personales, filiales, sentimentales, económicos, financieros que los mencionados parientes, familiares, curadores, y/o representantes puedan tener en dicho cuadro clínico de la persona que en el caso 3), especialmente tiene una condición de neutrón y por su mismo estado será neutral. En los otros casos 1) y 2) naturalmente que el núcleo será menos identificable bajo el patrón de neutrón, toda vez que el paciente habrá de tomar alguna definición respecto a cómo quiere ser tratado en dicho tránsito.

Así es como, privilegiando su autonomía, podrá aspirar a decisiones médicas que en muchos casos podrán atenderse y en otros supuestos no será posible, como es por caso, si quisiera ser sujeto de un acto de eutanasia activa voluntaria que reclama para sí.

Se ha señalado entonces, que

hoy la relación clínica no sólo se establece entre el médico y el paciente, sino también entre el médico y el personal de enfermería, o entre el personal de enfermería y el paciente, o entre el paciente y el personal de

administración, etc. Esto quiere decir que se ha ampliado cuantitativamente el número de personas que confluyen en el acto clínico. Pero en segundo lugar, es que la relación clínica se ha modificado también desde el punto de vista cualitativo, es decir, en cuanto las partes que la constituyen, que hoy ya no son solo dos, sino tres. Las terceras partes no conforman el grupo de los profesionales de la salud (primeras partes) ni el grupo de los pacientes (segundas partes), sino el de los representantes del estado (administradores de justicia) y los representantes de empresas privadas (aseguradoras) (...) Una última razón por la que se ha vuelto problemático hablar de relación médico-enfermo es que no todo el que entra en un hospital está enfermo y es un paciente. (Pose, 2009, pág. 36)

4. IDENTIFICANDO LA TELEMEDICINA EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Con lo dicho, tenemos base suficiente para considerar que algunas de las diversas especies que hemos señalado para la relación médico-paciente pueden ser conjugadas –exitosamente o no– a la luz de una gama todavía muy diversa de realizaciones que se producen bajo la voz de “telemedicina”; puesto que ella es muchas cosas y, en muchos casos, cuestiones muy diversas.

Toda vez que con ella podremos ir desde situaciones en donde la sustitución humana por el artefacto-máquina es completa y esa sustitución, entonces, resulta ser el componente central que ha definido y/o cuestionado en origen la relación médico-paciente, a otros supuestos en donde la sustitución humana por el soporte tecnológico es meramente ocasional. Ambas cuestiones a su vez, aunque especialmente la primera de las indicadas, en algunas ocasiones pueden ser consideradas como una unidad independiente y, por lo tanto, agotar en ellas mismas un tipo de relación médico-paciente.

Corresponde, entonces, que hagamos algunas precisiones acerca de lo que debemos comprender por telemedicina como así también considerar la diversidad de formulaciones que puede ella tener, para luego, volver sobre su encuadramiento en la relación médico-paciente y dilucidar el impacto que acaso puede generar en tal relación, discutiendo en dicha ocasión, la conveniencia o no de atribuir dicho carácter a tal evento telemático médico. Por de pronto cabe recordar que es un término acuñado en la década de 1970 por Thomas Bird, quien escribió por primera vez acerca de la posibilidad de examinar a ciertos pacientes utilizando algunas tecnologías de información a distancia (Dinevski, Kelc y Dugonik, 2011).

La Organización Mundial de la Salud se ha encargado de definir a la telemedicina como

la prestación de servicios de atención de salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y lesiones, la

investigación y la evaluación, y para la educación continua de proveedores de atención de salud, para la promoción de la salud de los individuos y sus comunidades. (World Health Organization, 2010)

Tal como se puede advertir, la telemedicina y como su misma etimología griega de “*têlo*” –lejos–¹⁶ supone una realización que combina la práctica sanitaria con su vinculación con las diferentes tecnologías de la información y comunicación y, por lo tanto, la gama de escenarios en las que ella se puede brindar pueden resultar si bien no infinitas sin duda que muy vastas, toda vez, que es absolutamente pensable que cada vez habrá una mayor tecnología aplicada al mundo de las comunicaciones en general.

Se han señalado especialmente como ventajas de la telemedicina, a grandes rasgos, las siguientes:

i) Para los usuarios: Diagnósticos y tratamientos más rápidos; Reducción del número de exámenes complementarios; Atención integral desde el primer momento; Evita desplazamientos para pacientes y acompañantes; Disminuye el gasto bolsillo; El paciente aumenta el conocimiento de su propia salud y fomenta el autocuidado; En pacientes retraídos, la distancia entre médico y paciente, permite a estos últimos establecer una relación más tranquila y con menos aprensión frente al médico; El paciente puede estar cuidado en casa o en otro entorno conocido, y no en una institución de salud; Retorno más pronto al hogar (hospitalización y cuidados domiciliarios). ii) Para los médicos de atención primaria: Nuevas posibilidades de efectuar consultas con especialistas; Posibilidad de evitar desplazamientos; Otorga más elementos de juicio a la hora de tomar decisiones; Mejora la calidad de las imágenes diagnósticas; Mejora de los circuitos de transmisión de información, evitando la pérdida de informes; Transferencia de conocimientos y experiencia de manejo de diversas patologías, mejorando la capacidad resolutoria y la pertinencia en la derivación. iii) Para equipos de atención: Provee apoyo científico y tecnológico a los profesionales; Facilita la concepción integral del paciente; Facilita la formación continua de los profesionales y gestionar el conocimiento generado por los mismos. iv) Para los hospitales: Reduce del peligro de pérdida de imágenes; Genera diagnósticos y tratamientos más rápidos y precisos; Mejora y acelera la comunicación entre distintos servicios; Elimina el duplicado de información; Aumenta la eficacia de los equipos y servicios; Ahorro en los gastos derivados del transporte; Optimiza procesos administrativos. v) Para el sistema sanitario: Mejor utilización y aprovechamiento de los recursos; Facilita análisis científicos y estadísticos; Mejor gestión de la salud pública; Aporta recursos adicionales para la enseñanza; Fomenta la equidad llevando la atención a las áreas aisladas; Favorecer la universalidad del acceso a la asistencia sanitaria; Apoya al desarrollo de un nuevo modelo sanitario, centrado en el paciente; Aumenta la eficiencia del sistema mediante la optimización de los recursos asistenciales, la mejora de la gestión de la demanda, la reducción de las estancias hospitalarias y la disminución de las repeticiones de actos médicos y exploraciones, así como de los desplazamientos; Aumentar la accesibilidad de la información a todos los niveles asistenciales. vi) Para el medioambiente: Reduce la huella de carbono al disminuir el uso de transportes; Reduce el uso de papelería. (Mesa Maldonado, 2019, págs. 15-16)

En tanto que sus riesgos o desventajas, la misma autora de las anteriores ventajas, ha sintetizado en los siguientes aspectos:

¹⁶ Según relata Joan Corominas “elemento inicial de cpts., tomado del griego *têle* ‘lejos’. Telecomunicación. *Telefio*, 1555, gr. *Téléphion* id deriv. De *Têlephos* rey de Media, en la formación de cuyo nombre entra dicho adv. Griego” (Corominas, 1973, pág. 561).

Riesgo de pérdida de confidencialidad y mal uso de datos sensibles ante eventuales ciberataques; Despersonalización de la relación médico-paciente; Propende que los profesionales altamente calificados no se establezcan en zonas rurales o menos desarrolladas, fenómeno conocido como brain drain (fuga de cerebros o éxodo intelectual); Si bien es ventajoso reducir los días de hospitalización, en algunos casos pueden darse altas muy prematuras desde el hospital, con mayores riesgos para el paciente; Vigilancia exagerada del estilo de vida del paciente. Pérdida de privacidad; Al requerir tecnología e infraestructura robusta para soportar la implantación de la telemedicina a gran escala, la inversión inicial para cubrir los costos de implementación suele ser muy alta, especialmente en zonas rurales; Dificultad para adaptarse a este nuevo modelo de atención por parte de algunas personas mayores o que no son nativos digitales; Riesgo de pérdida de datos e imágenes debido a la compresión de archivos para aumentar la velocidad de transmisión. Esto también puede darse cuando se utilizan TICs inadecuadas; Aumento de la demanda a los especialistas, pudiéndose llegar a no poder satisfacer el elevado volumen asistencial de pacientes. (Mesa Maldonado, 2019, pág. 17)

A su vez cabe agregar que fruto de dicho progreso tecnológico de las comunicaciones, dicha realización puede ser cumplida en tiempo real y por ello con la sola limitación de la no presencialidad física la cual es suplida con la presencialidad virtual, pero dicho encuentro se está produciendo en ese mismo momento, o sea, entonces, que bien puede haber una telemedicina sincrónica y, por ello, en tiempo real y es la que por lo general se cumple mediante la realización de una videollamada, utilización del teléfono o un sistema digital de cualquiera de las especies que conocemos (Skype, Google Meet, Tams, Zoom, Jitsy); o, por el contrario, puede ella ser cumplida asincrónicamente y, por lo tanto, no hay tampoco presencialidad virtual y son las interacciones que se cumplen en modo diferido por caso utilizando emails, WhatsApp o plataformas web que sirvan para recibir informes y hacer devoluciones posteriores de estos.

Que naturalmente, y como la mayoría de los estudios más modernos lo señalan, la telemedicina ha venido a resolver problemas complejos y con un costo económico hoy relativamente inferior a lo que impondría su ausencia, pues, sin duda, que ha permitido el acercamiento a prácticas sanitarias y orientaciones clínicas a gran cantidad de personas que se encuentran si bien no privadas de ellas, pues que tenían que hacer un desgaste económico y temporal notable para llegar a una consulta médica en términos generales y, ahora, masivamente instaladas las telecomunicaciones, internet y tantos dispositivos de telefonía celular, bien se puede señalar que se ha producido un auténtico momento de acceso a salud que seguramente la misma Declaración de Alma-Ata (1978)¹⁷ no había pensado como posible y con costos que volvemos a señalar, bastante bajos o moderados¹⁸.

¹⁷ La mencionada Declaración generada en el encuentro de la Conferencia OMS/UNICEF, coloca su centro de observación en la 'atención primaria de la salud', en su párrafo VII se puede leer: "Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles".

¹⁸ En el pasado, la tecnología disponible para hacer posible la telemedicina era excesivamente costosa, además la calidad de la conexión a internet era frecuentemente pobre, de modo que ofrecer servicios de salud a distancia era un proceso complicado. Hoy en día, esas limitaciones están desapareciendo rápidamente, gracias a las innovaciones tecnológicas que permiten la posibilidad de establecer comunicaciones a larga distancia. En la actualidad, aproxi-

A tenor de lo expuesto anteriormente, hoy en día se puede definir la telemedicina como aquella “área científica que utiliza las tecnologías de la información y las comunicaciones para la transferencia de información médica con fines diagnósticos, terapéuticos y educativos” (Monteagudo, 2005).

Si bien con el tiempo se podrán renombrar las diferentes maneras en que la telemedicina es brindada, cabe señalar en modo tradicional que ellas son: 1) teleconsulta, para facilitar el acceso al conocimiento y consejo de un experto remoto; 2) teletrabajo cooperativo, cuando se establece una conexión en red de grupos de profesionales que comparten recursos de conocimiento, bases de datos, e información para ayuda en la toma de decisiones; 3) telepresencia, que supone la asistencia de un profesional sanitario remoto a un paciente, como por ejemplo en el caso de telediagnóstico mediante sistemas de videoconferencia en tiempo real; 4) telemonitorización, que hace referencia a la vigilancia remota de parámetros fisiológicos y biométricos de un paciente, como el caso de la telemonitorización fetal de embarazadas de alto riesgo; 5) teleasistencia, que alude a la provisión de cuidados de salud a pacientes en condiciones de vida diaria, como en el caso de los ancianos que viven en su hogar. Normalmente es interactiva, e incluye telealarmas como detectores de inundación, presencia, agua, gas, etc; 6) telecirugía, que cuenta con un número creciente de realizaciones experimentales haciendo un uso importante de telerobótica, visión artificial y realidad virtual (Monteagudo, 2005).

Otros autores han preferido una taxonomía diferente y entonces lo han hecho bajo las siguientes entidades: 1) teleprevención: promoción de la salud a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y la prevención de riesgos y daños; 2) telediagnóstico: como ayuda en el proceso de tomar decisiones, la telemedicina incluye áreas tales como los sistemas especializados a distancia, que contribuyen al diagnóstico del paciente, o el uso de bases de datos en línea; 3) telemonitorización: consiste en la transmisión de información del paciente (ECG, radiografías, datos clínicos, bioquímicos, entre otros.) como medio para controlar a distancia la situación del paciente y diferentes funciones vitales. Suele utilizarse en salas de vigilancia intensiva o también en casos de cuidado domiciliario a pacientes crónicos; 4) teleconsulta: acceso a la experiencia o conocimiento de un teleespecialista de ubicación remota para un paciente específico, en una situación particular de atención; 5) teleemergencias: consiste en la utilización de equipos móviles que ayudan a realizar un diagnóstico, inicial y rápido, contando con la colaboración de expertos o monitorización de funciones vitales del paciente para enviar información al establecimiento de salud, de manera que se tomen las medidas necesarias; 6) televigilancia epidemiológica: notificación obligatoria de daños sujetos a vigilancia, como cólera, meningitis por meningococos, parálisis flácida, sarampión, dengue, malaria y otras que por su importancia epidemiológica, requieran de un control estricto, a través del uso de tecnologías de información y comunicación,

madamente el 39% de la población mundial tiene acceso de banda ancha, y en el futuro las posibles aplicaciones de la telemedicina se expandirán a medida que la innovación y la adopción tecnológica se aceleren. Los esfuerzos por llevar los servicios de salud hacia las zonas remotas y lugares en los que frecuentemente se presenten emergencias médicas, que pueden ser evitadas si se tratan en el mismo sitio y bajo la supervisión de un especialista, han dado como resultado la ejecución de proyectos que plantean la telemedicina como herramienta potencial para realizar controles en salud (Parrasi Castaño, Celis Carvajal, Bocanegra García y Pascuas Rengifo, 2016).

permitiendo que se tomen las medidas apropiadas de prevención y control (véase Cardier, 2016 , pág. 842).

En el marco normativo, la República Argentina está discutiendo por este tiempo la sanción de una ley que regule la telemedicina, encontrándose con aprobación de media sanción en la Cámara de Diputados un texto, en cuyo art. 2 se define a la telemedicina “como la prestación de servicios de salud a distancia, utilizando tecnologías de la información y de la comunicación, para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones, la investigación, la capacitación y gestión de la salud”. El mismo texto, en el art. 3 indica una taxonomía de los servicios de la telemedicina, a saber: 1) teleconsulta, 2) teleasistencia, 3) telemonitoreo, y 4) teleeducación o educación a distancia¹⁹.

5. ACTOS MÉDICOS Y ACTOS SANITARIOS. SIGNIFICADOS EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Nosotros nos ocuparemos en esta ocasión de una especie de la telemedicina que dentro de las sincrónicas puede ser considerada como quizás la más sencilla; lo cual no quita que sea en dicha especie en donde particularmente percibimos el problema antropológico al cual nos hemos referido con anterioridad.

Justamente son las condiciones operativas mediante las cuales esta se cumple, que nos traen la preocupación que habremos de puntualizar más abajo con detalle, debiendo de cualquier modo dejar a salvo, que no es esta ni la ocasión ni el ámbito para tomar otro tipo de conclusiones que las que se vinculan con el capítulo antropológico y de las humanidades médicas que es desde donde nos hemos posicionado en la temática²⁰.

Por ello, no ingresaremos a discusiones respecto a los entornos profesionales y económicos que todo el tema de la telemedicina en general también habilita como corresponde. Puesto que, al fin y al cabo, los profesionales de la salud, por lo general, asumen el costo de vivir de lo que pueden percibir como honorarios profesionales; y sabiendo que en nuestro análisis habremos de estar discutiendo alguna cuestión relativa al “acto médico” y que generalmente suele en muchos ámbitos profesionales utilizarse como

¹⁹ Art. 3 “Se consideran servicios de Telemedicina a: a) Teleconsulta: a los brindados por los médicos, odontólogo, psicólogos, nutricionistas y todo profesional comprendido en los servicios de salud ejercidos por medios de comunicación electrónicos en forma no presencial, reconocidos y aprobados por el ministerio de salud de la nación; b) Teleasistencia: al servicio de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los problemas afines a la salud, a distancia mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación entre integrantes de los equipos de salud, con los mismos requisitos y calidad que los modos médicos convencionales”.

²⁰ “El cultivo de las humanidades amplía la visión del hombre sobre sí mismo y sobre el universo. Impide su enclaustramiento dentro de moldes rígidos pequeños, donde se asfixia y languidece. Despierta zonas de sensibilidades ignoradas, ocultas o dormidas. Salva al alma de un naufragio en las aguas estancadas del oficio cotidiano. Hace germinar en el árido terreno de la ciencia la flor augusta de la verdadera sabiduría” (Loudet, 1969, pág. 130).

unidad de medida económica para las retribuciones a los galenos, es que dejamos a salvo que nuestras consideraciones lejos de pretender avanzar cercenando dicho espacio retributivo de honorarios profesionales siempre ubica que toda tarea profesional que se cumple debe ser cancelada económicamente como corresponde²¹.

Reiteramos y hacemos nuestro un párrafo del prólogo que en el 2001 escribiera el presidente de la Asociación Médica Argentina, Dr. Elías Hurtado Hoyo, al Código de Ética para el Equipo de Salud –vigente–, indicando que

para la Asociación Médica Argentina y la Sociedad de Ética en Medicina el camino ético de la atención de la salud es una permanente búsqueda responsable de la verdad en libertad. El solo conocimiento científico-técnico, ante el desbordante mundo tecnológico, no alcanza en el “acto médico”. Se requiere algo volitivo del hombre-miembro del equipo de salud en cada una de su toma de decisiones que exprese la “madurez” y la “experiencia” adquiridas en su profesión, y, en su evolución existencial como persona. Este “algo” permite ir incorporando dichos avances dentro de límites que faciliten mantenerse dentro de los valores sociales. (Hurtado Hoyo, 2011, pág. 14)

Es particularmente en dicha perspectiva del problema antropológico del “acto médico” en el cual nos habremos de insertar en nuestra consideración, fundamentalmente porque creemos que el “acto médico” y tal como lo dijera en modo sencillo y preclaro Florencio Escardó varios lustros atrás, hace en él, que confluyan diversas variables que muestran con claridad la entidad trascendente que tiene, así, “para el médico el acto médico es principalmente diagnóstico; para el paciente es principalmente pronóstico, pero, aún a despecho de uno y de otro, es desde el primer contacto terapéutica. Terapéutica que no es lo mismo que medicación” (Escardó, 1957, pág. 137).

Y ello es lo que habrá que confrontar con las propuestas que la telemedicina en algunas de sus formulaciones puede presentar como acto médico, que volvemos a reiterar que allí donde se cumple labor profesional existe derecho a la retribución de honorarios correspondiente. Ello no es óbice para discutir, que, desde las humanidades médicas, dicho “acto médico” pueda ser reconfigurado en otra categoría conceptual.

De igual modo destacamos que no tendremos ocasión ahora –para no extender demasiado la presente contribución– el hacer una exégesis fortalecida de los entornos de las responsabilidades profesionales que por la praxis profesional médica se pueden suscitar mediante el ejercicio de la telemedicina. Allí también advertiremos, que el acto médico tiene algunas connotaciones que es conveniente poner a buen resguardo cuando la modalidad de realización es la telemedicina, para no dejar a los profesionales expuestos a una situación de cierta incertidumbre en cuanto a sus deberes y que es por defecto lo que en muchas ocasiones ha sucedido cuando emergen nuevos paradigmas profesionales. El derecho siempre transita atrás de los hechos, y solo cuando ellos se han comenzado a consolidar, el mundo normativo los atrapa y regula con buen detalle; hasta

²¹ “Art. 315. La presencia en un ‘acto médico’ de un miembro del Equipo de Salud a pedido del enfermo o de la familia en un acto prestacional por terceros, siempre da derecho a honorarios especiales”. “Art. 316. Las consultas por carta, correo electrónico o algún otro método a desarrollar, que generan la opinión y toma de decisiones del profesional, deben considerarse como atención en consultorio y dan derecho al cobro de honorarios” (Código de Ética para el Equipo de Salud, Asociación Médica Argentina, 2011).

que ello no ocurra, los procesos de ajustamiento pueden conllevar naturales injusticias en su realización y que hasta cuando sea posible preverlas para evitarlas, hay que realizarlo (Tarello, 1995).

Nos ocuparemos entonces de la llamada “teleconsulta”, que habitualmente es nombrada como “videoconsulta” y que tiene una generalización y masividad notable, especialmente en tiempos en los que las personas en general se han visto privadas de tener un derecho completo a la libre circulación en función de la enfermedad de SARS-Cov-2 (Agamben, 2020), y, por lo tanto, de accesibilidad física y personal a un médico.

Ello también impuso cuarentenas prolongadas a poblaciones completas y despertó una gran preocupación en ellas, ante sintomatologías que advertían compatibles con COVID-19 y, por ello, si bien la telemedicina era un campo que se conocía y utilizaba, en la contemporaneidad de los tiempos pandémicos que asolan la población mundial, gran parte de la ciudadanía mundial encontró en la teleconsulta una resolución a problemas por demás serios y preocupantes (Calvo y Kindelán, 2020). Y no existe ninguna razón para pensar que, retirada la enfermedad, la telemedicina tenga un retroceso, sino todo lo contrario.

El uso de las telecomunicaciones afectadas a la salud será cada vez más numeroso, consistente y, por ello, es importante que también sea cumplido bajo rangos que protejan y preserven la relación médico-paciente²², como así también requerimientos relativos a la información de las personas que habrán de utilizar la telecomunicación, su respectivo consentimiento a dicha información²³ y por último el archivo respectivo de los datos en cuestión²⁴.

La nombrada circunstancia de la enfermedad del SARS-CoV-2 impuso a muchas personas que muy probablemente conocían desde muy lejos este campo sobre el cual se extiende la práctica médica a que lo recibieran con notable satisfacción, toda vez que las ventajas que como tal existen y que son por todas las personas razonablemente admitidas, pues en circunstancias histórico-sanitarias de alto contagio eran y son una manera acertada de evitar innecesarias exposiciones a dichos riesgos como son las de tener que asistir a un centro hospitalario para efectuar la consulta. Además de ello y en no menor medida, ha sido la vía de la telemedicina la que ha permitido que muchas personas, especialmente las que padecen afectaciones mentales, pudieran continuar con sus tratamientos y consultas en un modo relativamente regular por dicha vía; también muchas otras que, afectadas en su salud física, no desatendieron de modo excesivo sus cuidados, consultas y chequeos regulares por la vía remota. Todo ello se ha mostrado con gran for-

²² El art. 8 de la ley con media sanción indica que “la teleconsulta o consulta a distancia deberá mantener la misma calidad que una prestación efectuada en forma presencial”.

²³ El art. 9 de la ley con media sanción indica que “el profesional habilitado para efectuar la teleconsulta deberá informar al paciente el tipo y modalidad de práctica basada en evidencias científicas y guías de práctica clínica por programas de tele-especialidad, y si el paciente acepta la propuesta, deberá firmar el consentimiento de acuerdo a lo dispuesto por la ley 26.529”. Con especial cuidado se ha referido a este aspecto en un artículo central José Tobías (2019).

²⁴ El art. 14 de la ley con media sanción indica que “todos los datos e información transmitida y almacenada mediante plataformas tecnológicas tienen el carácter de datos sensibles”.

taleza ventajosa en tiempos de la enfermedad pandémica y también explica, en alguna medida, las razones de que la mortandad también no fuera mayor a la existente.

Sin embargo, muy probablemente la pregunta que solo algunos de ellos se hicieron es realmente la cuestión fondal y no meramente la impuesta por la comodidad y seguridad sanitaria que dicho tránsito ofrecía, y ella está vinculada con la misma naturaleza de dicho acto profesional médico por la vía de las tecnologías de la información. Esto es, ¿una teleconsulta, qué tipo o clase de “acto médico” es, para el supuesto de que sea uno tal, o por el contrario, se trata de algún otro tipo de realización cumplida por un médico, intermediada por una telecomunicación?

A tal respecto, debemos señalar, sin con ello pretender hacer una exégesis del texto normativo con media sanción en la Cámara de Diputados en el año 2020, puesto que no está en nuestro ánimo formularlo, pero solo a manera de dato o registro ilustrativo es digno de señalar, que dicha ley –suponiendo que fuera aprobado el texto como hoy existe– justamente viene a brindar los modos de conceptualización de un tipo de práctica profesional especial y novedosa, que, en ocasión alguna, hace referencia al sintagma de “relación médico-paciente” o de “acto médico”, lo cual es significativo por sí solo.

A ello se debería agregar que por el contrario utiliza un recurso semánticamente ambiguo al señalar el giro en el art. 8, que la teleconsulta “deberá mantener la misma calidad que una prestación efectuada en forma presencial”. Reiteramos, se elude vincular dicha “prestación” como acto médico y, también, ponerla en un contexto de relación médico-paciente y tal aspecto no puede ser desapercibido por un observador atento del problema.

Tal complexión bien podría ser considerada como que en ella se está refiriendo tácitamente a la relación médico-paciente que, como tal, es nuclear en todo relacionamiento profesional de un médico con un paciente; sin embargo, a la vez, se puede visualizar que justamente la condición que se está señalando de mantener “la misma calidad”, en rigor de verdad, es solo metafórica, toda vez que no es ello posible –y no porque sea ni mejor ni peor– sino porque sencillamente desde lo fáctico no es posible, porque lo que no hay es posibilidad real de poder cumplir con ello toda vez que el encuentro con el cuerpo del otro en su materialidad no es posible. Y ese solo registro ya es suficiente para tener por definido que nunca puede ser “la misma calidad” porque, en un caso, la “calidad” supone la accesibilidad directa y física al cuerpo del otro, y en restante supuesto, la accesibilidad al cuerpo del otro es inmaterial, remota y visual, pero nunca material, completa o integral. Entonces no puede ser nunca dicha prestación telemática de la “misma calidad” que aquella otra que no lo es, porque lo que no existe es el mismo acceso al objeto de la realización de la consulta sanitaria, esto es, el cuerpo del consultante.

Y si bien uno podría afirmar desde una perspectiva clásica que no es posible pensar la enfermedad sin el cuerpo enfermo, la modernidad en las ciencias médicas nos ha traído desde antes de la telemedicina que ello es posible en cuanto que, desde la práctica hospitalaria hasta la medicina científica, se ha logrado abstraer del cuerpo enfermo de alguien, esto es el hombre enfermo, una entidad independiente que hace de sustento a una realidad nosológica que se instala de alguna manera en una parte separada del

cuerpo y que así es estudiada por cada una de las áreas especiales que puedan estar implicadas en la noción morbosa en cuestión, y todo ello en conjunto, habiéndose olvidado de que el hombre es una totalidad viviente y no meramente un agregado de huesos, músculos, tejidos, sistemas y órganos.

Aquello de que los médicos hablan más de la enfermedad que del enfermo que la padece es el significativo registro de nuestra modernidad científico-médica y que hace tan esforzado cualquier replanteamiento que desde las humanidades médicas y la antropología médica se quiera cumplir (Semberoiz, 2012; Tauber, 2011). Puesto que no hay enfermedades sin enfermos –afirma con la autoridad incuestionada Jorge Orgáz– y agrega “y esto de que nadie enferma sino de lo que es constitucionalmente capaz y en el modo y forma de que es capaz” (Orgaz, 1960, pág. 117). A renglón seguido cabe recordar que “por humanidades, según el profesor Jean Chateau, deben entenderse en un sentido amplio, todas las actividades educativas que tienen por objeto preparar al hombre futuro a entrar en contacto con otro hombre. Son como el aprendizaje del diálogo humano” (Loudet, 1977, pág. 55).

Trasladando ese concepto al ámbito de las ciencias médicas en particular, bien se han clasificado cuatro especies de humanismo médico, a saber: histórico, culto, clínico y científico.

En general, cuando nos referimos al humanismo médico, pues justamente hacemos una orientación

a la actitud que el médico, desde su condición de tal, tiene con el enfermo, considerando en éste, al lado de su particular patología diagnosticable y tratable, su condición de persona doliente, de hombre en estado de enfermedad. Se trata en esencia, de la atención que en la clínica tiene el hombre médico con el hombre enfermo sobre la relación humana que entre ellos se establece. Este humanismo reside en la vocación de ser médico, en el impulso humanitario hacia el hombre enfermo, más que en el conocimiento científicamente establecido del ser humano y de su realidad (...) bendito sea este humanismo clínico humanitario, ejercido desde siempre por los buenos médicos, porque sin tener la estructura y el contenido del humanismo científico (...), protege, en alguna medida, a pacientes y médicos de los rigores de la tecnificación y deshumanización de la medicina actual. (Portugal Alvarez, 2012, pág. 104)

Volvemos a señalar, como lo hemos dicho más arriba, que bien podría existir un evento en el cual no existiera dicho reconocimiento directo del cuerpo enfermo por parte del médico, pero que a pesar de ello pueda obtenerse un juicio técnico completo de este, si acaso quien lo hiciera exitosamente fuera un artefacto-máquina tecnológico; obvio es señalar que quien tendría el cuerpo como sujeto entonces sería el artefacto; con lo cual por consecuencia necesaria para el médico, sin cuerpo no hay enfermedad y tampoco enfermo (Escobar Triana, 2008).

El reconocimiento cumplido por el artefacto-máquina podría ser superior, incluso, al efectuado por el médico, luego entonces –volviendo sobre la “*calidad de la prestación*”– en realidad no es la misma sino otra que es técnicamente mejor. Sin embargo, a los efectos de lo que estamos ahora diciendo, el déficit subsistiría porque en realidad no se está apuntando a la descripción del resultado: de mayor, igual o superior efectividad, sino a

una cuestión de modalidad en tanto que ella pueda ser mejor o peor que otra, y ello es una condición necesaria que no se puede alcanzar toda vez que el acceso al cuerpo del paciente, en el caso presencial, es completo e íntegro y en el marco de lo virtual y digital, es incompleto, inmaterial y solo visual.

La incertidumbre que nos queda, no siendo tampoco una práctica que sea realizada excluyentemente desde un artefacto tecnológico sobre la persona, como hemos ejemplificado con el tomógrafo como una realización *poiética*, sino una que se presenta como una realización de *praxis* médica en el sentido de que es una realización que en sí misma resulta consistente y consumatoria, y no un medio para una *praxis* ulterior como es el supuesto del tomógrafo, lleva seriamente a tener que preguntar si realmente tal realización de teleconsulta será también mejor o, en el caso suficiente, o si al menos como hipótesis, no resultara ser peor, en tanto que no existe acceso a la corporeidad del otro.

Si ello es así, quedaría *a priori* indicado que el estándar que aspira que se cumpla el art. 8 ib. no es posible, al menos para un cierto tipo de realizaciones que entonces deberían retirarse de dicho cartabón y podrían encontrar otro nicho normativo atento a la naturaleza específica de esa práctica.

No dudamos que pueden cumplirse especies de telemedicina más complejas que una teleconsulta o videoconsulta, como se puede juzgar de lo previsto en el art. 3 inc. ‘c’ en cuanto que promueve la realización del telemonitoreo el cual “consiste en sistemas de monitoreo de signos vitales o de condiciones de alerta a personas con algún grado de discapacidad o enfermedad crónica” y acerca de los cuales no tenemos duda alguna, respecto a que son “actos sanitarios”, que en nuestro juicio no es lo mismo que un “acto médico”²⁵.

En los actos sanitarios –además del supuesto de la nota anterior– puede o no haber una intervención humana sincrónica de un médico, pero quien está haciendo materialmente la “acción *poiética*” es propiamente un profesional médico; sin perjuicio de que se encuentre intermediada la realización “con” o “por” el instrumento técnico. En supuestos todavía más complejos de comprender, visualizamos la práctica de la telecirugía; a cuyo efecto baste con recordar que hace ya veinte años atrás, en septiembre del 2001, los medios de comunicación se hicieron eco de la primera intervención quirúrgica transatlántica realizada por un cirujano manipulando, remotamente desde Nueva York, el brazo de un robot situado en un quirófano de Estrasburgo, a más de 14.000 km de distancia, a los fines de extraer la vesícula biliar de una paciente de 68 años que fue dado de alta a los dos días de la operación (véase Cardier, 2016 , pág. 840).

En tal supuesto y que puede parecer menor por la entidad de la operación en cuestión, sin embargo lo que califica la acción no es la envergadura de la intervención quirúrgica, hoy perfectamente puede ser una neurocirugía, sino que el artefacto tecnológico –brazo de robot o el que fuere– es dirigido por un médico ubicado a distancia del evento en cuestión. Y ello es lo mismo que un médico que está cumpliendo una

²⁵ Todo acto médico es un acto sanitario, pero no todo acto sanitario es un acto médico. Una persona no médica que auxilia a otra persona que está sufriendo un supuesto paro cardíaco en la vía pública no está cumpliendo con ningún acto médico, sino realizando un acto sanitario relacionado a la salud de ese sujeto descompuesto en la vía pública.

igual intervención de una videolaparoscopia vesicular, con el cuerpo del enfermo a su alcance. En ambos supuestos, el médico está realizando dicha operación “por” la cosa, esto es mediante el artefacto tecnológico. Mientras que, si lo estuviera cumpliendo en una forma primitiva porque no tiene un bisturí y solo un trozo de vidrio, diríamos que lo hace “con” la cosa, como es, utilizando dicho objeto cortante.

Señalamos que una telecirugía es un “acto sanitario” y no “acto médico” y ello es así no porque exista en el supuesto una sincronidad del médico que dirige un aparato –que para este tipo de supuestos es esencial– y que a la vez es quien efectivamente está cumpliendo la intervención quirúrgica, toda vez que es el médico a la distancia quien está controlando que la intervención sea cumplida adecuadamente aunque la manipulación del instrumento no sea directa –“con” la cosa– sino indirecta –“por” la cosa–. Pero aun cuando lo fuera, como habitualmente puede acontecer en cualquier cirugía tradicional, esto es “con” la cosa –bisturí–, no por el solo hecho que sea el médico quien esté manipulando el bisturí, modificaría *per se* la condición del acto que se cumple, pues seguiría siendo un acto sanitario, puesto que lo que se está realizando es una acción de intervención sobre el cuerpo del enfermo.

En tal supuesto, se advierte una deliberada intervención sobre el cuerpo ajeno y, por ello, generando algún tipo de alteración y/o transformación en el sujeto. En el ejemplo que apuntamos en nota anterior, la persona no médica en la vía pública que brinda una serie de masajes cardíacos, cuya manera de realizarlos observó por un tutorial en YouTube, está interviniendo de igual manera sobre el cuerpo de otro, intentando que su corazón vuelva a marchar, y, por lo tanto, cumple con un “acto sanitario” como hemos dicho.

Sin embargo, en el otro supuesto, la intervención quirúrgica –telemática o no– bien se debe suponer que se llega a ella porque hay un conjunto de elementos diagnósticos que como tal orientan dicha práctica y eventualmente si el supuesto fáctico fuera el de una persona hospitalizada, que ingresa por guardia bajo la categorización de politraumatizada, pues se habrá de cumplir una evaluación *in situ* acerca de lo que corresponde hacer y, como tal, se ejecutará hasta donde ello sea posible.

Los dos supuestos son bien distintos no solo en la complejidad sino también en la génesis que han tenido. Por caso, el señor que en la calle auxilia a otro haciendo masajes cardíacos, creyendo que ha tenido un paro cardíaco, ha equivocado su apreciación, puesto que en realidad lo que ha sufrido es una lipotimia –esto es, una pérdida súbita del conocimiento– y mejor que hacer masajes que de poco sirven, sería conveniente elevar sus miembros inferiores en un intento de restaurar niveles normales de tensión arterial.

En tal caso, el colaborador ciudadano no tiene ninguna relación anterior con dicha persona que se ha desplomado en la vía pública, ni tampoco tiene ninguna experticia profesional para diferenciar entre un paro cardíaco de una lipotimia; su acción no puede considerarse desde ya un acto médico y más parece, según lo dicho, un acto sanitario. Pero ello si lo comparamos con una práctica quirúrgica, que hemos dicho que es un acto sanitario, parece evidente la distancia entre una realización y otra, además en un caso

un no profesional médico y en el otro un médico cirujano, pero sin embargo afirmamos que ambos son actos sanitarios.

Destacado lo que antecede, bien podemos preguntarnos, entonces, dónde radica el elemento cualificador entre un “acto sanitario” y un “acto médico” y qué importancia puede tener ello a los fines de la discusión sobre la teleconferencia o videoconsulta. Pues decimos que la diferencia central se asienta justamente en aquello que la videoconferencia o teleconsulta –inicial al menos– no puede ofrecer, esto es, el reconocimiento general *per se* o en *integrum* –no “por” o “con” la cosa– de la corporeidad enferma mediante la semiología correspondiente. Definitivamente que la capacidad de poder efectuar y cumplir con una práctica semiológica y, por lo tanto, habilitado en dicho saber profesional, es solo un médico, y ello es lo que verdaderamente convierte la existencia de un acto sanitario en un acto médico. Recordamos que

se llama semiología o semiótica el capítulo de la patología general que se dedica al estudio de los signos de las enfermedades. Los signos son manifestaciones objetivas, físicas (exantemas, modificaciones del pulso, dilatación cardíaca, etc) o químicas (albuminuria, hiperglucemia) que se reconocen al examinar al enfermo, y síntoma son los trastornos subjetivos –molestias, dolor, etc– que el paciente experimenta y el médico no suele percibir o le es difícil comprobar y a cuyo conocimiento sobre todo llega por medio del interrogatorio. (...) La exploración de los enfermos para ser completa –a capite ad calcem, decían los clásicos–, debe ser ordenada y siguiendo un orden lógico. Comprende: 1) Interrogación o anamnesis, 2) Inspección. Primero la somática general (...) y luego la local del tórax abdomen, etcétera, 3) Palpación, 4) Mensuración, 5) Percusión, 6) Auscultación y 7) Métodos complementarios. (Suros, 1964)

La semiología es por lo general y casi con la sola excepción de las situaciones emergenciales y urgentes –en donde no hay semiología posible– la realización que abre el espectro a una posible relación médico-paciente y, por lo tanto, es la práctica semiológica un completo “acto médico”, toda vez que no hay semiología posible sin reconocimiento del cuerpo del enfermo. Esto no quiere decir que los “actos sanitarios” no vayan acaso poder integrarse posteriormente a una relación médico-paciente, pues naturalmente que ello es perfectamente posible y en realidad es lo deseable, lo cual habrá de acontecer en cuanto los mismos actos sanitarios sean evaluados en su seguimiento, éxito o fracaso terapéutico, etc.

Por ello decimos entonces, que los “actos sanitarios” (1) se podrán incorporar a la relación médico-paciente en los casos en que hayan tenido que ser cumplidos de urgencia. O que (2) son el resultado de una relación sanitaria anterior que es de donde ha surgido la conveniencia del nombrado “acto sanitario”.

En el supuesto (1), cuando finalmente dicho acto sanitario se incorpora en el marco referencial de una relación médico-paciente, se podrá indicar que tal evento se ha cumplido a la luz de “*acto médico imperfecto*” puesto que este se integró al marco de la relación médico-paciente, cuando ya había sido cumplido como tal, esto implica que resulta ser *ex post* del acto sanitario. De igual manera se podrá destacar que, cuando el acto sanitario –como el ejemplificado en (2)– es cumplido como consecuencia de un “acto médico” y por lo tanto se ha cumplido en este un reconocimiento semiológico del

sujeto enfermo, dicho “*acto médico es perfecto*”. Adviértase entonces que la frontera que separa un acto médico perfecto de otro imperfecto no es la existencia o inexistencia de un acto sanitario, lo distintivo, sino la intervención directa que sobre el cuerpo del supuesto enfermo se ejecuta y que supone el momento semiológico por antonomasia. Por tal razón, la práctica del masaje cardíaco, aunque indebido y realizado por quien no era médico, impuso –supongamos– que la persona acuda a una consulta y, en tal lugar, lo habrán de explorar y podrán orientar un diagnóstico, la semiología ha sido entonces *a posteriori* y el acto médico –al menos el inicial– que se cumple es imperfecto.

En el supuesto de la telecirugía, ella es sin duda como “acto sanitario” el resultado de una relación médico-paciente en donde se alcanzó la certidumbre que se trataba de una práctica que vendría a mejorar la salud de la persona y por ello se trata entonces de un “acto médico perfecto” puesto que los que son tales tienen dos momentos que se integran progresivamente, el primero cuando se produce la práctica semiológica o sintomatológica y el segundo cuando efectivamente se ejecuta la práctica, que en el caso resulta ser la misma telecirugía. O también el caso que hemos señalado más arriba respecto al cumplimiento de una tomografía computada que a una persona se le efectúa, en donde lo que se está cumpliendo es con un acto sanitario que por definición se habrá de vincular luego a una relación médico-paciente que es donde ella se inició.

Por el contrario, cuando no hay acto médico previo –esto es carencia de realización semiológica– y existe acto sanitario, decimos que, de producirse efectivamente una realización semiológica, se podrá decir que el “acto médico es imperfecto” o en algunos supuestos, ni siquiera existirá el nombrado “acto médico” ni como perfecto ni como imperfecto. Como sería el supuesto de la persona descompuesta en la vía pública y auxiliada por un no médico, a cuyo suceso la víctima del mismo episodio lo descalifica por irrelevante para orientar una consulta a un profesional médico. Entonces, ha habido una relación sanitaria efectivamente, más allá del error diagnóstico, pero como no ha habido consulta ulterior no ha podido migrar a ningún tipo de acto médico imperfecto.

Pues por ello en nuestro parecer no resulta inquietante en manera alguna con que se pueda cumplir una intervención quirúrgica de vesícula o de neurocirugía, mediante la intermediación de las TIC, o que incluso el día de mañana todavía se mejoren los instrumentos tecnológicos –como sin duda habrá de ocurrir– y, entonces, ciertas intervenciones quirúrgicas corresponderán por completo ser cumplidas por un operador tecnológico y ello no hará desaparecer la condición antropológica de la medicina (Laín Entralgo, 1983), porque siempre dichos actos, aun altamente complejos, habrán sido la respuesta contemporánea que se brindará a un proceso acordatorio anterior –“acto médico perfecto”– desde donde, y a partir del cual, se habrá gestado la relación médico-paciente y en su proyección el nombrado acto sanitario.

Posiblemente sea solo la obviedad de lo que estamos señalando lo que no ha permitido ver con cierta claridad hasta este momento al menos que, por defecto, cuando nosotros nos referimos a la relación médico-paciente, estamos haciendo mención a un conjunto de eventos de distinta naturaleza que se producen a lo largo de la realización de un episodio nosológico que la persona tiene y que, con independencia de que se puedan señalar diferentes momentos en la cual ella se desarrolla y a la vez diferencia, tal

como Pedro Laín Entralgo (1983) lo ha presentado con insuperable desarrollo; pues lo cierto es que además de tales grandes momentos: 1) afectivo, 2) cognoscitivo o diagnóstico, 3) operativo o tratamiento, 4) ético-religioso, lo que tienen también ellos son diversas realizaciones que se cumplen –sin importar en cuál de los señalados momentos, sin perjuicio que se podrán focalizar más en unos que en otros– y que son principalmente de dos tipos de actos, los actos médicos y los actos sanitarios. Los primeros, agregamos ahora a lo ya dicho, son esencialmente de “naturaleza antropológico-médica” y los segundos son especialmente de “naturaleza técnico-sanitaria”.

Los primeros son los que fortalecen el encuentro de uno con otro –médico con enfermo–, son aquellos por los cuales el enfermo entrega el cuerpo al médico, y que este último ha logrado así orientarlo a partir de un conjunto de transferencias personales, explicaciones médico-sanitarias e informaciones completas acerca de los desarrollos y consecuencias que se pueden producir, como también de la conveniencia de ejecutar determinadas prácticas sobre dicho cuerpo supuestamente enfermo, sea tanto para orientar el diagnóstico como la terapéutica correspondiente²⁶. Tareas estas que, en algunos casos, las podrá hacer directamente el mismo médico –obtener una muestra de tejido por cumplir con una biopsia– o podrá solicitar que sea realizada mediante la asistencia de un artefacto especial, como podría ser un tomógrafo axial o que la cumpla otro profesional médico mediante una intervención quirúrgica.

Pero todos esos casos, sean cumplidos directamente por el médico en cuestión, otro médico o un artefacto manipulado por un tercero médico o no médico, no modifican la condición de ser ellos actos sanitarios, puesto que son el resultado conclusivo de una relación médico paciente anterior que los ha explicado, informado y en la cual el paciente ha acordado en modo concordante que sean cumplidos ellos. Es decir están precedidos de una relación médico-paciente.

Con ello a la vista quizá resulte más simple evaluar entonces una categoría de maniobras y acciones que el médico habrá de cumplir con el paciente y que no se refieren a actos sanitarios sino que son en sentido completo y pleno “*actos médicos propiamente dichos*” –ni perfectos ni imperfectos–, y señalamos que son todos aquellos en donde no existe por parte de este, ni siquiera una realización de *intervención relativamente invasiva* sobre el cuerpo del paciente, sino que se refieren a *meros actos exploratorios* manuales y eventualmente cumplidos con la asistencia de instrumentos de baja densidad técnica y por ello de invasividad mínima. Por caso, un auscultación asistida con el estetoscopio para escuchar los ruidos del cuerpo, un tensiómetro para poder comprobar el estado de la presión sistólica y diastólica, un termómetro para poder reconocer la existencia de temperatura que pueda delatar un síntoma de alguna infección, un bajalenguas que permita ver con claridad la cavidad bucal y especialmente inflamaciones en la garganta

²⁶ “Una exploración clínica concienzuda y detenida, además de suministrarnos más datos útiles para el diagnóstico –pues es norma general, jamás desmentida: ‘Cuánto más cuidadosa es la exploración, tanto más signos se obtienen’ (Hänel), y ‘busca hechos y tendrás ideas’ (Kant)–, aumenta nuestro prestigio y autoridad ante el enfermo quien ansía ser bien atendido y curado (...) Los grandes clínicos son precisamente aquellos que logran, por medio de exploraciones cuidadosas y de la meticulosa educación de sus sentidos darse cuenta de detalles que, para la mayoría, han pasado inadvertidos” (Suros, 1964).

en general, una balanza que permita reconocer la relación del peso de la persona con su contextura y talla general.

Casi que se podría decir, entonces, que por antonomasia “*actos médicos propiamente dichos*” son aquellos que por lo general acompañan la práctica semiológica que por defecto el médico cada tanto tiempo habrá de realizar en su paciente, especialmente cuando asiste a la consulta y con ello se va haciendo y conociendo la progresividad de la misma enfermedad.

Inmediatamente después de la anamnesis, a veces durante ella, el médico explora con sus manos al enfermo. Esto es, pone sus manos sobre el cuerpo del paciente para ejecutar en él los tres procedimientos clásicos de la exploración manual: la percusión, la tacción y la palpación. No solo pone sus manos. A veces, también su oído puesto que todavía no ha perdido vigencia la práctica de la auscultación inmediata (...) la mano es por excelencia el órgano del tacto (...) cuando explora {el médico} manualmente el cuerpo del enfermo, no intenta poseerlo ni modificarlo, sino tan solo conocerlo. (Laín Entralgo, 1983, pág. 336 y 338 respec.)

Por lo dicho también se puede señalar, que la relación médico-paciente podrá tener espacios de encuentros en donde no hay ni acto médico ni acto sanitario y que, en muchos casos, son referenciados como los necesarios para que se fortalezca el cemento que fluye en dicha relación.

Sin esos conectores, la relación médico-paciente solo sería una sucesión de eventos sean ellos actos médicos –perfectos o imperfectos– y/o sanitarios; pero no es de ese modo como se producen las cuestiones, porque la realidad indica que ellos se generan en el marco de una relación alimentada de encuentros de naturaleza antropológico-técnica, donde la sinergia es más allá de lo médico y sanitario y, por tanto, plenamente humana, pero que sin embargo vuelve al campo sanitario y médico con disposición y confianza por el enfermo y con alegría y entusiasmo por el médico. Se ha señalado que los tres fenómenos específicos de la relación médico-paciente son: 1) el hecho en sí mismo considerado de la enfermedad, 2) las intenciones implícitas del médico en cuanto a su relación con el paciente y 3) el propio acto de la medicina, cuyo fin principal es el bien del paciente. Todos ellos conforman una relación necesaria para que un paciente se cure (Villanueva, 2012, pág. 83).

A modo ilustrativo de dicha tesis, se ha destacado que

partimos del presupuesto de que las relaciones entre médico y enfermo no se agotan en la simple intervención tecnicoterapéutica (realizada en el plano biológico y químico) sobre un objeto representado por el enfermo y por parte de un técnico que es el médico. Precisamente porque esta relación es una relación humana, inscripta en un contexto social en el que actúan toda una serie de dinámicas vinculadas a las personalidades de los dos polos de la relación, en enfoque de un análisis de ese tipo debe ser, o por lo menos debe ser también de carácter antropológico. (Seppilli, 1972, pág. 325)

Huelga señalar por lo obvio que resulta, que sea en la primera consulta –o la sucesiva si la anterior solo hubiera sido de estrechamiento coloquial– donde se cumple con

la práctica semiológica. En ella hay un médico que examina el cuerpo del paciente que posiblemente está enfermo. Bien se ha dicho que

el acto médico es un hecho radicalmente social (...) El contenido del acto médico, como mera relación técnica entre médico y enfermo, puede esquematizarse en los siguientes elementos: anamnesis, exploración, diagnóstico y pronóstico e indicación terapéutica. El documento que resulta del mismo es, como ya sabemos, la historia clínica o relato patográfico. (López Piñero, 1987, pág. 104)

Esa práctica es el soporte antropológico de la relación médico-paciente, puesto que es la entrega del cuerpo que al fin de cuentas es la misma subjetividad que el hombre posee y que la está poniendo a disposición de la mirada del otro y, por ello, es que siempre la profesión médica ha sido considerada irremediabilmente vinculada a la ética. Antes que por cualquier otra cuestión, porque será el médico quien transitoriamente habrá de gobernar el cuerpo de otro, para curarlo sin duda. Animamos a señalar que no parece haber un acto de mayor entrega que el hombre pueda hacer que poner a disposición de este que es el médico, su mismo cuerpo para que lo cure.

En efecto, el cuerpo en tanto encarna al hombre, es la marca del individuo, su frontera, de alguna manera el topo que lo distingue de los otros. Es la huella más tangible del actor en cuanto se distienden los vínculos sociales y la trama simbólica que provee significaciones y valores. Según Durkheim, el cuerpo es un “factor de individuación”. Es lugar y el tiempo del límite, de la separación. (Le Breton, 2011, pág. 11)

En cada uno de los momentos en que se cumple la consulta –sea ella primera o sucesiva–, es cuando la relación médico-paciente se contabiliza en su consumación antropológico-técnica como tal. Allí es donde se organizan estratégicamente de común acuerdo los pasos siguientes a ser cumplidos por los médicos en cuanto a los actos sanitarios a ser efectuados por ellos y los propios actos sanitarios que los pacientes que, como tal, también deben cumplir; por caso, tomar las medicaciones que se hayan prescrito, cumplir con las prácticas dietéticas que se puedan haber determinado, someterse a las pruebas complementarias que se hayan podido indicar.

Todo ello será el reciclado de una nueva y próxima consulta y, por ello, de fortalecimiento en la realización de una auténtica relación médico-paciente y por ello de lo que más arriba consideramos bajo el epígrafe de “*acto médico propiamente dicho*”. El nombrado tiene por definición una triada de objetivos: conocer el problema, solucionar el problema y predecir qué sucederá con el problema.

Así es como se ha escrito que

1) Conocer el problema: Procedimiento conocido habitualmente como diagnóstico. Diagnosticar significa conocer (...) El concepto de diagnóstico clínico implica conocer la modificación desfavorable de la ecuación salud/enfermedad, ya sea en el ámbito biológico y/o psicológico y/o social (...) El acto del diagnóstico clínico se centraliza inicialmente en el síndrome, con el objeto de identificar la enfermedad, mientras pesa atención a la situación (...) 2) Solucionar el problema: Procedimiento incluido en el concepto de terapéutico, es decir, los recursos disponibles para aliviar o curar las enfermedades (...) Responde

al interrogante: ¿qué hago?. 3) Predecir qué sucederá con el problema: Es decir, el curso natural de la enfermedad o el probable resultado de las medidas correctivas propuestas o implementadas. Responde al interrogante qué sucederá. (Dain, 2014, págs. 44-45)

6. LA TELECONSULTA Y LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE

Por todas estas consideraciones, es que la teleconsulta que se pueda cumplir y acerca de la cual agregamos, que no nos oponemos en su realización; sino que solo habrá que ubicarla en el lugar adecuado que le corresponde estar, para poder hacer de ella también un instrumento eficaz, seguro y apreciado por los pacientes y, con ello, alcanzar en alguna manera también los designios de Alma-Ata.

Consideramos, acorde a todo lo que hemos podido destacar más arriba, que la teleconsulta, si fuera el caso presentarla gráficamente en un lugar en el espacio, se ubica en un punto más o menos equidistante entre el acto médico y el acto sanitario. Con ello bien se podría decir significativamente, que es una suerte de un *“acto híbrido cuasi médico”*, especial y casi excluyentemente cuando ella es cumplida sin que exista ningún grado de reconocimiento anterior y previo entre el médico y el paciente. Puesto que si entre ellos existiera ya una relación médico-paciente, no hay ninguna razón para no considerar a la mencionada teleconsulta como un auténtico “acto médico”.

De todas maneras y tal como bien se puede colegir de lo que hasta el momento tenemos como proyecto de ley con media sanción en la Cámara de Diputados, estaríamos en el caso que finalmente se ha indicado, más que frente a una realización de teleconsulta a lo que se define como teleasistencia, a cuyo efecto remitimos a la definición normativa que de ella hemos anotado más arriba.

Con ello mostramos que nuestra observación crítica está centralizada con exclusividad en la práctica de la teleconsulta médica o también equiparable a la videoconsulta, en cuanto que sea ella la que inaugura la relación médico-paciente; puesto que auténticamente ella no puede aperturar ninguna relación. Podrá en el mejor de los casos ser propedéutica a una, es posible. Aunque es conocido que la mayoría de las teleconsultas que son realizadas no habrán de tener continuidad en una relación médico-paciente, sino que se agotan en la misma definición que en ellas se produce.

Mas lo cierto es que la teleconsulta inicial existe y en ella, a partir de las respuestas que a sus preguntas el médico recoge del requirente, habrá de concluir en una determinada inferencia relativa a qué cosa puede ser la que le esté ocurriendo a esta persona que ha requerido la asistencia médica. Pues aun suponiendo, lo cual en realidad no debe ser objeto de ninguna suposición sino de un dato fáctico en el marco de lo prescripto también por el art. 9 del proyecto de ley, los médicos que están atendiendo dichas tele-

consultas deben tener una experticia especial y un entrenamiento muy calificado para poder conseguir, que mediante un cuidadoso interrogatorio, pueda el profesional con toda esa información devuelta por el consultante, tener un supuesto cuadro clínico de la persona y poder construir un diagnóstico al menos presunto²⁷.

Completada la exploración, el médico tiene que emitir dos juicios, relativo el primero a la índole de la enfermedad que sufre el paciente (diagnóstico) y el segundo a su probable evolución (pronóstico). El diagnóstico comprende tres fases. La primera, o diagnóstico específico, consiste en determinar la especie morbosa o entidad nosológica que padece e enfermo. Para ello se intenta identificar en este último las lesiones, disfunciones y causas específicas de la entidad nosológica en cuestión, por medio de los signos recogidos en la exploración debidamente interpretados (...) Comprobada la presencia de las lesiones, disfunciones y causas correspondiente, el médico formula una hipótesis integradora acerca del mecanismo de producción de la enfermedad (patogenia) en el paciente concreto al que está asistiendo. Si la totalidad de los resultados coincide con lo característico de una entidad nosológica determinada, puede concluir objetivamente que ese enfermo la padece. El diagnóstico, sin embargo, no se agota con esta rotulación específica, sino que debe dar razón de la forma peculiar en la que el paciente sufre dicha entidad nosológica, no sólo como individuo biológico (diagnóstico individual) sino como persona (diagnóstico personal). (López Piñero, 1987, págs. 107-108).

Naturalmente que los diagnósticos no son en general cuestiones tan sencillas aun cuando la medicina de la evidencia pueda promover una idea un tanto diferente de ello (Gol-Freixaaak y LLano Señarís, 2012); sin duda que cada organismo construye su salud y hace su enfermedad sobre patrones generales pero siempre especificados a cada quien (Lain Entralgo, 1968); y por ello, es que la construcción de la inferencia diagnóstica cumplida sobre la base solo de la respuesta del paciente puede conllevar peligros evidentes. Obviamente que alguien podría señalar que siempre las respuestas de los pacientes son los síntomas que el nombrado considera tener, pero son los médicos quienes mejor conocen que la personalización del suceso nosológico habilita vías de construcción muy diferentes, y que atraviesa el extenso territorio que nace en las personas que niegan su enfermedad estando enfermos hasta la de aquellos otros que no estándolo brindan sintomatologías como si lo estuvieran.

Para dichos desafíos que a veces es la misma psicología de los pacientes la que controla las circunstancias, es que los médicos van por los signos de la enfermedad y ellos como bien sabemos son los que se marcan en el cuerpo. Es el cuerpo del paciente que se debe auscultar para orientar el razonamiento médico (Johannisson, 2006). Auscultar implica un conjunto de acciones en donde se inspecciona, palpa, mira, oye, huele, es decir, donde se colocan los sentidos en acción para la realización del acto médico por antonomasia y generativo de una relación médico-paciente y, todo ello, desde Hipócrates hasta hoy, se ha nombrado como la práctica de la semiología.

²⁷ Señala Pedro Lain Entralgo que el proceso mental en la construcción del diagnóstico se conforma mediante tres momentos concurrentes: la experiencia vivida, la memoria sintética y el saber o información médica. Así entonces el arte de diagnosticar es el arte de combinar. La inteligencia busca, el instinto encuentra (Lain Entralgo, 1982a).

El diagnóstico hipocrático tuvo tres recursos principales: la exploración sensorial, la comunicación verbal y el razonamiento (...) Para el médico, el único criterio de certeza realmente válido –dice “Sobre la Medicina Antigua”– es la “sensación del cuerpo”, la metódica aplicación de los sentidos al organismo del enfermo (...) Pues bien: cumpliendo empeñadamente esta regla antes y después de que fuese formulada, los hipocráticos dieron principal fundamento a su “tekhne” mediante la exploración sensorial del cuerpo del enfermo. Recordemos de nuevo la solemne norma de “Sobre los lugares en el hombre”: “En medicina, el principio del logos –por tanto el principio del saber– es la physis del cuerpo”; y a la physis del cuerpo se la conoce ante todo examinándola con los sentidos. (Laín Entralgo, 1982b, pág. 239)²⁸

Una relación médico-paciente que no se inaugure con una práctica semiología por más primaria que ella pueda ser no podrá articular ninguna instancia ulterior, y por lo cual volvemos a señalar lo dicho más arriba, puede que la práctica semiológica no se cumpla en la primera consulta ello es perfectamente posible y si es así, lo que tenemos y que hemos señalado recién, son actos propedéuticos en razón de que encauzan de algún modo los ulteriores. Por caso los que habrán de venir a conformar una relación médico-paciente.

Se podrá indicar, que en la teleconsulta se puede alcanzar una cierta y parcial experiencia sensorial por parte del médico, toda vez que en la actualidad los desarrollos de las TIC son muy importantes y las cámaras de muchos smartphone son de alta resolución, ello es completamente cierto. Mas no todas las personas pueden contar con un teléfono que provea de imagen adecuada en HD de ese signo corporal que el médico pueda reconocer o querer indagar, por caso poder ver dentro de la cavidad bucal si existe o no una inflamación de la laringe o si se puede tratar de una cuestión más severa.

La parcialidad y disminución sensitiva del médico resquebraja de tal manera ese momento que no lo puede convertir en un encuentro del tipo que hemos considerado de acto médico, llamarlo así es desmedido y devalúa el auténtico acto médico; mas tampoco es inservible ni mucho menos, pues podrá resolver cosas y quizás cuantitativamente muchas, pero en general todas ellas de baja densidad y que muy probablemente sin la teleconsulta se hubieran curado o resuelto naturalmente. Hipocráticamente hablando se podría decir que la naturaleza siempre busca reordenar el equilibrio que está perdido; pero naturalmente lo que la teleconsulta no está en condiciones operativas de poder resolver o eventualmente lo que puede ser peor, de resolver mal una cuestión delicada y con ello dejar al descubierto una ventana que peligrosamente se abre ante una tempestad.

Renunciar a la semiología es algo análogo a la acción de tratar de comprender en la vía pública de una ciudad extranjera por parte de un visitante que desconoce el idioma e intenta preguntar –y aspira entender– cuál transporte público es más conveniente para llegar a un determinado lugar; pues posiblemente la comunicación entre señas, conceptos aislados de lenguas que resulten más comunes a ambos interlocutores quizás

²⁸ “Las indicaciones a tal respecto son en el corpus hipocraticum tan frecuentes como taxativas. A veces se refieren a la totalidad de los sentidos: invéstiguese ‘por el ver, el tocar y el oír; lo que se percibe con la vista, el tacto, el oído, la nariz, la lengua y el entendimiento; lo que puede conocerse con todo aquello por lo que se conoce’, dice Sobre la oficina del médico (III, 272); explórese al enfermo ‘con los ojos, los oídos, la nariz, la mano y los demás (órganos) con los que conocemos..., palpando, oliendo gustando” (Laín Entralgo, 1982b, pág. 240).

permita una acción más o menos acertada, pero es probable que suponga la pérdida de mucho tiempo, y que nuestro visitante alcance el objetivo por el camino más lejano, como también que termine gastando más dinero y padezca otro conjunto de complicaciones. La falta de semiología en el consultante puede tener un resultado análogo y, dado que se trata de una materia sanitaria y no de un viaje a un destino determinado, siempre es más gravoso.

No ponemos en duda en modo alguno que estamos frente a un tipo de acto sanitario cumplido con la mejor buena voluntad y un poco a tientas por alguien que tiene la experticia para saber, incluso, que se puede estar equivocando; pero en el siglo XXI cuando hoy la ciencia está entre otras cosas preocupada por cómo dotar de mayor tecnología al cuerpo humano para, con ello, mejorar capacidades o habilidades que antes no se poseían (Navas Navarro, 2018), para hacer mención a cuestiones de auténtica complejidad; no parece adecuado –por confrontación– colocar una teleconsulta en una categoría de acto médico puesto que, según lo venimos señalando, resulta obvio que dicho nombre le excede como tal. Todo lo cual volvemos a señalar, no significa que sea inane su realización y, por ello, es que hay que colocarla en su justa medida.

La medicina y la relación médico-paciente se ha forjado sobre la historia del cuerpo entregado al médico para que lo examine, cure y cuide; que la telemedicina puede colaborar en una forma incalculable a esos propósitos está fuera de toda duda; al punto en que consideramos que dentro de los nuevos desafíos de la medicina del siglo XXI podría colocarse en un lugar destacado el rol cooperativo y generativo que las TIC en términos generales habrán de poder brindar a la medicina. Mas nada de ello debe hacer perder el concepto central de que el acto médico sigue siendo un momento antropológico-técnico en el que la fenomenología de lo humano se construye mediante el examen del cuerpo que el médico puede hacer del paciente en tanto que este ha dado su confianza en el médico: “el acto médico es un acto humano: un actuar de dos hombres, médico y enfermo, que se enfrentan y se requieren el uno del otro” (Castex, 1960, pág. 15). Y dicho *medicinae ethicum momentum* no se puede conseguir sino desde un modo presencial y físico entre dos persona que se encuentran a los fines de resolver dos cuestiones: 1) la salud de uno de ellos y 2) la razón de ser médico del restante²⁹.

Los sentidos del médico en la práctica semiológica no pueden ser suplidos hasta el momento presente. Nos interrogamos así cómo poder reconocer el médico lo que visualmente pueden ser varias cosas sin poder palparlas para descartar alguna de ellas.

²⁹ De cualquier modo, no podemos dejar de señalar, y tal como el Med. Raúl Marchegiani me lo hiciera conocer en nuestros intercambios en ocasión de este artículo, en la actualidad y por su dilatada experiencia en consultorio, pues que “el 80% de los diagnósticos se hace con el interrogatorio y solo una menor proporción con el examen físico. También que muchos médicos ya no revisan a los pacientes, al punto que a veces cuando el médico se apresta a dicha realización, le preguntan al médico con cierta sorpresa: ‘¿cómo Ud. revisa?’”. Pues con ello parece que hay una búsqueda en los pacientes de una suerte de “telemedicina pero cara a cara”.

Agrega en su reflexión el apreciado colega de la cátedra de Historia de la Medicina, que es posible que, en el futuro, desarrollemos herramientas digitales que sustituyan al examen con un instrumento semejante a una suerte de “estetoscopio a distancia”. Por último, reflexiona en su valioso aporte, que su experiencia en consultorio también le permite colegir, que la gente mayor, tiene más necesidad de contacto directo que las personas más jóvenes, quienes necesitan menos de los cuidados médicos y son propensos a las soluciones instantáneas. Agradecemos con total franqueza esta reflexión y otros aportes que la lectura efectuada al borrador permitiera realizar.

Pues, por caso, de qué manera una hinchazón en la piel se puede considerar que es una infección y no un proceso alérgico. Bajo la cierta apariencia visual puede ser ambas.

Es el médico quien conoce de ello, pero para mostrar cuanto conoce requiere de la presencia física –no virtual– de su futuro paciente para examinarlo y poder construir un diagnóstico presunto. No quiere ello decir, reiteramos, que luego de una primera consulta concretada como acto médico y por ello, no virtual, puedan sucederse otras bajo dicha modalidad. En tal caso no habría dificultad toda vez que la relación médico-paciente ya ha comenzado, sin perjuicio de que no faltarán ocasiones en dicho tránsito que requerirán volver a examinarlo y, por lo tanto, deberá haber un nuevo encuentro no virtual.

Considerar que la teleconsulta puede ser la reunión inicial entre un médico y una persona que puede llegar a ser su paciente es sin duda un verdadero exceso. Ello es solo una relación de naturaleza sanitaria, es un acto sanitario que puede sortear dificultades de baja densidad profesional puesto que en este hay una suplencia a la que los sentidos del médico no están en condiciones de acceder; salvo aquellas cuestiones que visualmente pueda conocer y que, como es propio de comprender, serán siempre bastante imprecisas o, para decirlo propositivamente, será algo siempre aproximado, y en el mejor de los supuestos lo más verosímil a lo real.

Aunque para el médico lo real es lo que él puede conocer y no lo que cuidadosamente el consultante le puede señalar, sin duda que todo aquello que integra parte de los dichos de la nombrada persona son los síntomas que experimenta y que, como tal, pueden ser ellos un conjunto bastante difuso y confuso de observaciones y, por ello, es que por defecto, el médico primero escucha y luego inspecciona, para con ello, dar crédito o no, a muchos de aquellos síntomas que el paciente haya podido señalar.

Como resulta obvio en el contexto de la teleconsulta o videoconferencia no es posible hacer semiología, luego entonces, no puede haber entrega del cuerpo alguno por el supuesto enfermo al médico, puesto que el “cuerpo presentado” no es lo mismo que el “cuerpo entregado”. No es igual exponer visualmente el cuerpo, que habilitar fácticamente la inspección de este. Y hasta cuando ello no ocurra, la relación médico-paciente no habrá comenzado a construirse. Esos son verdaderamente los actos médicos en los que se funda la relación médico-paciente.

Todo ello sin perjuicio de que luego, en la evolución de la relación médico-paciente, se puedan efectuar diversas teleconsultas –propriadamente teleasistencia– en el entorno de la mencionada relación que ya ha sido generada e inaugurada, como que también se habrán de poder producir otros actos de entrega del cuerpo por parte del paciente, y que no serán dispuestos al médico directamente, sino a otros operadores profesionales del ramo médico o simplemente a artefactos que se ocuparán de dicho cuerpo en alguna medida y que luego volverán todos esos resultados de actos sanitarios al médico, para ser compatibilizados e integrados en una relación médico-paciente³⁰.

³⁰ En este orden de cuestiones existe un documento emanado del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación intitulado “ANEXO I 1° Recomendación para el uso de la telemedicina -Grupo asesor- Resolución nº 21/2019, artículo 5° - Encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y comunicación en tiempo real”, que brinda un conjunto de recomendaciones para dichas prácticas. En la sección que lleva por título “Consideraciones sobre el encuentro profesional de la saludpaciente a distancia”

Debemos entonces ya en los epílogos de esta contribución señalar que formalizamos nuestra negación a que la primera entrevista con el médico sea por teleconferencia o videoconsulta y cuando existe en ella una pretensión de resolver un problema nosológico y por ello que pueda ser considerada como inicial de una relación médico-paciente. Más no formulamos oposición a que las siguientes, cuando la primera no ha sido digital sino física, se puedan cumplir exitosamente. La razón para tal tesis está centrada en la trascendencia del respeto al límite antropológico. Dicho límite antropológico quizás pueda comprenderse recalando la mirada en las prácticas que pueden fortalecer recíprocamente tanto a la ética (médica) como a la técnica (médica). Se ha señalado con total criterio por Carlos Pose que

una de las características más sorprendentes de las acciones clínicas, al menos cuando éstas interfieren voluntaria o involuntariamente, en la realidad de otra persona es que, vistas del lado del profesional, destacan en su dimensión técnica y posee un valor de medio, mientras que, vistas del lado del paciente, destacan en su dimensión ética y poseen un valor de fin. Ya vimos que, como las acciones éticas y técnicas pueden ser dos caras de una misma moneda, es posible que destaquen más vistas de un lado que de otro. Pero esta nota o característica carga al profesional de la salud en su labor técnica de una enorme responsabilidad, porque no siempre conoce completamente si lo que él hace técnicamente tiene un respaldo ético. Por eso tiene tanta importancia la responsabilidad en la ética del cuidado. (Pose, 2009, pág. 123)

Pues en este caso el proceso de desintegración del sustento humano de la medicina no solo que comienza a ser puesto en entredicho, sino que se presenta como superado por un artilugio tecnológico mediante el cual por conocer que nuestro interlocutor y consultante está también en el mismo espacio digital en el cual estamos nosotros solo con interrogarlo, verlo y escucharlo, suponer que se puede conjugar un diagnóstico presunto es sin lugar a dudas hacer un camino regresivo en la misma historia de la medicina y, además, desafiar a una cultura que se asienta sobre raíces antropológicas sólidas y que en la modernidad han devenido en la formulación del resguardo y protección de los derechos fundamentales, como es sin duda el que concierne a la vida misma de las personas y por ello a su misma salud.

No decimos con esto que sea lo mismo que las prácticas cumplidas en el siglo V a.c. en el “santuario de Asclepio”, pero tampoco es algo tan diferente. La magia gobernaba aquella situación y la tecnología parece gobernar esta; cuando lo único que puede gobernar el momento central de la relación médico-paciente es aquello que se interpone entre uno y otro, uno que busca curar y el otro que espera ser curado: como es el cuerpo enfermo. Sin cuerpo enfermo y médico examinándolo, no hay acto médico y tampoco relación médico-paciente³¹.

en la que lleva el número 7 se puede leer –con buen criterio– que “se sugiere, de ser factible, que las teleconsultas sincrónicas con pacientes se realicen previa visita presencial con el mismo profesional de la salud. Ello permitirá que el contacto virtual permita dar la continuidad del cuidado, manteniendo y reforzando la relación profesional de la salud- paciente”. Y la siguiente indica: “En el caso de que los médicos y/o profesionales de la salud no hayan entablado un contacto previo con el paciente se sugiere, de ser posible, que otros profesionales del equipo de salud, como enfermeros, acompañen al paciente al primer encuentro. Para ello, se sugiere que los mismos hayan realizado un examen clínico preliminar del paciente, acorde al motivo de consulta del programa de telemedicina específico. De esta forma se podrá presentar el caso eficientemente ante el médico/especialista consultor”.

³¹ Hemos escrito en otra ocasión una muy breve historia de la medicina, montada en sus trayectos principales sobre la

Se ha destacado en igual sentido al nuestro, que

la telemedicina no permite el contacto físico ni observar totalmente el lenguaje corporal, imposibilitando gestos o actitudes in situ que favorezcan la sintonía psico-emocional con el paciente, fenómeno conocido como rapport. Dichas limitaciones arriesgarían el establecimiento de un verdadero vínculo entre médico y paciente, más aún si los interlocutores no son nativos digitales y/o deben adaptarse a las nuevas TICs. (Mesa Maldonado, 2020)

La ciencia médica siempre ha arriesgado demasiado y a veces ha tenido que pagar costos elevadísimos de personas que han sido humilladas, expoliadas, maltratadas y también asesinadas en todos los casos, por los mayores beneficios de la gloria de la medicina, ello es innegable y los registros de la historia reciente lo recuerdan en manera evidente y por ello siempre hay que estar verdaderamente atentos éticamente cuando de investigar sobre seres humanos se trata, cuestión esta que no debe ni en situaciones pandémicas como las actuales, lo cual no quiere decir que, a nivel industrial, pueda haber limitaciones que en atención a la autonomía de las personas y habiendo agotado los recursos disponibles se puedan flexibilizar (Lolas Stepke, 2006; Pellegrini Filho, 1999).

Posiblemente la mayoría de esos tristes sucesos se hicieron con vistas a que el resultado que se buscaba era mejorar la medicina y la cura a las enfermedades de los hombres, el ideal científico gobernó en muchas ocasiones a la ciencia médica. Por este tiempo, la razón tecnológica parece también gobernar una buena parte del ejercicio médico, mostrando especialmente las incuestionables ventajas que el sistema de la telemedicina tiene; pero huelga recordar que el beneficio a corto plazo no debe oscurecer la perspectiva del perjuicio a largo plazo; como que los medios por lo general no justifican los fines.

Una relación médico-paciente que no nazca al abrigo de lo real, en cuanto se presente una complicación habrá de concluir en un problema diferente y que sin duda se habrá de judicializar y con lo cual los costos morales que la telemedicina habrá de pagar serán mucho más elevados que los que ya la medicina defensiva tuvo que poner en marcha, frente a los desenfrenos de la judicialización de la supuesta mala práctica médica (Gherardi, 2007).

Tal vez por ello, pensar que el encuentro inicial deba ser presencial, sin perjuicio de una continuidad de teleasistencia, superaría varios de los inconvenientes que hemos marcado.

A la mencionada tesis, parecen dar crédito dos declaraciones corporativas de prestigio internacional. En la primera de ellas, se debe advertir la indicación de la primera oración de la primera de las reglas que la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Ética de la Telemedicina, adoptada por la 58ª Asamblea General en Copenhague, Dinamarca (octubre 2007) y enmendada por la 69ª Asamblea general, Reikiavik, Islandia (octubre 2018) ha brindado, señalando que “1. La relación médico-paciente debe estar basada en un examen personal y conocimiento suficiente del historial mé-

historia del cuerpo en tanto que fuera conocido por la ciencia médica (Andruet, 2016). También con mucho interés se puede consultar a Rafael Mandressi (2012, pág. 130 y ss).

dico del paciente”³². En una perspectiva semejante, según podemos nosotros colegir, se ha expedido el Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME), organización que agrupa a más de 1,6 millones de médicos, que ha establecido unas normas generales –principios éticos que deben regir el ejercicio de la medicina a distancia– y en las que señala que:

1) 2) Relación médico/paciente: a) El uso de la telemedicina no debe afectar negativamente a la relación personal médico/paciente que, al igual que en otras áreas de la medicina, debe basarse en el respeto mutuo, la independencia de juicio del médico, la autonomía del paciente y el secreto médico. Es esencial que el médico y el paciente se puedan identificar mutuamente con toda seguridad cuando tenga lugar una consulta telemédica. b) Es preferible que todos los pacientes consulten al médico cara a cara, y que la telemedicina se limite a situaciones en las que el médico no pueda estar físicamente presente en un plazo de tiempo razonable. (Moreno Ortega, 2013, pág. 317)

Cabe también señalar, por las mismas recomendaciones destacadas, que debe existir en dicha relación generada por telemedicina, en el mejor de los casos, una continuidad del mismo médico con dicho paciente. Un ámbito sanitario de telemedicina no es lo mismo que un *call center* de atención de denuncias por robo o extravío de tarjetas de crédito. Cuando ello no está suficientemente claro, la masividad del servicio, el bajo costo de su producción con el que puede ser montado y una proletarización de profesionales médicos pueden llevar a los desatinos que hemos mencionado ilustrativamente.

Es una certidumbre la nuestra en que la medicina siempre puede ser de mejor escala a la existente, lo importante es que pueda ser para la mayoría de las personas y, en todos los casos, la ciencia médica no puede engañar a los pacientes.

Quizás sea por ello que nos cuesta comprender, volviendo ahora sobre el final de nuestra contribución al art. 9 del proyecto de ley con media sanción, para reparar cuidadosamente que en dicho texto y que de alguna manera está concentrando allí, lo que el mismo profesional médico le hará conocer a la persona que quiere efectuar la telecon-

³² “a) “Cuando se practica la telemedicina el médico debe respetar las siguientes normas éticas: 1. La relación médico-paciente debe estar basada en un examen personal y conocimiento suficiente del historial médico del paciente. La telemedicina debe ser utilizada principalmente en situaciones en las que el médico no puede estar presente físicamente en un tiempo seguro y aceptable. También se puede usar en la gestión de enfermedades crónicas o del seguimiento después del tratamiento inicial, cuando se haya probado que es seguro y eficaz. 2. La relación médico-paciente en la telemedicina debe estar basada en la confianza y respeto mutuos. Por lo tanto, es esencial que el médico y el paciente puedan identificarse con confianza cuando se utiliza la telemedicina (...). 4. incluido, pero no limitado a: explicar cómo funciona la telemedicina; cómo reservar citas; aspectos de privacidad; la posibilidad de fallas tecnológicas, incluidas violaciones de la confidencialidad; protocolos de contacto durante las consultas virtuales; políticas de prescripción y coordinación de atención con otros profesionales de la salud de manera clara y comprensible, sin influenciar la decisión del paciente (...). 8. El médico debe ejercer su autonomía profesional al decidir si una consulta por telemedicina versus una presencial es apropiada (...). 10. El médico al que se le pide su opinión a través de la telemedicina debe (...) 14. (...) El médico debe estar preparado a recomendar un contacto directo médico-paciente cuando estime que es en beneficio del paciente. 15. El médico solo debe utilizar la telemedicina en países/ jurisdicciones donde tenga licencia para emplearla (...). 16. El médico debe asegurarse que su seguro médico incluye la telemedicina. 17. Se deben utilizar regularmente medidas de evaluación de la calidad de la atención para asegurar la seguridad del paciente y el mejor diagnóstico y prácticas de tratamiento posibles en la telemedicina” (Tobías, 2020, págs. 13-14).

sulta, en una manera hermética y sin porosidad, configurándose lo que abogadilmente se nombra como un contrato de adhesión: lo toma o lo deja.

Tal modo de comportamiento es siempre violento en cualquier tipo de contratación; que sea una parte la que impone las condiciones y la otra parte débil quien las tiene que aceptar impuestas por su necesidad, debilidad o vulnerabilidad. Aquí, sin embargo, ello es más grave, porque está fuera de cualquier análisis que el enfermo o quien se cree enfermo es siempre una persona vulnerable y no tendrá en este evento capacidad de discusión alguna. Se le informará entonces al consultante –dice al artículo citado– que la teleconsulta es un “tipo y modalidad de práctica basada en evidencias científicas y guías de práctica clínica por programas de tele-especialidad”, las que deberá aceptar y firmar para con ello finalizar el consentimiento informado acorde a la Ley 26.529.

Consentimiento informado que animamos a proyectar con notables vicios en la información suministrada. Por de pronto, señalamos que estaría el consultante teniendo que adherir brindando un consentimiento respecto a lo que todavía nadie le ha dicho que puede llegar a tener, puesto que solo se le ha informado que debe adherir consensualmente a un régimen parametrizado médicamente que es el de las guías de práctica clínica por programas de teleespecialidad.

Revisando dichas guías, y tomando la que fuera recogida en la Resolución N° 21/2019 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, intituladas *1° Recomendación para el uso de la telemedicina*, advertimos en el capítulo referido a las “Consideraciones sobre el Encuentro Profesional de Salud Paciente a Distancia” que se anota la siguiente:

7. Se sugiere, de ser factible, que las teleconsultas sincrónicas con pacientes se realicen previa visita presencial con el mismo profesional de la salud. Ello permitirá que el contacto virtual permita dar la continuidad del cuidado, manteniendo y reforzando la relación profesional de la salud- paciente. 8. En el caso de que los médicos y/o profesionales de la salud no hayan entablado un contacto previo con el paciente se sugiere, de ser posible, que otros profesionales del equipo de salud, como enfermeros, acompañen al paciente al primer encuentro. Para ello, se sugiere que los mismos hayan realizado un examen clínico preliminar del paciente, acorde al motivo de consulta del programa de telemedicina específico. De esta forma se podrá presentar el caso eficientemente ante el médico/especialista consultor.

La “teleconsulta” o “videoconsulta” hemos dicho más arriba que es un “acto híbrido cuasi médico” y, con lo cual, estamos brindándole más condiciones de sanitario que de médico, y lógicamente tiene que ser así, porque el médico no solo que no puede hacer semiología, sino que tampoco puede hacer intervención de ningún tipo. En todo caso, podrá sugerir que alguien la realice y entonces tendríamos la realización de una indicación de un acto sanitario, que no ha nacido a la luz de una relación médico-paciente sino de un acto híbrido cuasi médico, lo cual es bastante distante de poder conformar una relación médico-paciente.

De todas formas bien vale interrogarse acerca de si está definitivamente mal que eso se produzca de esta manera. Nuestra respuesta es que no, en la medida en que se puedan efectuar algunas precisiones de tipo normativo por un lado y, por otro, de natu-

raleza conceptual que coloquen a dicha realización en el marco adecuado de una relación profesional sanitaria *sui generis*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adorno, T. (1969). La crítica de la cultura y la sociedad. En T. Adorno, *Crítica cultural y sociedad* (págs. 186-203). Ariel.
- Agamben, G. (2020). ¿En qué punto estamos? La epidemia como política. Adriana Hidalgo.
- Agrest, A. (2011). *En búsqueda de la sensatez en medicina*. Del Zorzal.
- Aguilar García, T. (2008). *Ontología ciborg. El cuerpo en la nueva sociedad tecnológica*. Gedisa.
- Alonso Burgos, J. (2017). *Teoría e historia del hombre artificial. De autómatas, cyborgs, clones y otras criaturas*. Akal.
- Amiel, P. (2014). *Del hombre como conejillo de Indias. El derecho a experimentar en seres humanos*. Fondo de Cultura Económica.
- Andruet, A. (2004). *Bioética, derecho y sociedad. Conflicto, ciencia y convivencia*. Alveroni.
- Andruet, A. (2016). Una breve historia del cuerpo como soporte de las investigaciones médicas. *Lumen. Revista Facultad de Derecho*, 9-17.
- Andruet, A. (Ed). (2018). *Información médica y consentimiento informado. Estudios de campo y ensayos teóricos*. Advocatus.
- Andruet, A. (2020). *Estado de excepción sanitaria. Lateralidades morales, sociales y jurídicas*. Astrea.
- Babini, J. (2000). *Historia de la medicina*. Gedisa.
- Barquin, M. (1977). *Historia de la medicina. Su problemática actual*. Francisco Méndez Oteo.
- Berardi, F. (2020). *Autómata y caos*. Hekht.
- Bernard, C. (1944). *Introducción al estudio de la medicina experimental*. Losada.
- Blanché, R. (1972). *El método experimental y la filosofía de la física*. Fondo de Cultura Económica.
- Boden, M. (2017). *Inteligencia artificial*. Turner.
- Braidotti, R. (2015). *Lo posthumano*. Gedisa.
- Brighton, H. Y. (2019). *Inteligencia artificial. Una guía ilustrada*. Tecnos.

- Calvo, J. E. (2020). *La gran pausa. Gramática de una pandemia*. Malpaso.
- Calvo, J. y Kindelán, C. (Eds.) (2020). *La gran pausa. Gramática de una pandemia*. Malpaso.
- Cardier, M. M. (2016). Telemedicina. Estado actual y perspectivas futuras en audiología y otología. *Revista Medicina Clínica Condes*, 27(6), 840-847.
- Castex, M. (1960). *Médico y enfermo. Relación existencial*. Club de Lectores.
- Ceriani Cernadas, J. (2009). Los cambios en el ejercicio de la medicina, su influencia en la profesión médica y en el cuidado de la salud. En G. Jaim Etcheverry et al., ¿Por qué ser médico hoy? (págs. 169-187). Del Zorzal.
- Corominas, J. (1973). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Gredos.
- Dain, A. (2014). *Cómo razonar en medicina*. EDUVIM.
- Delumeau, J. (2019). *El miedo en occidente*. Taurus.
- Díaz Álvarez, J. (2016). La virtud. En C. Gómez (Ed.), *La aventura de la moralidad (Paradigmas, fronteras y problemas de la ética)* (págs. 405-443). Alianza.
- Dinevski, D., Kelc, R. y Dugonik, B. (2011). Video Communication in Telemedicine. En G. Grashew. (Ed.), *Advances in Telemedicine: Technologies, Enabling Factors and Scenarios*.
- Duffin, J. (2018). *Una historia de la medicina escandalosamente breve*. Melusina.
- Emmanuel, E. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En A. Couceiro (Ed.), *Bioética para clínicos*. Triacastela.
- Escardó, F. (1957). *El alma del médico*. Assandri.
- Escobar Triana, J. (2008). *Dimensiones ontológicas del cuerpo. Una visión filosófica del cuerpo humano y su relación con el ejercicio de la medicina*. Universidad del Bosque.
- Forbes, R. (1958). *Historia de la técnica*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI.
- Gherardi, C. (2007). La judicialización del acto médico y la generación de nuevos conflictos. *Medicina (Buenos Aires)*, 67, 502-510.
- Gil, L. (1972). La medicina en el período pretécnico de la cultura griega. En P. Laín Entralgo (Ed.), *Historia universal de la medicina* (págs. 269-296). Salvat.
- Gol-Freixaaak, J. y LLano Señarís, J. (2012). El fenómeno de la “medicina basada en la evidencia”. En J. Núñez Cortés (Ed.), *Ser médico. Los valores de una profesión* (págs. 289-317). Unión Editorial.
- Gomperz, T. (1951). *Pensadores griegos. Una historia de la filosofía antigua*. Guaranía.
- Gracia, D. (1998). *Ética y vida. Estudios de bioética*. El Buho.
- Häring, B. (1972). *Moral y medicina. Ética médica y sus problemas actuales*. P.S.

- Hurtado Hoyo, E. (2011). Prólogo. En *Asociación Médica Argentina, Código de Ética para el Equipo de Salud*. A.M.A.
- Jaeger, W. (1957). *Paideia: los ideales de la cultura griega*. Fondo de Cultura Económica.
- Johannisson, K. (2006). *Los signos. El médico y el arte de la lectura del cuerpo*. Madrid.
- Jovell, A. (2012). Medicina basada en la afectividad. En J. Millán Núñez Corts (Ed.), *Ser médico. Los valores de una profesión* (págs. 347-358). Unión Editorial.
- Kerényi, K. (2009). *El médico divino*. Sexto Piso.
- Laín Entralgo, P. (1958a). *La curación por la palabra. En la antigüedad clásica*. Revista de Occidente.
- Laín Entralgo, P. (1958b). *La espera y la esperanza. Historia y teoría del esperar humano*. Revista de Occidente.
- Laín Entralgo, P. (1968). *El estado de enfermedad. Esbozo de un capítulo de una posible antropología médica*. Moneda y Crédito.
- Laín Entralgo, P. (1969). *El médico y el enfermo*. Guadarrama.
- Laín Entralgo, P. (1982a). *El diagnóstico médico. Historia y teoría*. Salvat.
- Laín Entralgo, P. (1982b). *La medicina hipocrática*. Alianza.
- Laín Entralgo, P. (1983). *La relación médico-enfermo*. Alianza.
- Laín Entralgo, P. (1985). *Antropología médica*. Salvat.
- Laloup, J. (1959). *Hombres y máquinas. Iniciación al humanismo técnico*. Dinor.
- Latorre, J. (2019). *Ética para máquinas*. Ariel.
- Le Breton, D. (2011). *La sociología del cuerpo*. Nueva Visión.
- Le Roy Ladurie, E. (1988). Un concepto: La unificación microbiana del mundo (siglos XIV al XVII). *Historias* 21, 33-70.
- Linares, J. E. (2019). *Adiós a la naturaleza. La revolución bioartefactual*. Plaza y Valdez.
- Löbsack, T. (1986). *Medicina mágica. Métodos y méritos de los curanderos milagrosos*. Fondo de Cultura Económica.
- Loewe, D. (2020). *Ética y coronavirus*. Fondo de Cultura Económica.
- Lolas Stepke, F. (. (2006). *Investigación en salud. Discusión ética*. Universidad de Chile.
- López Piñero, J. (1987). *Introducción a la medicina*. Orbis.
- Loudet, O. (1969). *Vida e historia*. Emecé.
- Loudet, O. (1977). *Filosofía y medicina*. Emecé.

- Lugo, E. (2001). *Relación médico-paciente. Encuentro interpersonal, ética y espiritualidad*. UPPR.
- Malherbe, J. (1993). *Hacia una ética de la medicina*. San Pablo.
- Mandressi, R. (2012). *La mirada del anatomista. Disecciones e invención del cuerpo en occidente*. Universidad Iberoamericana.
- Mesa Maldonado, M. (2019). *El acto médico a la luz de la telemedicina ¿es necesario actualizar el concepto?* Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Mesa, M. (2020). El acto médico en la era de la telemedicina. *Rev. Med. Chile*, 148, 852-857.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). *Resolución N° 21/2019. 1° recomendación para el uso de la telemedicina*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_1_recomendacion_uso_de_telemedicina_-_grupo_asesor_1.pdf
- Monteagudo, J. S. (2005). La telemedicina: ¿ciencia o ficción? *An. Sist. Sanit. Navar.*, 28(3), 311 y ss.
- Moreno Ortega, R. (2013). *Voces de bioética y excelencia*. San Pablo.
- Munford, L. (1982). *Técnica y civilización*. Alianza.
- Navas Navarro, S. Y. (2018). *El ciborg humano*. Comares.
- Orgaz, J. (1960). *Crisis y reacción de la medicina contemporánea*. Morena.
- Orgaz, J. (2007). *Escritos sobre medicina. La clínica y el médico*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Paniker, R. (1959). *Ontonomía de la ciencia*. Gredos.
- Panikkar, R. (1967). *Técnica y tiempo*. Columba.
- Parrasi Castaño, E. Y., Celis Carvajal, L., Bocanegra García, J. J. y Pascuas Rengifo, Y. S. (2016). Estado actual de la telemedicina: una revisión de literatura. *Ingeniare*, 20, 105-120.
- Parente, D. (2016). *Artefactos, cuerpo y ambiente*. La Bola Editora.
- Pellegrini Filho, A. (1999). *Investigaciones en seres humanos - Experiencia internacional*. Organización Panamericana de la Salud.
- Pérez de Nucci, A. (2015). *Magia y chamanismo. En la medicina popular del noroeste argentino*. Dunken.
- Pollak, K. (1969). *Los discípulos de Hipócrates. Una historia de la medicina*. Plaza y Janes.
- Portugal Alvarez, J. (2012). La enseñanza del humanismo médico. En J. Núñez Cortes (Ed.), *Ser médico. Los valores de una profesión*. Unión Editorial.
- Pose, C. (2009). *Lo bueno y lo mejor. Introducción a la bioética médica*. Triacastela.

- Procopio, d. C. (2000). *Historia de las guerras*. Gredos.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE.
- Sanguineti, J. (1988). *Ciencia y modernidad*. Carlos Lohlé.
- Sedgwick, W. y Tyler, H. (1950). *Breve historia de la ciencia*. Argos.
- Semberoiz, A. (2012). *El momento ético. Sensibilidad moral y educación médica*. Biblos.
- Seppilli, T. (1972). La evolución de la relación médico-enfermo. En M. Aloisi et al., *Medicina y sociedad*. (págs. 325-343). Fontanella.
- Sfez, L. (2008). *La salud perfecta*. Prometeo.
- Sigerist, H. (1928). Prólogo. *Revista Kyklos*, 1.
- Simón, P. (2000). *El consentimiento informado*. Triacastela.
- Suros, J. (1964). *Semiología médica y técnica exploratoria*. Salvat.
- Tarello, G. (1995). *Cultura jurídica y política del derecho*. Fondo de Cultura Económica.
- Tauber, A. (2011). *Confesiones de un médico. Un ensayo filosófico*. Triacastela.
- Tobías, J. (2019). El consentimiento informado y sus límites. *Revista La Ley*. Diario del 16.XII.19.
- Tobías, J. (2020). Los derechos personalísimos, los avances científicos y las nuevas tecnologías. *Las nuevas tecnologías y el derecho*, 1-21.
- Tucidides. (1976). *Historia de la Guerra del Peloponeso*. Guadarrama.
- Vidal y Benito, M. (2010). *La relación médico paciente. Bases para una comunicación a medida*. Lugar.
- Villanueva, M. (2012). La ética de la medicina. En J. Núñez Cortes, *Ser médico. Los valores de una profesión*. Unión Editorial.
- World Health Organization (2010). *Telemedicine. Opportunities and developments in Member States. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series*. Volumen 2. http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
- Zizek, S. (2020). *Pandemia. La covid-19 estremece al mundo*. Anagrama.



Centro de
Bioética