

## **LA VISITA A DOMICILIO**

ROBERTO C. FRENQUELLI\*

*Profesor Titular, Cátedra de Psicofisiología; Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario; Docente Responsable “Práctica Médica y Campo Vincular”; Facultad de Ciencias Médicas, UNR.*

### **Resumen**

Instalado en la idea de la Práctica Médica como una escena, este trabajo, recalando en una visión histórico social, hace inicialmente una caracterización de las visitas médicas a domicilio desde el punto de vista del imaginario social de hoy en día, incluyendo fuertes alusiones a la identidad del médico.

A posteriori incursiona en una descripción de diferentes tipos de visitas domiciliarias posibles, acordes a la situación de los pacientes y sus familias. Aborda detalles de la semiología y técnica de la actividad, partiendo desde el pedido de la misma, su programación, el viaje hasta el destino, el ingreso a la casa, el trato con los convivientes, el manejo de la información, los honorarios, la despedida, etc. Decididamente proclive a considerar la Práctica Médica como un ejercicio muy asentado en la narratividad, donde la emoción es guía conductora fundamental, su soporte teórico es lo que describe como “Semiología Médica ampliada”.

Jugando con la idea de que el médico “ha perdido su domicilio” a expensas de superestructuras ingenieriles mercantilistas, las verdaderas dueñas del famoso “modelo médico hegemónico”, cierra con una reflexión acerca de la condición médica de todos los tiempos, definiendo lo que entiende como la ineludible “Patria del Médico”.

**Palabras clave:** visita a domicilio; identidad médica; escena; narrativa; Semiología Médica Ampliada

### *HOME VISITS*

#### **Summary**

*This paper considers Medical Practice as a scenario. From a historical and social standpoint, it features home visits from contemporary social imaginary and makes strong references to doctors' identity.*

*The paper then describes different types of possible home visits to meet patients' and their families' needs. It addresses semiologic and technical details, the call, its scheduling, reaching the patient's home, entering the house, dealing with house dwellers, handling the information, fees, saying goodbye, etc. The author firmly believes that narrative supports Medical Practice, that emotion is the fundamental guiding line and that the so-called “Extended Medical Semiology” provides the technical support.*

*By working on the idea that doctors “have lost their home” to commercial engineering superstructures –true owners of the famous “hegemonic medicine model”– the author finishes with a reflection on doctors' status throughout time and defines what he understands as “the land of doctors”.*

**Key words:** home visits; doctors' identity; scenario; narrative; Extended Medical Semiology

---

\* Dirección postal: Paraguay 950, (2000) Rosario, SF. Correo electrónico: frenque@citynet.net.ar

## 1. La Visita a Domicilio y la escena médica de ayer y de hoy

Considerar la Visita a Domicilio nos impone de entrada tener en cuenta los diferentes escenarios donde nuestra práctica puede alojarse. Echando un vistazo al pasado, no muy remoto por cierto, es fácil reconocer que la casa del paciente ha sido el espacio dilecto de los encuentros con el mismo y su familia. El arte, esa expresión excelsa de la actividad humana, nos ha entregado un sinnúmero de testimonios imborrables. Como la famosa pintura de Sir Luke Fildes, *The Doctor*. El centro de la representación aparece claramente iluminado por una lámpara con su pantalla inclinada. Un niño de rubios cabellos yace sobre una improvisada cama hecha con un par de sillas bajo la atenta y serena mirada del doctor. El enfermito está en decúbito lateral, enfrentándolo con sus ojos cerrados, una de sus manos pende inmóvil hacia el piso, supinada. El doctor, prolijamente vestido, apoyando su barbilla sobre su mano izquierda, parece querer ingresar al interior del paciente y sus misterios. Le da la espalda a la mesa donde se nota alguna botella de medicamentos. La negrura de toda la periferia de la imagen está ligeramente cortada por los aún tenues rayos del amanecer que se anuncia por una ventana. Es así como puede verse en ese fondo a la madre sentada, caída de cara sobre la mesa, tapándose su rostro de angustia con las manos. El padre, firme a su lado mientras mira a los actores principales, apoya su mano sobre la espalda de su mujer, confortándola.



La obra, alojada entre las más significativas de la *Tate Gallery* de Londres, con la fuerza expresiva de la imagen, nos pone de lleno en nuestro camino. Aunque también podríamos hacerlo de la mano de la novela, como en el caso de “Historias de un maletín negro”, de Cronin; también de algún cuento de Chejov. Y sin ir más lejos, tenemos aquí nomás los recuerdos propios y ajenos de las visitas de nuestro médico a casa. “Ha llegado el Doctor Staffieri...” resuena una y otra vez en el relato memorioso de un amigo médico, que cuando pequeño asistía a la esperada llegada del gran maestro que atendía una anciana vecina. Puedo imaginarme a ese niño atrapado hasta hoy en dicha escena, volviendo a escuchar una y otra vez el vozarrón tal vez algo estudiado de Staffieri. Puedo imaginarme, sin mucho margen de error, lo medular del acontecimiento, que no es otra cosa que la emoción puesta en acto. “¡Ha llegado el Doctor!” es una exclamación más o menos evidente, pero siempre presente. Es que la función de protección, de apego al decir de alguna corriente psicodinámica, es inescapable para nuestra humana condición de mamíferos dotados de hipercomplejidad cerebral. De nuestra subjetividad, siempre anhelante del otro.

Hablar de escenario, hablar de escena, nos pone de cara a una dramática, como discurrir de afectos, impostergable presencia en el quehacer del médico. Quehacer que no es otra cosa que un entramado de narraciones donde lo emocional es el hilo conductor por excelencia. Narraciones que incluyen, desde luego, a lo que solemos llamar científico. En tanto la ciencia, o su pariente cercana, la técnica, qué duda cabe, no son otra cosa que modos particulares de relatos. Es decir, modos particulares de relacionar.

Pero la palabra visita también tiene lo suyo. Visita remite a un tipo de escena, donde lo vincular se funde rápidamente con lo íntimo. Si bien ligado a la idea de inspección o reconocimiento, el uso del término, un americanismo, no está exento de cierto sentido de gozo, de cierta religiosidad, la *visitación* de un enviado que llega a confortar. A la cortesía. Si a ello le agregamos que su desarrollo es en el domicilio, el sitio donde uno mora, nuestro hogar, queda claro el sentido profundo que brota de lo que nos ocupa.

Otrora lugar por excelencia del trabajo médico, hoy, mientras cabalgamos esta ajetreada transición entre milenios, aturcidos en la turba postmoderna, la visita médica a domicilio parece alejarse cada vez más de lo expresado en *The Doctor*. Casi una antigualla, la idea corriente es que sólo un ataque de romanticismo puede justificar la inclusión de este tema en un congreso de medicina interna. Romanticismo que, combinado con un cierto arranque de amateurismo literario, daría por resultado un recorrido casi inútil. Tal vez solamente justificado por el hipócrita *dictum* social indicador de la conveniencia de parecer revestido de cierta pátina humanista.

Las visitas son ahora “consultas”, a veces meramente “urgencias”. La fórmula “conveniencia de consultar con su médico de cabecera”, con la que suelen cerrarse los reportes casi ilegibles de los médicos de los servicios *ad hoc*, parecen señalar que ese territorio, el del hogar, es un sitio alejado de la verdadera relación con el verdadero médico. Una idea de transitoriedad y lejanía queda flotando. Los sistemas de atención médica, con sus vaivenes economicistas, han ido postergando esta figura del acto médico. Sólo viejas boletas de una obra social, como el IAPOS, mantienen la distinción entre visita a consultorio y a domicilio. Distinción administrativamente inútil en tanto han dejado de reconocer cierta diferencia en los honorarios. Es más, las “administradoras de salud”

tienen taxativamente establecido deslindes territoriales, donde los médicos “de planta” están “desplantados” de la actividad.

Por otra parte, la visita domiciliaria no es casi mencionada en la práctica educativa del pregrado. Posiblemente también ignorada en el posgrado, su concepción aparece en ciertos colegas como una actividad relativamente vergonzante. “Yo no hago domicilios”, no en pocos casos, es una patente de poder, de cierta honorabilidad. El médico de domicilio va quedando rebajado a un *status* inferior, como también pasa con el médico de guardia. Toda una apropiación desterritorializante de la esencia de nuestra práctica por un imaginario social alienado y alienante. El médico va alejándose del *ser médico*.

Es cierto que las grandes aglomeraciones urbanas, las ciudades, crecientes en escala geométrica en los últimos siglos, han ido estableciendo su impronta con razonables concentraciones de las actividades de servicio. El hospital, como centro neurálgico del ejercicio médico, aunque con antecedentes remotos, se alineó en esta modalidad de los intercambios humanos. Las clínicas, lo mismo. Los modos de producción se reprodujeron aceleradamente, imponiendo su sello. La necesidad de centralizar prestaciones basadas en cierta aparatología vino a sumarse. Pero precisamente, la casi irremediable extinción de los consultorios privados, donde el médico ejerce en “su casa”, tanto más en clínica de adultos como en pediatría, no parece estar conectada a dichas cuestiones de índole práctica. La declinación, no solo de la visita domiciliaria, está basada en las fuertes líneas, latentes en lo implícito, del disciplinamiento social imperante que se expresa en el control de la actividad privada por los grandes intereses económicos. El médico, ya ni dueño de él mismo, empieza a ser un ajeno ante el propio espacio de su práctica. Ya el consultorio no es mas su casa, entendido como su lugar, su territorio, su dominio.

Este fenómeno, curiosamente ligado a las llamadas privatizaciones, no solo ha quedado reservado a la Medicina; es también lo que sucede con pequeños artesanos, técnicos y negociantes, engullidos por la vorágine trivializante de la fase actual del desarrollo capitalista. Lo privado se ha hecho público, pero donde lo público es en realidad una versión impúdica de un “como si”, del que todos parecen deben prenderse desesperados. No es lo público de los lazos, es lo público de un mostrarse sin límites, de una desobjetivación que hace crecer la indignidad bajo el lema de un supuesto modernismo. Una ola incesante emerge, mientras manda hacer *zapping* permanentemente a los distintos focos sensoriales que se van ofreciendo, sin dejar espacio para un pensamiento crítico, donde lo personal quede a resguardo, como reaseguro de una sociedad más sana. Los pacientes, ya lo sabemos, “son” de siglas variadas y cambiantes, si es en inglés mejor. Los médicos, ya se sabe, no “son” ni ellos mismos. Llamados a “proteger” las fuentes de trabajo, si no hacen vaquitas para comprar algún aparato, al menos salen a contribuir con sus exiguos capitales para ingresar a algún “centro de punta”. El paciente y el médico ya no son el centro de la representación, como en *The Doctor*; ahora son lo negro periférico, a veces sin siquiera la dignidad de aquellos padres esperanzados.

El imaginario social martilla incesantemente desde lustrosos papeles de propaganda. Lo público va disolviendo lo privado, lo íntimo. Hoy podemos ver una orgullosa oferta de “modernos consultorios”, con agradables secretarias, donde la anomia revestida de progreso campea soberana. Aun con lujosos mobiliarios –todos uniformes, claro– los médicos se

allanan a cumplir horarios, donde las consultas se suceden cada tantos pocos minutos inexorablemente. Es cosa de terminar para dejar paso a otro colega, que espera ansioso evacuar consultas. No he puesto evacuar entre comillas, no hay tal metáfora. La consulta médica, muchas veces, es un verdadero acto evacuatorio. En un escenario blanco, impersonal, con un brillo homogéneo y monótono, en el mejor de los casos.

Esta representación social no es acuñada solamente por las multinacionales, por los grandes grupos económicos. Los mismos médicos y sus propias organizaciones van confundiendo lo privado con el individualismo, lo íntimo con lo burgués. Una confusa idea de lo social comunitario se suma, lastimosamente, a las sibilinas voces que se alzan contra lo privado, entendiéndolo como un privilegio. Hablan de tiempos pasados, de un confuso liberalismo, que nada tiene que ver con lo vengo a plantear. En este sentido, los responsables de la dada en llamar Medicina Social, parecen no entender el carozo de la práctica que dicen sostener.

Lo social asienta en la relación intersubjetiva, en presencia cercana, reservada a encuentros discretos, en un cierto tiempo y espacio cuidadosamente preservados. Lo social no está reñido con lo privado, tomado en el sentido que propongo. Al contrario, lo reclama como su más sólida base. Es la intimidad segura y confortante la que asegura la salida cooperativa y solidaria con los otros. Aquí es donde la visita a domicilio aflora como un sitio posible, necesario y eficiente.

## **2. Algunos tipos de Visitas a Domicilio**

Podemos intentar un cierto plano descriptivo de esta práctica. Así podemos reconocer diferentes tipos de visitas, cada una con sus características. Un caso es el de los pacientes con patologías crónicas, con cierto grado de imposibilidad para desplazarse, sometidos o no a tratamientos prolongados, severos, que imponen limitaciones aún mayores que las de la propia patología de fondo. Es el caso de neoplásicos, algunos pacientes pulmonares, cardíacos o renales, entre otros. Frecuentemente en manos de especialistas, nuestro rol como clínicos corre el riesgo de disiparse. Los colegas que tienen la voz cantante en los procedimientos terapéuticos tienen un lugar preponderante. Hay quienes suponen que en el futuro se incrementará el rol de médicos especializados en terapéuticas diversas. A nosotros, los clínicos, ya nos cuesta muchas veces conocer ciertos detalles íntimos de los procedimientos en boga.

El paciente y su familia ven como el eje de la relación con su médico de cabecera va rotando, cambiando. Cansados de verdaderas maratones, pensemos no más en el esfuerzo de un tratamiento radiante, agotados en todo sentido, inclusive en lo económico, estos pacientes “se van perdiendo”, como solemos decir. Reaparecer en escena con una visita anticipada por teléfono, programada en día y hora cómodos para todos, es un acto reparador. No sólo para el paciente, también para nosotros. Alguna vez escuché de uno de mis maestros que con la muerte de un paciente nos vamos muriendo, un poco, nosotros también. Recuperar la relación, volver a conversar, investigar en los recodos profundos del tratamiento instituido, aconsejar sobre algún punto, integrarse con el equipo terapéutico que esta a cargo, mirar los estudios, controlar la patologías concomitantes, o, aunque más no

sea, aconsejar una pomada para un intertrigo ocasional, suele producir un efecto maravilloso sobre los actores de este tipo de historias.

Un caso parecido es el de los pacientes recientemente intervenidos quirúrgicamente, sobre todo de patologías que conllevan largos períodos de recuperación. Como suelen ser ciertas intervenciones traumatológicas, como las de cadera; algunas sobre el sistema nervioso, como las hernias discales, con evoluciones lentas, etc. Estos pacientes suelen cursar depresiones, reactivas, más o menos enmascaradas. Muchas veces no son visitados en el hogar por sus cirujanos. Atenderlos en todo lo posible, mirarles las heridas, si es posible hacerles una curación simple, suele ser un acto de extraordinario valor. Ya puede entenderse, cualquiera que lo haya experimentado lo podrá afirmar, que estoy hablando de acciones médicas que vienen a cerrar, a completar, la relación médico-paciente. Llevándola, potenciándola, a otros límites. La visita a domicilio tiene ese poder.

Los pacientes añosos, muchas veces con trastornos motrices, con diversos grados de deterioro cognitivo, suelen ser otros demandantes habituales. Ingresar a estos hogares, conocer al cónyuge o familiares a cargo, suele ser una escena profundamente reveladora de vidas que se están yendo de prisa, en medio de urgencias actuales, donde siempre el duelo por la pérdida está allí, rasgando el aire. A veces se desarrollan en las llamadas guarderías. Culpas y reproches, esperanzas con y sin sentido, reclamos más o menos evidentes, son el coro infaltable. Allí, una presencia serena, muchas veces apelando al sentido común, que como se sabe, es el menos común de los sentidos, es una gran ocasión para nuestro ejercicio.

Un tipo de visita domiciliaria, instrumentada desde cierta postura técnica, son ciertos casos donde es dable disponer de un tiempo relativamente extenso, para lograr consenso, ante la necesidad de tomar decisiones. Donde es menester aclarar posturas diagnósticas, elegir caminos terapéuticos. Muchas veces no es factible reunir en el consultorio, en un marco de tranquilidad, a todas las personas que serían deseable para la oportunidad. O hay un hijo que vive fuera de la ciudad y viaja los fines de semana, o alguna persona que tiene algún impedimento horario, o bien nosotros mismos que no disponemos de un tiempo mayor. Reunirse en la casa del paciente, conviniendo previamente, tratando de no caer en situaciones incómodas, demarcando claramente quienes participaran del encuentro, suele ser de mucha utilidad. Todos sentados, café de por medio, “en casa”, suele lograr un marco continente, de confianza y amplitud para emprender algo complicado, pudiendo pensar entre todos.

Los pacientes en estado de regresión profunda pueden ser otro tema. Las regresiones, de diversos niveles, llegando a veces al plano desorganizativo, psicótico, pueden tratarse llegando hasta el paciente. Es conveniente conseguir un acuerdo previo, mínimo aunque sea. No es conveniente llegar de improviso, aceptando una intervención a lo “muchachito de los *westerns*”. Suelen ser consultas donde es necesario controlar patologías concomitantes a la psiquiátrica de base. Aunque no infrecuentemente se trata de pacientes renuentes a todo tipo de tratamiento; la familia suele apelar a nosotros, clínicos, generalmente conocidos de tiempo antes, para tratar de producir algún cambio en personas que están abandonadas a sí mismas, detenidas. Una consulta previa con un especialista psicoterapeuta, a fines de recabar algún tipo de recomendación u otro tipo de consejo,

puede venirnos muy bien. Todo un arte, estas intervenciones, muchas veces condenadas al fracaso, son de todos modos verdaderas ocasiones de movilizar vidas en riesgo. Y es el clínico, por lo apuntado antes, quien suele estar facultado mejor que nadie para llevar a cabo el cometido.

Ciertos pacientes fóbicos graves, lindantes con cuadros mayores, suelen reclamar nuestro concurso en el hogar. Problemas casi insólitos para el lego, nos ponen ante dilemas y otros interrogantes de la vida. Son personas que pueden vivir años en un altílo, desde donde suelen ejercer la batuta, con razonamientos lógicos autovalidantes, con lo que todo pueden justificar. Verdaderos tiranos de pacotilla, en tanto parecen manejar sin límites una situación a expensas de vivir con grandes límites: no pueden salir ni para ir al dentista, a comprarse ropa, tomar un café. Conocen extramuros por la televisión o los diarios. Desde ya, siempre han sido vistos antes por psiquiatras u otro tipo de psicoterapeutas, con variados grados de fracaso. Mas allá de las digresiones psicopatológicas, necesarias por cierto, constituyen una especial experiencia de nuestra dedicación. Y un desafío a nuestra creatividad, por que no también a nuestra paciencia y condescendencia.

Nunca estará de más mencionar a los llamados “terminales”. Esos pacientes siempre evitados. Por que nos muestran nuestra propia “terminalidad”. Aprender a llegar a ellos suele constituir un verdadero acto de vida, de ensanchamiento de nuestras fronteras yoicas. Estar allí, junto a las paredes que otrora vibraron con sus alegrías y odios, con sus esperanzas y sus derrotas, componen una escena que le pertenece al médico de siempre, por siempre. La muerte nos enseña sobre la vida.

Nosotros, los clínicos, solemos solapar nuestro territorio con el de los pediatras. Es el caso de los adolescentes con fiebre u otros cuadros menores. Es muy interesante ver adolescentes. Los padres, generalmente pacientes nuestros, nos llaman. No veo por que nosotros no podamos aprender a vincularnos con ellos, a conocer de sus particularidades, tanto de su estructuración anímica, su modo de relacionarse, como también sus patologías particulares. Suelo ir con entusiasmo a verlos, como también recibirlos en mi consultorio. La adolescencia se prolongará mucho más en un futuro cercano. Habrá que estar atento a la emergencia de una clase de personas, cercanas a la treintena, que permanecen solteros, sin trabajo a la vista, muchas veces sin estudios, viviendo con sus padres. Los clínicos, con nuestra habitual propensión, casi natural diría, a instalarnos en el seno de las familias, tenemos como horizonte cercano aventurarnos a las nuevas organizaciones vinculares, como este tipo de constelación familiar. El consejo oportuno, la capacidad de establecer empatía con los jóvenes, intentando favorecer vínculos que puedan eventualmente emerger como reaseguro ante eclosiones críticas, es un norte de nuestra labor. Que conlleva un sentido preventivo. Detrás de una angina hay siempre una persona, una posibilidad de dejar una marca, una disponibilidad. Esa es la misión última, posiblemente la más importante, de un clínico.

### **3. Semiología y Técnica de la Visita a Domicilio**

La visita a domicilio tiene su técnica. Nuestra labor nace con el pedido, muchas veces por una llamada telefónica. Conviene extenderse un poco en los motivos, tratando de pesquisar si no se trata de una verdadera emergencia, para la cual no estamos preparados, tanto por disponibilidad, como por capacitación a veces. Establecido que puede darse un cierto tiempo de demora, es conveniente fijar día y hora. La gente suele comprender fácilmente que es mejor no apresurarse, encontrar un momento oportuno para llevar a cabo la visita. Cumplir con la cita será nuestra responsabilidad. Allí comenzará gran parte de nuestro resultado, de nuestro éxito. Y en este momento es cuando hay que aclarar las cuestiones económicas. Es sabido que para llegar a un domicilio hay que tener movilidad propia, trasponer distancias, conseguir un sitio para estacionar, asegurarnos contra un robo. Todo trabajo debe tener una remuneración lógica. Lógica para nosotros, lógica para la gente. Hay que explicar que las obras sociales y las prepagas no suelen reconocer estos servicios. Decir cuánto pagan por una consulta en consultorio, citando los descuentos y demoras de regla. Nadie puede dejar de entender esto; nadie, si es bien tratado, puede dejar de pagar lo posible ante este tipo de requerimientos. Cuando el paciente nos paga lo posible, aunque sean unos pocos pesos, nosotros estaremos en condiciones de acercarnos a una situación digna. Pero no solamente digna por el dinero, digna por lo humano; a dos vías: la del paciente y su familia, la nuestra. Es cierto que nuestra profesión no es un comercio, también es cierto que es nuestro único medio de vida. Es cierto que la gente sabe que lo que vale, cuesta; ningún paciente puede recibir tranquilo una asistencia si sabe que no está pagando. Nadie puede retirarse lo más pancho de un restaurante sin pagar; menos de lo de un médico. No es terapéutico para el paciente sentir que es un mantenido. Tampoco sentir que es un paria, un explotado por un sistema social injusto. Hacer una visita a domicilio por los honorarios de mutual, si hemos llegado a la conclusión de que la persona solicitante no puede pagar ni el valor equivalente de un viaje en taxi a nuestro consultorio, es una práctica lícita y posible. La haremos con la serena convicción de que nuestro paciente nos demanda; y que alguna vez, cuando pueda, nos pagará. Y si eso nunca llega, al menos, sabremos que hemos procedido con sentido solidario. Pero con solidaridad, antes que nada, para con nosotros mismos. No con la pseudo-solidaridad reclamada desde los fondos melancólicos de nuestro psiquismo torturado por un superyó narcisista.

A nosotros los médicos, hablar de dinero siempre nos ha costado. El precio más caro que hemos pagado, que seguimos pagando, es depreciar nuestra profesión. Que es lo mismo que decir nuestras vidas. Sé que me interno en terrenos espinosos, difíciles. Que me expongo a consideraciones diversas, desde elogios hasta desprecio. Pero lo hago con la convicción de transmitir alguna experiencia, y, por sobre todo, para introducir un tema de gran importancia en las consideraciones de nuestra actividad. Que no veo no puedan ser motivo de un Congreso. De hecho, a nadie se le escapa, que la ciencia, al decir de Habermas, está al lado del interés. Basta con recorrer los *stands* comerciales en las salas de reuniones médicas para darse cuenta que nuestro acontecer no es impoluto, si entendemos por tal aquello que nada tiene que ver con “el poderoso caballero Don Dinero”.

El viaje hasta lo de nuestro paciente suele ser interesante. Uno va recordando calles, barrios, otras situaciones. Ubicar la casa, su frente, su estilo nos pone de cara a una especial variante semiológica. Porque la semiología no es solamente el arte de recoger síntomas y signos; es también el arte de recoger cualquier otro tipo de datos. Quién es la persona que nos espera, que nos abre la puerta, qué nos dice mientras caminamos esos pasillos con su

guía. Comentarios aparentemente triviales suelen estar llenos de sentido, darnos pistas sobre lo que se nos aparecerá al llegar al sitio donde está el enfermo. De esto se trata lo que conocemos como “*semiología médica ampliada*”.

Hay casas lindas, hay casas feas. Hay casas con olor, hay casas sin olor. Hay casas limpias, hay casas sucias. Hay casas prolijas, hay casas desordenadas. Hay casas del pasado, hay casas del futuro. Hay casas luminosas, hay casas lúgubres. Hay casas interesantes, hay casas aburridas. Hay casas alegres, hay casas tristes. Hay casas con historia, hay casas sin rostro. Todo médico, toda persona sabe esto. Lo que muchas veces no sabemos los médicos es que esas casas son esas vidas. Que esas vidas son nuestros pacientes. Por eso hay que mirarlas, hay que sentirlas.

Sentir a nuestro paciente. Si éste nos espera en algún sitio que no es su habitación, conviene llegar hasta donde está e iniciar allí mismo la consulta. Sentarnos en la cocina, en el *living*. Mientras escuchamos, nuestra mirada recorrerá paredes, cuadros, fotos, adornos. Una visión cinematográfica, con sus tonos diversos, nos irá entregando sin pausas que asistimos a una de las ocasiones más nítidamente hermosas de nuestra profesión: palpitar la historia, la vida de los hombres. La Medicina es historia, es narración. La Semiología es el arte de saber leerla, de expandirla buscando nexos, de componer variantes.

Pasaremos después a la habitación, en general el sitio donde desarrollaremos el examen físico. La cama del paciente, allí donde descansa, sueña, goza y sufre. La mesita donde aloja otras intimidades, su reloj, sus fotos queridas. Estamos cerca de los más puros testimonios de su alma.

Un apartado especial merecen los espectadores. Muchas veces será aconsejable solicitarles que se retiren, si el propio paciente no lo ha pedido antes. Muchas veces será aconsejable dejarlos. Decidirlo forma parte del artesanado. Sí, nosotros somos artesanos. Hacemos lo posible con los materiales que tenemos. A veces conviene dejarlos, como pasa en el caso de familias aglutinadas, muy controladoras. Separarlos de cuajo, muy de entrada, puede resultar contraproducente.

No por común conviene dejar de señalarlo: debemos saludar a todos los presentes. El médico debe darle la mano a cada uno. Mirarlos. Hablarles a los niños, que desde el suelo nos observan. No suele faltar alguno que está un poco más allá, medio escondido, espiando. Hay que reparar en estos personajes, característicos, preguntar por ellos en algún momento. Si es posible hablarles, invitarlos a integrarse. Explorar la familia.

Hay que preguntar, cuando el momento es propicio, por lo que se nos muestra generosamente. A la gente le gusta; no lo haremos para complacer, lo haremos para aprender. Quién pintó un cuadro, quién es el señor de poderosos mostachos, quién es el niño que en un foto sepia está subido a un tambor de petróleo, de quién es la cuna, quién planta las flores, quién toca el piano. Quién vive.

No estoy haciendo una exposición tontuela, menos hipócrita. Muchas veces he visto a colegas, que entienden muy mal el respeto, que suponen que ser gentil puede confundirse con paternalismo, con amiguismo, con cierto grado de histeria seductora. Nada más lejos de

lo que me anima. El médico, aparte de educado, debe ser amable. No sólo debe disfrutar de su trabajo, sino también demostrarlo. Otra cosa es ser grosero, intrusivo, aprovechado. Estas cuestiones, propias de una enfermiza postura, son condenables. Pero no debemos caer en una impostura acartonada, a modo de defensa fóbica, que nos malogre. Lo cortés no quita lo valiente.

Llegar a una casa implica salir de nuestros reductos. El médico, muchas veces con rasgos constitutivos fóbicos, suele temerle al contacto humano. Aunque parezca mentira, nuestra elección vocacional suele estar asentada en elementos contrafóbicos. Es decir, buscamos dominar lo que tememos. El médico, muy temeroso de las enfermedades, busca controlarlas imaginariamente con su elección profesional, por eso suele ponerse distante. En un nivel distinto, les pasa algo parecido a los políticos, que contrariamente a su deber, no suelen tener ninguna clase de consideración profunda, verdadera, por las personas y lo social.

El temor al contacto emocional suele ser una característica básica de los médicos. Sintonzar lo mejor posible esta ansiedad es un gran desafío que tenemos. El consultorio, el hospital, suelen ser territorios diseñados, inconscientemente claro, para servir a la corporación médica. Alguna vez escuché, de la mano de un chiste muy conocido, que los hospitales no son para los pacientes. Algo de cierto hay, seguro.

Aprender a distinguir en una familia “quién corta el bacalao”, quién es el ausente, quién huye, quién es el colaborador, quién es el pensante, quién el “titiritero”, entre otras figuras de la dinámica familiar, es un capítulo apasionante, a la vez que extenso para este relato. Diré, antes que nada, que este aprendizaje no se compadece solamente de su adquisición por la mera experiencia. Lo que solemos llamar experiencia suele ser, lamentablemente, mera estereotipia. Es menester estudiar algo de la dinámica familiar, pasándonos adecuadamente por el filtro de “nuestra familia interna”, en algún sitio apropiado como puede ser un grupo Balint.

El cierre final de la visita será como siempre. Conviene volver a sentarse en un sitio apropiado para hacer las recetas, preguntar si todo ha quedado relativamente claro, si hay alguna pregunta. Despedirse fijando el próximo encuentro, nuestro plan de trabajo. Si hemos charlado con los familiares lejos del paciente, que permanece en la cama, es bueno volver un instante para saludarlo de nuevo. Y aclararle que hemos dejado todo indicado, tal como se le dijo a él antes. No es bueno cuchichear detrás de las puertas. El manejo de la información diagnóstica, más allá del remanido tema de “decir o no la verdad”, debe ser siempre respetuoso, hecho con cuidado.

La salida es parte de la consulta. Allí, mientras se da el pago, suelen aparecer datos importantes, generalmente reprimidos hasta lo último. O una duda, o un pedido especial, o algún dato “perdido”, o algún temor especial. Será menester atender a ellos, si es necesario perder algunos minutos más, aclarar que volveremos sobre el tema la próxima vez.

#### **4. La Patria del Médico**

Se cerrará la puerta. Detrás que ella quedará nuestra visita, nuestra presencia. Tal vez nunca volvamos a esa casa, a ese lugar tan íntimo, tan particular. Pero allí quedaremos. Hay consultas que duran toda una vida. Nosotros no solemos creer en esto. Los pacientes y sus familias sí. Basta con escucharlos, cada tanto nos lo indican: “recuerdo lo que usted le dijo a mi padre aquella noche...”. También ese momento, ese lugar, estará en nosotros. Con la certeza de haber vivido también una ocasión singular. De haberla aprovechado para engrosar nuestro capital vivencial, nuestra identidad médica. El espíritu de *The Doctor* volverá a alojársenos una vez más. Con regocijo aplacante para nuestros dolores cotidianos.

El médico de hoy, vapuleado por doquier, bastante por su propia formación insuficiente y reduccionista, recuperará su atemporal espíritu. El espíritu de la dimensión humana, a la que nunca deberá renunciar.

Lo que llamamos enfermedad no es distinto del contexto. El conjunto de relaciones que puede establecerse son nuestra clínica. **Porque la clínica no es otra cosa que un conjunto de relaciones.** Desde lo molecular hasta lo social. Relaciones que formalizadas concluyen en un cierto sentido, que cuando alcanza un nivel de comprensión mutuo, de co-construcción entre médico y paciente, permite acceder a una práctica transformadora, donde tienen lugar diversas operaciones técnicas.

Parece anunciarse un médico del futuro sin patria. Un médico que ha perdido su domicilio a expensas de superestructuras ingenieriles mercantilistas, las verdaderas dueñas del famoso “modelo médico hegemónico”. Un médico que va siendo confinado a ser “empleado”, engullido por una máquina trivializante como la de “Tiempos Modernos”. Utilizo el concepto de patria como el lugar, esencialmente humano, que mientras tolera, facilita, la creación de diferencias. De “espesamiento” de la subjetividad. En oposición a otros conceptos, como el de nación o país, que en cambio, desde la lógica de la globalización, niegan el concepto de hombre ligado a lo distinto. Tendientes a la homogeneidad, a lo entrópico, como en aquel filme anunciador, el hombre va siendo aplastado por el denominado “progreso”.

No es cierto que el médico de la pintura es del pasado. No es cierto que las medicinas quedan a su espalda, en tanto inútiles por aquel tiempo. No es cierto que el médico de hoy deba quedar reservado a prácticas de “complejidad”, deba resignar a profesiones “subalternas” actividades tales como los “controles domiciliarios”, dado que ahora cuenta con grandes recursos para solucionar casi todo. No es cierto que sea más complejo tratar un tumor de células claras con interferón que contener la angustia de una familia ante una grave enfermedad de uno de sus miembros. La verdadera complejidad médica es la que compete al nivel psicológico social.

La mirada del colega del cuadro, fija en el niño, no es otra cosa que el símbolo de nuestra actividad: establecer relaciones entre partes, donde nosotros somos una de ellas. No es cierto que lo mira con insistencia pues nada tiene que hacer, ya que sus medios son escasos. Después de todo, tanto en lejanas épocas como también hoy, la muerte se alza con la misma inquietante lozanía. No es cierto que el ingente desarrollo de la técnica se compadezca de alejarnos de prácticas como la estamos considerando. La vida, con sus pliegues misteriosos, con sus alturas placenteras, con sus depresiones abismales, con su sinsentido, con sus

esperanzas, en definitiva, con sus alegrías transitorias y con su dolor de fondo, es la patria del médico. La visita a domicilio, sin dudas, es una sus comarcas más fecundas.

(Recibido: agosto de 2004. Aceptado: septiembre de 2004)