

Competencia y humanismo: la Medicina Familiar en busca de la excelencia

Competence and humanism: Family Medicine seeking for excellence

Marcelo Levites* y Pablo González Blasco**

Resumen

¿Qué camino debe seguir la Medicina Familiar para conquistar la excelencia y contribuir de modo eficaz a mejorar la salud de las personas y comunidades? La respuesta a esta pregunta suele derivar al análisis de las gestiones en políticas de salud. Al contrario, en el presente artículo los autores centran su atención en la persona del médico familiar y no en los sistemas. ¿Cómo debe construirse este médico humanista, y demostrar excelencia profesional? ¿Es posible enseñar a ser competente y humanista?

Los autores glosan algunas publicaciones recientes, que se pueden considerar como una verdadera guía educativa para conquistar estos objetivos. Los itinerarios para aprender la empatía, que resulta en competencia profesional; la construcción sistemática de la perspectiva de un generalista de excelencia, que implica modos de ser, de saber, de percibir, decidir y actuar; y, finalmente, cómo un profesional con estos predicados es capaz de transformar el sistema haciéndolo eficaz y competente.

Finalmente, los autores se preguntan: ¿Si el itinerario es claro, por qué resulta tan difícil en la práctica formar un médico humanista y competente? La respuesta llega en forma de consideración filosófica y vital: la integración de estos conocimientos debe darse en la persona del médico, pues sólo cuando incorpora este modo de ser en su vida, y lo hace vida propia, consigue practicar la vocación médica en plenitud y reglar su vivir en unidad permanente repleta de competencia y de humanismo.

Abstract

Which is the right way for family medicine to reach excellence and thus contribute for the "Health for All" proposal efficiently? Beyond systems and health policy there are the family doctors themselves, as human beings, and responsible for the systems' outcomes. This papers focus on how to build the humanistic and competent doctor, and the authors set the main question in this issue: Is it possible to educate doctors in humanism and in competence?

They review and make comments on some recent publications on the area, which portray an educational guide for educating doctors within these goals. There is a clear path for teaching empathy which results in professional competence. There is, as well, a challenging itinerary for fostering the generalist's approach, including ways of being, ways of getting knowledge, and ways of perception, making decision and how to put all this into practice.

Finally, they analyze one more paper which points out how the competent generalist makes the difference in the health systems. One more question remains, and those are the final comments: If there is a clear path for educating humanistic doctors, why is so difficult to go through? The answer comes within a philosophical perspective. To integrate all this knowledge and attitudes requires the doctors to incorporate them into their own lives. Is in this way, avoiding inner ruptures, living the real vocation for doctoring, and being divided no more, how they achieve a proper practice full of competence and humanism.

Palabras Claves: medicina familiar, humanismo, competencias.

Key words: family medicine, humanism, competences.

INTRODUCCIÓN

L Una reflexión vital sobre la Competencia y el Humanismo: este fue el telón de fondo del XIII Congreso de SOBRAMFA, realizado en Julio de 2009, en São Paulo, Brasil.

¿Qué camino debe seguir la Medicina Familiar para conquistar la excelencia y contribuir de modo eficaz a mejorar la salud de las personas y comunidades? O, dicho de otro modo, ¿por qué la Medicina Familiar,

* Médico de Familia. Director de los Programas de Residencia en SOBRAMFA- Sociedade Brasileira de Medicina de Familia. www.sobramfa.com.br ; marcelolevites@sobramfa.com.br

** Doctor en Medicina. Director Científico de SOBRAMFA. pablogb@sobramfa.com.br

que desde la histórica reunión de Alma Ata en 1978 presenta una propuesta altamente relevante – “Salud para Todos”- , enfrenta tantas dificultades en implementar su proyecto asistencial y, sobre todo, educativo?¹

Evidentemente, cabría aquí el análisis de sistemas de salud, el compromiso de los gobiernos y de los gestores en implantarlos, así como todo el amplio panorama de la formación, la mayoría de las veces deficiente, de los médicos que están destinados a protagonizar estos cambios y liderar los proyectos^{2,3}. Aun siendo esenciales estos aspectos, no son el núcleo de las reflexiones que ocuparon el XIII Congreso SOBRAMFA, ni lo serán de estas líneas que pretenden reflejar lo que en dicho Congreso se abordó. La figura, o mejor, la persona del médico familiar que busca la excelencia como proyecto –tanto profesional como de vida- será el centro de nuestras consideraciones.

TÉCNICA Y HUMANISMO: UN ANTIGUO DILEMA, UN DUALISMO FILOSÓFICO

El humanismo médico ha sido siempre un tema presente en los Congresos de SOBRAMFA. La humanización de la medicina, que está en la orden del día de cualquier proyecto de salud, no parece ser conquistada mediante soluciones estratégicas de gestión o de entrenamiento convencional de los recursos humanos. La experiencia demuestra cómo iniciativas que buscan mejorar el ambiente y los procesos, pero que no lleguen hasta las personas que los protagonizan, están abocadas al fracaso. No es posible humanizar la medicina sin humanizar al médico, sin que el humanismo penetre capilarmente en la acción médica a través de recursos que permitan al profesional armonizar la técnica con el humanismo en simbiosis productiva⁴. Hay quien insiste en el componente histórico y filosófico de este proceso que, con audacia, bautiza como re-humanizar la medicina⁵.

Las reflexiones que protagonizan los Congresos SOBRAMFA se sitúan en sintonía con este abordaje filosófico y antropológico. Una rápida revisión de los conceptos que en ellas se ventilan nos muestra que están presididas por algunas constantes que son ya una pista para alcanzar la humanización profunda, aquella que llegaría hasta el médico transformándolo medularmente. De este modo, se insiste en la importancia de

formar el profesional a través de un modelo que contemple los cuatro pilares de la medicina familiar (atención primaria, educación médica, humanismo y liderazgos) así como la necesidad de una reflexión constante para practicar un ejercicio filosófico de la profesión que los anglófilos denominan acertadamente “reflective practitioner”⁶. Temas como conciencia de misión, vocación médica, autoconocimiento, reflexión vital, liderazgos y comunicación son levantados cuando se busca la excelencia; temas que mucho tienen que ver con la calidad del profesional médico y muy poco con sistemas y procesos. Estamos, pues, situados en el centro de nuestro tema: buscar la excelencia es conseguir que el médico, competente y humanista, protagonice el proceso de la tan deseada humanización de la medicina.

Sabemos bien, por experiencia propia, cómo es difícil esta armonía de actuación que sabe regir la técnica y el humanismo con maestría para ofrecer una verdadera sinfonía de cuidados en salud⁴. Contemplar el ideal y saberlo aplicar en la práctica no es un desafío exclusivo de los médicos. La filosofía no es ajena a nuestro dilema, y los dualismos clásicos –cuerpo y alma, idealismo y realismo- ilustran este diálogo en que la humanidad siempre ha estado ocupada. El idealismo de Platón y el realismo Aristotélico, que se continua en dimensión transcendente con Agustín y Tomás de Aquino, para llegar a la ruptura de Descartes que nos sabe a fracaso, como si el cuerpo y el alma nunca pudieran encontrarse. La capitulación cartesiana en integrar el ser humano, visto que la glándula pineal que el filósofo francés buscaba no le resuelve el problema, genera las soluciones posteriores que son clamores por recuperar lo que en la vida se palpa como unidad: el ser humano. Idealismo y materialismo, existencialismo y vitalismo, positivismo y fenomenología surgen como soluciones incompletas del universo filosófico, que por ser quien dicta las ideas es quien, que-ramos o no, gobierna el mundo y el modo de pensar de la gente.

El hecho de que los pensadores anden ocupados con este dilema, por un lado nos tranquiliza pues muestra lo arduo del intento; pero por otro nos desafía, pues si algo que los pensadores no hacen –y los médicos sí- es dejar de reflexionar, de buscar soluciones y salidas a esta cuestión vital. Tal vez se encuentre aquí el mayor mal de los médicos: que han desistido de buscar

respuestas, que se han acomodado en un status quo como si no dependiese de ellos resolver estos problemas. Como los hombres no admitimos fácilmente la derrota, aparece el sistema y los procesos que son los que cargan con todas las culpas por la deshumanización de la medicina. Hemos, pues, conseguido transferir la responsabilidad a los entes corporativos con lo que nuestra omisión como personas nos molesta menos. Pero, lo sabemos bien, esa actitud no es camino. El primer paso que el médico debe dar si quiere humanizar la medicina es admitir que debe humanizarse él mismo primero. Y para tal no puede dejar en su empeño por reflexionar, por buscar salidas y encontrar recursos que le permitan integrar la ciencia técnica –que crece a cada segundo– con el humanismo que la práctica médica requiere.

Es nuevamente un filósofo –por citar uno entre muchos– quien nos da una pista que puede ser un buen punto de partida para retomar la reflexión. Hans Jonas, con su ética de la responsabilidad⁷ apunta que lo que nos distingue a los humanos de los animales es un trípode constituido por el utensilio, por la imagen y por el túmulo.

1- El utensilio es la técnica, y en esto no cabe duda que nos distinguimos de los animales, pues cuando nacemos incorporamos en poco tiempo toda la técnica acumulada en la historia que nos precede. Los animales carecen de un acervo científico, y cada uno tiene que construirse desde cero, sin que en nada le aproveche las experiencias de los ancestrales de su especie. Bien comenta esto Ortega cuando dice que el tigre de hoy es el mismo tigre de miles de años atrás, y que solamente el hombre nace sobre una historia que le precede, historia que agrupa la técnica y el progreso correspondiente⁸.

2- El segundo elemento que nos distingue de los animales es la imagen, donde se incluye la capacidad que el hombre tiene de representar la realidad a través del arte. Son, el arte y las humanidades, caminos para mejor conocer la realidad en la que el ser humano está inmerso y para conocerse a sí propio, en su dimensión corporal y espiritual.

3- Finalmente, la tercera pata del trípode está representada por el túmulo. Sólo el ser humano tiene conciencia de trascendencia, y la representación de la muerte es la que le coloca en contacto con una dimensión que se extiende más allá de su propio ser.

No es difícil concluir que si en lo que a la técnica se refiere, el progreso es innegable siendo notoria la distancia entre el hombre y el animal, los otros dos elementos del trípode se han ido atrofiando; y si no por ello necesariamente nos animalizamos, no cabe duda que el equilibrio humano se presenta con una inestabilidad peligrosa. El hombre –el médico, en el caso que nos ocupa– deja de frecuentar las artes y las humanidades y se priva de modos de conocer el mundo, las personas, las cosas; pierde la capacidad de admirarse y de palpar que la mayoría de los fenómenos que le rodean no dependen de él. Y, no menos importante, pierde el sentido de trascendencia, la dimensión espiritual, el sentido de eternidad y la duración del tiempo que le rodea y del suyo propio. Las consecuencias son funestas, porque de no frecuentar “el túmulo, puerta de la trascendencia” se hace difícil mantener el sentido de misión, y la necesidad de sentirse útil en este mundo, como parte de la felicidad que perseguimos.

CAMINOS DE INTEGRACIÓN: LA FILOSOFÍA DE LA MEDICINA FAMILIAR

Es fácil deducir que la ruptura –o la falta de integración si se prefiere– se da en la persona del médico, y no en el sistema. Éste puede tornar la tarea más difícil o más llevadera, pero en cualquier caso, cabe al médico buscar, individualmente y con responsabilidad, sus propios caminos de integración.

Esta ruptura, aun teniendo consecuencias catastróficas, no es provocada intencionalmente. Quizá por eso, porque no es algo que uno escoge, no se siente responsable por ella, y lo contempla como algo impuesto por el sistema, o por la evolución natural de la práctica médica. La responsabilidad consistiría –si de verdad queremos cambiar los rumbos, y buscar la excelencia– en entender que es la omisión personal, el eximirse de tomar cartas en el asunto, lo que cristaliza esa ruptura. Vivir la responsabilidad implicaría, pues, buscar la formación adecuada para, primero individualmente y después corporativamente, revertir este proceso. Un deseo –que es un compromiso– de construirse y actuar como un médico competente es el primer paso y el más importante. ¿Dónde buscar esta formación integral? Esa es la cuestión que ahora nos ocupa.

Ian McWhinney, uno de los fundadores de la Medicina Familiar como disciplina académica, comentaba en uno

de sus escritos históricos⁹ que había encontrado una solución para la duda que aflige a muchos médicos cuando se deparan con un paciente. ¿Esto será algo somático o algo predominantemente psíquico? ¿Será del cuerpo o será del alma? –se preguntaba en sintonía con el viejo dilema que anteriormente comentábamos. Y, respondía: “Es igual. Para mi es algo de la persona, y con eso me basta”. Esta sencillez, que traduce una verdadera sabiduría de postura médica, bien nos podría servir de pauta para responder al dilema correspondiente que nos preside: ¿Esto es técnica científica o es humanismo? ¿Qué tipo de profesional necesitamos más? Esto es medicina, habría que responder; esto es ciencia y arte, como siempre ha sido, de modo inseparable e integrado. Y es que pretender re-humanizar al médico es, en el fondo, un contrasentido. El médico que no es humano, en verdad no es médico; sería, por llamarlo de algún modo, una especie de “mecánico de personas”¹⁰.

Aun teniendo esto claro, siempre existe el recelo de que las iniciativas para humanizar la medicina y los médicos, los recursos que cada uno pueda buscar para integrar ese modo único de la práctica médica, sea incompatible con el progreso técnico-científico que, por su propia naturaleza, tiende a acaparar cualquier esfuerzo de crecimiento y de mejora. Al final, eso es lo que se presenta –y lo que se vende– cuando se habla de calidad: el impacto científico, las posibilidades que la moderna tecnología pone a nuestro alcance. Eso es lo que se ofrece pero, como bien sabemos, no es lo que satisface al cliente, por mantener los mismos términos de mercado. Lo que el cliente consigue medir –porque lo siente– es el modo como la técnica le llega en la persona del médico y de los profesionales de salud. Y nos consta que la satisfacción del cliente dista mucho de ser ideal.

No debe existir la sospecha de que una medicina humana pierda su calidad técnica, de que el humanismo empañe la competencia. Como bien colocan los autores que citaremos a seguir, el humanismo es, cuando incorporado metodológicamente, verdadera e incontestable competencia.

UN PASO ADELANTE: EL HUMANISMO ES COMPETENCIA

Decididos a buscar los recursos para construirmos como médicos humanistas y competentes, surge la cuestión que

siempre está latente. ¿Se puede enseñar esto, o es algo propio del carácter –quizá del temperamento– del interesado? Un sugestivo artículo, donde se analiza la naturaleza y efectividad de la empatía, aborda el tema con propiedad¹¹.

Inicialmente se reconoce que la empatía es un elemento central cuando se busca calidad a la hora de atender un paciente. Y, directamente, se coloca la pregunta: ¿Cómo se alcanza la empatía? ¿Cómo se mide? Los autores la definen como un fenómeno que consiste en “sentir con el otro”, y que se inicia por “estar atento” que es el mejor modo de participar en los sentimientos de otro. No se confunde con compasión, o con un estado afectivo, ya que es posible llegar a la empatía también a través de caminos cognitivos, donde se contempla la perspectiva ajena. En otras palabras, teniendo más facilidad para sintonizar afectivamente con el otro –con el paciente– se puede alcanzar la empatía por caminos afectivos; pero también es posible, cuando la inclinación anímica no goza de esta disposición, llegar hasta ella por la vía del conocimiento racional. Lo que queda claro es que no se alcanza cuando uno está preocupado consigo mismo, y no con su interlocutor.

La atención al prójimo, como postura, se puede enseñar, apuntan los autores. Si no explícitamente, si a través de modelos, pues las “neuronas espejo” aprenden con el ejemplo, y serían como indicadores neurofisiológicos del aprendizaje en empatía. Naturalmente este proceso de aprendizaje incluye varios elementos. En primer lugar hay que aprender a entender la situación, colocarse en la perspectiva del paciente, captar sus sentimientos y los significados que llevan consigo. A seguir se debe aprender a ponderar y evaluar ese entendimiento y a comunicarlo. Finalmente, hay que aprender a intervenir, actuar de hecho sobre el entendimiento de lo que se ha captado para poder ayudar al paciente.

No son superfluas las consideraciones que los autores colocan. La experiencia nos demuestra bien que el proceso que empieza en la empatía y se traduce en ayuda, es con frecuencia interrumpido porque no se cumple satisfactoriamente alguno de estos elementos. O no se entiende lo que el paciente siente, o no se sabe ponderar y comunicar –lo que cierra posibilidades a enriquecer las conclusiones en, por ejemplo, una junta médica–, o no se sabe cómo actuar. O bien se interrumpe por cualquiera de las faltas en estos elementos, en sus variadas combinaciones.

Se resalta, por otro lado, que cuando se incorpora la empatía, los resultados se recogen en forma de calidad. El encuentro con el paciente que se siente comprendido, y que evaluaría positivamente el proceso, a modo de satisfacción del cliente, es un resultado de competencia. Esto implica la necesidad de incorporar este aprendizaje en la educación médica, dejando claro que es posible aprender a vivir la empatía en la vida adulta, apoyándose en la teoría de las neuronas espejo. La organización del trabajo –de la empresa de salud, del sistema– también deben ser establecidos de modo que sea posible el aprendizaje y la práctica de la empatía. Es en este punto donde el médico, incorporando una postura humanística, empieza a transformar el sistema de modo que le sea favorable para la práctica de una actitud que no está dispuesto a abandonar, porque se muestra como eficaz. Eficaz, competente y que se traduce en resultados que, naturalmente, realimentan ese modelo en el sistema.

Otro artículo que aborda con elegancia cómo el humanismo se traduce en competencia nos llega del editor de la importante publicación *Annals of Family Medicine*¹². El proceso descrito, a través del cual es posible construir la perspectiva de abordaje del médico generalista, es una verdadera guía educativa para formar un médico humanista. Esta trayectoria formativa se traduce en enseñar los modos de ser, los de saber, los de percibir y, finalmente, los de pensar y actuar. Veamos los detalles de cada uno.

Se espera del médico generalista una actitud humilde que le mantenga abierto a todas las posibilidades con las que se depara. Entiende que todo lo que le llega tiene que ver con él, de nada puede excusarse como si no fuera de su competencia. Se encuentra, por ese motivo, abierto a la complejidad y busca activamente la información y ayuda necesaria para resolver los casos que caen en sus manos. La humildad de saber pedir ayuda genera relaciones importantes con todos los especialistas, con los que sabe manejarse con destreza y trabajar en equipo. Estas características componen lo que el autor denomina un modo peculiar de ser médico.

Tiene este médico un modo también propio de saber, de ganar conocimiento. Además de la información, siente que necesita para su trabajo, una sabiduría más amplia, una perspectiva del mundo, de las personas, del ser humano. Y en este punto el autor subraya la

importancia de que los alumnos del colegio estudien humanidades si pretenden ser médicos, porque son el recurso imprescindible para construir la visión del mundo y de las gentes. Es la perspectiva humanística la que transforma el conocimiento y las habilidades en verdadera sabiduría. El conocimiento propio –saber cómo cada uno funciona, sus limitaciones y posibilidades, sus defectos y virtudes– es parte esencial de esa sabiduría.

Al modo de ser y de saber, se siguen los modos de percibir. Aquí entra la ciencia que le permite definir las prioridades en su actuación, y las acciones correspondientes a la jerarquía que ha sabido establecer. Está atento al detalle, sin nunca perder la visión global del paciente. Sabe delinear un razonamiento clínico primero, con hipótesis diagnósticas, para después solicitar los exámenes complementarios. Esto, que parece obvio, es lo que muchas veces se echa de menos en el generalista. Se piden exámenes, sin saber lo que se está buscando, como si de ganar tiempo se tratara. Y, de este modo, se funciona a golpe de sorpresa, dictado por los resultados que van llegando y que naturalmente no se sabe cómo integrar dentro de la lógica diagnóstica. Como decía un profesor –de esos que, infelizmente, van desapareciendo: “cuando uno no tiene hipótesis diagnósticas, lo que hay que hacer no es pedir exámenes complementarios, sino llamar a alguien que sea capaz de formular las hipótesis. Llamar un médico competente”. No es poco sabiduría la que encierra esta afirmación.

El último aspecto que se aborda en la guía educativa trata de la necesidad de enseñar las maneras de pensar y de actuar. Aquí se incluye la coordinación de los cuidados y la integración de las acciones médicas de acuerdo con las prioridades establecidas. Importantísimo aspecto donde el médico generalista tiene una función de su estricta competencia, también y sobre todo, en los cuidados dentro del hospital. El paciente “huérfano de médico”, irá pasando de un especialista a otro cuando internado en el hospital, sin que haya un programa diagnóstico y terapéutico coordinado y sin que el paciente y la familia encuentren el interlocutor adecuado. Resulta evidente la economía que es posible proporcionar a los sistemas de salud cuando alguien –el médico familiar, el generalista– sabe gestionar el uso racional de los recursos. Naturalmente, la red de relaciones que el médico familiar supo establecer le es

de gran valía en estos momentos. Y, en este punto, el autor subraya cómo el médico familiar es capaz de enseñar al estudiante como crear esta red de cooperación. Nadie enseña lo que no practica, y si el médico especialista encamina al paciente a otro colega –que es realmente lo que tiene que hacer- eso será lo que el estudiante aprenda. Para enseñar coordinación de cuidados hay que practicarlos en el día a día.

Es posible, pues, formar el médico familiar dotándolo con este abordaje pleno de competencia, que le permite actuar eficazmente junto a su paciente. Pero no es sólo el paciente quien se beneficia de tener un médico personal competente. También el sistema tiene sus beneficios como muestra el último artículo de esta serie educativa, que analiza el papel esencial del generalista en los sistemas de salud¹³.

El médico familiar es capaz de percibir las necesidades reales de sus pacientes y se esfuerza por adaptar el sistema a esas necesidades. De nada vale montar un sistema que reputamos adecuado si no se adapta a lo que el paciente realmente necesita. Debe ser el médico familiar una “adaptive creature” –por utilizar el término anglosajón consagrado- y poseer la flexibilidad y la ciencia pertinente para pulir las aristas del sistema, haciéndolo encajar con suavidad en beneficio de sus enfermos.

Por otro lado, el médico familiar es un especialista en quejas y en síntomas –que valoriza más que el catalogar enfermedades. Sabe esperar –watchfull waiting, otro término clásico que la medicina de familia académica nos brinda- en espera atenta, pues entiende que los síntomas de inicio de diversas enfermedades se confunden, y se requiere tiempo para un diagnóstico secuencial, sin perder el sentido de urgencia o retrasar la intervención cuando es imprescindible. Sabe, pues, aplicar la epidemiología de modo práctico y entiende que lo que es común, así se denomina porque es lo más habitual.

Esa es la verdadera postura de quien practica atención primaria con competencia. Esta gestión de excelencia facilita el camino racional para los procedimientos diagnósticos y para convocar a otros especialistas cuando sea

necesario. Es –en palabras textuales del autor- un verdadero filtro que defiende al paciente de la “neurosis tecnológica”. Es fácil concluir cómo un médico familiar así formado puede hacer toda la diferencia en un sistema de salud, además del beneficio ya apuntado para cada uno de sus pacientes.

ALCANZANDO LA COMPETENCIA PERSONAL: UN COMPROMISO POR SER HUMANISTA

Existen, pues, recursos y caminos metodológicos y académicos para formar el médico familiar, de modo competente y humanista. Es una conclusión que fácilmente se deduce de lo hasta aquí comentado. Pero ¿es suficiente trazar los caminos para obtener los resultados que pretendemos? O, de otro modo, ¿siendo claro el itinerario, por qué cuesta tanto el recorrerlo? Estas preguntas nos centran en el punto álgido de la reflexión que nos proponemos. Cabe incluso preguntar directamente ¿qué es lo que nos divide, lo que impide que integremos estas dos vertientes, la competencia científica/académica y la práctica humanista de la medicina? Nuestra mirada converge, una vez más, sobre la persona del médico –sobre nosotros mismos- pues es allí, solamente allí, donde este dilema se puede resolver.

Fernando Pessoa, con su lírica tremendamente antropológica, nos da una pista. *Temos todos que vivemos/ Uma vida que é vivida/ E uma vida que é sonhada/ E a única que vida que temos/É esta que é dividida/Entre a verdadeira e a errada*^{**14}. Lo que nos divide es nuestra propia vida, el trabajo, las múltiples solicitudes que nos llegan por doquier. La división se da dentro de nosotros, de modo real; no es algo retórico, del mundo de las ideas. La teoría es sencilla, pero colocarla en práctica requiere esfuerzo, talento y virtud. Requiere la decisión de un compromiso personal definitivo, que se conquista diariamente, y del que no se abdicar, porque sería abdicar de la propia vocación. Nuevamente Pessoa nos muestra esta dificultad en cadencia poética: *“A vida é terra/ E vivê-la é lodo/ Tudo é maneira, diferença e modo/ Em tudo quanto faças/ Se só tu/ Em tudo quanto faças/ Se tu todo”*^{vv15}. Cuando nos decidimos a vivir la teoría y el ideal, lo que era tierra firme se transforma en lodo,

** Todos los que vivimos, tenemos una vida que es vivida y otra que es soñada, siendo que la única que tenemos realmente es la que está dividida entre la verdadera y la errada.

vv La vida es como tierra, y se transforma en lodo al vivirla, todo es manera, diferencia o modo, en todo cuanto hagas se solamente tú, en todo cuanto hagas sé tú por completo.

fango que nos ensucia y complica. Del dicho al hecho hay un trecho, reza el refrán español. La única forma de sobrevivir depende de la postura de cada uno que, como sugiere el poeta, debe ser un vivir por entero, responsablemente, haciendo de ese vivir una verdadera misión.

El verdadero problema, la raíz de la división, está dentro de nosotros cuando no hay una decisión clara de vivir integralmente, en unidad de acción, la misión que nos es destinada. Evidentemente, la conciencia de la vocación médica es el núcleo de lo que aquí se ventila. Vocación, que viene de vocare – llamar, o en su caso, ser llamado, sentirse llamado. Para tal habrá que pensar en quién me llama, y qué es lo que se espera de mí. Y aquí se entiende cómo cuando la conciencia de misión –la vocación– ilumina el trabajo, cualquiera que sea éste, es posible integrar la competencia y el humanismo. Por el contrario, si esa conciencia falta, el trabajo rendirá frutos amargos, se hará de cualquier manera, acabará deshumanizando a quien lo ejecuta. Dice el filósofo: “Cuando el trabajo es demasiado impersonal, cuando se realiza por acumulación de materiales e informaciones, cuando importa más el resultado y el éxito que la propia realización, se pierde la ilusión. Esto afecta a la calidad de la obra pero, sobre todo, a la personalidad del autor”¹⁶.

Otro autor, más directo y contundente, afirma que la mayor dificultad para conquistar este ideal y hacerlo vida, soy yo mismo. Traduciendo libremente del inglés, viene a decir: “El problema inmediato soy yo mismo, y el silencioso pacto que establezco con el sistema para que ‘lo de siempre’ gobierne mi vida y mis decisiones. La conclusión es clara y definitiva: ninguna punición será mayor que la que nosotros mismos nos imponemos al conspirar contra la propia vocación”¹⁷.

Es verdad que raramente se llega a tamañas profundidades de reflexión en la práctica médica diaria. Quizá por ese motivo, el dilema persiste, y se buscan soluciones teóricas, desatendiendo el centro real de la cuestión. Quizá también por ese motivo, la fácil tentación del conocimiento creciente, nos ocupa distrayéndonos, de lo que debería ser nuestra principal preocupación: el crecimiento personal. Bien lo apunta otro pensador cuando afirma: “No es difícil entender por qué nos gusta tanto aumentar nuestra capacidad de conocimiento y tan poco aumentar la capaci-

dad de amar. El conocimiento se traduce automáticamente en poder, mientras que el amor se traduce en servicio”¹⁸.

Y es que el amor por lo que se hace, es fuente verdadera de sabiduría y, en último término, un camino que se abre al humanismo competente. Las palabras siempre precisas de Gregorio Marañón, recordando a los médicos familiares de antaño, lo recuerdan con emoción: “Su sentido de la Medicina era más cordial, más humano que el nuestro. Aún no había desaparecido en ellos, bajo el fárrago cientifista, el viejo médico familiar, notario, sacerdote, consejero y supremo tribunal en los pleitos más recónditos en cada casa. Acaso no sabían más que los que les sucedieron, pero es seguro que fueron mejores, y, en suma, hasta más sabios; porque nos hemos ido olvidando de que la sabiduría no es sólo saber las cosas, sino también amarlas”¹⁹.

Cuando falta amor, poco se arriesga, y se trabaja en el límite de lo estrictamente necesario. Y lo que parece ser seguridad y prudencia, corre el riesgo de transformarse, con esa corrupción de las medidas justas, en verdadera mediocridad. Nada como la literatura vitalista de nuestro siglo para expresar esta idea. Escribe Susanna Tamaro: “Ha sido el miedo lo que ha determinado mi vida, lo que yo llamaba audacia era en realidad sólo pánico. Miedo de que las cosas no fueran como había decidido, miedo de superar un límite que no era de la mente sino del corazón, miedo de amar y de no ser correspondido. Al final es, en realidad, sólo éste el terror del hombre y es por eso por lo que cae en la mediocridad”²⁰.

CONSIDERACIONES FINALES

El médico se construye en su humanismo cuando acepta el compromiso de reflexionar habitualmente para analizar la situación, sublimar los errores que comete, ponderar los éxitos, y vivir en permanente ejercicio de responsabilidad. No se engaña con sueños y quimeras, mas sabe materializar el ideal en su acción diaria. “No me seas ‘teórico’: han de ser nuestras vidas, cada jornada, las que conviertan esos ideales grandiosos en una realidad cotidiana, heroica y fecunda”²¹.

Nuestras conclusiones finales son de indole filosófica y no podrían ser de otro estilo. “Pero yo te digo que

cualquier oficio se vuelve filosofía, se vuelve arte, poesía, invención; cuando el trabajador le da su vida, cuando no permite que esa vida se parta en dos mitades: una para el ideal, y otra para los quehaceres cotidianos, sino que convierte la tarea diaria y el ideal en una misma cosa que es, simultáneamente obligación y libertad, estricta rutina e inspiración constantemente renovada”²².

Son las ideas que, impregnando la existencia del hombre –de nuestro médico humanista– y haciéndose vida de su vida, las que consiguen acabar con esa división, para reglar su vivir en unidad permanente repleta de competencia y de humanismo.

Recibido el 19/10/09 y aceptado el 22/10/09.

Referencias

- 1 Moreto G., Benedetto MAC, Roncoletta AFT, Lamus F, Blasco PG. La educación médica y la propuesta "Salud para Todos": la Declaración de Alma Ata treinta años después. Cuadernos de Medicina en Investigación y Salud. , v.2, p.109 - 119, 2008.
- 2 Gonzalez Blasco P, Ramirez Villaseñor I, Bustos Saldaña R, Moreto G. La formación de Médicos Familiares en Latinoamérica: timidez académica y liderazgo errático. Arch Med Fam 2005; 7 (1):1-3
- 3 Blasco, PG; Levites, MR; Freeman, J; Haq, C. Educating Physicians for the Health of Brazil: The Role of Family Medicine. Wonca News.2004, 30(3): 13-15
- 4 Blasco PG, Janaudis MA, Levites. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. Atención Primaria. Barcelona, v. 38. N.4 p. 225-229, 2006
- 5 Gallian DMC "A (re) humanização da medicina" Psiquiatria na Prática Médica. 33:2, abr. jun. 2000.
- 6 Gonzalez Blasco P.. "Los Cuatro Pilares de la Medicina de Familia". Arch Med Fam 2004; 6 (2): 31-33
- 7 Citado em Jiménez Lozano, J. Cuadernos de Letra Pequeña. Ed. Pre Textos, Valencia, 2003.
- 8 Ortega y Gasset, J "La rebelión de las masas". Revista de Occidente. Madrid. 1930. pgs 38-9.
- 9 McWhinney I. "The importance of being different. Part I:The marginal status of family medicine" Part II: "Transcending the mind-body fault line" Canadian Family Physician (1997-2) 43 : 193-5; 404-6
- 10 Blasco PG. "O médico de familia, hoje". São Paulo. Sobramfa. 1997
- 11 Neumann M , Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen N, Pfaff H. Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. Patient Education and Counseling 74 (2009) 339-346
- 12 Stange, K. The Generalist Approach. Editorial - Ann Fam Med 2009;7:198-203.
- 13 Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC, MD, The Essential Role of Generalists in Health Care Systems Ann Intern Med. 2005;142:691-699
- 14 Fernando Pessoa: "Mensagem". Ed. Nova Aguilar. Rio de Janeiro, 1976.
- 15 Ibidem
- 16 Marias, J "Breve Tratado de la Ilusión". Alianza Editorial. Madrid. 2001
- 17 Palmer PJ. "The Courage to Teach". Jossey-Bass. S.Francisco. 1998.
- 18 Cantalamessa, R. Il Canto dello Spirito. Ed Ancora. Milano. 1998.
- 19 Marañón G: "Mi homenaje a Francisco Huertas"en Obras Completas, vol III (conferencias), pg. 285 . Espasa Calpa. Madrid, 1967
- 20 Tamaro S: "Escucha mi voz". Seix Barral. Barcelona. 2007
- 21 Escrivá JM, "Sulco", n.949 Ed. Rialp. Madrid. 1986.
- 22 D'Ors E. "Aprendizaje y Heroísmo". Eunsa. Pamplona. 1973.