

LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN LA PRACTICA ACTUAL DE LA MEDICINA

Dr. Carlos R. Gherardi*

Publicado en **Claves en Psicoanálisis y Medicina. Nro 13-14. 2do semestre 1998, 18-23**

Cuando un hombre se siente enfermo y concurre a la consulta médica comienza a tejerse un complejo entramado de relación interpersonal en la que uno y otro, paciente y médico, se encuentran igualmente implicados. El acto médico -y en esencia la relación que se establece entre el médico y el paciente- constituye el sustrato sobre el que se asienta la naturaleza de la medicina misma.

Los avatares ocurridos en toda la historia de la humanidad, y los cambios sociológicos, culturales y científicos ocurridos en tiempos remotos y cercanos, modifican y condicionan de diversos modos esta relación pero no podrían reemplazar su existencia ni obviar su aspecto íntimo sino a riesgo de comprometer el objetivo mismo de la medicina que es el hombre.

Como se ha dicho con acierto, en los extremos más distantes de la historia de la medicina hubieron intentos utópicos de distanciar la relación inmediata entre el médico y el paciente. El pensamiento mágico, propio de las sociedades primitivas, aunque presente también en la sociedad ilustrada, sostuvo la creencia de sanar al paciente sin tener contacto directo con él. Hoy, la mentalidad ultratecnológica sueña con un diagnóstico obtenido a través de los datos recogidos por procedimientos de alta sofisticación que sólo presentan números, gráficos e imágenes.

Básicamente la relación médica se establece por el encuentro en la consulta (pedir, tomar consejo) entre dos hombres libres con móviles distintos pero convergentes, aquel que necesita y otro que ayuda. La necesidad primaria parte de la percepción de enfermedad cierta o presunta por parte del primero y la ayuda requerida es técnica y se constituye en asistencia (ad-sistere: detenerse junto a otro).

Lain Entralgo califica de cuasi-diádica a la índole de la relación médico-paciente. No es dual porque en este caso la relación entre dos hombres se establece para algo que a ambos les importa pero que está situado fuera de ellos. Por ejemplo una empresa con fines de lucro. Díada es en cambio una vinculación interpersonal, como la que se establece entre madre e hijo, por el que la relación de uno con el otro se refiere para algo que existe cada uno de ellos, que pertenece a su intimidad y en ella encuentra su término: amistad estricto sensu, amor. Dice el autor citado: "La vinculación específica entre el médico y enfermo en cambio resulta cuasi diádica. El enfermo y el

médico se reúnen para el logro de algo que importa muy medularmente a la persona de aquel pero que está o estará cuando se alcance, inscripto en su naturaleza: la salud”.

En el examen global de esta relación médico-paciente se han visualizado dos niveles : uno técnico y otro interpersonal. El primero comprende todos los actos que involucran la consulta propiamente dicha desde el relato de los síntomas que la motivan hasta los procedimientos que se ponen en marcha primero para el correcto diagnóstico y luego en las diversas formas de tratamiento. El segundo nivel es el que se refiere a la atmósfera en que se dan los hechos y que marca el carácter de la verdadera relación interhumana que se establece entre ambos, médico y paciente, que es donde nace la naturaleza de su vínculo.

Si bien el carácter asimétrico de la relación que analizamos se establece entre un hombre (el médico) que proporciona activamente todo su saber y otro (el paciente) situado en una posición de cierta dependencia, el examen de la relación bipolar de necesitar y recibir y de dar ayuda y recibir ayuda, se enriquecerá si se consideran los distintos momentos vitales en que se encuentran médico y paciente para percibir la peculiaridad de esta relación.

El enfermo se acerca a la consulta con la aflictiva y expectante vivencia de su dolencia y una confianza mayor o menor en la medicina y el médico ejerce su saber con voluntad de ayuda y cierto deseo de éxito y acierto técnico. Es el encuentro entre ellos el que establece una primera forma de comunicación que se inicia a través de la entrevista médica y donde comienza a dibujarse un clima intimista de relación interpersonal.

La mirada, el primer saludo, el lenguaje verbal y gestual y los silencios comienzan a generar los primeros intentos de aproximación y de intimidad entre dos hombres que por lo menos podrán intentar una empresa común: restaurar la salud de uno de ellos. Enseguida la revelación del motivo de la consulta con toda la carga de angustia y de ansiedad que generalmente conlleva, la disposición a acceder al necesario examen físico, el contacto manual e instrumental con la revelación de la intimidad corporal que ello implica, los primeros comentarios sobre la presunta naturaleza de la dolencia y los pasos a seguir, constituyen y proporcionan los eslabones de esta relación que se constituye con acercamiento, compañía, ayuda y afectuosidad.

En esta praxis del acto médico, la sinceridad de cada acción, la delicadeza de cada maniobra, el cuidado de cada pregunta, la espontaneidad de cada gesto va construyendo un vínculo afectivo de enorme trascendencia para el resultado final de ese menester que el paciente viene a resolver. Así como es cierto la sentencia de Von Leyden de que el tratamiento comienza cuando se le da la mano al paciente, también resulta muy lúcida la reflexión de Balint respecto que el médico es por sí mismo el primer medicamento por él prescripto.

El modelo biomédico actual se consolidó a finales de siglo XIX y como modelo científico fundamentalmente analítico el problema a investigar era dividido en partes sucesivamente más sencillas para aislar secuencias causales simples considerando que cualquier todo puede ser reconstruido material y conceptualmente a partir de las partes estudiadas sin sufrir ninguna distorsión.. Dificultades metodológicas e ideológicas de la

época y del propio modelo retrasaron y marginaron el estudio y abordaje de los aspectos psicosociales de la enfermedad y favorecieron la progresiva desvalorización del diálogo y la relación personal con el paciente como medios de diagnóstico y tratamiento.

En nuestro siglo Weizsacker con la medicina de la totalidad, Tournier con su medicina de la persona y Balint con la medicina centrada en el paciente encabezan una reacción por la despersonalización de la medicina y proclaman la necesidad de conducirla hacia formas más globales y personalizadas alegando razones de humanismo y de eficacia. El aporte de la escuela psicoanalítica fue asimismo fundamental para la comprensión de los fenómenos interpersonales. También los avances de las ciencias naturales plantearon cuestiones epistemológicas que desbordaron el marco reduccionista clásico e evidenciaban la importancia de los contextos e interacciones entre partes y niveles de la realidad.

Esta relación interpersonal que analizamos no se produce aisladamente en el mundo y no es posible solo considerarla prescindiendo de que los dos hombres que se encuentran, médico y paciente, son entes sociales y como tales desarrollan sus actividades. El proceso de acercamiento, de diagnóstico y de tratamiento acaece en un medio social que los condiciona e influye. En una visión global de las formas posibles de abordaje de la enfermedad no debe descuidarse los aspectos interpersonales que se establecen en la relación médico-paciente, su influencia a veces decisiva en el resultado terapéutico y la interrelación de factores concurrentes sociales y psicológicos que modifican su evolución y pronóstico. Los roles que cada uno tienen y desempeñan en la sociedad en relación al papel que les toca afrontar en este encuentro son determinantes de derechos, deberes y obligaciones que influyen en la conducta de ambos. Frecuentemente, la sociedad a la que ambos pertenecen, provoca y condiciona el mismo proceso de enfermedad que los ha unido.

En la actualidad existe una absoluta evidencia sobre los profundos cambios que se han operado sobre el vínculo entre pacientes y médicos. Una completa reflexión sobre la relación médico-paciente no puede obviar la consideración del marco en el que ella se produce: los modelos actuales y posibles de asistencia sanitaria, la complejidad de la metodología diagnóstica y terapéutica, la superespecialización, la ideologización imperante en nuestra sociedad de la existencia de una medicina científica y exacta, los valores y creencias que están implícitos.

Quizá como nunca hoy se han visualizado estructuras sanitarias que opacan, hasta provocar el riesgo de desaparición, este contacto real y virtual, que no obstante se reclama como necesario e imprescindible por parte de la comunidad. El sistema de atención médica que los pone en contacto tiene a veces importancia decisiva en la predisposición hacia un encuentro eficaz.

Si las condiciones en que se establece la relación no es la aconsejable porque se ha suprimido la libertad de elección del médico por parte del paciente, o por que el médico no puede sustraerse a la incomodidad que le genera su situación laboral o por que la cultura emergente de la sociedad ha transformado la asistencia médica en un producto de consumo industrializado, descubriremos algunos eslabones que nos ayudarán a comprender situaciones que no favorecen el establecimiento de ese intercambio vital imprescindible en la entrevista médica.

Si ambos actores se sienten parte de un engranaje que le es ajeno, esta condición puede inhabilitarlos en principio para comprometerse y establecer un verdadero vínculo interhumano. Tan importante ha sido considerado este factor como condicionante que algunos (Callahan) hablan de una relación triádica entre médico, paciente y ente administrador.

Los modos externos que forman parte de la asistencia médica ya han cambiado visiblemente: la entrevista médica, con un examen físico semiológico prolongado, profundo y meticuloso -que procuraba desentrañar con el más completo despliegue los más certeros signos de enfermedad- ha sido casi reemplazado por un conjunto de exámenes complementarios, a veces insaciables y generalmente efectuados por terceros, en la búsqueda de números o imágenes que indiquen la fría presencia de alguna alteración que pueda rotularse como patológica. Estos cambios en la consulta, que responden a la influencia permanente de una compulsiva complejización en el examen médico, ha provocado una disminución en el tiempo de la entrevista, una relativización en el interrogatorio -a veces reemplazado por el llenado de una planilla-, un distanciamiento en el contacto físico, y la interposición de una infinita cantidad de estudios y de interconsultas con especialistas que conducen a veces a la pérdida de la idea directriz que toda presunción diagnóstica debe tener.

Actualmente ante esta problemática favorecida por la complejidad de la medicina y los sistemas de atención médica se ofrece como única alternativa válida la organización de la asistencia a través de médicos de cabecera o de familia que tiendan a centralizar la atención primaria de la persona.

Un comentario especial merece las modalidades de atención médica que han surgido del avance en el conocimiento fisiopatológico de la enfermedad y en el progreso tecnológico que acentuó todavía más la consideración de la persona como un organismo biológico e incluso lo redujo, en alguna fase a su atención al control de un sistema prevalente determinado (cardiovascular, respiratorio, hidroelectrolítico). En las unidades de cuidado intensivo se refleja este nuevo modelo biomédico: enfermos conectados a aparatos de registro, en aislamiento y con carencia de estímulos habituales y con indiferencia ambiental para con los aspectos esencialmente íntimos de la persona. En estas situaciones de enfermedad crítica, donde no es posible negar el avance de la medicina, la relación médica sólo es posible con la continuidad de comunicación con el médico de cabecera o de confianza del paciente y con un seguimiento de atención horizontal que se complementa con asistencia psicosocial de todo un equipo de salud.

Existen también otros aspectos que han influido en el carácter de la relación médico-paciente y que no son dependientes de situaciones operativas sino de la vigencia del principio de autonomía y la concepción actual de la beneficencia en medicina. Tradicionalmente y desde Hipócrates el quehacer médico era destinado a proporcionar el bienestar al paciente y ese bien era el determinado por la medicina. Hasta hace pocos años no se discutía la "orden del doctor", el médico era no solo dueño del saber sino también quien le decía al paciente que era lo mejor. Esta ha sido la base del paternalismo médico. El reconocimiento de la capacidad y el derecho de las personas sanas o enfermas de decidir su propio bien, físico o moral ha significado

reconocer en el ámbito médico, aunque tardíamente, un precepto claro de la cultura occidental: el derecho a la propia decisión personal de los pacientes. Aunque la misma palabra paciente contiene la carga semántica de la pasividad (el que tiene paciencia y soporta con estoicismo) el reconocimiento del mismo como un sujeto activo y no pasivo le impulsa a intervenir, con un distinto rol, en el vínculo estrecho que lo une al médico. La autonomía aparece así como una nítida forma del ejercicio de la libertad individual.

La participación activa de los pacientes en las decisiones que afectan su propia vida, significó la finalización de la época paternalista de la medicina en la cual sólo el médico era reconocido como quien era capaz de determinar lo que era mejor para el paciente. La sociedad, y en el ámbito amplio del reconocimiento de los derechos civiles de las minorías, institucionalizó por primera vez este principio en la primera Declaración de los Derechos de los Enfermos (Asociación Americana de Hospitales) en 1973. La aparición de toda una tecnología capaz de ofrecer alternativas de vida de diferentes calidades y cualidades fué decisiva para la traslación a la medicina del reconocimiento pleno de la autonomía de los pacientes.

Así surgió el protagonismo de la persona como decisivo para examinar sus preferencias sobre la calidad de vida deseada y sobre el respeto que debe exigir de sus propios valores y principios morales. Para que este principio sea correctamente ejercido el paciente debe estar en condiciones psíquicas y físicas para poder decidir, es decir debe ser competente al momento de tomar la decisión. También debe ser correctamente informado sobre toda su situación médica, sus alternativas evolutivas y probables tratamientos. Deberá asimismo asegurarse la comprensión plena de toda la información suministrada y su determinación final será absolutamente voluntaria, libre de coacciones y en pleno uso de sus facultades intelectuales. Finalmente la doctrina del consentimiento informado es el mecanismo legal destinado a proteger el libre ejercicio de la autonomía del paciente.

Finalmente la concepción que la sociedad percibe en cada tiempo y cada cultura determina diferentes modelos de relación que Veatch ha sistematizado de modo polar como de ingeniería y sacerdotal. El modelo de ingeniería resulta una consecuencia de considerar a la medicina como una ciencia y al médico como un científico. Prescinde de la importancia del acto médico como eje esencial de la práctica de la medicina, ignora la existencia de un sistema de valores y de la posibilidad de elección frente a distintas alternativas igualmente válidas y del impacto negativo que una sistematización tecnológica conlleva en el resultado final. El modelo sacerdotal es el que se hereda de la concepción hipocrática paternalista y beneficiante que tiende a separar al paciente de la toma de decisión poniéndola en manos del profesional, en quien se deposita toda la responsabilidad.

Cómo conciliar de modo armonioso y coherente todos estos cambios, que tienen vertientes muy positivas para el progreso, para que no actúen en desmedro de la relación entre el médico y el paciente? Ante todo resulta primario el reconocimiento expreso de que este vínculo es el núcleo central del acto médico y que sólo a través de su enriquecimiento afectivo, cognoscitivo, e intelectual podrá alcanzarse la meta deseada. La búsqueda incesante de una medicina centrada en el paciente por oposición a aquella centrada en la enfermedad o en el médico podrá enriquecer el logro del objetivo de la práctica médica.

La personalidad del paciente ante una enfermedad que lo irrumpe agudamente, o que lo acompaña desde hace muchos años, o que le provoca un sufrimiento insoportable condicionarán distintas modalidades reaccionales de defensa que van desde la negación y regresión hasta la adopción de conductas depresivas o persecutorias. El médico a su vez se conduce con hábitos dependientes de su situación personal y del grupo médico de pertenencia de donde procede y de aquellos otros de referencia con quienes desea identificarse.

Cómo indagar sobre la naturaleza íntima de la relación interpersonal que se establece entre el médico y el paciente a propósito de este encuentro en que los coloca su particular situación vivencial? Esta pregunta tiene respuesta válida si a priori creemos que entre ambos se genera un lazo afectivo. Pero antes debemos admitir que en este tiempo alguna acción médica es posible en ciertas circunstancias aun sin el establecimiento de ninguna relación afectiva y sin siquiera comunicación alguna, como cuando se efectúa un diagnóstico a través de un examen único, físico o complementario, o cuando un cirujano opera un paciente que casi no conoce y con quien no tuvo ni siquiera contacto inmediato.

El médico ejerce la práctica de su profesión con todo su saber técnico al servicio del paciente que le solicita su ayuda ante la sensación de enfermedad que le aqueja. En este encuentro se expresa vocación de ayuda por parte del médico y confianza por parte del paciente. La cualidad y profundidad de esta *vocación* y de esta *confianza* delinearán el compromiso afectivo que implicará cada relación. Los valores y creencias de cada uno juegan un papel determinante en este momento en que la mutua comprensión y conocimiento impregnan este compromiso cuasidiádico. El intercambio de emociones y de afectos que se produce en cada momento del proceso diagnóstico y terapéutico despierta una forma peculiar de afectividad (*philia* de lo griegos) entre el médico y el enfermo. La existencia de una relación afectiva se percibe cuando se generan acciones y sentimientos hacia aquellas personas más allá del médico como técnico en su caso y del paciente que se presenta con su realidad de enfermo.

La confianza del paciente posee componentes que son en cierto modo ajenos al médico y que dependen de su conocimiento sobre el progreso científico de la medicina, de la posibilidad siempre existente de encontrar una solución técnica para cada situación y de cierta infalibilidad en el juicio médico. En este caso el médico resultaría un mero intérprete y simple ejecutor de la "verdad técnica". En otros casos la confianza toma un carácter personal y como persona y se tiñe toda la relación con un halo mágico de creencia y fe en las cualidades sanadoras del profesional, en quien con total entrega se depositará toda su intimidad. A veces inicialmente la confianza técnica supera a la personal cuando una personalidad arrogante no contenida por el médico, dificulta el establecimiento de un vínculo afectivo.

La actitud del médico no siempre está referida con intensidad a su vocación de ayuda hacia al prójimo. La figura omnipotente del médico frente a la pasividad y el temor del paciente puede alejar en el comienzo las posibilidades de su acercamiento íntimo. A pesar de intentar siempre el beneficio del paciente en él siempre subyace su propio compromiso con su saber, el deseo de su éxito personal, de su prestigio y hasta del propio lucro.

Dice Lain Entralgo sobre el momento afectivo de la relación médica: “Que afectos produce en el alma del médico y en la del enfermo su mutua relación?. Cómo se realiza afectivamente en uno y en otro la cuasi diada que ambos constituyen?”. Cuando la asistencia médica es lo que debe ser el vínculo que entre sí une al terapeuta y al enfermo es el amor especificado como “amistad médica”. Su existencia cierta se observa cuando la continuidad de relación lleva la confianza plena de la vida personal del paciente, de sus proyectos, de sus afectos íntimos y de cada rasgo de su vida en relación a la posible evolución de su salud.

En la amistad la vinculación es la de un paciente (tal paciente) con el médico (tal médico) no en función de terapeuta sino como persona (tal persona). Aquí la afectividad es entendida como una relación interpersonal siendo posible su existencia sin transferencia en sentido psicoanalítico. La vinculación transferencial y la amistad son dos formas de afectividad interhumana cualitativamente distintas entre sí. La transferencia es un fenómeno instintivo y la amistad en cambio es un fenómeno personal. Su término no es un objeto ni una realidad genérica, es una realidad personal, mas exactamente con tal persona.

En la relación afectiva entre médico y paciente y en especial cuando se constituye la verdadera amistad se identifica la existencia de tres aspectos fundamentales en la misma: la *comprensión* humana del médico, la *confianza* del paciente y el concepto de *beneficencia*. En la vida cotidiana, a menudo, para entender al otro, para comprender lo que siente, pensamos qué sentiríamos nosotros en una situación similar. La identificación proyectiva nos permite poner en el otro partes, experiencias, sentimientos o fantasías de uno mismo (proyección) para luego identificarnos con el otro y “sentir lo mismo que el otro” (identificación). Este proceso, para ser realmente eficaz en la asistencia médica debe complementarse con la capacidad de ser receptivo y ser capaz de recibir lo que viene del otro como “algo diferente a nosotros mismos” y que sin embargo podemos admitir en nosotros sintiéndolo como nuestro. A este proceso dialécticamente opuesto a la identificación proyectiva se le llama identificación introyectiva.

La confianza del paciente que nace como presupuesto básico del núcleo afectivo inicial y existe ya antes del primer contacto con el médico, se transmite con la esperanza de que lo alivien y curen, que lo ayuden a soportar su carga, que le contengan sus ansiedades y temores y finalmente que lo quieran y lo cuiden. Una ética del cuidado predominará en el acto médico cuando ya no existan acciones médicas posibles para la curación. La pulsión del amor, de querer y ser queridos, está presente en la amistad médica como un requerimiento inexcusable desde el paciente y también desde el médico. Toda esa inmensa confianza se traduce en la solicitud implícita de confianza que cubre y protege todo el conocimiento de la intimidad de los conflictos y de los problemas que el paciente le ha confiado.

Respecto de la beneficencia siempre será más fácil la amistad entre médico y enfermo si se comparte un cierto número de objetivos y de valores. En este caso y en el marco de una bioética secular la visión del bien que debe compartirse es que éste responda a los deseos y preferencias de cada uno y no al paternalismo médico, salvo que éste fuera explícitamente requerido. El paciente persigue su propia salud como un

bien íntimo y subjetivo, y éste también se nutre en el caso del médico por la satisfacción personal de haberle curado.

En las actuales circunstancias de progresión del conocimiento científico básico aplicado al desarrollo de nuevos y variados métodos de diagnóstico y tratamiento, y de la evolución del concepto de protección de la dignidad de la persona enferma para decidir autónomamente sobre la elección de su destino y de su vida, corresponde avanzar sobre un modelo de relación social que Veatch ha llamado contractual o de negociación entre el médico y el paciente. La toma compartida de decisiones establecerá un marco de referencia donde se tejerá una red de compromisos y fijación de límites y fronteras dentro de los cuales se confiará al médico el manejo operativo de la conducción diagnóstica y terapéutica.

El ejercicio de la medicina seguirá siendo siempre una artesanía que combina conocimiento científico, adiestramiento técnico y comprensión humana. La ciencia, la técnica y el amor deberán siempre conjugarse armoniosamente en la actividad médica. La vieja sentencia “a igualdad de saber el mejor médico es el más amigo” sostiene la antigua máxima medieval: “Curar a veces, aliviar frecuentemente, confortar siempre”.

Siempre será bueno recordar la hermosa y sabia cita de Marañón: “Solo se es dignamente médico con la idea clavada en el corazón de que trabajamos con instrumentos imperfectos y con remedios de utilidad insegura, pero con la conciencia cierta de que hasta donde no puede llegar el saber, llega siempre el amor”.

*Doctor en Medicina. Profesor Adjunto de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Bibliografía

Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires. Libros Básicos. 1971.

Callahan D. Ethic committees and social issues: potentials and pitfalls. Cambridge quarterly of Healthcare ethics. Vol 1 1992

Gherardi C.R. Bioética, una realidad en la práctica clínica. PROAMI (Programa de actualización en medicina interna). 1er. fascículo. Ed. Panamericana. Pág. 255,1996

Gracia D. La práctica de la medicina. Medicine. Tratado de Medicina interna. Ed. Doyma 5ta Ed. Nro 3 1992 pag. 2-10

Lain Entralgo P. La relación médico enfermo. Ed. Alianza Universidad. 1983

Tizon Garcia J.L. Componentes psicológicos de la práctica médica. Ed. Doyma
1988

Veatch Robert. Models for ethical Medicine in a Revolutionay Age. Hastings Center
Report 2, 1972

Resumen

La relación médico paciente constiuye el centro fundamental sobre el que se asienta el acto médico. El advenimiento de la tecnología aplicada a la medicina y las distintas modalidades de atención médica tienden a modificar las formas de este encuentro interhumano esencial para el éxito diagnóstico y terapéutico. Conviene reflexionar sobre la naturaleza íntima de éste vínculo en las situaciones especiales que la práctica de la medicina afronta en este tiempo para defender su necesario núcleo afectivo. Básicamente la participación activa del paciente en las decisiones que lo afecten, y en ejercicio pleno de su autonomía personal, facilitará esta relación en un marco social tan complejo como el presente.

Summary

The existing relationship between physician and patient constitutes the basic foundation of the medical act. This interhuman relationship, essential for a successful diagnosis and therapy, tends to be altered by the sophisticated technology applied to medicine an by the various existing methods for medical attention. It's time to reflect on the intimate nature of this bond on those special situations that modern medical practice encounters these days in order to protect its necessary emotional core. In essence, the active participation of the patient in those decisions affecting him, thus fully excercising his self-determination, will facilitate this relationship in a complex social context as the one existing nowadays.

Licenciada Esther Becker

S/D

De mi mayor consideración:

Le adjunto a la presente una copia del trabajo “La relación médico-paciente en la práctica actual de la medicina” para que se evalúe su eventual publicación en Claves en Psicoanálisis y Medicina. La amistad con nuestro común amigo Guillermo Del Bosco me anima a molestarla en su domicilio.

Le agradezco mucho su personal atención y estoy a su disposición para cualquier aclaración.

La saluda muy cordialmente

Dr. Carlos R. Gherardi
Avda. Fernandez 43- TEMPERLEY (1834)
TE 245 4722 (Particular)
961 1017 (Hospital de Clínicas por la mañana)
290 2334 (Clínica, por la tarde)