

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE EN EL URUGUAY DEL SIGLO XXI¹

Estimados amigos: Sean mis primeras palabras para agradecer a las autoridades del CUDASS, todos ellos entrañables amigos, por el honor que me hacen de invitarme a estar con Ustedes desde este lugar hoy, para compartir algunas reflexiones sobre un tema tan vasto, tan rico, que es eje fundamental de los servicios de salud, y del que tantos autores se han ocupado en el pasado. Pero que sin embargo en la realidad de hoy, de servicios colectivizados, masificados, la sociedad, las organizaciones y los profesionales, hemos perdido un poco la brújula y hemos dejado tal vez de atender debidamente. No podría ocultarles la alegría que siento cuando me encuentro cada vez, y lo hago a menudo, aunque mucho menos de lo que quisiera, con antiguos amigos como mi distinguido presentador, el Dr. Samuel Villalba, con quien compartimos una fila del Piso 8 Sala 2, en el viejo hospital de Clínicas, en tiempos de Pablo Purriel, a principios de los 60, viviendo como estudiantes las alterativas de la vida y la muerte de aquellos pacientes, en tiempos donde se examinaba y escuchaba mucho, pero se podía hacer muy poco. Donde una chica de 14 años con una insuficiencia renal terminal, por ejemplo, sabíamos, día por día, qué íbamos a encontrar en sus signos y síntomas, en su padecimiento, y era fatal. Al cabo de algunas semanas, moría, sin que nada pudiéramos hacer por ella. Hoy tenemos desde hace 40 años los trasplantes renales, la hemodiálisis y tantos recursos que permiten una vida digna y de calidad. Y de eso debemos alegrarnos. Pero hemos perdido, en la carrera del progreso, algunas cosas por el camino, que intentaremos buscar a ver si las recuperamos.

De modo que en *primer lugar* debemos reconocer la importancia del tema, tal vez uno de los que más se han transformado y complicado en el devenir de los servicios de salud y de la Medicina, en los últimos 50 años. Y que sin duda nos produce muchos inconvenientes, porque estamos lidiando con un tema que poco hemos atendido y sobre el que nada se enseña.

En *segundo lugar*, alertar que en este breve tiempo sólo podremos transmitir algunas pocas ideas acerca de tan significativo tema, sobre el que se han escrito tratados, ensayos y obras de alto valor a lo largo de la historia, que no podremos resumir ni transmitir cabalmente a Ustedes. Sólo pretendemos hoy levantar la punta del velo que cubre al tema, y dejar que Ustedes mismos en lo sucesivo, busquen y enriquezcan lo que aquí podamos brevemente comentar. Es sólo para que reflexionen, piensen y cambien. Si pueden, en lo que esté al alcance de cada uno.

¹ Conferencia pronunciada en el XXX Congreso del Colegio Uruguayo de Administradores de Servicios de Salud (CUDASS) el 18 de agosto de 2009.

En *tercer lugar*, porque más allá de los avances científicos y tecnológicos, más allá de la transformación de los sistemas de salud y de las leyes que establecen nuevas estructuras y organizaciones, hay algo esencial, algo que es como el átomo a la materia, y eso es la relación médico paciente. Podremos buscar establecer mejores leyes, que nos brinden más adecuados sistemas en su regulación, en su financiación, en sus prestaciones. Pero de poco serviría todo ese avance, y el tecnológico, si no fortalecemos una relación que ha quedado olvidada en el rincón que Gustavo Adolfo Bécquer inmortalizara en su Rima VII:

“Del salón en el ángulo oscuro,
de su dueño tal vez olvidada,
silenciosa y cubierta de polvo,
veíase el arpa.

¡Cuánta nota dormía en sus cuerdas,
como el pájaro duerme en las ramas,
esperando la mano de nieve,
que sabe arrancarlas!

¡Ay, - pensé -, cuántas veces el genio
así duerme en el fondo del alma
y una voz, como Lázaro, espera
que le diga: “Levántate y anda”!

MEDICINA PARA HOMBRES LIBRES Y MEDICINA PARA ESCLAVOS

Para no irnos hasta el fondo de la historia, digamos que en la antigua Grecia, luego que los hombres dejaron de ir a los templos, a buscar el oráculo de Delfos, o la palabra de los dioses para sanar a sus enfermos, o aliviarlos, cuando comienza la era de la Medicina Técnica con Hipócrates y su escuela, se van perfilando ya dos clases de médicos: el médico de hombres libres, y el sanador de esclavos. [MOSTRAR HIPÓCRATES] El médico libre, era el que había estudiado junto a un maestro, haciendo sus recorridas con él, visitando en sus casas a los enfermos, o recibéndolos en casa del Maestro y aprendiendo a reconocer síntomas y signos, comprendiendo la relación entre causas y efectos, y estableciendo conductas o pautas terapéuticas, que no eran ajenas a la experimentación. Y esos hombres atendían por igual a familias de fortuna, o a sus sirvientes, libres o esclavos. Y aquí viene una cuestión fundamental que es la libertad. Sucede que esos médicos libres, que atendían fundamentalmente hombres libres, tenían sus esclavos que los acompañaban. Y de tanto acompañarlos iban viendo cómo sus patrones atendían a los enfermos, y se hacían ellos también sanadores, pero no médicos técnicos, porque carecían de los conocimientos impartidos por el Maestro, sino que por simple imitación, aplicaban a otros esclavos los tratamientos que habían visto

hacían sus amos esclavistas, los médicos libres. Estos otros atendían como empíricos sólo a los esclavos. Y allí, en lugar de cumplir en su imitación con lo que hacían los auténticos médicos, ellos en su función ni escuchaban ni explicaban al esclavo enfermo, sino que simplemente lo trataban como sanadores empíricos “que se limitaban a una tosca *“veterinaria para seres humanos”*, como dice López Piñero.² Luego poco lo cuidaban, aunque fuera un objeto valioso, pasible de transacciones en el mercado de esclavos, cuya vida había que preservar. [VER MERCADO DE ESCLAVOS] Allí tenemos dos modelos de médico, el auténtico y el falso; o el libre y el esclavo. El que se formó adecuadamente y maneja un conjunto de herramientas intelectuales para conocer lo que siente y lo que muestra ese paciente que tiene enfrente, generalmente un hombre libre, y el que imita su conducta, mecánicamente, pero sin un conocimiento ni formación adecuados, y sin escuchar ni explicarse atiende como esclavo, a otros esclavos. Veán aquí una primera lección: el papel de la libertad en la relación médico-paciente. Cómo se diferenciaba ya el médico libre y el hombre libre, del esclavo y su proto-médico empírico para esclavos.

Decía Hipócrates en Epidemias I: 11: “En cuantas afecciones son peligrosas, hay que investigar todas las cocciones oportunas de lo evacuado por todas partes o los depósitos favorables y críticos. Las cocciones indican la rapidez de la crisis y la seguridad de recuperar la salud; en cambio, lo crudo y sin cocer, si se convierte en depósitos malignos, significa ausencia de crisis o sufrimientos o larga duración o muerte o recidiva de los mismos padecimientos. Pero cuál de esas cosas va a ocurrir preferentemente, se debe investigar a partir de otros signos. Hay que describir lo pasado, conocer lo presente, predecir lo futuro; practicar esto. Ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar o al menos no causar daño. El arte consta de tres elementos, la enfermedad, el enfermo y el médico. El médico es el servidor del arte. Es preciso que el enfermo oponga resistencia a la enfermedad junto con el médico.”

Y no otra cosa nos diría en el primero de sus Aforismos: I:1: “La vida es breve; la ciencia, extensa; la ocasión, fugaz; la experiencia, insegura; el juicio, difícil. Es preciso no sólo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino además (que colaboren) el enfermo, los que le asisten, y las circunstancias externas.”

Los médicos recibían honorarios, algunos importantes, otros modestos, porque también aprendían a graduar su paga de acuerdo al poder económico de su paciente, y esa fue una de las reglas que nos legó la escuela hipocrática. Pero los mejores médicos eran para los ciudadanos más poderosos, para los príncipes y dignatarios, los comerciantes, los afortunados. Tal vez atendían también ocasionalmente a los esclavos, pero era raro y desde luego por valores muy inferiores. En el sur de Italia, la Magna Grecia, florecieron antes y después, los pitagóricos, que también hacían su incursión en la Medicina, además de ocuparse de las ciencias y las matemáticas, en un sistema iniciático que tenía sus raíces en la sabiduría de los egipcios y los hebreos.

² LÓPEZ PIÑERO, José Ma. Y LUZ TERRADA, Ma.: Introducción a la Medicina. Editorial Crítica, Barcelona, 2000, 297 páginas; pp: 128.

En la **Roma imperial**, poco varió este modelo. Más bien se continuó en gran parte, con algunas figuras esenciales como Galeno de Pérgamo y Celso, que luego se prolongarían en la escuela médica de Bizancio, la que tendría tanta influencia en algunos aspectos, y daría figuras tan significativas. [VER GALENO]

En la **Alta Edad Media** comienza en Oriente a hacer eclosión el Islam, a partir del siglo VII, y el mundo árabe rápidamente evoluciona; es el motor de la conquista. Se extiende en todas direcciones, hacia Oriente y Occidente, abarcando enormes regiones y llevando su religión y su cultura a todas partes: hacia Occidente, llegando hasta la Península Ibérica, en Córdoba, capital del Califato, donde florecerán también médicos y filósofos ilustres como Averroes y Maimónides, el gran médico judío español. En el norte de África, desde el Magreb a Egipto, donde existía la antigua cultura de los faraones, que también tenían sus médicos para ellos y sus escuelas médicas, como la famosa de Alejandría. Y hacia el Lejano Oriente, avanzando sobre la cultura milenaria de los hindúes y chinos, con su medicina tradicional; hacia el norte, conquistando territorios hasta llegar a Siberia, y abarcando toda el Asia Menor y la cuenca mediterránea. Es allí cuando comienzan a fundar hospitales, que eran depósitos de enfermos pobres, pero también lugar de formación de médicos que comenzaban a hacer de la clínica una herramienta nueva. Un lugar de enseñanza y aprendizaje. Se fundaron en el siglo IX de nuestra era los Maristanes en las ciudades de la Mesopotamia, y fueron sus primeros orientadores Rhazes y Avicena, que dejaron legados importantes para la literatura médica, conservando y transformando las enseñanzas de los viejos maestros griegos. Estos maristanes, también llamados "bimaristanes" u hospitales, reservaban un lugar especial para los enfermos mentales, a quienes trataban con especial dedicación, haciéndoles escuchar el murmullo de las fuentes de agua que tenían en sus patios, haciéndoles escuchar música suave, y disponiendo personas para que les contaran relatos o cuentos. Conducta bien diferente de la que muchos siglos más tarde aún se continuaba empleando en occidente, como veremos, hasta la Revolución Francesa. [VER RHAZES, AVICENA, MAIMÓNIDES] **La irrupción del cristianismo** en el mundo antiguo también cambia radicalmente las condiciones de la asistencia médica, con su cambio de valores, la actividad médica desinteresada para atender a los incurables y la asistencia organizada también en hospitales, en este caso reducida a los Monasterios. Los monjes serán depositarios del saber médico en la **Alta Edad Media**, con sus "*hospitale pauperum*" y sus "*infirmarium*", primero destinados a los monjes enfermos, y luego para recoger pacientes, peregrinos y pobres, así como alojamiento para huéspedes distinguidos. En las ciudades de la Baja Edad Media, los ricos pasan a tener médicos de cámara para reyes y príncipes, nobles y altos dignatarios eclesiásticos. Otros intermedios hacen atención domiciliaria para los señores feudales, los "médicos de cabecera". Los más miserables (esclavos, siervos, pobres urbanos) serán recogidos en los hospitales. De esta forma el hospital cristiano

no fue una institución asistencial para toda la población sino un centro de refugio para desvalidos.³

¿Qué nos decía AVICENA, el gran médico iraní que reinó con sus conocimientos y aportes a lo largo de toda la Edad Media?

“Medicina es la ciencia por la que aprendemos los diversos estados del cuerpo humano en salud y cuando no está en salud, y los medios por los que la salud probablemente se pierda y, cuando está perdida, probablemente será restaurada retornando a la salud. En otras palabras, ella es el arte por el cual la salud es conservada y el arte por el que ella es restaurada luego de ser perdida.”⁴

La diversificación entre médicos de cámara, asistencia domiciliaria y hospitales para miserables, se mantuvo con distintas variantes durante los siglos XV a XVIII, aunque sometida a un paulatino proceso de secularización. La necesidad que tenía el Estado de disponer de una población productiva terminó convirtiéndose en la justificación inicial de la asistencia a los enfermos pobres, y la organización asistencial basada en la caridad fue sustituida gradualmente por la beneficencia gubernativa de carácter laico. Aparecerán por esta vía, las primeras corporaciones de asistencia para gremios, que darán origen al mutualismo.⁵ Daniel Defoe, el célebre autor inglés de “Robinson Crusoe”, también se preocupó de buscar nuevas modalidades de atención para los pobres, ya en 1697, recurriendo a la Beneficencia, como parte de la reforma social. Primero confiada a las parroquias. Luego John Bellers (1714) un comerciante textil cuáquero de Londres, hará un proyecto más maduro basado en la filantropía, concluyendo en la fundación de hospitales asistenciales, docentes y de investigación bajo la supervisión general de un centro sanitario nacional. Originado en Inglaterra, en 1754 el filántropo francés Claude Humbert Piarron de Chamousset publicó un detallado proyecto de seguro médico que por una cuota mensual proporcionaría asistencia médica domiciliaria y hospitalaria así como medicamentos, a obreros y criados inscritos de modo obligatorio por sus patronos. Nace allí la relación de médicos y cirujanos contratados a sueldo fijo por la organización.⁶ No nos detendremos hoy en lo que fue la reforma que en el imperio alemán, haría Bismarck, entre 1870 y 1884, instaurando la seguridad social.

Y así llegamos, haciendo un salto importante, a siglos más recientes, al mundo moderno. Situémonos en París, en la Salpêtrière, donde ocurrieron diversos fenómenos. Primero, en tiempos de la Revolución Francesa, a partir de 1789, bajo el lema de “Libertad – Igualdad – Fraternidad”, irrumpieron nuevas ideas en un mundo y un viejo

³ LÓPEZ PIÑERO, José Ma., y LUZ TERRADA, Ma.: Op. Cit. pp.: 129.

⁴ AVICENNA (Abú Alí al-Husayn ibn Abd Allah ibn Sina): *The Canon of Medicine (al-Qanun fi 'l-tibb)*. Adapted by Laleh Bakhtiar. Great Books of the Islamic World, Inc., USA, 1999, 710 páginas; pp: 9.

⁵ LÓPEZ PIÑERO, José Ma., y LUZ TERRADA, Ma.: Op. Cit. pp.:129.

⁶ LÓPEZ PIÑERO, José Ma., y LUZ TERRADA, Ma.: Op. Cit. pp.: 131.

régimen [l'ancien régime] que se quería borrar y barrer, y se comenzó por liberar a los enfermos mentales de sus grilletes y cadenas. Eso fue inspiración y obra de Philippe Pinel. [MOSTRAR PINEL LIBERA A LOS ENFERMOS MENTALES Y SU RETRATO].

Cerca de cien años más tarde de la Revolución, los grandes clínicos de la segunda mitad del siglo XIX, fundamentalmente Jean Martin Charcot, hicieron su gran escuela semiológica, con la exquisitez de sus diagnósticos milimétricos, junto al que se formaron Déjerine, Babinski y otras figuras clásicas para muchos de Ustedes, asociados fundamentalmente a la neurología y las exploraciones sindromáticas. [VER CHARCOT EN LA SALPETRIÈRE] Pero Charcot hizo de la Histeria una de sus aportaciones fundamentales. Y sin embargo fue por un camino equivocado. Él hacía demostraciones públicas en sus clases de los martes, con las crisis de Gran Histeria, y *miraba desde afuera* a las pacientes, pero no llegaba a comprender qué hacer para ayudarlas. Y desde luego sólo veía histéricos entre las mujeres. Sólo quedaba en el diagnóstico de Histeria. Entre sus alumnos concurre desde Viena Sigmund Freud, que de formación neurológica excelente, le llamó la atención esa conducta de su Maestro en la Salpetrière, y quiso a su vuelta a Viena, buscar un nuevo camino. Inventó el diván, y *se propuso escuchar* a esa mujer histérica, pero también al hombre, todo lo que tuviera para decirle. [VER SIGMUND FREUD Y LOS DIVANES] Enriqueció el mundo de las Neurosis, cuando el paciente sentía que estaba enfermo, y en realidad era su psiquis lo que le estaba llamando la atención al otro, al médico, con diferentes máscaras orgánicas, pero fundamentalmente atendiendo a su salud psíquica. Que era diferente del delirio, cuando el paciente no reconocía que estaba enfermo, sino que el neurótico era aquel que se sentía enfermo, aunque no tuviera ningún padecimiento orgánico. Pero sufría y requería ayuda. Y así Freud, tan solo escuchando, lograba luego elaborar un diagnóstico que analizando su historia personal, pudiera servirle para superar esa manifestación exterior que Charcot había diagnosticado pero no había comprendido. Ahí jerarquizó la escucha. Y de ella hizo su escuela. Pero esto requería, tanto para Charcot como para Freud, un ingrediente fundamental: *tiempo*. Tiempo para examinar, tiempo para escuchar. Tiempo para explicarse. [VER OREJAS Y TIEMPO]

Veán Ustedes qué cambio entre aquél modelo de los médicos esclavos y éste de los médicos modernos, que aunque no se volcaban masivamente a la atención de los necesitados, disponían de tres elementos fundamentales, la sabiduría, la disposición de ayudar y el tiempo, para dedicarle a sus pacientes. [MOSTRAR FREUD Y EL DIVÁN]

Recordemos la definición de Salud que estampó en su Constitución de 1948 la Organización Mundial de la Salud: "Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Pequeño gran detalle en el que poco detenemos la mirada. Puede haber causas que la alteren desde el punto de vista físico, del punto de vista psíquico y del punto de vista social. Y el médico debe tener esto muy claro en su mente, cuando está frente a un paciente.

Nos decía el gran Florencio Escardó, en su *Moral para Médicos*, escrita hace 50 años:

“Las estadísticas del más diverso origen señalan claramente que un término medio de 75 por ciento de los enfermos que concurren a las policlínicas hospitalarias de cualquier nivel económico, presentan trastornos que no pueden ser resueltos por la mejor medicina orgánica. ¿Qué sucede entonces? Que el médico que los asiste con solo esa medicina no solo deja tres enfermos de cada cuatro sin resolver, sino que, al atenderlos parcial o incompletamente, agrava, prolonga o profundiza su situación de enfermo”. ⁷
[VER LA SALUD MENTAL]

Ya decían en la Edad Media, siglo XII, de Maimónides, que, a diferencia de Galeno, no sólo trataba al cuerpo, sino también al alma. En la perspectiva materialista, hemos perdido de vista al ser interior que lleva en lo más recóndito de su intimidad cada persona, su psiquismo, y también la transformación que la sociedad, occidental y laica, ha transferido al médico su papel de escucha. Como antes lo fue el sacerdote, ahora el médico es o debería ser el depositario de las ansiedades, angustias y conflictos de la persona humana que acude a él. Y lo encuentra demasiado ligero de equipaje, escaso de tiempo, y sin herramientas para ayudarlo. Esa es una de las columnas del templo de la Medicina que está peligrosamente rajada y amenaza caer sobre nuestras cabezas. Por ignorancia, falta de adecuada formación, y tal vez hasta desprecio por las patologías mentales que casi no conocemos. Es un paciente que no está orgánicamente enfermo, pero está afectado en su psiquismo y también necesita atención, ayuda, comprensión. No es poca cosa.

* * *

A fines del siglo XIX, Sir William Osler, al que citaremos más de una vez, se refería a uno de los factores fundamentales en la formación del médico de calidad: las Escuelas o Facultades de Medicina. [VER WILLIAM OSLER] ***“Aunque estas instituciones han sido necesarias en el pasado, es causa de sincera congratulación que su número haya decrecido constantemente. Admirables en ciertos aspectos – adornadas en muchos casos con los nombres de personas que soportaron la carga y la tensión de las pequeñas cosas de cada día, han pasado al descanso entre nuestros memorables difuntos – debe reconocerse la verdad de que el estado lamentable de la enseñanza médica en este país veinte años atrás era el resultado directo del sistema intrínsecamente viciado que habían promovido.”*** ⁸ [Con la conquista del Oeste y la ola de inmigración, más de cuatrocientas escuelas de medicina, muchas inferiores, fueron creadas en los Estados Unidos. Osler deploró la situación de médicos mal preparados y pidió reformas. Éstas llegarían recién casi 20 años después, con la Reforma impulsada por el Informe de Samuel Flexner que determinó el cierre de la mayoría, por mala calidad de organización y enseñanza.] En otro pasaje, Osler decía: ***“Pero en el enorme desarrollo de los intereses materiales hay el peligro de que olvidemos por completo el***

⁷ ESCARDÓ, Florencio: Moral para Médicos. EUDEBA, Buenos Aires, 1963, página 33.

⁸ OSLER, Sir William: El Profesor y el Estudiante. En: “Un Estilo de Vida” y otros discursos, con comentarios y anotaciones. Edición a cargo de Shigeaki Hinohara, MD y Hisae Niké, MA, Unión Editorial y Fundación Lilly, Madrid, 2007, 475 páginas; pp. 135.

secreto de la vida de una nación, cuya prueba verdadera se encuentra en sus principios intelectuales y morales. No hay antídoto más potente para la influencia corrosiva del dinero que la presencia en la comunidad de un grupo de hombres dedicados a la ciencia, viviendo para la investigación y sin preocuparse de la codicia y la soberbia de la vida. Olvidamos que la medida del valor de una nación no es la arroba ni el barril, sino la mente; y que el trigo y el cerdo, aunque útiles y necesarios, no son más que escoria en comparación con aquellos productos intelectuales que son imperecederos. Los frutos naturales de la tierra crecen fácilmente; los más finos frutos de la mente son de más lento desarrollo y requieren cultivo prolongado". ⁹ Y ya al término de esta conferencia suya, dictada en la Universidad de Minnesota el 4 de octubre de 1892, decía: *"Mi mensaje es principalmente para vosotros, estudiantes de medicina, dado que vuestro futuro está indisolublemente atado a los ideales que abrigáis ahora. La elección sigue abierta, los caminos están allanados ante vosotros. Buscad siempre vuestros intereses, haced una vocación elevada y sagrada un negocio sórdido; considerad, como tantos, a vuestro prójimo simple instrumento de comercio, y, si el deseo de vuestro corazón es la riqueza, puede ser vuestra; pero habréis malvendido la noble herencia que teníais por derecho de nacimiento, habréis denigrado el título – por el médico bien merecido – de amigo del hombre, y falseado las mejores tradiciones de un gremio antiguo y honorable."* ¹⁰

Sir William Osler, un médico y profesor extraordinario, un verdadero Maestro, de enorme cultura, que dictó cátedra en la Universidad de Mc Gill, en Canadá, fundó la Facultad de Medicina de Johns Hopkins, en los Estados Unidos, y culminó como titular de la Cátedra Regia de Medicina en la Universidad de Oxford, en Inglaterra, vivió entre 1849 y 1919, cuando falleció en esta ciudad a los 70 años. Sus libros y conferencias son de permanente actualidad, por lo cual nos permitiremos tomar dos citas más. En su conferencia dictada en Montreal, ante la Asociación Médica Canadiense, el 17 de septiembre de 1902, titulada "El Chovinismo en Medicina", decía en un pasaje:

"El chovinismo en el individuo, en el médico general, es de mucho más interés e importancia. Es divertido leer y oír de la desaparición del médico de familia. Nunca hubo un tiempo en nuestra historia en que se hiciera tan notable, en que fuese tan próspero, en que sus perspectivas fueran tan buenas o su poder en la comunidad tan fuerte. ¡Hasta la gente ha empezado a encariñarse con él! Todavía es él quien hace el trabajo; los asesores y los especialistas hablan y escriben; ¡y cobran los honorarios! Por trabajo quiero decir la gran cantidad de ejercicio profesional rutinario que lleva al médico hasta cada uno de los hogares del país y que lo convierten, no sólo en el consejero, sino en el amigo estimado. Él es el patrón con el que nos miden. Nosotros somos lo que es él; y el juicio de la profesión a los ojos de la gente es la valoración que hacen de él. Un médico bien formado y sensato es uno de los elementos valiosos de la comunidad, que vale hoy día, como en tiempos de Homero, por muchos hombres.

⁹ OSLER, Sir William: El Profesor y el Estudiante, pp. 141.

¹⁰ OSLER, Sir William: Op. Cit., El Profesor y el Estudiante, pp 152-153.

Hacerlo eficiente es nuestra mayor ambición como profesores, librarlo del mal debe ser nuestra constante preocupación como gremio.”¹¹

Él que hizo tradición el lema que “Medicina es un estudio de toda la vida”, dedicó con pasión su ardoroso trabajo a la formación de los estudiantes, y a guiarlos hacia su ejercicio futuro. En una conferencia dictada el 14 de abril de 1905, un verdadero discurso de despedida a estudiantes americanos y canadienses de medicina, antes de partir hacia Oxford, dictada en la Universidad de Pennsylvania, decía:

“Para el profesor-nodrizza es una decepción dolorosa encontrar al cabo de diez años tan pocas mentes de estatura normal, y que prometían al principio. Aún más, tan extendida está la muerte mental que raramente lo comentamos con nuestros amigos. La tragedia real es la muerte moral que, en formas diferentes, sobreviene a tantos buenos compañeros que abandonan el servicio puro, honrado y recto de Minerva para entregarse a la idolatría de Baco, Venus o Circe. Contra el trasfondo del pasado destacan estas tragedias, horripilantes y sombrías, y cuando los nombres y las caras de mis antiguos muchachos vuelven a presentarse (algunos de ellos mi orgullo personal), me estremezco al pensar en las esperanzas marchitas y las vidas destrozadas, y fuerza mi memoria para volver a los días felices cuando eran como sois ahora, alegres y despreocupados, y los imagino en los bancos, en los laboratorios, y en las salas – y allí los dejo.”¹²

* * *

Ha dicho Louis Portes, un destacado Obstetra francés, que cabalgó entre los siglos XIX y XX, que ha dedicado en parte su vida a la Ética, y organizó ya en 1947 en París el Primer Congreso de Moral Médica: “El acto médico es el encuentro de una confianza con una conciencia”.

Y vean Ustedes esta imagen del joven Picasso, que aúna Ciencia y Caridad, en la atención del enfermo. [VER PICASSO, CIENCIA Y CARIDAD, DE 1897].

SINTETICEMOS: En nuestro medio, hay algunas referencias, lejanas y cercanas:

1. La perspectiva tradicional: Francisco Soca [El Médico, conferencia en la Facultad de Medicina, 1916]; Héctor Homero Muiños [Medicina, una noble profesión]
2. La Medicina Desalmada: Álvaro Díaz Berenguer, 2007
3. Los Derechos de los Usuarios de Servicios de Salud: los derechos van por el ascensor; los médicos suben apenas por la escalera. Desconocen cómo avanzan los derechos, y el conocimiento que el público tiene de ellos, y se aferran con uñas y dientes a un modelo tradicional ya inexistente: la Medicina Paternalista. [VER EL ASCENSOR Y LA ESCALERA].

¹¹ OSLER, Sir William: Op. Cit., El Chovinismo en Medicina, pp. 301.

¹² OSLER, Sir William: Op. Cit.: La vida de Estudiante. Pp. 411.

4. Las organizaciones de medicina colectivizada, pública y privada, han cambiado profundamente el fundamento de la relación:
- En lo personal, porque no hay continuidad entre un médico y su paciente
 - En lo organizativo: porque el tiempo dedicado a cada paciente es mínimo, dentro del farrago de cosas que el profesional debe cumplir: registro en la historia clínica, interrogatorio, escasa semiología, rapidez de la consulta, confiar demasiado en un "ojo clínico" que cada vez está más miope, y en la dichosa tecnología, que nos deslumbra y enceguece.
 - La presión sobre el médico le hace perder a éste libertad en su ejercicio, pautándole lo que puede y no puede disponer, por razones económicas, siempre razonables.
 - Las obligaciones legales cada vez insumen más tiempo y todas caen sobre las espaldas ya recargadas del médico, que debe rellenar formularios, hacer pedidos de exámenes, indicar estudios, proveer información, y mil maravillas más, por las que se le exigirá responsabilidad civil y penal, en el módico tiempo de 10 minutos.
 - Si tomamos en cuenta que un Psicoanalista dedica 50 minutos a un paciente, sólo para escucharlo y de a ratos darle alguna opinión, durante largo tiempo, generando un vínculo afectivo y de confianza fuerte, podremos ver cuán alejados estamos de un modelo que de satisfacción al paciente. Aquí, la consulta fugaz, sin tiempo para escuchar, explicar, confortar, brindar el apoyo humano de contención que el paciente espera, conspira contra el reclamo de atención de calidad. Sin tiempo, sin ambiente favorable, sin apoyos indispensables, corrientes para la época, no hay Medicina de Calidad. Es una mera utopía, o una frase hueca.
5. "En los hospitales la gente se muere de hambre de piel", dijo Walter Benjamín. Al pasarse de la mano al ojo se pierde la sensación de la piel sobre la piel, algo que ya, en sí, es terapéutico. Tan perdida está esa costumbre que en la actualidad, quienes todavía la aprecian en el ámbito médico, ordenan efectuar, y preservan, un moldeo de manos de médicos viejos que acostumbraban palpar a sus enfermos.¹³ [VER IMÁGENES DE MANOS, Y MANOS PALPANDO].
6. "La medicina ha existido durante siglos y milenios. Es una actividad humanística, mezcla de arte y de ética, y eso debería perdurar. Hace poco apenas más de medio siglo se ha convertido en una disciplina científica con pretensión de una exactitud preñada de verdades. Esto también debería perdurar, pero junto a una actitud escéptica – crítica – que nos permita enfrentar los estragos que, en pocas décadas, ha llevado a cabo su economización. Hoy en día, la medicina se ha convertido en una actividad eminentemente comercial. Esto, a mi entender, no debería perdurar."¹⁴ [Alberto Agrest: Ser médico ayer, hoy y mañana].

¹³ BORDELOIS, Ivonne: A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras. Libros del Zorzal. Buenos Aires, 2009, 236 páginas; pp. 15.

¹⁴ AGREST, Alberto: Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad. Prólogo de Guillermo Jaim Etcheverry. Ediciones del Zorzal. Buenos Aires, 2008, 206 páginas; pp 51.

7. Sócrates dice conocer un remedio que le había sido transmitido, mientras servía en el ejército, por uno de los médicos del rey de Tracia, Zamolxis. Platón muestra a Sócrates persuadido de los valores curativos de la palabra, como lo indican los siguientes ejemplos: "Le respondí que mi remedio consistía en cierta hierba, pero que era preciso añadir ciertas palabras mágicas; que pronunciando las palabras y tomando el remedio al mismo tiempo, se recobraba enteramente la salud; pero que, por el contrario, *las hierbas sin las palabras no tenían ningún efecto*". No sólo las palabras ejercen un efecto curativo; todo acercamiento a la enfermedad fracasará si no se tiene en cuenta la personalidad toda del paciente, y si no se establece un lazo de persuasión y confianza previa con él.¹⁵
8. Y un grande de la Medicina, Sir William Osler, el fundador de la Facultad y del Hospital Johns Hopkins, en Baltimore, dijo en 1892, refiriéndose al mismo episodio, que aquél médico, Zamolxis, "le había contado a Sócrates que la cura de una parte no debía intentarse sin tratar el todo, y que tampoco debíamos intentar curar el cuerpo sin el alma, "y, por tanto, si queremos que la cabeza y el cuerpo vayan bien, debemos empezar por curar el alma, que es lo primero... Y el que me enseñó la cura y el hechizo añadió una instrucción especial, - No permitas que nadie te persuada, dijo, para que le cures la cabeza sin que antes te haya ofrecido su alma para curarla. Porque esto, dijo, es la mayor equivocación de nuestro tiempo en el tratamiento del cuerpo humano, que los médicos separan el alma del cuerpo". Los hechizos a los que se refería eran palabras razonables para inculcar la templanza en el alma."¹⁶
9. El valor de la *persuasión*. Decía Platón, en Leyes, IV: "El médico libre, el que no atiende a esclavos, comunica sus impresiones al enfermo y a los amigos de éste, y mientras se informa acerca del paciente, al mismo tiempo, en cuanto puede, le instruye, *no le prescribe nada sin haberlo persuadido de antemano*, y así, con la ayuda de la persuasión, le suaviza y dispone para tratar de conducirle poco a poco a la salud. [...] Las hermosas palabras persuaden al paciente de que el remedio ofrecido es el mejor disponible, y éste acrecienta así su poder curativo, y sutilmente se individualiza el tratamiento."¹⁷
10. Lo que el médico debe saber, es que cuando se conduce y es tal, actúa frente al paciente como el primer medicamento. Por su sola presencia, por su amistad [filía] con el paciente, logra la comunicación necesaria para infundirle fe y esperanza, ingredientes que no fabrica ninguna industria, y que dependen sólo de él. Ese es el momento central del acto médico. Sin esa actitud, sin escucha, sin persuasión, toda la tecnología no sirve de nada, porque no se llega al ser humano que se tiene enfrente. [VER LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS, ACUPUNTURA, HIERBAS]

¹⁵ BORDELOIS, Ivonne: A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras. Libros del Zorzal. Buenos Aires, 2009, 236 páginas; pp.197-198.

¹⁶ OSLER, Sir William: La Medicina y los Médicos según Platón. En: "Un Estilo de Vida" y otros discursos, con comentarios y anotaciones. Unión Editorial, Madrid, 2007, pág. 173.

¹⁷ BORDELOIS, Ivonne: A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras. Libros del Zorzal. Buenos Aires, 2009, 236 páginas; pp.198-199.

11. Esos elementos requieren tiempo y formación. Tiempo para escuchar, para interrogar, para explorar, para explicar. Formación para conocer las reglas de la comunicación, de la empatía, de la consagración de los lazos de confianza que se deben cultivar, y que no se pueden lograr, ni remotamente, en el cruce fugaz de una pseudo-consulta. Donde el médico no mira al paciente a sus ojos, no observa su gestualidad, no atiende el sentido manifiesto u oculto de sus palabras y actitudes, de sus afectos y desafectos, de lo que le preocupa junto o además de su patología actual. Y donde el paciente observa cómo el médico con su mirada, con su gestualidad, con su desvío de la persona que tiene enfrente, escribe, mira hacia abajo, atiende el celular, o se propone sacárselo encima, como decía Mañé Garzón: *"El síndrome de Lepedí y Lopasé"*.¹⁸ Allí también nos recuerda Mañé Garzón un dicho del Maestro Juan César Mussio Fournier: "Si nos sentamos a ver bien el paciente (decía Juan César Mussio Fournier que el instrumento que más había hecho adelantar a la Medicina era la silla: ¡sí, la silla!), podríamos haber hecho con total seguridad el diagnóstico exacto."¹⁹ [MOSTRAR LA SILLA]
12. Dentro del ámbito no verbal de la comunicación médico-paciente es fundamental el acto de palpar, un arte en gran medida olvidado. Según Laín Entralgo, la persona enferma, al sentirse explorada suavemente, y reconocida de esta manera, reflexiona: *"Si alguien me toca de modo acariciante, quiere decir que existo; existo y no soy totalmente indigno"*.²⁰
13. Visualizar y comprender al paciente como SUJETO, y no reconocerlo como OBJETO, es parte central del encuentro médico-paciente. Daniel Flichtentrei, ha dicho: "La presencia de una historia de factores de riesgo vascular, el sexo, la edad, la genética familiar, los hábitos de vida; en fin, el perfil de una persona con dolor precordial probablemente hubieran aportado el sentido y la dirección a las conductas frente a su motivo específico de consulta. De la *biografía* a la *biología* y no al revés."
14. ¿Qué diferencia a los buenos de los malos médicos? Difícil pregunta, con un abanico de respuestas.
- Ser una persona libre y de buenas costumbres, con honor, humildad, deseo de ayudar a los demás (filantropía), amor al prójimo.
 - Poseer conciencia de sus obligaciones, antes que sus derechos, y del compromiso social que asume por el hecho de practicar la Medicina.
 - Tener conciencia clara de los límites de su área de libertad y de su obligación de respetar la integridad psíquica, física y axiológica del paciente. Conocer y resguardar su escala de valores y no vulnerar su derecho a estar informado, de acuerdo a sus alcances, sobre lo que se ha encontrado.
 - Ser diligente, atento, educado, respetuoso, del paciente y su entorno.

¹⁸ MAÑÉ GARZÓN, Fernando: Memorabilia, Edición del SMU, 2 tomos, 1997, 424 páginas: Cap XLVIII, pp. 357.

¹⁹ MAÑÉ GARZÓN, Fernando: Memorabilia, op. Cit., pp. 359.

²⁰ LAÍN ENTRALGO, Pedro: El médico y el enfermo. Editorial Triacastela, [1969]. Madrid, 2003, 232 páginas.

MÉDICO

- e. Ser buen comunicador, para escuchar, preguntar, explicar. Lo que implica poseer cualidades docentes para poder transmitir, en lenguaje y códigos apropiados a la capacidad de recepción del otro, y a su momento vital, su estado emotivo y sus propios deseos, lo que debe formar parte de su compromiso profesional.
- f. Una persona capaz de ser amigo del paciente, para acompañarlo en su dolor, asistirlo en su enfermedad, apoyarlo en su recuperación, ayudarle a comprender la naturaleza de su afección y estimular su espíritu, pieza fundamental de su ser, para gobernar la rehabilitación, o confortarle en su padecimiento, evitándole el sufrimiento y dejándolo en libertad de elegir la alternativa de diagnóstico y tratamiento que escoja, luego de una información amplia y adecuada a su entendimiento.
- g. Respetar las reglas éticas de la profesión, respecto al paciente, sus colegas y la sociedad.
- h. Ser un digno representante de la profesión y actuar con *profesionalismo* que implica altruismo, humanitarismo, competencia por su conocimiento permanentemente actualizado y discreción para resguardar los secretos profesionalmente conocidos. [MOSTRAR LA ÉTICA MÉDICA de Thomas Percival, de 1803; LUEGO LOS CÓDIGOS DE ÉTICA DE FEMI Y SMU].

Enseñamos más por lo que hacemos que por lo que decimos. Es inútil que le enseñemos a un estudiante cómo se trata a un paciente, si el médico que se lo explica trata mal al paciente.

Si lo acostumbran a tratar a la gente como cosas con problemas, es difícil que el alumno no aprenda lo mismo, porque se mirará en ese espejo. La actividad médica es una actividad humanística. El médico es una persona que ayuda al otro, y para ayudar al otro tiene que haber un saber técnico. Uno ayuda al otro con toda su persona, no sólo con su saber técnico. La medicina no es una ciencia: es la aplicación de la ciencia a un problema humano: es también y por sobre todo, un arte. Pero como el arpa de Bécquer, también el arte yace olvidado.

La medicina es, también, el reino de la muerte; o del tránsito entre la vida y la muerte inexorable. Pero es muy posible que durante toda su carrera un médico no reflexione jamás sobre el sufrimiento, la muerte y la desesperación. Y consecuentemente, carezca de herramientas para ayudar en esos trances.

Tuvimos una formación triunfalista de la medicina -asegura Francisco Maglio-, según la cual la muerte es un fracaso.²¹

²¹ BORDELOIS, Ivonne: A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras. Libros del Zorzal. Buenos Aires, 2009, 236 páginas;

LA MEDICINA DE MASAS

Y ahora, malas noticias. Los médicos no sólo hicieron el bien.

La medicina colectivizada, masificada, vino a inaugurar una nueva época. El médico es un intermediario entre una empresa y un paciente que, ahora, se parece mucho más a un cliente. -El mejor interés para el paciente -dice Francisco Maglio- no siempre es el mejor interés para la empresa. Y el médico se ve enfrentado a esos intereses distintos.

-Ahora -dice- el paciente no puede elegir un médico libremente, no discute ni reclama con *su* médico, sino con el médico que acaba de conocer hace cinco minutos. El médico del año 2000 está comprometido con el mandato ético y, por otro lado, con la administración. Es el intermediario entre el paciente y una empresa que incorpora afiliados. Esto ha traído un desprestigio a la figura médica. El médico está obligado a dos lealtades, hacia su profesión y hacia una empresa.

-Para que la persona no pierda lo último que le va a quedar: la esperanza. Yo he estado al lado de la cama del moribundo, tomado de la mano, y lo he visto morir en paz, con esperanza. Yo era el primero en pensar qué hago acá, si estoy agarrado de la mano de alguien por el que no puedo hacer nada. Sin embargo, sí, hice. Le di la mano. No le di medicinas porque no tenía nada, pero le di mi ser.

Un autor, Gil Deza, se pregunta: “-¿Cómo te vas a recibir de médico y no vas a saber cómo comunicar una noticia médica? El médico no es responsable de la información, pero sí es responsable de la comunicación. Yo soy oncólogo, y buena parte de mi vida me la paso dando malas noticias. Y nadie nunca en la Facultad me enseñó a dar una mala noticia. Pocos piensan que acompañar al paciente a morir es una de nuestras funciones”.

Dicen por ahí que el médico es un hombre bueno, que además cura.

Pero, antes que nada, un hombre bueno.

LA MEDICINA DE HOY

15. **Alberto Agrest**, un Académico argentino de 88 años, ha escrito un libro muy interesante: “El Médico de ayer, hoy y mañana”, entre cuyos conceptos dice:
16. La medicina hoy es más científica, más ética, más jurídica, más económica, más organizada y más controlada que hace cincuenta años. Más científica (más basada en evidencias demostrativas), pero menos observacional y menos basada en la importancia. Más ética (más respetuosa), pero menos comprometida, menos

afectuosa y menos generosa. Más jurídica, pero más temerosa, más preocupada por el consentimiento (un documento), que por la información, que exige comprensión y comunicación. Más económica, pero menos equitativa. Más organizada, pero menos creativa y menos estimulante de generosidad. Más controlada, pero con evaluaciones más rígidas, más preocupadas por las guías y reglas, que por la individualización, la propia experiencia y la capacidad de mantener la atención. Más preocupada por cometer el menor error posible, que por obtener el mayor beneficio probable para el enfermo. Más preocupada por el oro que por el bronce. Es cierto, la medicina es hoy más científica, más ética, más jurídica, más económica, más organizada y más controlada... pero es menos medicina. Lo deseable es que la medicina sea más sin ser menos.²²

17. Hoy la confianza del paciente está amenazada porque no puede elegir a su médico. Esta elección personal ha sido sustituida por la imposición de una organización pública de obras sociales o privada de un sistema prepago. La confianza en el médico ya no es, por lo tanto, preexistente – evidente por la elección -, sino que representa en general una mutación sobre el germen de desconfianza que genera la no elección. El médico debe constituirse en el agente de esta mutación con sus propios recursos: su capacidad de afecto, su dedicación, su integridad y su capacidad técnica.

LA REBELIÓN DE LOS PACIENTES

Según José Lázaro y Diego Gracia Guillén, dos bioeticistas españoles, “El año 1973 puede tomarse como símbolo de una nueva rebelión, la *“rebelión de los pacientes”*. En esa fecha, la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta de Derechos del Paciente, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre que es.”

“Sin embargo puede decirse que el rol sacerdotal del médico no ha desaparecido sino que se ha transformado y, en cierto sentido, se ha potenciado incluso. Mientras que los sacerdotes de las religiones tradicionales han ido perdiendo influencia en unas sociedades cada vez más laicas y pluralistas, el médico ha ido asumiendo funciones que le confieren un nuevo tipo de rol sacerdotal, sociológicamente hablando. Los valores de virtud y pecado han ido perdiendo terreno, a la vez que lo han ganado los valores de salud y nocividad. Como consecuencia de ello puede decirse que el médico se ha ido convirtiendo en el nuevo sacerdote de la sociedad del bienestar. Muchos hombres, que no siguen ningún tipo de preceptos religiosos, tienen en cuenta las opiniones del médico a la hora de decidir lo que deben o no deben comer, las sustancias que pueden consumir y las que deben evitar, las costumbres higiénicas y

²² AGREST, Alberto: Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad. Prólogo de Guillermo Jaim Etcheverry. Ediciones del Zorzal. Buenos Aires, 2008, 206 páginas; pp 75-76.

actividades físicas que deben cultivar o las precauciones que deben tomar en sus relaciones sexuales. En la práctica profesional, el médico se ha ido encontrando con que las decisiones técnicas que debe tomar están indisolublemente unidas a decisiones éticas. Se ha dicho muchas veces que el psicoanalista y el psiquiatra han sustituido al sacerdote como figura a la que se consulta ante conflictos o crisis existenciales. No es menos significativo el hecho de que la decisión de un juez sobre un acusado pueda depender de un dictamen forense."

"En la medida en que la sociedad actual ha ido sustituyendo el valor de la virtud por el de la salud, y la búsqueda de la perfección se ha ido concretando para muchos en la búsqueda de la perfecta salud, el médico ha ido dejando de ser una figura sociológicamente análoga a la del sacerdote para transformarse en el gran regulador de la vida de muchos hombres. Quizá sea el enorme poder que esto pone en sus manos lo que ha hecho que la bioética actual insista en recordar al médico que además del principio de no-maleficencia (lo primero es no hacer daño), el de justicia (no discriminar por factores extrasanitarios) y el de beneficencia (actuar en bien del enfermo) hay también un principio de autonomía según el cual el médico no debe tomar las decisiones que puedan ser tomadas por sus pacientes, sino informarles de cuanto necesiten saber para que ellos mismos puedan decidir con el mayor fundamento posible. Debe renunciar definitivamente a su modelo histórico de padre sacerdotal para transformarse en algo más parecido a un asesor democrático. Debe asumir el hecho de que el secreto tradicional, que era un deber profesional más, ha pasado a ser uno de los derechos del paciente: el derecho a la confidencialidad de sus datos sanitarios."

"La relación clínica "democrática" es la que ha supuesto la auténtica (y polémica) innovación del último tercio de siglo XX. Con la consolidación de los derechos de los enfermos la relación se ha horizontalizado. Ha triunfado la tesis de que todo usuario de servicios sanitarios que no sea declarado incompetente puede y debe tomar libremente las decisiones que se refieren a su cuerpo, de acuerdo con el sistema de valores en que se basa su proyecto de vida. Si antes regía en exclusiva el código ético que el médico aplicaba para actuar en beneficio del enfermo, ahora rige el sistema de valores que el paciente ha asumido para orientar su existencia. La toma de decisiones no resulta de un diálogo entre iguales, pues la relación no es perfectamente simétrica, ni horizontal siquiera (sólo se ha horizontalizado con respecto a la vertical paternalista). La decisión final resulta de un proceso (a veces largo y conflictivo) en el que convergen y se ajustan la información técnica que el médico proporciona con los deseos y valores personales del paciente (dentro del marco formado por las terceras partes). Ambos polos son ahora activos, pero de diferente manera. Uno aporta conocimiento científico, experiencia clínica, información técnica, consejos. El otro escucha cuanta información recibe y la contrasta con sus creencias, sus proyectos, sus deseos... El médico propone y, por primera vez en la historia, el enfermo dispone."

“En treinta años, por tanto, en las sociedades democráticas desarrolladas, el enfermo ha reivindicado (y obtenido) el derecho a la autonomía, el médico se ha visto desposeído de su tradicional poder de decisión y la relación entre ambos se ha transformado profundamente. El procedimiento concreto en que se ha plasmado el cambio en lo que se denomina “el consentimiento informado”.²³

Ha dicho Pedro Laín Entralgo (1908-2001) en “El médico y el enfermo”, en 1969:²⁴

“Respecto de la relación entre el médico y el enfermo, la actual medicina socializada dista mucho de ser satisfactoria. Muy concisamente expuestas, he aquí las principales causas que determinan este hecho:

- 1. La escasez de la dedicación de tiempo a cada enfermo, por parte del médico que le atiende. Si para éste es imposible detener su atención diagnóstica y terapéutica en cada uno de sus pacientes, ¿podrán constituirse en su práctica verdaderas amistades médicas?**
- 2. La deficiencia de los estímulos e incentivos, no sólo de orden económico, que por lo general ofrece al médico la organización asistencial.**
- 3. En no pocos casos son insatisfactorios el sistema de la prestación del servicio, por restricción excesiva en la libertad de elección del médico y en el área de los recursos diagnósticos y terapéuticos que el médico puede legalmente prescribir.**
- 4. Es defectuosa, por lo general, la formación social del médico. Hay muchos países en que la educación no suscita en medida suficiente la moral cooperativa del individuo. Y, por otra parte, las Facultades de Medicina son con frecuencia ciegas o miopes frente a los variadísimos problemas que hoy plantea la relación entre la enfermedad y la sociedad.**
- 5. No menos defectuosa es, de ordinario, la formación civil y social del enfermo. Este suele vivir con mucha más intensidad sus derechos sociales como tal enfermo que sus deberes frente a la sociedad; la cual no es un ente abstracto, sino un conjunto de hombres a quienes sólo en muy pequeña parte se conoce. No debe renunciarse, sin duda, a la “moral competitiva”; bajo forma de lucro o de prestigio, la ventaja personal será siempre para los hijos de Adán un incentivo poderoso; pero sólo subordinada a una “moral cooperativa” llega a ser verdaderamente lícito el hábito deportivo o fratricida de la competición.**

Esta enumeración de deficiencias lleva consigo otra de objetivos y reformas. Muy diverso será, según los países, el ritmo de la constante revisión perfectiva que está pidiendo la asistencia médica socializada. Si ese ritmo es lento e insatisfactorio, ¿deberá el médico atenerse a un “Como no me atienden bien, no cumplo bien”? Si no estuviesen en juego la salud y la vida de otros hombres, tal vez sí; pero el ejercicio de la medicina exige siempre, por razón de su fin, una entrega esforzada de quien la practica.

²³ LAÍN ENTRALGO, Pedro: El médico y el enfermo. Editorial Triacastela, [1969]. Madrid, 2003, 232 páginas; pp 27-28.

²⁴ LAÍN ENTRALGO, Pedro: El médico y el enfermo. Editorial Triacastela, [1969]. Madrid, 2003, 232 páginas; pp 208.

Esta es la servidumbre del médico, mas también su grandeza moral. Gracias principalmente a ella, la medicina socializada va siendo, en toda la extensión del planeta, una empresa en marcha."

Por último: existe entre nosotros una grosera confusión entre los aspectos económicos de nuestro trabajo y las obligaciones que profesionalmente nos son inherentes. Y se confunde el Bastón de Esculapio, con la representación de Mercurio, el dios del Comercio, hasta en los emblemas médicos (VER BASTÓN DE ESCULAPIO Y CADUCEO DE MERCURIO).

Desde luego, no se puede ser tan iluso, inocente o tonto de solemnidad, para pensar que por introducir un párrafo en una ley, se tocará el cielo con la mano. Por ejemplo, la No. 18.211 del 5 de diciembre de 2007, por la que se implementa el Sistema Nacional Integrado de Salud, que en su Artículo 3º, entre los principios rectores del SNIS establece:

"E) La orientación preventiva, integral y de *CONTENIDO HUMANISTA*".

Para finalizar: No hay ley ni sistema que reforme esta situación. No es suficiente que en el texto de una ley se diga que la Medicina debe ser "DE CONTENIDO HUMANISTA". Debemos ir hacia un NUEVO CONTRATO SOCIAL, en que la Sociedad, que engloba a los pacientes y usuarios, las Instituciones, que son las que dan marco legal a las formas laborales, y los profesionales médicos, establezcan un NUEVO MODELO de relacionamiento, para acercarnos más a las exigencias de hoy. En que la formación del Médico sea auténticamente ÉTICA y HUMANÍSTICA, y no meramente técnica. En que la profesión se auto-controle y evite que los malos profesionales, o aquellos que están alterados en su salud psíquica o en su conducta moral, puedan estar habilitados para brindar servicios a la población. Es tan peligroso un enfermo mental ejerciendo la profesión, como un ignorante, soberbio o desactualizado... Es parte ineludible de nuestra responsabilidad social. No cabe duda que el modelo que venimos arrastrando desde hace tantos años, en otra sociedad, en otro tiempo, con otras comunicaciones, con otra cultura, no se adecua a la realidad actual. Mientras los pacientes conocen sus derechos a la velocidad de un ascensor ultra veloz, los médicos quedamos subiendo lentamente por la escalera, fatigados por la carga de la mochila de nuestras responsabilidades, y con una formación que cada día es más carenciada y que también habrá que reformar. Tema complejo, para reflexionar. Pero por lo menos aspiro dejarles los titulares. Los deberes, nos quedan todos por hacer.

Muchas gracias por vuestra amable atención.