

Al terminar la Edad Media, Dante, en el Infierno, puso a los que habían pecado contra la naturaleza, condenados a vagar eternamente por un desierto abrasado bajo una lluvia de fuego; los que habían pecado contra la naturaleza estaban condenados a pasar una eternidad sin ella. No hay ninguna duda de que el hombre de ciencia asume hoy una verdadera responsabilidad moral y social por su actividad, y que no podrá nunca más sentirse ajeno a la responsabilidad cultural, social, y aun política de sus actuaciones. Es el umbral de un tiempo nuevo y, como ha pasado tantas veces, apenas el hombre ha alcanzado claridad sobre los obstáculos que lo rodean, cuando emergen ante él otros nuevos, de los cuales no se tenía ni sospecha. Esa es a veces la tragedia y siempre la gloria de la existencia humana que está como una avanzada en lo desconocido.

Esa noción de responsabilidad por la propia actividad tiene una consecuencia más modesta que, aplicada a nuestro caso chileno, asume una importancia capital en nuestro destino colectivo. Nuestra actividad científica es una contribución que hacemos a la cultura nacional; por ella, le hacemos posible al país que entienda el mundo en el que está viviendo, que no viva en él como un ciego o como un analfabeto. La actividad científica está destinada a enriquecer las vidas de muchos, no por la utilidad que sus hallazgos hubieran de reportar necesariamente, sino por la participación en esta aventura de invención y de progreso. Ustedes son un ejemplo de ello: una parte no despreciable de lo que ustedes han podido aprender y de lo que podrán todavía aprender mañana, les ha venido por una tradición científica modesta, pero real, establecida en el país. Por ella, la vida de ustedes y la nuestra se ha hecho más humana. La curiosidad o la alegría que pueden haber derivado de sus trabajos o inquietudes científicas, lo que todavía en el futuro puedan hacer, la forma en que eso irradiará a la sociedad en su vida profesional futura o en la vida social en general, incluso la forma en que ustedes educarán a sus hijos, el progreso real que eso significa para la salud de nuestra población, entregada a mentes mejor formadas, la ayuda que esto da a otras actividades científicas o culturales mostrándoles un derrotero posible, todas esas nobles consecuencias de la actividad científica, son otros tantos signos del valor que ella tiene para la sociedad y, por lo tanto, de la responsabilidad con que cargamos todos los que en alguna u otra forma nos dedicamos a ella. En primer lugar, la responsabilidad de hacerla bien, sin claudicaciones ni trivialidades, exigiendo el máximo de lo que se puede dar. Luego, la responsabilidad de hacerla fecunda, de inflamar a otros en la pasión de saber. Los que practicamos la ciencia en este país, no somos sólo responsables de que nuestras investigaciones estén bien hechas y de que en ellas se respeta la dignidad de los hombres que nos rodean, somos particularmente responsables de que la actividad científica llegue a echar raíces en nuestro país, de que ella llegue a ser comprendida, no como una ayuda servil a las tareas de la producción o a la procura del bienestar, sino como un sello, un signo de la dignidad de la sociedad en que vivimos.

NOTA BIOGRAFICA

Profesor Dr. Juan de Dios Vial Correa. Nació en Santiago el 18 de mayo de 1925. Cursó sus estudios secundarios en el Colegio SS. CC. Padres Franceses y la Carrera de Medicina en la Universidad Católica de Chile y la Universidad de Chile (1942-1949). En su formación de posgrado se destacan cursos e investigaciones en el campo morfológico, en el Instituto Cajal de Madrid (1950-1951), en

la Washington University, Saint Louis, Missouri, en Río de Janeiro (1955), en el Instituto Rockefeller de New York (1957), en la Universidad de Colorado (1973), junto a destacados profesores y especialistas. Fue becario de la Dirección General de Asuntos Culturales de España (1950), de la Fundación Rockefeller (1958) y de la Fundación Fulbright (1973).

Dentro de sus actividades docentes y académicas en la Pontificia Universidad Católica de Chile, se destacan: Profesor de Histología (1952 hasta la fecha); Director del Departamento de Anatomía (1953-1966); Decano de la Facultad de Medicina (1966-1967); Profesor en la Facultad de Ciencias Biológicas (1970 hasta la fecha); miembro del Consejo Superior (1968-1972) y miembro del Consejo Universitario en varios periodos desde 1968*. Además fue Profesor de la Facultad de Química y Farmacia de la Universidad de Chile (1964-1983) y Profesor Visitante en la Universidad de Colorado, U.S.A. (1973).

Es miembro de la Academia de Ciencias del Instituto de Chile, de la Sociedad de Biología de Chile, en la cual desempeñó el cargo de Presidente (1975-1977). Pertenece a la Sociedad Latinoamericana de Microscopía Electrónica y a la American Society for Cell Biology. Fue miembro del Consejo Superior de Ciencias (1981-1983) y presidente de este organismo en el período 1982-1983.

Es autor de numerosos trabajos de investigación relacionados especialmente con la histología, histofisiología e histoquímica del estómago, hígado, páncreas y sistema nervioso periférico, que ha desarrollado con el apoyo de la microscopía electrónica.

El Dr. Vial se ha destacado por su gran espíritu y vocación de universitario, que ha expresado con la claridad y elegancia que le son características en numerosos discursos y documentos. Algunos de éstos son: "¿Qué significa ser un Profesor Universitario?", "Vocación de la Universidad", "La libertad en lo cultural", "El pensamiento biológico de Goethe", etc.

* En marzo de 1985 fue nombrado Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Aspectos Éticos en Acciones de Salud

INTRODUCCION

Todos estamos conscientes de la falta de paralelismo entre el gigantesco y avasallador desarrollo científico-tecnológico que ha alcanzado el mundo moderno y la progresiva subestimación de los valores humanos en todos los ámbitos donde se desenvuelve el hombre, incluso en la Medicina. Se ha hablado de la creciente deshumanización de la Medicina.

Frente a esta terrible realidad, nuestra Escuela expresa claramente en su Declaración de Principios: "Para formar un médico capaz de atender al enfermo en su integridad individual, la Escuela debe fortalecer la enseñanza de la dimensión antropológica de la Medicina" (Educación Médica U.C. 1:51, 1983).

Puede parecer pueril, pero es necesario subrayar, que el centro en que gravita la acción médica es el hombre: si éste está sano, se le debe prevenir la enfermedad; si está enfermo, se le debe aliviar o curar. Sin el hombre, la Medicina pierde su razón de ser.

En el progresivo desarrollo de la Medicina, y con el propósito de brindar una mejor atención al paciente y a la comunidad, el médico como individuo ha sido reemplazado por un equipo de salud, formado por otros seres humanos, con todos sus atributos positivos y negativos. Si este equipo actúa en un medio universitario, entran en escena otros personajes que desean aprender diversos aspectos de la Medicina, llámense alumnos de Medicina, de Enfermería, de Tecnología Médica, etc.

Considerando que las interacciones son múltiples, para que haya armonía y la labor tenga realmente sentido en este concierto, todos, sin excepción y algunos con más responsabilidad que otros, deben tener actitudes y conductas que traduzcan fielmente los conceptos de dignidad humana, respeto por todos y cada uno de los individuos, generosidad, espíritu de servicio y de sacrificio. Todos estos valores, que expresan el auténtico amor por el prójimo, encuentran en nuestro medio una raíz vitalizante y profunda, son el reflejo del más puro amor a Dios y están encuadrados en el marco de una sólida moral natural, reforzada por la ética cristiana.

Los cuatro temas que aparecen a continuación forman parte de un ciclo de conferencias nominado "Aspectos éticos en acciones de salud". En este ciclo, distinguidas y experimentadas autoridades universitarias analizan, desde diferentes ángulos, los contenidos éticos del quehacer médico, tanto en un medio asistencial como en un ambiente formador de profesionales de la salud.

Ética de las Relaciones Interpersonales del Equipo Médico

Dr. ARMANDO ROA

La ética es por naturaleza una relación interpersonal, tratándose de la relación con Dios o con los hombres. Tales relaciones caben de muchas maneras y son movidas desde luego por el interés egoísta, por la pasión, por la arbitrariedad. La ética muestra cómo **deben ser** en general y, en cada caso, para que se justifiquen ante la propia alma y la de los demás, dejando en suma a la conciencia definitivamente tranquila, al saber que se ha procedido en acuerdo a lo que es bueno o es mejor.

El **deber ser** de esta relación entre humanos varía según el objetivo que la mueve o la causa que la establece; si es construir un edificio la relación entre los constructores es diversa a la originada en la paternidad entre padres e hijos o en el amor entre esposo y esposa. El **deber ser** de la relación se particulariza en maneras completamente distintas en cada caso. Lo correcto en una relación profesional puede convertirse en incorrecto en una filial o en una conyugal. Lo importante es que la relación entre los hombres sea siempre recta, y rectitud, como dice el Evangelio, es no guiarse por la apariencia de las cosas, sino de modo directo, por su verdad.

En suma, las conductas interna y externa humanas no dependen sólo de lo que se es capaz de hacer, o de lo que se quiere hacer, sino de lo que es correcto hacer en cada caso, entendiendo por correcto lo que acrece el bien de sí y de los otros.

Este ingrediente ético de los actos, entre los cuales incluimos acciones y omisiones, deriva de que la conducta del hombre no es meramente refleja o instintivamente adaptada a su medio y movida por su medio, sino que es configurada libremente desde su inteligencia y su voluntad; un ser así, capaz de escoger íntimamente su comportamiento en cada caso, adaptando el medio a sí mismo y no al revés,

es lo llamado persona. Quizás si valga la pena detenerse un instante en el significado de dicha palabra.

A diferencia de una cosa o de un animal, la persona tiene un mundo íntimo privadísimo, inagotable, inabarcable, imprevisible, deliberante, reflexivo, único (nunca se podrá decir si son idénticas las alegrías o las penas confesadas por dos personas), mundo dotado de inteligencia, voluntad libre, sensibilidad. Por ser libre responde de sus actos y, por lo mismo, se siente arrepentido, culpable o feliz, según el resultado próximo o remoto de lo actuado.

Para que un acto personal se constituya en éticamente bueno, ya que todo actuar influye directa o indirectamente en los demás, debe ser ejecutado de la mejor manera, en el momento oportuno, y siempre todavía, que por realizarlo no se dejen de lado necesidades que estaban a la mano hacer y eran más importantes e imprescindibles. Hay personas en continuo ajeteo por efectuar obras benéficas a ciegos, lisiados, pobres, pero que dan por inexistente a un hermano o a un familiar próximo, urgido de apoyo, compañía y cariño.

Ahora, a diferencia de las cosas, en cierto modo ciegas las unas frente a las otras, las personas interactúan por esencia y por presencia entre sí, y cada persona lo hace según su grado de familiaridad, prestigio, profesión, edad, sexo, raza y también según lo que suponemos representar para ellas; dentro de esos lindes inhibirán o facilitarán nuestro actuar y desarrollarán o disminuirán nuestra personalidad. Lo dicho es de experiencia diaria: hay ideas, proyectos, sentimientos, deseos, aspiraciones expresables ante ciertas personas, pues algunas nos dan confianza para un tipo de confesiones, y otras para confesiones tan íntimas como las anteriores, pero de diverso tipo.

El interactuar de las personas es tan radical, que basta la aparición de un desconocido a lo lejos en un camino, o la entrada de alguien a nuestra habitación, para que nuestra fisonomía, nuestra actitud corporal, nuestro sentimiento íntimo experimente un cambio, sea de preocupación, de expectación, de agrado, de molestia, de indiferencia, lo que es en todo caso tomar posición, no estar de idéntica manera a que si se estuviese solo.

Quizás, si aparte de las interacciones propias del modo de ser de cada uno, de la situación del momento o del objetivo perseguido, haya un fenómeno sobre el cual se funda o se origina toda otra conducta interpersonal: la confianza o desconfianza recíproca. Tal fenómeno puede ser meramente intuitivo, o venir de antecedentes, o de comportamientos poco claros de uno o de ambos. Donde hay desconfianza la relación interpersonal positiva es casi imposible; incluso si alguien era confiable y se ha vuelto lo contrario, le será muy difícil reconquistar la primitiva confianza; al revés, partir siendo desconfiable y hacerse confiable a través de un recto comportamiento es más fácil. En última instancia, es problema de fe.

Las relaciones interpersonales positivas perduran si hay confianza, seguridad, agrado, simpatía y son de varios tipos. Las de **amistad** vienen de la mera complacencia en la presencia y de la comprensión mutua; es una unión porque congenian las dos intimidades y hay un desalojo de la soledad por la aparición y aun por el exclusivo saberse de la cercanía espiritual del otro. Desde un punto de vista ético una amistad puede interactuar benéfica o maléficamente; la amistad en general es buena, pero no toda amistad lo es.

El **amor erótico** es la más profunda de las relaciones interpersonales humanas y exige la exclusividad, la eternidad y la fidelidad. tratándose de dos que viven una situación, un horizonte, una expectativa y un destino común.

Pero las relaciones interpersonales pueden derivar, no del dinamismo del mero estar juntos o el convivir, sino del ansia de planificar la existencia uniéndose a terceros en la consecución de un objetivo común, como lo es el bien de hombres anónimos, de grupos de hombres o de una sociedad entera. Aquí la dinámica íntima, **la fuerza de cohesión**, el agrado de compartir y ejecutar los proyectos, lo da ese poderoso sentimiento íntimo de que uno justifica su paso en el mundo si se entrega a lo más alto.

Un caso de tal tipo lo ejemplifica el denominado **Equipo de Salud**, cuyos integrantes se sienten llamados en grupo a velar por la salud del prójimo, ya que cada uno no podría hacerlo por sí solo, dada la complejidad científica, técnica y antropológica de dicha tarea, y la enorme cantidad de personas necesitadas hoy de cuidados; la inabarcabilidad de la medicina no deja enfermedad casi, combatible por un médico aislado, sin personal de apoyo eficiente, y por otra parte, la población entera sigue algún tipo de atención de salud, desde el saneamiento ambiental, las vacunaciones, el cuidado materno-infantil, hasta la lucha contra el alcoholismo, los malos hábitos nutricionales, y las molestias morbosas de cualquier tipo. Es difícil un médico que sea simultáneamente hábil en el manejo de fracturas, intervenciones quirúrgicas, afecciones cardiocirculatorias, neuróticas, psicopáticas y psicósomáticas.

Dos acontecimientos desencadenados con furia han alejado al médico de cabecera de su inapreciable función, obligando a formar el Equipo de Salud: **uno**, es el avance diario, veloz, en todas las disciplinas médicas y la eficiencia y el riesgo de las medidas posibles a tomar; **el otro**, es lo llamado por Lafn Entralgo la rebelión del sujeto, que ya no permite que se le trate de cualquier manera y sólo cuando está enfermo grave, ni siquiera en las clases más pobres, sino que pide se usen con él los mismos recursos y atenciones que en un rico, aunque se trate de dolencias leves; exige todavía ser visto como persona, con toda la respetuosa privacidad que la subjetividad necesita, y no como mero objeto de investigación, tratamiento y enseñanza a la manera antigua.

A esto se agregan además los siguientes factores propiciadores del gran número de consultas: la fuerte migración hacia las ciudades, con lo cual la gente abandona buena parte de sus creencias mágicas y se hace adicta a la ciencia; la adoración del juvenilismo y de la buena figura, en cuya búsqueda numerosas personas requieren servicios para mantenerse jóvenes y en forma; el derecho al placer sexual con su secuela de terapias por frigidez e impotencia; la incapacidad de soportar el dolor, acudiéndose al médico por molestias mínimas; el nihilismo y la secularización de la vida, que obligan a tener al hombre en plena salud para el goce, pues parece incierto el goce en el más allá, o a lo menos, ambos goces no aparecen contrapuestos; como si fuese poco, el hombre de la calle, al igual del científico, está siempre a la caza del nuevo descubrimiento curativo de lo incurable, y ello aumenta el número de consultas por expectativa.

La secularización de la vida, en suma, ha traído la pérdida del sentido del dolor y una tendencia a la igualdad en el derecho a la salud, tomada ésta a la manera de un puro placer, pues si lo único seguro es para cada cual la vida terrena, debe gozársela al extremo. El derecho a la salud es un triunfo relativamente reciente, casi posterior a la Revolución Francesa, y deriva, junto a la secularización, del hecho de considerarse a todos los hombres de una naturaleza de igual excelencia con independencia de su estamento, clase, raza, edad, posición jerárquica, etc. Antes, entre el siervo y el señor no había diferencia en su naturaleza específica, en cuanto ambos eran hombres, pero, al igual que en las **termina-**

ciones de los edificios, había diferencias por nacimiento, medio y educación en cuanto a la calidad y finura de las terminaciones de los hombres, lo cual llevaba de hecho a hacer el máximo por conservar la existencia de los finamente terminados y sólo lo que se pudiese y estuviese a mano para conservar la de los con **terminaciones más toscas**. Es innecesario recordar la lucha del cristianismo por la igual dignidad de todos los hombres y las vicisitudes históricas de las batallas para superar una diferencia venida casi desde el principio de los tiempos; lo importante es que ahora se han establecido para todos iguales derechos al cuidado y protección.

La salud es uno de los estados, o modos de ser del hombre; éste, sano o enfermo, sigue siendo hombre. Sano es quien tiene en ejercicio, en acuerdo a su vocación, habilidad y gusto, la plenitud de las disposiciones contenidas dentro de su naturaleza; tener dichas disposiciones al alcance inmediato realizándolas o no realizándolas es un estado en el cual la libertad se vive plenamente, no hay miedos, y se toman poco en cuenta los riesgos y la muerte; el sano opera con su cuerpo y su alma desenvueltamente, como si el estado de salud integrase la esencia misma de la naturaleza y no fuese un mero modo de ser transitorio en que aquélla se encuentra. Hábito psicossomático se llama a la salud, en cuanto, como el hábito de un soldado o de un monje, muestra ya el aspecto, lozanía y capacidad plena para tal desempeño de cualquier tarea, siendo lo único necesario para tal desempeño saber y destreza. También se la nombra hábito en el sentido de que su poseedor no sólo tiene salud, sino que por costumbre se la procura a sí mismo, vela por ella. En resumen **está sano quien tiene disponible el cuerpo y la psique para cualquier empresa**; si una perseveración, una obsesión, un delirio no dejan disponible la mente para pensar o descansar cuando se quiere, no hay salud psíquica; igual, si una fractura, un resfrío, o una úlcera gástrica no deja totalmente disponible el cuerpo.

La enfermedad es una riesgosa merma de la integridad del cuerpo, transitoria o progresiva, con pérdida, mientras ella dura, de la disponibilidad del cuerpo, o de la psique, o de ambos, para participar como hasta entonces y de la misma manera en cuanto significa vida. Todo se hará ahora con más cuidado, se adoptarán precauciones, habrá un sentimiento de no tener las mismas posibilidades que los demás, y si el cuadro no cesa, miedo por la existencia. La enfermedad es un desorden leve o serio, recuperable o irrecuperable de nuestro cuerpo, y a través de nuestro cuerpo, a veces, de nuestra mente.

Justamente porque la enfermedad es riesgo e inferioriza nuestra naturaleza, la medicina busca prevenirla y lógicamente curarla. Antes se la distanciaba gracias a métodos mágicos; hoy la ciencia logra respecto a algunas expulsarlas de verdad y aun erradicarlas. La fe en los poderes ilimitados de la ciencia va más lejos y hace creer a muchos en la posible abolición definitiva de la enfermedad, y entonces en una muerte por mero marchitamiento y término natural si es que ésta, la muerte, no logra vencerse. No discutiremos aquí el problema de si el cuerpo es de suyo corruptible y desgastable por el asedio de noxas externas e internas y si en el caso de Adán, por ejemplo, eran sólo los dones preternaturales además de los sobrenaturales los protectores de su perdurabilidad, para centrarnos más bien en la real posibilidad existente ahora de incrementar la salud y prevenir enfermedades, adivinándose al respecto un futuro casi fabuloso. La medicina previene cuando, dejando atrás todo riesgo morbígeno, conserva a la persona en su integridad original, despliega dicha integridad al máximo y la obliga a crearse potencialidades nuevas; también previene si evita secuelas o rehabilita.

A promocionar, prevenir, curar y rehabilitar se orientan los equipos de salud, formados por personas expertas en diversos campos, y si es cierto al respecto que todo, personas y objetos, profesiones y oficios, ciencias y artes, tiene que ver con una vida sana y en ese sentido una buena educación, una familia bien constituida, una excelente red sanitaria, una ciudad y una casa hechas a la medida humana, pueden tal vez más que toda la medicina. Es igualmente cierto que esa situación equilibrada y casi perfecta difícilmente se da y la enfermedad surge desde muchas fuentes, siendo necesario enfrentarla por gente diestra en tales problemas. Dada la variedad de lo morboso y la vulnerabilidad del hombre, es preciso especializar los equipos de salud, entregándoles objetivos precisos. Justamente lo que estructura y dinamiza al equipo y en seguida permite evaluarlo es su objetivo.

Quienes lo forman y dirigen son en general médicos, pues tienen una mirada abarcadora científico-técnica más amplia o profunda de la magnitud y complejidad del problema a solucionar o investigar. El director del equipo responde del éxito o fracaso, y dicho éxito depende de la calidad humana y científica de él y de cada uno de los participantes; el nivel técnico debe ser parejo, tanto porque una sola persona deficiente en su rol: médico, enfermera, asistente social, técnico laborante puede perjudicar, entorpecer o distorsionar el programa, como también porque puede tratar de ocultar su deficiencia con críticas destructoras hacia los demás participantes o hacia los resultados de sus trabajos. Importante como el nivel técnico de cada uno en su función respectiva, es su calidad ética y su grado de madurez psíquica; una o varias personas conflictivas, desleales o maledicentes son capaces de corroer la confianza en los méritos de los demás integrantes o en las ventajas de los medios y objetivos perseguidos; el moralmente bajo puede derrumbar a un equipo si no es substituído a tiempo, pues los hombres por buenos que sean tienden a creer lo que desfavorece a otros, a hacer coro a lo negativo, a publicitar a media voz lo negro, a alegrarse con cuanto disminuye a sus pares; cualquiera que haya trabajado en una institución ha tenido experiencia del poder corrosivo, no ya de varios, sino de una persona. Quienes participan de un equipo de salud, si por diversas razones no están en condiciones de eliminar a un elemento de esa especie, tienen a lo menos la obligación ética de no ser sus auditores, de no prestarse a algo tan contagioso como la corrupción moral, con lo cual, al reprobarlo, a lo mejor ayudan al propio individuo nefasto a enaltecerse espiritualmente, y por otro lado salvan la labor global en que están empeñados.

La facilidad del hombre para dejarse gobernar por lo negativo viene de la envidia (dolor por el bien ajeno), del deseo ambicioso de hacer uno lo que ha hecho el otro a fin de ser alabado, o del ansia de no ser menos, para conquistar poderío e ir eliminando a posibles competidores. La transformación del empeño a favor de la salud del prójimo en mezquindades de ese orden es malévolas, por el daño a los integrantes del equipo y por inspirar desconfianza a los supuestos beneficiarios del programa, pues, como se sabe, en la promoción de salud y en la prevención, curación y rehabilitación de enfermos, el factor confianza en el médico o en el equipo es por lo menos la mitad del éxito. En suma, tanto el des-nivel técnico como la desvalorización de los otros son elementos cuyo cuidado ético debe ser primordial.

El médico dirigente del equipo está obligado por su parte a abarcar el objetivo con real conocimiento, aun cuando en el manejo técnico de tales o cuales aspectos haya personas especialmente calificadas encargadas de ellos, pues, de otra manera, si no hubiera estas últimas personas, no se justificaría la presencia inte-

grada de hombres de diferentes disciplinas o carreras; pero el médico director informado desde muy adentro del quehacer de dichas disciplinas estará en situación de pensar qué se espera de su rendimiento y cómo se ensamblan en el objetivo final.

El objetivo definido y claro para todos los miembros del equipo otorgará a su vez a cada uno un papel muy preciso. No es aceptable, por ejemplo, un equipo para el tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes, que ponga como condición que no se aceptarán pacientes psicóticos, pues es un objetivo con agravios a la ética; desde luego, se engaña a muchos integrantes del equipo al hacerles creer que la mayoría de los farmacodependientes no son psicóticos; se producen en seguida seudocuraciones y se falsean por fin las estadísticas, ya que los usuarios de drogas no alterados mentalmente son usuarios ocasionales, de tipo cultural, que pasados unos meses o un año dejan espontáneamente la droga sin necesidad de terapia; en cambio el verdadero problema médico personal, familiar y social lo constituyen los usuarios habituales y éstos son en abrumadora mayoría psicóticos francos o larvados.

Además de los objetivos, cabe evitar vicios frecuentes; así ocurre con la usurpación de funciones por parte del equipo de colaboración médica, argumentando, v.gr., que la medición de la tensión ocular hecha por el tecnólogo es lo decisivo en el problema del glaucoma, o el psicodrama hecho por el terapeuta ocupacional, en el tratamiento de la esquizofrenia, o el manejo de la dinámica familiar hecho por la asistente social, en la prevención del alcoholismo o rehabilitación de alcohólicos, o las terapias de grupos hechas por psicólogos, en la mejoría de la salud mental; son labores vitales en el logro de un objetivo de salud, pero integradas a un trabajo en equipo con médicos y a veces también con personas ajenas a profesiones tradicionalmente relacionadas con la salud; sólo así cumplen con éxito la tarea tan compleja de dar salud, y no sólo apariencia de salud.

Otro vicio es derivar los problemas difíciles hacia otro con disculpas ladinas, cayéndose en menosprecio para el o los afectados, sean los compañeros de equipo, o los beneficiados con el programa; víctimas frecuentes son los llamados pacientes "clavos", los peticionarios de licencias, etc.; es antiético no asumir responsabilidades o asumirlas demasiado, desautorizando a los vecinos. El reemplazo de la función de una persona por otra cabe apenas en caso de suma emergencia.

El equipo reunido con cierta frecuencia informa a todos del estado del trabajo, escucha las opiniones y en caso de divergencias entrega la decisión al director, quien coordina todo. En un buen equipo nadie debería destacarse competitivamente; en cambio hay obligación de actuar cooperativamente de la mejor manera posible para el éxito del plan, con lo cual se realiza un bien, dando satisfacción a los impulsos naturales a ayudar al hombre, que afortunadamente suelen ser más fuertes que los malos apetitos antes aludidos.

El equipo médico enseña y educa no sólo a quienes sirve, sino a sus integrantes. El médico hará lo posible por que mucho de lo que él sabe lo aprenda el psicólogo, la enfermera, la asistente social, la terapeuta ocupacional, y recíprocamente deben éstos hacer partícipes a los demás de sus experiencias. Ninguna persona del equipo es menos importante que la otra y ningún trabajo carece de sus propias excelencias.

Es vital que los asistidos por el equipo sientan el contacto afectivo personal, no como algo formal objetivo, sino como algo científico y técnico serio, hecho

por cariño a ellos y a su familia; desde este punto de vista es importante que experimenten la presencia y el aliento de quien coordina todo y entiende claramente por qué van a preocuparse en seguida de su bienestar, no una, sino varias personas, lo que lejos de ser dilución del tratamiento o de la prevención entre manos anónimas, es un ponerse muchos a su servicio, dado el respeto merecido por la felicidad de sus personas. Esto deben comprenderlo nítidamente sanos o enfermos por cuyo ser se vela.

Tanto médicos como colaboradores médicos desempeñan una función grande: cuidar del derecho inalienable del hombre a la salud; por eso toda falta de ética aquí adquiere gravedad; la salud abre al gozo de las gracias de la existencia y cada existencia, por ser personal, es irremplazable y despierta un amor de predilección. La vocación médica es el amor hacia quienes están en riesgo de perder la salud o la existencia terrena, exigiendo percepción clara del carácter irrepetible de cada hombre, lo que lleva a querer salvarlo, porque su pérdida no puede substituirse jamás; lo que es un bien y además único, se ama doblemente por ser bien y por ser único; quien no tiene los dos amores no posee alma de médico.

La medicina, dijo Platón, es la ciencia de las cosas que dicen relación con el amor al cuerpo; ese cuerpo diríamos nosotros, tan valioso, que Dios lo resucitará. El médico, según otro griego, Aristóteles, es el logos de la salud; logos deriva de **leggei**: espigar; médico es quien espiga buscando cuanto haga sobreabundar lo sano.

La medicina no es técnica impregnada de amor, sino amor traspasado de ciencia y técnica; es la recta razón en el amor; lo no recto, lo obscuro, lo torcido, lo apariencial no cabe aquí. Siendo primariamente amor, lo decisivo, más allá de todo arte, es la mirada plácida y acogedora, y la palabra confortante. No caben en el médico voces duras, ociosas, ostentosas o de vana afabilidad. Cuando digas algo, afirmaba San Agustín, hazlo de tal manera, que quien te escucha, crea, creyendo, espere y esperando, ame. Así dará fe y esperanza al enfermo y al sano, otorgándole a la salud el significado de salvación, dado por Hipócrates y por la historia de la medicina entera.

NOTA BIOGRAFICA

Profesor Dr. Armando Roa Rebolledo. Nació en Concepción el día 2 de marzo de 1915. Obtuvo el título de Médico Cirujano en la Universidad de Chile en 1939, después de aprobar su tesis "Diagnóstico de la endocarditis lenta por medio de las células endoteliales", con distinción máxima. Su amplio e inquieto espíritu humanista lo han hecho incursionar en el terreno de la filosofía, siendo autor de "Introducción a una filosofía sudamericana", "Sentido histórico de los EE.UU", "Lo permanente en la filosofía de Nietzsche", "Psicología de Jung", "Introducción a una antología de la cultura", "El problema del ser en la filosofía de Descartes", "Miguel Angel: el alma y el cuerpo", "La cultura y los medios de comunicación", etc. Fue fundador y es Director de la Sociedad de Filosofía de Chile. Ha sido profesor de Historia de la Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Sus actividades asistenciales, docentes y académicas se han centrado en el terreno de la neurología clínica y esencialmente en la psiquiatría. Actualmente es Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Es miembro de Número de la Academia de Medicina del Instituto de Chile, Director de la Revista Psiquiatría Clínica y Miembro Asociado Extranjero de la Société Médico-Psychologique de París.

Dentro de las publicaciones de su especialidad se destacan los libros "Psiquiatría", "Formas del pensamiento psiquiátrico" y "Enfermedades mentales".

De un modo especial se ha preocupado de los problemas psicológicos y psiquiátricos de la adolescencia, que han sido motivo de los libros "La Marihuana", "¿Qué es la adolescencia?" y "El mundo del adolescente". Su sólida y clara concepción humanista cristiana de los problemas universitarios y particularmente médicos, lo hacen una indiscutible autoridad en el tema que se publica.

La Relación del Equipo Docente-Asistencial con el Paciente

Dr. SANTIAGO SOTO OBRADOR

El perfeccionamiento de la educación en las profesiones de la salud es un medio para la prestación de mejores servicios de salud, lo que a su vez, es uno de los medios para obtener mejores niveles de salud, y que también es un medio para que se obtenga una mejor calidad de vida o un mayor bienestar o felicidad individual para las personas que componen una población y es uno de los medios para caracterizar bien una posición de humildad en relación a la eficacia de la actual tecnología médica con respecto a los enormes problemas de salud de los países en desarrollo.

El cuádrinomio servicios médicos, genética y biología humanas, ambiente y estilo de vida, ubica en una ecuación más completa los componentes esenciales del proceso generador de salud.

En el reencontrar el sentido de la Medicina en su aspecto individual y social, un sentido que ya poseía cuando su práctica se confundía con la del sacerdote o con la del hechicero y que perdió luego como un tributo al progreso tecnológico y científico y a la evaluación de la sociedad, debe haber una búsqueda de la misión del médico y de la Universidad, misión que significa su conjugación constante con amplios objetivos sociales. La misión de la Universidad señala que su ocupación no puede ni debe ser solamente la ciencia por la ciencia, sino que debe ser el hombre tal como es y como vive en su medio.

Si se entiende, como Bertrand Russell, que la sabiduría es una concepción justa de los fines de la vida, esto es algo que la ciencia no proporciona por sí misma.

En el momento actual se tiende cada vez más a desarrollar un sistema con varios niveles de atención médica y dado el interés social por aumentar la cobertura en Salud y bajar los costos de los Servicios de Salud, se hace

necesario un enfoque de conjunto de la formación de personal de salud de varios niveles, con amplia delegación y adecuada supervisión en el equipo de salud.

Es preciso ampliar el concepto de educación para la salud para cubrir una extensión que vaya más allá de la formación de personal técnico; más allá de la simple instrucción sanitaria de la población; más allá de la presencia de la salud como sistema aislado y desvinculado de las otras variables sociales; más allá de las investigaciones biológicas, psicológicas y sociales, independientes unas de otras, y, finalmente, más allá del reconocimiento puramente formal de la importancia de la salud.

La salud debe ser un factor inherente continuado e irreductible del hombre; fundamento para su desarrollo y bienestar, y tales propósitos exigirán del equipo de salud una permanente atención en cuanto al cumplimiento de los objetivos propuestos, un considerable esfuerzo para ajustar su filosofía y crear una enérgica disposición para continuar sus actividades.

La consecuencia inmediata de tal comportamiento será una atención integral y digna del paciente y en forma recíproca, la influencia del paciente sobre el equipo de salud resultará en una interrelación dinámica de la problemática social y de la comunidad.

Un equipo de salud debe estar impregnado en un afán médico con buenos conceptos de prestación médica integral, teniendo en cuenta lo que ocurre al paciente. Un equipo de salud debe estar capacitado y motivado con el carácter integral de la atención y contribuir a definir las funciones del personal de los diferentes niveles de atención médica.

La formación de conciencia de equipo de salud en los futuros médicos, debe ser el producto de la integración docente y asistencial que lleve a que los universitarios y demás integrantes de entidades formadoras de recursos humanos aprendan sirviendo a la comunidad y al paciente.

Para llegar a ello deberá tenerse presente que la conciencia de trabajo en equipo es el resultado de la experiencia de un período de formación que debe estar presente a lo largo de toda la filosofía de los currícula y que se logra con un programa educativo multidisciplinario y flexible basado en un trabajo al servicio de la comunidad. Esto, para estar de acuerdo con Ralph W. Tyler y su concepción de que los medios esenciales de la educación son las experiencias que se proveen, no las cosas a las cuales el estudiante está expuesto.

Del equipo de salud, formado por médicos, dentistas, kinesiólogos, enfermeras, matronas, técnicos médicos, auxiliares y personas de la comunidad, debe definirse lo que se espera de cada persona.

Para la formación de un buen equipo de salud se deben tomar iniciativas renovadoras en la prestación de servicios de salud, ofrecer una medicina integral y participar a nivel de grupos vulnerables. La actitud del médico con el paciente puede constituir una novedad para algunos miembros del equipo de salud y llega a producir vínculos de aprecio con el personal auxiliar y con otros profesionales; actitud como la del médico del futuro que será un maestro y un médico; su trabajo será verdaderamente enseñar a la gente cómo mantenerse saludable y lo mismo deberán hacer los otros miembros del equipo. De aquí que el equipo de salud debe tener un concepto integral de la medicina en sus facetas individuales y sociales, que cubra los aspectos de promoción, recuperación y rehabilitación, una amplia sensibilidad social capaz de valorar las condiciones socioeconómicas que tengan relación con la salud y la enfermedad y una buena disposición para colabo-

rar con el trabajo de grupo; una conciencia ética de su actuación profesional, capacidad para aprender por sí mismo en cuanto a grupo, capacidad para proyectarse en el manejo de los problemas relacionados con la salud y enfermedad y que participe en el complejo desarrollo de la comunidad.

Un equipo de salud no identificado con el paciente, con una actitud autoritaria, sin proyección social y de servicio, con tendencia a la especialización, divorciado de la medicina integral, viene de un proceso de formación desintegrado y con falta de identificación de sus recursos.

La relación del equipo docente-asistencial con el paciente, enfrenta variables. Entre ellas se cuentan:

- a) El impacto emocional de esta relación.
- b) La calidad de la comunicación entre el paciente y el individuo colectivo del equipo.
- c) La incidencia del factor social.
- d) El significado de la actitud solidaria en el equipo de salud.
- e) La capacidad del equipo docente-asistencial para reivindicar en el paciente, la naturaleza humana.
- f) La capacidad productora de iatrogenia psíquica del equipo de salud.

De otra parte, en la relación del equipo docente-asistencial con el paciente, influyen desfavorablemente las siguientes condiciones:

1. La falta de gratificación en el trabajo e insalubridad en el medio laboral.
2. La sensación de terror, dependencia y desamparo ante el equipo de salud, que suele tener el paciente.
3. La relación autoritaria que el equipo suele ejercer sobre el enfermo.
4. La omnipotencia en el equipo.
5. La pérdida de la vocación de servicio en el equipo.
6. La idea de mecanicismo en la cual los componentes del equipo se sienten controladores o efectores de acciones.
7. La especialización.

El impacto emocional

El paciente en algún momento fue sano y la enfermedad le arrebató súbitamente de su medio, de su trabajo y su familia; le asestó el duro golpe de reconocer que algo estaba sucediendo en él que le era desconocido y angustiante y después de luchar algunos días decide consultar a un médico. Este considera que deberá hospitalizarse. Ante tal decisión, ante la cual generalmente no hay oposición alguna, la suerte del enfermo parece estar echada; los datos le han señalado como perdedor. En ese instante, y hasta el ingreso al hospital, cambian los valores de su existencia; su familia, a la cual se encontraba unido casi inconscientemente y a cuyo seno llegaba en las tardes absolutamente seguro de encontrarla bien; se yergue ante su mente con la probabilidad del abandono y la tragedia porque él falta, ronda la miseria; su trabajo, al que le daba las mejores horas de su existencia se le muestra lejano y sus compañeros de trabajo pasan a ser los privilegiados, él ya perdió el lugar, ya no volverá; y también desaparecen las flores, la risa, la capacidad de relación con otros y busca la soledad para confiar a ella su anonadada existencia.

Y de la riqueza de tener un hogar, pasa a ocupar una cama que nunca fue la suya; de la suerte de no preocuparse de cuchillos, tenedores, cucharas, zapatos, aprieta consigo un servicio para comer y un rollo de papel higiénico; de la alegría de ver y tocar a los suyos se lleva únicamente una fotografía del grupo familiar, una fotografía a la que nunca le dio importancia alguna y todo ello, esta especie de fortuna, se puede ver atesorada en el velador blanco junto a su cama de hospital.

El estado regresivo a que ha llegado el paciente lo condiciona a tener necesidad de una mayor atención, de mayores cuidados y a algún grado de infantilización.

Y enfrenta así al equipo de salud, con fuerzas transferenciales y demandas emocionales que van por caminos tortuosos, retorcidos. Las experiencias desfavorables hechas en la primera infancia, se reproducen más tarde en relaciones importantes. La persona que ha sido un niño mimado puede crear a su alrededor mucha tensión social si, una vez adulta, espera que la traten con igual mimo.

Por otro lado, en el equipo de salud hay personalidades diversas que tienen también debilidades humanas, mecanismos de defensa y transferencias. Según la personalidad del paciente, el grupo de salud en cada uno de sus individuos, puede reaccionar en términos de superioridad (mayor franqueza y desenvoltura) o más bien con ansiedad. Cabe, de otra parte, el rechazo inconsciente de los sentimientos que le inspira el paciente (contratransferencia), o la incorporación consciente de los mismos, en cuyo caso elaborará su vinculación con los sufrimientos del enfermo.

En la más estricta realidad, lo primero que encuentra en su llegada al hospital, independientemente de los duros momentos que habitualmente se viven en las ventanillas de las oficinas hospitalarias administrativas, es la enfermera o la auxiliar de enfermería.

Tanto en este personal como en el resto del equipo de salud, incluido el médico, juegan en este instante, más que en ningún otro momento de la relación con el paciente, los sentimientos derivados del factor social.

Factor Social

Como en cualquier grupo humano, en el equipo de salud hay escalas de valores, opiniones diferentes, religiones y creencias diversas, capacidades intelectuales y físicas de gran variedad y variables económicas y de ancestro, que hacen de este equipo un conglomerado humano no homologable a la masa de Ortega y Gasset, pero cuyo comportamiento individual es el que expresa, como en suma algebraica el comportamiento colectivo. En otras palabras, éste no es un grupo que tome la decisión de hacer esta u otra tarea; ni siquiera es un equipo, en el sentido de la definición, pero tiene la conciencia del servicio al paciente; este sentir no lo tiene incorporado a su acción cada uno de los individuos que conforma el equipo, pero lo tiene el grupo como persona colectiva.

Sin embargo, en algunos servicios hospitalarios nacionales, la llegada de un paciente al hospital, cualquiera sea el nivel de éste, no es un motivo de sincera preocupación (ni siquiera de preocupación) sino que es motivo de molestia. El paciente molesta, me saca de mi rutina. Si la condición social del paciente es venida en menos económica o culturalmente, la molestia entre los que reciben al paciente en el ambiente hospitalario es mayor y ello se le hace sentir al enfermo al cual se le dan órdenes perentorias, como a un niño, secas, cortantes,

carentes de mínimo afecto. Es la primera oportunidad en que el equipo de salud a mano de alguno o algunos de sus miembros, se niega del "ama a tu prójimo como a ti mismo".

De este negar amor a mi hermano enfermo somos todos reos.

Es doloroso, pero no por ello debiera pasarse por alto, comprobar que a más nivel cultural y/o económico del paciente, no mejora la recepción ni es más cálida la humanidad. Esta máxima expresión de nuestra limitada condición para el amor, para el servicio a otro, refleja también lo que ha decaído en todos los tiempos y, a pesar de la manoseada democratización o socialización de cualquier cosa puede afirmarse que el alma humana individual y por tanto el alma humana de la persona colectiva del grupo, no se ha desprendido de las sutilezas del actuar.

Pero el paciente no sólo enfrenta a un grupo en el que juega el factor social, que lo limita cultural y económicamente; se enfrenta también, a un grupo de salud carente a veces de mentalidad de equipo, en el cual las pasiones, la mentira, el desamor, la envidia, el orgullo, el hombre en suma, también existen, como en cualquier grupo.

Y él, enfermo, infantilizado, necesitado de afectos y cuidados, no sabe enfrentar con soltura un lenguaje seco u hosco, una orden sin explicación y se hunde en el lecho, la primera tarde y noche de hospital a rumiar su desencanto, su temor, su terror y desamparo.

No quisiera que se pensara de otro modo; no hay otra alternativa. Es muy raro que suceda de otra manera, toda vez que esta situación jamás es conversada por el paciente con su médico ni preguntada por éste a su paciente. Hay una tácita e inconsciente indolencia del uno y una aceptación resignada del otro. Fácil es creer que exagero; sin embargo, la encuesta hecha a lo largo de varios años y en los más diversos centros de salud, las respuestas de los pacientes respecto de su llegada al hospital o clínica y acerca de los sentimientos de la primera noche, son iguales.

El factor social es también importante en la sala misma de hospitalizados, porque allí hay un grupo de pacientes que tiene un ansia común, sanar; pero no es un equipo porque no da una lucha común tras ese fin. Son individualidades agrupadas, en medio de las cuales surge un líder que, curiosamente, no es el de mayor poder económico o cultural, sino que es el más antiguo, es el que ha aprendido, a fuerza de experiencia, a luchar con enfermeras, médicos, auxiliares; es el que enseña a comer a horas en que no hay comida en el hospital y el que intercede ante el juez (médico) por un paciente, un compañero, que ellos creen está más delicado de salud. Esta solidaridad de grupo, natural que surja ante el dolor, va más allá todavía, va destinada a conseguir comida mejor para el que tiene un régimen, a mentirle al médico o a apoyar la mentira de uno, y nace, en este contexto, el regateo de grupo, la reivindicación del individuo por parte del grupo, frustrando al médico con el abandono del régimen o del tratamiento, para cumplirse la parte castigo de la relación autoritaria que hasta el momento el médico y el equipo de salud habrían ejercido sobre el paciente.

Después del primer encuentro del paciente con algunos de los miembros del equipo de salud, a su reciente ingreso al hospital, y ya comentado, sobreviene el encuentro con el médico que puede serle conocido al enfermo o no. Aquí, obviamente el factor social de conocer al médico, mitiga en mucho la tensión natural que un encuentro de esta clase suele provocar en un paciente, pero es evidente también que el paciente de bajos recursos no conoce al médico que le recibirá

en el hospital, él no tiene su doctor, y el encuentro se convierte en una situación confusa donde el paciente parte expresando un agradecimiento de algo que no ha recibido aún, espera que el médico sea su salvación y le saque del hospital o le mitigue el dolor que lo aqueja o le dé el nombre de la enfermedad que tiene o el pronóstico, o sólo el tiempo que estará hospitalizado. En fin, este encuentro entre paciente y doctor en el área hospitalaria está cargado de contrapuntos, los mismos que entre reo y abogado.

Esto tiene explicación en la regresión sufrida por el paciente, secundaria a su enfermedad y en la infantilización subsecuente que mide el todo de esta relación entre dos puntos: premio y castigo. Si el grupo de pacientes está formado por enfermos que piensan igual, el grupo se debate también entre premio y castigo, acentuando el autoritarismo médico, situación que a su vez favorece el autoritarismo del equipo. Si ello acontece en el hospital común, en el hospital universitario, el paciente tiene un encuentro más, el encuentro con el estudiante de clínica.

El alumno, no injertado aún en el equipo de salud, desposeído de un lenguaje profesional, considerado a sí mismo como incapacitado para el ejercicio médico, espera pacientemente que "desocupen" al enfermo sus superiores jerárquicos que, piensa, tienen algo que ofrecer al paciente; él, en cambio, alumno, no tiene nada. Entonces, el anonadado alumno que espera a un paciente para hacerle una anamnesis y un examen físico, tiene la sensación de estar al acecho del paciente para usarlo en beneficio propio y este sentimiento inconfesable y real le hace sentirse aún más lejos del equipo de salud docente-asistencial. Sólo al pasar el tiempo, al madurar como persona, al comprender y experimentar que el paciente lo ve no como alumno sino como alero de protección, el estudiante comienza a pensar que tiene algo que ofrecer al enfermo: sea el resultado de un examen que nadie dio al paciente o la explicación de un procedimiento diagnóstico o de una terapéutica que nadie detalló el porqué.

Toda la enorme riqueza que se puede ganar al tender la mano al paciente, el alumno la pierde en el horno de la ilusión de una excelente anamnesis para obtener un premio, una buena calificación y evitar un castigo. Podrían surgir así, ante la imposibilidad de establecer un vínculo de mutuo entendimiento y trabajo con sus docentes, sentimientos de rabia y deseo de revancha en el alumno, con la misma intensidad que pueden surgir, mediante otros caminos, en el enfermo.

Para citar a Galperi, en este acápite, puedo afirmar con él que si el estudiante ejercita a posteriori, al egresar, una reivindicación, "se vengará" por ejemplo en la guardia hospitalaria, donde oficiará de maestro de iniciación del interno. Desde ahora él, que fuera dominado será dominador y si se sintió humillado ahora humillará y será pedante, pues la pedantería de los médicos muy jóvenes pareciera reflejar en este sentido el dolor aún latente (aunque escondido e imperceptible), de la reciente sumisión, manifestada en admoniciones, retos e inferiorizaciones. De aquí surge una de las explicaciones del porqué el equipo de salud semeja la actitud del doctor.

Para evitar ello y el rechazo que el estudiante puede sentir hacia el paciente, dado que en su fuero interior se siente incapacitado para brindarle apoyo médico y en esa incapacidad muchas veces ahoga sus demás capacidades, en esta Escuela de Medicina un docente presenta a cada alumno al paciente correspondiente y habitualmente entre bromas el estudiante se queda con su enfermo. Sé que a veces nada tiene que decir: que en algunas oportunidades el estudiante hasta se

olvida de qué preguntar y por esto se les ha dicho que cada uno de ellos es una nueva alternativa para el enfermo, que cada estudiante es una esperanza para el paciente. ¿Qué es ser una nueva esperanza como alumno? El paciente antes de llegar al hospital ha pasado por otro o por otros médicos que, bien o mal, han tratado de ofrecerle dos elementos hoy deseados por él: diagnóstico y tratamiento. Si el estudiante persiste en creer que por no estar recibido nada sabe, que por ser alumno nada puede agregar a lo dicho por un médico, se quedará estudiante toda su vida, dependerá su accionar de la opinión de otros médicos. Si en cambio, es capaz de buscar otras soluciones para el paciente, aunque sea con la llamita de vela que tiene en su mano de estudiante, ganará confianza en sí mismo, cultivará la solidaridad con el que sufre, abrirá su corazón a la misericordia y tal vez encontrará una enfermedad en que nadie había pensado, abriendo nuevas perspectivas a su paciente. Eso es el estudiante-alternativa.

La relación autoritaria que ejerce el equipo de salud sobre el paciente. La omnipotencia del equipo

La omnipotencia se define como el poder para hacer todas las cosas y el médico a veces puede ejercitar este poder casi inconscientemente, excluyendo al paciente y al alumno de su proceso de pensamiento al no compartir con él responsabilidad ni esfuerzo. Si yo, médico, tengo poder para hacer todas las cosas que sean necesarias para mi enfermo, no pregunto sino que decido únicamente.

El curso de la decisión tomada bajo omnipotencia no tiene reflexión junto al paciente, y desaparecen la capacidad y deseo de compartir con él. Por ello, puede que se le diga al enfermo el nombre de los exámenes que se le practicarán, pero al no explicársele el procedimiento propiamente tal, se somete al hombre enfermo a una torturante espera. Al paciente nunca sus amigos le han dicho que este u otro examen es indoloro; por ello, el examen que le van a hacer mañana, por definición, es doloroso. El uso de la omnipotencia por parte del profesional para algunos autores como Luchina le permite al médico hablar al paciente en voz alta y a veces hasta preguntarle sus más escondidas acciones, para ver si ellas inciden o no en la patología actual, sin cuidar que no oigan los demás.

La omnipotencia le permite al médico entablar discusiones de diagnóstico diferencial frente al paciente, sin molestarse en explicarle la enfermedad más probable y sin pensar en la angustia que siembra con cada nuevo diagnóstico; si sube el tono de la voz, si le habla de pie y le mira de arriba abajo y no cara a cara ¿por qué esperar que el resto del equipo tenga una actitud más suave? Y el círculo se cierra: estudiante mal tratado, médico pedante; médico dominador, equipo dominador. Ante el equipo dominador se pierde el enfermo dominado y sólo esporádicamente surge, como pincelada de humanidad, alguna relación de mejor calidad con uno que otro miembro del equipo de salud. Y aquí pueden surgir, como alternativas valiosas, la enfermera, la auxiliar, el kinesiólogo, en los que el paciente vacía sus preocupaciones y aprensiones y a los cuales interroga directamente acerca de su futuro, de su tratamiento, de su afección, obligando a estos miembros del equipo de salud a una respuesta que, muchas veces, aunque no conversada con el médico, es dada sin un claro conocimiento de lo que realmente debe contestarse. Dándose cuenta el paciente de una seria divergencia entre una opinión de algún miembro no médico del equipo y la acción misma del médico, puede ser que el enfermo se atreva a preguntar al médico el problema y al

desautorizar éste, con su respuesta, a la dada por el miembro del grupo de salud, deja al enfermo enfrentado a un equipo que no le es confiable y resurge la sensación de dependencia y desamparo en el paciente. Estas fuerzas de emociones regresivas descubiertas por Freud en las neurosis, se dan con nitidez en cualquier paciente y juegan algún rol en la relación con el médico y el resto del equipo. De otro lado aunque el médico está preparado técnicamente tampoco es un ser inerte, tiene todo un condicionamiento psicosocial que encauza algo que él tiene adentro que son las fuerzas de su vocación y a través de las cuales espera gratificarse con las distintas posibilidades que le ofrece la relación con el paciente, como son las reparatorias, las de ayuda a otro ser humano, las económicas, sociales, de prestigio, etc.

Las fuerzas emocionales del médico, que también se suscitan en cada caso y en cada intervención, y que operan automática o inconscientemente, se denominan fuerzas contratransferenciales. Y este campo de fuerzas que enfrenta la transferencia del paciente y la contratransferencia del médico se ha denominado por Luchina, el campo dinámico de la relación médico-paciente.

La falta de gratificación e insalubridad en el medio laboral son condiciones ajenas al equipo docente-asistencial de salud que pueden ocasionalmente menoscabarle en su relación con el paciente y pueden llevar en algunas oportunidades a la **pérdida de la vocación de servicio del equipo** o de alguno de sus miembros.

Aunque parece claro decirlo así, no tiene fuerza el expresar esta realidad con un lenguaje remilgado que pudiera inconscientemente ocultar la verdad o acusar cobardía. Al médico y al resto de los hombres y mujeres que lo acompañan en su labor diaria, la sociedad les pide una pureza que ella no tiene y un desprendimiento de lo que ella es incapaz; al médico la sociedad le exige que sea bondadoso y le aprieta hasta el ahogo económico, con sueldos miserables. La sociedad, que no se mueve de las grandes urbes, exige y obliga al médico a trasladarse a poblados donde nada hay, sólo hombres empobrecidos, luchando por sacarle un pedazo de pan a la tierra y calor al árbol y al arbusto.

Y allí muchos de ellos desgastan su energía, no gozan de la grata reunión familiar y, como antaño, se desplazan para servir a lejanos lugares donde sólo puede llegarse a pie o a caballo. Y gastan allí su noche, junto a un gemido, a veces sin comer.

Para esos médicos no puede hablarse romántica ni filosóficamente de la relación médico-paciente y de sus complejos caminos. Ese médico, por el hecho de estar allí, ha cumplido con creces el amor en esta relación. Y lo mismo cumple el enfermero o auxiliar o practicante en la cordillera o en el árido desierto o la matrona en el confín sureño, con tiempo llorón de lluvia y quejumbroso de viento, o la auxiliar de servicio en las casas de socorro llenas de enfermedad, ricas de pobreza y carentes de remedios.

Y en esos lugares, en medio del sol calcinante del norte o del frío azul del sur, están junto a esos médicos sus maestros, ustedes, en silenciosa e invisible compañía. ¿Cómo podría ser un médico muy suave en su relación con el paciente y no autoritario con él si la ignorancia de su enfermo le impide un diálogo simple? ¿De qué manera pudiera explicarle el mecanismo de su enfermedad a ese hombre que aún cree en machis y adivinos? Y es aquí donde el autoritarismo del médico se confunde con el del padre, en el más justo, noble y bondadoso sentido; incluso el trato de tú, que pudiera sonar peyorativo, está dado no por despección sino como expresión de protección; el autoritarismo es de protección para el paciente y la no explicación de su enfermedad es para no introducir mayor angustia en ese

hombre; entonces, el autoritarismo que al hombre de la ciudad no conviene, sí que vale para el ignorante.

Curiosa humanidad donde para un hombre el autoritarismo resulta en angustia y para otro en confianza.

La explicación del porqué de una terapia o del mecanismo de la enfermedad para algunos hombres marcados por la escasez de intelecto resultaría en la quiebra de esta relación médico-paciente semejante a la de padre a hijo; el paciente perdería su confianza en el doctor. Este autoritarismo deja al médico, a su vez, con su problema clínico o terapéutico y con su preocupación por el futuro del paciente sin la alternativa de compartirlos con él. Este autoritarismo, que en la ciudad provocaría críticas al médico por parte de su paciente, en el medio rural protege al paciente pero aumenta la soledad del doctor.

La sociedad pide sonrisas, buen trato, desprendimiento y modestia al médico, pero es evidente que es al profesional que envía a un medio de trabajo pobre, falto de recursos, sucio, alejado de los centros de cultura. ¿Se le puede pedir a este médico una sonrisa para el enfermo y olvidar que a veces su paciente no tiene frazadas para su cama en su estadía hospitalaria? ¿O que le faltan medicamentos fundamentales para el buen éxito de un tratamiento? ¿Qué puede ser más importante para él? ¿Luchar denodadamente por obtener recursos y humanizar el medio hospitalario o vivir en la sonrisa falsa de la aceptación de miseria para otro? El médico es hombre y como tal puede fallar; lo importante es que la suma sea positiva. ¿Y qué decir del resto del equipo?

La chata es una expresión de servicio, del más humilde y, por tanto, del más alto desprendimiento. La chata no lleva sólo defecaciones u orina, lleva sueños sin cumplir, ilusiones que no se harán jamás realidad, cansancio, preocupación por los hijos que quedaron solos allá, en un humilde hogar, a veces sin un hombre que lo sostenga; la chata lleva expresión silenciosa de amor y servicio a un semejante y, si a veces no fue llevada a aquel enfermo con la premura que era menester, fue porque se la llevó primero a otro, igual de necesitado y ansioso. Entre el médico y esta auxiliar de servicio se desgrana, como en un rosario, un silencioso rezo del equipo de salud al cual se le gritan sus ocasionales errores y no se le agradecen sus impagables servicios.

Sueldos bajos, hospitales sucios, camas pobremente vestidas, hacinamiento laboral, escasez o falta de recursos técnicos y humanos, exceso de trabajo, son condicionantes que la sociedad debe tomar en cuenta cuando se acusa al equipo de salud de que ha perdido su vocación de servicio.

Sin embargo, hay en el equipo docente-asistencial de salud una **capacidad para reivindicar en el paciente la naturaleza humana**, que nace acaso en el inconsciente de él como individuo colectivo.

Por su naturaleza misma, el amor es una actividad de nuestra alma mucho más difícil de precisar en sus rasgos esenciales que cualquier manifestación de la actividad cognoscitiva. Por otra parte, el sujeto humano no es, en rigor, intelectual. Es solamente racional y por esta coyuntura difiere esencialmente de los espíritus puros. No siendo sino hombres los que forman el equipo, se les puede pedir que reivindiquen la naturaleza del hombre mismo a nivel afectivo y a nivel racional.

Se reivindica la naturaleza humana cuando se le devuelve lo que por derecho le pertenece y, en este sentido, el equipo de salud, con una acción con afán de servicio, con desprendimiento, con misericordia y compasión, puede devolver a

un hombre la confianza en los suyos, la alegría de vivir, la esperanza de mejores días. El equipo de salud docente-asistencial es un crítico observador de la marcha social de una nación y, como tal, llegar a ser un medidor de la efectividad de las medidas que se tomen con los más desposeídos.

Esta tarea y capacidad, a la vez, se unen muy íntimamente con el "amarás a tu prójimo", en un proceso de educación del individuo y de la población y en la formación de un médico con una mentalidad que priorice y comprenda el espacio propio de la enfermedad; un médico nacido de una nueva concepción en la educación médica que implica una filosofía distinta en cierto modo del acto médico, con clara noción de su rol solidario, individual, social y comunitario.

En otras palabras, no basta escuchar, hay que comprender; y ésta es una función irrenunciable y fundamental de la figura del médico especialmente y, a través de él, del resto de su equipo de trabajo. Comprender hasta el punto de saber con absoluta justeza si debe cambiarse el juego total del paciente o si debe conformarse con ser el organizador de una enfermedad, lo que significa perdurar en el vínculo con su enfermo, acompañándolo en sus crisis vitales, a través de las vicisitudes de la enfermedad.

La especialización

La especialización ha cambiado la relación entre el médico y el paciente en alto grado y en menor escala la relación entre el equipo docente-asistencial y el paciente, porque en muchos casos el manejo del paciente requiere la participación activa de una gran variedad de personal profesional, no solamente médicos.

Es obvio que el enfermo puede beneficiarse muy grandemente de esta nueva situación, pero se pueden producir varias alteraciones en el patrón habitual de la relación entre el paciente y el resto del personal médico y de colaboración médica, a saber:

- a) Pérdida de la necesaria guía de un médico sobre el estudio y terapia del enfermo.
- b) Ausencia de una instancia que sea capaz de decidir en fases cruciales del diagnóstico o del tratamiento.
- c) Riesgo de despersonalización del enfermo.
- d) Aumento de la sensación de abandono y de soledad de un paciente.
- e) Instrumentación y iatrogenia.

Estas alteraciones que pueden acaecer, a pesar de la conciencia clara que se tenga de la relación con un enfermo, son peligrosas porque niegan la naturaleza misma del acto médico. El médico, especialista o no, cuyo paciente deba someterse a la acción de estudio o de terapia de un grupo médico y de colaboración, no puede abandonar a su enfermo al equipo investigador; antes bien, deberá ser el guía de este equipo y el consejero del paciente en lo que él cree lo mejor para éste. De otro modo no sólo se produce, como ya se indicó, una mayor sensación de soledad al paciente, sino que se arriesga no cumplir tareas básicas de control y de terapia, en la idea que serán cumplidas por el equipo de colaboración que ayuda en las tareas de diagnóstico. De este modo puede ser corriente observar que un enfermo se ha quedado 2 ó 3 días sin control médico porque el profesional que llamó a otros en su ayuda creyó que estos nuevos profesionales eran los indicados para tales controles. Esta creencia es de suyo peligrosa, toda

vez que el personal médico y de colaboración médica llamado para actuar sobre un paciente siempre lo hará sobre determinados órganos y no sobre el total y ésta es obligación del médico guía; el incumplimiento de esta obligación puede implicar serios riesgos al enfermo, secundarios a la instrumentación.

De otro lado, la repetición de actos puramente técnicos sobre el paciente puede implicar en ocasiones que el personal de colaboración lo despersonalice y lo trate como una cosa. Es obvio que si sólo se hace un trabajo repetitivo y monótono, con un procedimiento cualquiera, la mecanización del acto trae consigo un olvido de la persona sobre la que se está actuando, dando por un lado, en el paciente, la sensación de no ser tratado con particular cuidado y, de otro, en el equipo, una pérdida de la vivencia de trabajo delicado. Por ello, resultaría importante que un equipo de colaboración pudiera rotar por las diferentes fases de un trabajo, promoviendo con ello la iniciativa y el cuidado siempre renovador. De otro modo, el equipo será juzgado como falto de buen trato, falto de interés en el paciente y de espíritu humanitario, que no infunde confianza y que es poco comunicativo.

Iatrogenia y equipo de salud docente-asistencial

En estricto rigor, el equipo de salud no provoca iatrogenia sino en cuanto las acciones que derivarán en daño son iniciadas, originadas o mandadas por el médico, ya que es su responsabilidad intransferible el uso de nuevas y poderosas armas diagnósticas y terapéuticas con sabiduría y no perdiendo de vista su acción, costo y peligros potenciales.

En la medicina actual, cada procedimiento médico, diagnóstico o terapéutico lleva consigo la potencialidad de dañar. El médico, impregnado en un afán de servicio a su paciente, vestido con el ropaje de la solidaridad y asentado en la misericordia, es quien debe pensar los pros y los contras de un procedimiento diagnóstico o de una acción terapéutica.

Deberá tenerse presente que el daño al paciente derivado de una indicación médica y el error diagnóstico son los elementos más frecuentes que rompen una buena relación médico-paciente. Sin embargo, no sólo se puede producir iatrogenia por procedimientos, sino por la palabra.

La palabra es el arma más efectiva del médico; una inflexión de su voz puede llevar al enfermo a la alegría indescriptible de sentirse libre de una torturante duda y otra inflexión puede hacer caer al paciente al abismo de la depresión y la desesperanza. La palabra del médico tiene una fuerza tal, que así como produce una sonrisa de alivio, provoca terror. La palabra del médico infunde el poder más grande a un placebo y puede quitarle toda su fuerza a los medicamentos más activos.

La palabra del médico puede quitar un dolor, mitigar una pena y hacer desaparecer el cansancio, rejuvenecer a un paciente envejecido y hacer reír al que llora, pero también puede ser un látigazo doloroso, la causa de una parálisis y una ceguera y la razón por la cual surja una desconfianza desmedida de un hombre hacia otros médicos.

La palabra del médico, en fin, puede investir magníficamente a todo el equipo de salud y transferir su magnetismo al paciente que se entrega confiado en los ayudantes no médicos de su doctor. Y puede, si no cuida su tono, su inflexión y acento, enterrar el prestigio de otro médico y, por lo tanto, resucitar la enfermedad en el paciente que éste trataba.

La iatrogenia secundaria al uso de los procedimientos tecnológicos de diagnóstico o al de drogas complejas es absolutamente mensurable; la iatrogenia secundaria al no uso de la palabra adecuada o al mal uso de la palabra no es mensurable y por ello no se la cuenta en la estadística. A mi parecer es la causa más frecuente de iatrogenia.

Antes de terminar creo que vale el momento para reflexionar en un acápite que resume todo.

Las naciones han permitido, como nunca antes, que se ahoguen en el mar los emigrantes, han tolerado que se haga caza de hombres en bosques del oriente, como se caza a animales salvajes, han aceptado la extorsión, contemplan la preparación de armas biológicas sin una palabra de censura, se ha hecho costumbre dar vuelta la espalda a los amigos aunque estén gravemente enfermos, para no perder las comodidades de la vida moderna. En contrapunto increíble, se juzga al médico y a su equipo con férrea dureza.

Las naciones persiguen un bienestar social y económico cada vez mayor y persiguen la compra de las ilusiones que ofrecen las cosas de alta y sofisticada tecnología. El médico que cuida a esas naciones ha sido condenado a hacer duros esfuerzos por alcanzarlas y una vez alcanzadas, como una maldición, no puede usarlas con la frecuencia que él quisiera.

Este contrasentido, que en el médico y en el resto del equipo de salud ejerce una violenta acción, ha ido haciendo difícil conjugar el verbo amar, servir y oír y los sustantivos misericordia y compasión. A pesar de ello resulta evidente que en un balance de acciones, el equipo de salud docente-asistencial es una reserva moral de una nación, un alero de protección de los débiles y una ayuda inapreciable en el avance social de una comunidad. A pesar de todo, mantiene su vigencia el sacrificio de esta gente que rodea, ayuda y prolonga la acción del médico, sin la cual su labor sería una siembra en el mar.

Al estudiante de medicina, enfermería, kinesiología, técnicos laborantes, al aprendiz de auxiliar de servicio, a la mujer que auxilia a la enfermera, a la alumna de obstetricia, la mejor forma de enseñarles la relación entre paciente y equipo docente-asistencial es con el ejemplo y el testimonio de sacrificio de los que serán sus maestros. Es la única defensa que la Universidad podrá ofrecer al avasallante materialismo que invade las naciones y mantener la llama del humanitarismo. La relación del paciente con los hombres que lo cuidan se entiende en el esfuerzo que ese grupo humano hace por liberarlo de sus sufrimientos, del temor a la muerte, de la desesperación que surge en el encuentro con el absurdo de la enfermedad, de la desolación.

La relación del paciente y el equipo de salud se hace en la intimidad de la toma de conciencia de un sentido que sobrepasa lo sensato y lo insensato, en la intimidad del conocimiento de un amor que está más allá del amor y el odio. Una relación del paciente con el equipo docente-asistencial se entiende en la medida del amor que en último término es dar sin esperar recibir y en la medida del silencioso caminar entre los lechos de un hospital desgranando un poco de compasión. Una relación entre paciente y médico se entiende cuando el médico es capaz de dar una caricia sin avergonzarse de ella, de dar un consejo sin temor a comprometerse, de convertir su ciencia en un arte y su arte en una oración.

NOTA BIOGRAFICA

Profesor Dr. Santiago Soto Obrador. Nació en Talca el 10 de diciembre de 1938. Cursó sus estudios secundarios en el Colegio Salesiano de la Gracitudo Nacional y en el Liceo de Aplicación de Santiago. Sus estudios médicos los realizó en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Obtuvo el título de Médico Cirujano en mayo de 1964. Ingresó a la carrera docente el 1969, como Instructor; en 1971, como Profesor Auxiliar; en 1974, como Profesor Adjunto, y en 1985, como Profesor Titular de Medicina.

Es autor de 35 publicaciones científicas en Chile, en las que se destacan un trabajo clásico sobre "Fiebre Prolongada" y otro acerca de "El Error Diagnóstico".

Ha publicado un "Manual de Semiología", que es el texto base de las Escuelas de Medicina del país, y un libro que trata de las "Bases del Diagnóstico Diferencial en Clínica".

Fue el creador y primer Director del "Boletín de la Escuela de Medicina" y el primer Secretario Ejecutivo de la Comisión de Graduados. Con su aporte se sentaron las bases académicas de la enseñanza de posgrado en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El Dr. Santiago Soto Obrador, junto a sus excelentes condiciones de clínico, ha mostrado un selecto espíritu humanista integral, que se refleja al abordar problemas candentes relacionados con el ejercicio de nuestra profesión. Con esta connotación, escribió dos novelas: "Hijo de Eva" y "La mariposa en el asfalto", y un ensayo, "La relación médico-paciente. Reflexiones".

Relación Docente- Alumno en la Escuela de Medicina

Dr. ARTURO JARPA GANA

Agradezco la gentileza de las autoridades de la Facultad que me encargaron el desarrollo de este tema; es indudablemente una designación de gracia y su revisión y presentación constituye para mí un examen profundo que me obliga a pedir perdón, por mis deficiencias, a mis señores: A Dios, que me ha otorgado tantas oportunidades de servir en una tarea que me es grata; a los alumnos y a los enfermos, ya que para un docente-médico cristiano están íntimamente unidos y constituyen un todo en Cristo.

Sí, en este momento y debe ser así en cada instante de nuestras vidas, a Cristo debemos ponerlo con mayúscula y así no tendríamos dudas ni equivocaciones.

Desgraciadamente pensamos poco en Cristo, no nos preocupamos de su presencia o, lo que es peor, nos sentimos disminuidos al nombrarlo y mucho más al colocarlo en el lugar que corresponde. Una persona de pensamiento profundo y gran valor moral nos recuerda este hecho, se trata de Solzhenitzyn, que dice en uno de sus discursos: "Puede que el único motivo de la interdicción (de esta novela en la URSS) haya sido el indispensable requisito oficial de escribir "Dios" con minúscula. No podía yo plegarme a semejante humillación. La orden de poner Dios con minúscula constituye una ruin mezquindad ateizante de tres al cuarto. Un creyente y un ateo coincidirán en que... si usamos tantas mayúsculas en las siglas K.G.B. (policía política) y Z.A.G.S. (Registro Civil), bien podemos emplear aunque sea una para representar un concepto que expresa la suprema fuerza creadora del universo. Eso, prescindiendo ya de que "dios", así, con minúscula, supondría una flagrante falsedad histórica en los labios y en la concepción de los hombres de 1914". Termina el escritor.

Deseo dejar claramente establecido que dentro de mi concepto, al colocar

a Dios con mayúscula, como centro de todo pensamiento, palabra o acción, no establezco separaciones ni grupos de creyentes e incrédulos entre los universitarios. Dios está sobre esta distinción y nos creó y eligió desde el comienzo, colocándose en lo profundo de nuestro ser, evaluando nuestras acciones de servicio más que nuestras interesadas palabras de reconocimiento de su grandeza o ritos formales.

Todo hombre que busca y se consagra al servicio de la verdad, lo bueno y lo bello, se acerca y sirve a Dios necesariamente. En los católicos este compromiso es mayor, porque contamos con la gracia de la oración y la vida sacramental.

La formación del profesional es la continuidad y un mecanismo de perfección en la Universidad; sin esta continuidad, todo nuestro estudio, meditación e investigación sería estéril en corto plazo. Toda contribución que se haga por nuestro intermedio, como docentes, para su mejoría, es una forma de perfeccionamiento "in eternum" y tal vez el más hermoso miserere de nuestras fallas profesionales. El que el alumno llegue más allá que el docente, indudablemente nos acerca a la perfección.

Jamás existirá una buena relación docente-alumno si no existe consideración de persona. En esta relación el alumno es sujeto. El docente es objeto, un medio para que esta persona que está a su cargo llegue a la plenitud.

Paradójicamente el buen objeto-docente, para poder realizar su acción, debe estar lo más cercano posible a su plenitud como persona.

Trataré de aclarar esta paradoja. Si pensamos que el hombre-objeto podría ser aquel que es usado, sin considerar su libertad, para un fin determinado, deja de ser en este proceso persona y evidentemente no sería útil en el proceso formativo universitario, ya que sería la negación del personalismo. Podría sí ser un hombre divulgador de conocimientos y destrezas, pero necesariamente ajeno al proceso de enseñanza-aprendizaje de nivel universitario. No nos sirve, carece de poder formativo.

Gran parte de la filosofía renacentista y moderna, con el naturalismo y el subjetivismo, nos señala un concepto de personalidad especial y que debemos considerar. Tal vez su descripción más clara se encuentra en la filosofía de Kant. En ella, el sujeto lógico, ético, estético, es algo inmediato y más allá de ese sujeto nada puede alcanzarse con el pensamiento. Tiene carácter autónomo, existe en sí mismo y fundamenta la orientación de la vida del espíritu.

Esta persona ¿podría convertirse en el objeto útil para la formación del alumno universitario? Según mi concepto, muy difícilmente. Seguramente su fin último y límite de perfección sería él, máximo ejemplo de perfección y sabiduría y sus alumnos quedarían limitados a su imagen, aunque se les respetara como personas, dentro del concepto del naturalismo y subjetivismo. Su alcance formativo no tendría mayor trascendencia que el yo. En este docente, que puede ser brillante, es donde existe el mayor riesgo del autoritarismo real o solapado. De su docencia formativa podría nacer el médico que consideraría al enfermo como objeto y cuando más, su igual como persona.

¿Cómo llegar a la persona docente-objeto útil y qué finalidad tendría? Es una gran pretensión y para mí es difícil de explicar, porque, evidentemente no me encuentro en ese estado, aunque indignamente lo desee. Estimo que la obtención de este docente, para contribuir en la formación de personas-alumnos-médicos, es la mejor manera de llegar a ese médico ideal que fuera objeto de un enfermo-sujeto y señor.

Sin duda, el mejor modelo de persona docente-objeto es Cristo. Se entregó entero para formarnos y dejó un mecanismo imperecedero de entrega y unión. Afortunadamente es el modelo de persona que tenemos en esta Escuela de Medicina.

El docente-objeto debe tener la imagen del hombre nuevo que presentó Cristo y que San Pablo ilustró. Aquí entramos en un misterio, uno de los más profundos y básicos del cristianismo, pero que es fundamental para que la persona, el sujeto-docente se convierta en el objeto útil que deseamos.

San Pablo dice que: "Es propio del apóstol que Cristo viva en él y hable a través de él". Es evidente que en esto no debemos considerar tiempo ni función. En todo cristiano, después del bautismo, que dé comienzo al nacimiento del hombre nuevo, se produce la muerte de aquel yo que lo separa de Cristo y se participa en su resurrección como hombre nuevo. Naturalmente que éste es un proceso dinámico que se debe vivir día a día, que se puede renegar libremente a él o mantenerse con la ayuda de la gracia.

Si consideramos que la existencia del hombre significa no sólo su presencia, sino que ser uno mismo y no otro y yo soy único, nadie más puede serlo, habito solo en esta residencia que soy yo y sólo puede entrar en ella aquel que yo desee. Yo tengo poder en mi persona, soy señor de mí mismo. En esto está mi dignidad y mi libertad, pero también la soledad de mi existencia.

Todo eso está también en el cristiano, dice San Pablo, pero se ha transformado. El cristiano no es tan sólo él mismo y no está solamente en sí mismo. La personalidad cristiana no es únicamente la personalidad natural de un hombre preciso, sino que en la soledad, la libertad, la dignidad, y la responsabilidad del cristiano hay otra cosa, otro ser: Jesucristo.

Podríamos pensar que esta comunidad de vida suprimiría la autonomía de la persona, nos quitaría nuestro yo. El apóstol opina todo lo contrario y es muy lógico que así sea, si consideramos que la unión del yo creatura sólo se enriquece y completa junto al yo creador.

Solamente en este misterio podremos entender el concepto de docente-objeto-alumno-sujeto. El docente-objeto no muestra su imagen, no pretende admiración ni servicio, es un simple instrumento que muestra la imagen perfecta, o mejor dicho, cómo llegar a ella, qué debe alcanzar el hombre, el alumno, el médico y el enfermo si desea llegar a su plenitud. Así, se puede entender el pensamiento de Emanuel de Mounier cuando nos habla de la persona y nos dice: "La persona no es el ser; es movimiento del ser hacia el ser y ella no es consistente sino en el ser que visualiza". Al visualizar el mismo ser, la misma imagen, la relación docente-alumno sería perfecta.

En este esquema, el alumno-sujeto goza naturalmente de plena libertad, ya que sólo en esta forma llegará a la plenitud de su desarrollo. El docente señalará metas y objetivos, con medios justos y oportunos, para llegar a tener los conocimientos y destrezas necesarios para el buen servicio del enfermo, lo mismo que la formación de actitudes y hábitos que le permitan una permanente perfección en su vida de servicio; todo esto motivado en el amor a la Verdad, lo Bueno y lo Bello.

Evidentemente que un buen currículum de estudio facilita la elaboración de los planes docentes en las diversas disciplinas de una Escuela de Medicina y la relación docente-alumno.

La relación de los docentes entre sí, en reuniones programadas o informales ayuda el perfeccionamiento del currículum y permite que la relación interdisci-