

PROFESOR J. J. LOPEZ IBOR

La dificultad de ser médico

Publicado en

HOSPITAL GENERAL

Volumen VIII. Enero-febrero de 1968. Núm. 1.

Ayuntamiento de Madrid

Depósito legal: M. Sep. 7142.—1961.

Gráficas Orbe, S. L., Padilla, 82. Madrid.—1968.

Ayuntamiento de Madrid

La dificultad de ser médico

Por el Prof. J. J. LOPEZ IBOR.

Decano del Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial de Madrid.

La dificultad de ser médico en la actualidad no deriva sólo del aumento de conocimiento, sino de la situación especial que está obligado a mantener en la sociedad actual.

La sociedad actual cambia aceleradamente y estos cambios exigen otros en la manera de ejercer la Medicina. Crece la población del mundo. Aumentan los viejos. Aumentan los enfermos crónicos. Emigran las gentes del campo a la ciudad, con lo cual cambia el estilo de vida. La secularización de la ciudad acrecienta las exigencias de bienestar. El hombre actual no entiende que la salud sea sólo "ausencia de enfermedad", sino bienestar, lo cual embarca a la medicina en tareas sociales, desconocidas del médico cuando éste ejercía una profesión liberal. En la "sociedad opulenta" hay una tendencia evidente a exigir una medicina técnica, precisa, que cada día ofrezca nuevos avances. Estas exigencias y "expectaciones" hacen más cara la medicina y aceleran su proceso de socialización para que nadie se prive de sus beneficios.

Se necesita, pues, un nuevo tipo de médico. Pero su preparación no puede lograrse sino tras experiencias y ensayos que se controlen después para ver si realmente los médicos así preparados son capaces de responder mejor a las exigencias del hombre enfermo de la sociedad secularizada. En los planes se debe mantener el esquema tripartito de la preparación en ciencias fundamentales, enseñanzas clínicas e internado rotatorio. Lo importante en la organización de la enseñanza es el saber imbricar los distintos departamentos según las necesidades propias de los temas. La organización en cátedras o departamentos no supone que esta misma división se mantenga a la hora de enseñar. Las técnicas nuevas de aprendizaje deben ser tenidas en cuenta. La formación ética del médico, también. Cada Escuela Médica debe elaborar su propia organización pedagógica según los medios de que disponga y en relación con el número de sus alumnos. Se propugna una formación básica de todo médico y después la especialización. También el médico general debe prepararse como un especialista distinto, lo cual aumentaría su dignidad y su eficacia. Se postula la posibilidad de que algunos estudiantes se desgajen, en el momento oportuno, para mejor prepararse en la investigación fundamental, manteniendo su contacto con las clínicas. También las nuevas tareas sociales, organizadoras y administrativas exigen una preparación especial para los que se dediquen a ellas. Se señala finalmente la importancia de las ciencias dedicadas al estudio de la conducta humana, especialmente la psicología. La enfermedad es una experiencia humana. La técnica y la socialización tienden a deshumanizar la Medicina. Estas tendencias han de ser compensadas por la necesaria preparación de los médicos en la comprensión de la enfermedad como fenómeno humano. Ese tema corresponde a la psicología médica.

La apertura de unas nuevas instalaciones hospitalarias como las que ha llevado a cabo la Diputación Provincial de Madrid constituye una buena ocasión para que reflexionemos sobre la dificultad de ser médicos en la época actual.

A primera vista podríamos decir que tal dificultad deriva de los enormes progresos realizados por la Medicina en los últimos

cincuenta años; pero si bien es cierto que los conocimientos y poderes de los médicos en la lucha contra las enfermedades han aumentado, también lo es que ha surgido la especialización y la subespecialización, de tal suerte que el campo de acción de cada médico se reduce más y más. La especialización deriva no sólo del incremento en la cuantía de los nuevos descubri-

mientos, sino del nacimiento de las nuevas técnicas, que exigen, forzosamente, una especialización. No sé si al cabo de muchos años las técnicas se simplificarán de tal manera que se instaurará un proceso inverso al de la especialización a ultranza a que estamos sometidos. A un gran neurocirujano le oí decir que con los progresos de la Medicina, las técnicas quirúrgicas se simplificarían de tal manera que de nuevo el cirujano general volvería a situarse en el primer plano. Aunque el razonamiento tenga algo de seductor, la verdad es que por ahora no se puede decir que esa reintegración de las especialidades al fondo del cual salieran sea probable y ni siquiera posible.

En cualquier caso no está ahí la dificultad principal de la cuestión que he planteado al comienzo de estas líneas. La función del médico consiste en curar enfermos, pero en la ambigüedad del vocablo "curar" se esconde la raíz de la cuestión. Para evitarla, los médicos hablan de "tratar enfermedades". Lo cierto es que el médico tiene que ver con otro hombre que al estar enfermo nos señala los caminos de nuestra acción y también las fronteras de la misma. Los caminos están abiertos por los conocimientos científicos y las fronteras, por lo que ignoramos, todavía, sobre la enfermedad. Y el médico se sitúa ante un enfermo en un estado de radical ambigüedad que no puede comunicarle totalmente a él. No me refiero al problema ético de decir o no al enfermo la verdad de su situación, sino al problema humano de calibrar la capacidad que tiene el enfermo de asumir su verdad.

La Prensa se halla en estos días llena de comentarios del gran éxito del trasplante de corazón. La audacia, la periciatécnica y el saber del equipo que lo ha realizado quedan fuera de duda. Pero la masa que ha estado pendiente de ese gran experimento ha preferido aceptar que el trasplante ha sido un éxito y que el enfermo ha fallecido de "otra cosa", sin pensar si esa otra cosa no estaba en una relación intrínseca e inexorable con el trasplante mismo. Eso ocurre porque la mentalidad del hombre actual necesita creer en esos progresos sensacionales que se están realizando ya y que se niegan a creer que sólo pertenezcan al futuro.

En más o menos, cierto es que hay una aceleración del cambio social en el mundo contemporáneo que corresponde a un reflejo del proceso de "aceleración histórica" al que parece sometido. Digo "en más o en menos" porque el proceso cursa con velocidad distinta en los diversos países, aunque el modelo del cambio—el arquetipo buscado—es más uniforme de lo que podía hacer pensar la gran variedad y aun contradicción aparente en los fines que señala la conciencia de las distintas comunidades sociales que pueblan el mundo. A ese "modelo común" nos debemos atener para estudiar sus repercusiones sobre un tema concreto: *la formación del médico*.

Los hechos más característicos de ese cambio son, a mi modo de ver, los siguientes:

1. *Las mutaciones en la cuantía y estructura de las poblaciones*.—La población del mundo crece, aceleradamente, en todas las áreas geográficas, si bien los porcentajes de crecimiento son distintos. Pero, aparte de esas diferencias cuantitativas globales, también se modifica la cuantía relativa de los diversos estratos sociales y biológicos. La prolongación de la vida media, gracias a la acción médica y los resultados logrados en la asistencia perinatal, han creado nuevas configuraciones en las llamadas "pirámides de edad" que, forzosamente, tienen que repercutir en los planes de asistencia médica y social. Aumenta el número de viejos y es mayor, cada vez, el número de enfermos crónicos, relativamente al número de enfermos agudos, por ejemplo (1).

(1) El problema de la hospitalización de los viejos es impresionante. DOREN NORTON ha publicado los resultados de una encuesta realizada en Inglaterra que abarca a 252 hospitales con más de 19.000 enfermos. El 87 por 100 de ellos son ancianos. No se recata en calificar de horribles las condiciones de muchos de los hospitales, no sólo para los enfermos, sino también para los que les cuidan. Los que eligen trabajar en esos hospitales son "santos o locos", dice. Insiste en la necesidad de devolver a sus casas—apoyados económicamente—a muchos de ellos para que sean tratados por sus médicos en el seno de la familia. La planificación de hospitales de agudos creando como contrapartida otros de crónicos no es lo más acertado. También la asistencia a éstos debe organizarse de un modo plural, buscando soluciones varias.

2. *Existe en la sociedad contemporánea una fuerte corriente inmigratoria, que va del campo a la ciudad.*—En algunos países el 70 por 100 de la población vive en la ciudad o en sus alrededores. La corriente se halla determinada, en parte, por factores económicos tan fuertes como el proceso de industrialización; pero, en modo alguno, debemos ignorar los factores psicológicos que también influyen en ella. El hombre actual desea vivir en la ciudad porque necesita de la atmósfera vital y psicológica que la ciudad crea, a pesar de toda la literatura que se hace sobre los inconvenientes y cargas que supone habitar en las grandes urbes. Las grandes ciudades también son mortales, como las civilizaciones. La historia lo demuestra, pero estamos lejos no sólo de su muerte, sino de su agonía. Las ciudades satélites que se crean, los núcleos suburbanos que se construyen con arreglo a planos racionalmente concebidos, para disminuir el tamaño y prepotencia de la gran ciudad, o se impregnan de la misma atmósfera que ella o languidecen. Y es que la gran ciudad es la que corresponde a las aspiraciones del hombre-masa, arquetipo del hombre contemporáneo, en la cual no sólo el rigor del trabajo se mitiga, sino también la amenaza de la soledad y del tedio y, por el contrario, el ocio, tiene más posibilidades de satisfacción. El campo para el hombre actual es una evasión, un lugar de vacación, pero no un lugar de residencia. El campo es lugar para la vida tradicional y la ciudad permite que se configure una nueva vida, con más perspectivas de futuro que huellas de pasado. Ya se sabe que el cifrar un fenómeno tan complejo en unas pocas palabras, como acabo de hacerlo, caricaturiza un poco la situación; pero no cabe duda de que éste es uno de los rasgos característicos de nuestra acelerada sociedad y este rasgo repercute, también, sobre el modo de estructurarse la asistencia médica.

3. *La gran ciudad es una ciudad secularizada.*—Quiero decir que es una consecuencia del proceso de secularización de la vida contemporánea. Mitos y creencias han dejado de influir o no influyen tan considerablemente como antes en la vida del hombre. Las civilizaciones agrarias son tradicio-

nales y patriarcales. En la ciudad se cultiva el cambio continuo como solución progresiva de los problemas. La movilidad interna de la sociedad contemporánea y la ruptura de sus estratos y grupos estabilizadores es ciudadana. El pasar del campo a la ciudad es una primera manifestación de nomadismo; la segunda se hace en la inmigración hacia arriba o hacia abajo, a la derecha o a la izquierda, del individuo que es capaz de perforar las diversas estructuras sociales, siempre más permeables en la ciudad que en el campo.

Sin embargo, la vida humana no se ha desmitificado en la ciudad secularizada, sino que otros mitos, en forma de utopías, han venido a sustituir a los anteriores. Los antiguos creían que la naturaleza tiene horror del vacío. También al hombre actual le espanta. Un gran problema que plantea el problema de descolonización en algunas partes del llamado "tercer mundo" es la dificultad de pasar de los tabús tradicionales al nuevo tabú técnico sin que en su tránsito alguna grave hendidura dificulte la creación del nuevo orden social y político que se pretende. *En las sociedades desarrolladas el nuevo mito es el del "bienestar".* ¿Y quién puede negar la idea de que el bienestar humano arranca del bienestar físico? En la definición de la salud no se tenía en cuenta, en otros tiempos, más que la ausencia de enfermedad, en tanto fuente de dolor y sufrimiento humano. Ahora esa perspectiva no basta, sino que se necesita *el bienestar como algo positivo*. La sociedad secularizada es antiestoica. Este cambio de perspectiva tiene consecuencias incalculables en la Medicina.

* * *

He aquí algunas de ellas: la Medicina ocupa, dentro de la vida del hombre actual, un lugar prevalente. La difusión que en la Prensa y en general la llamada "mass-media" ocupan las noticias sobre los avances—y a veces los peligros—de la Medicina es extraordinaria. Tal difusión no es algo artificialmente impuesto, sino ansiosamente buscado. Se establece un círculo vicioso entre el deseo de conocer nuevos descubrimientos por parte del público medio y el

deseo de satisfacer esos deseos por parte de los órganos de publicidad y propaganda, estimulándose recíprocamente el uno al otro. De cuando en cuando esta relación de dependencia toma carácter de adhesión o dependencia en el sentido de las toxicomanías.

La sociedad opulenta ("the affluent Society") es una sociedad de consumo. ¿Qué es lo que consume? Las cosas, los bienes que se le ofrecen. Cosas y bienes que se ofrecen, muchas veces, con pago aplazado o diferido. Con lo cual *lo que se consume es el futuro*. Es decir, que muchas veces el individuo que la compone vive de pequeñas esperanzas. La gran esperanza en un mundo trasmundano o trascendente o siquiera de un paraíso al fin de la historia, se ha convertido en una esperanza inmediata, pequeña, cotidiana, que podríamos llamar mejor "expectación" (2). Para lograrla, no hay que escatimar medios. Los capitales inmensos que se invierten en las exploraciones siderales deberían aplicarse, se dice, a la investigación del cáncer, por ejemplo. La información y la expectación del hombre de la ciudad le lleva, necesariamente, a exigir una asistencia médica lo más perfecta posible. No admite lagunas en ella. Si la Medicina se tecnifica por el propio impulso del progreso, esta tecnificación se halla acelerada por las exigencias del nuevo tipo de enfermo que quiere, *ahora ya*, lo que quizá sólo el futuro pueda suministrarle.

Dos consideraciones derivan de ahí: la primera es que *tal servicio médico super-tecnificado no debe estar limitado a unos pocos*, o sea a una determinada clase social, *por caro que sea*. En la historia de la Medicina ha sido clásico el principio de prestar asistencia al enfermo sea cual fuere su condición económica. El médico ejercía una profesión liberal, por eso recibía *honorarios* en lugar de *cobrar* sus servicios. Las exigencias técnicas, por una parte, y el incremento de los costes en la asistencia y la nueva mentalidad establecida, por otra, impulsan el proceso de socialización de la Medicina, por muchas resistencias que encuentren y a

(2) Expectación: desasosiego o atención concentrada con que se aguarda una cosa o suceso en la vida.

pesar de los inconvenientes que tienen. En algunas partes se ha llegado a una socialización completa, como en Inglaterra. En otros países, como en los Estados Unidos, se ha iniciado en forma de "medicare" para los sujetos de más de sesenta años, a pesar de las resistencias más o menos pasivas de las organizaciones médicas. En la mayoría de los países europeos la asistencia médica está, en buena parte, socializada.

La otra consecuencia consiste en *el mayor desarrollo de la medicina preventiva y social*. Si antes sólo se concebía como barrera defensiva frente a la penetración de las grandes epidemias de un país, ahora sus tentáculos se han multiplicado y han creado una trama que envuelve al país. La red hospitalaria, la vigilancia de los productos farmacéuticos, la estructuración social de la asistencia, etc., lo han impuesto. Además, el bienestar positivamente considerado exige que se vigile la calidad del agua que llega al núcleo urbano, la polución del aire, la higiene de las viviendas, la política de construcción de casas baratas, etc. El médico no puede vivir aislado, sino inserto en una estructura social. George JAMES dice que unos técnicos que supieran cómo agregar adecuadamente flúor al agua de Nueva York haría más en favor del control de la caries dental en esa ciudad que lo que puedan hacer sus 8.000 dentistas. Si los maestros de nuestra nación—agrega—pudieran persuadir a los niños en contra del fumar "harían más en contra del cáncer de pulmón y posiblemente de las enfermedades coronarias que pueden hacer todos nuestros cirujanos de tórax y todos los cardiólogos".

A las nuevas condiciones que rigen la vida del hombre de la ciudad arquetipo, digámoslo una vez más, del hombre contemporáneo, hay que agregar las que intrínsecamente enlazadas con ellas producen en los jóvenes que eligen la profesión de médico, que ya no es un sacerdocio, ni una profesión liberal *sensu stricto*, sino que es una profesión técnica. El que la Medicina sea una ciencia aplicada favorece esta nueva actitud. El estudiante actual aspira a hallarse, lo más rápidamente posible, en posesión de unos saberes técnicos que, entre otras cosas, faciliten su propia autonomía. Esta autonomía

de la persona se busca no tanto en una maduración de sí misma, cuanto en una liberación empírica y económica a cambio de los servicios que se presten. La diferencia entre un profesional y un técnico puro la ve JAMES en la capacidad que tiene el profesional de ver las implicaciones de la técnica, especialmente en el sistema social.

Todos estos cambios exigen *un nuevo tipo de médico*. La preparación clásica del mismo debe sufrir una transformación profunda. Para lograrlo, las Escuelas o Facultades deben tomar otra estructura que la actual. Y aquí empiezan a surgir cantidades de problemas. Sólo puedo señalar sus líneas generales, y aun así quisiera sentar por delante una afirmación: *no puede aceptarse una transformación definitiva de los estudios médicos sin una fase experimental previa*. La situación es demasiado complicada para que tenga soluciones sencillas. Sólo poco a poco, con aciertos y errores, se logrará encontrar un camino adecuado. Las Escuelas de Medicina deben proponerse como una tarea especial durante el próximo decenio el estudio experimental de este problema, teniendo bien en cuenta que no hay más que un camino para juzgar los aciertos: comprobar si la asistencia médica que ofrecen los nuevos graduados a sus enfermos y a la Sociedad es mejor que la que se ofrecía antes. Este es un aspecto real y urgente a estudiar lo más empíricamente y al mismo tiempo lo más profundamente posible. Es uno de los temas más urgentes de la nueva Sociología médica.

* * *

Un primer problema que se plantea es el *de la deserción de los jóvenes estudiantes* de las Escuelas de Medicina en los países desarrollados. No sé si tal deserción nos podría servir de índice de desarrollo de un país. ¿Por qué ocurre tal deserción? Una causa es clara para la mayoría de los que cometen una deserción como ésa: los estudios médicos son muy largos para la impaciencia e inquietud de la "juventud acelerada", la cual requiere llegar—cuanto antes—a actividades autónomas y remuneradas. De ahí la necesidad de *condensar la enseñanza* y de lograr el mayor rendimiento posible en el menor tiempo de escolaridad.

Otras causas resultan más opacas y difíciles de esclarecer. Se trata de un problema económico, se dice. Hasta cierto punto podríamos contestar, puesto que se trata también de un cambio de mentalidad: *la idea de función está sustituyendo al ideal de servicio*. El servicio médico al enfermo exige un modo especial de dedicación. El médico y sus auxiliares también resultan ser ciudadanos de la sociedad del bienestar. En las capas profundas de la personalidad se siente, a veces, como condena el vivir en el mundo del dolor con la conciencia de los límites de nuestra acción, tanto más cuanto que estos límites son los que casi nunca acaba por aceptar el enfermo. Otras profesiones ofrecen campos de acción más floridos y alegres y menos amenazados por la desolación. La juventud de la sociedad del bienestar busca el bienestar en la acción, tal como ocurre en el deporte.

Un nuevo clima se ha creado, por mor de estas circunstancias, en la relación médico-enfermo. No pretendo hacer ahora un examen a fondo de esta importante cuestión—muchas veces tratada en otras publicaciones por mí—, pero sí dejar constancia de un mecanismo que el médico actual emplea cada vez más: neutralizar, tecnificar; en una palabra, *funcionalizar* esa relación cada vez más para evadirse de responsabilidades onerosas moral y materialmente. Aun con estos mecanismos defensivos el camino de la profesión médica se halla progresivamente más erizado de dificultades y horro de compensaciones. De ahí la llamada "deserción de los cerebros" del campo de la medicina que ocurre en los países muy desarrollados.

* * *

La compresión en el tiempo de los estudios médicos no debe impedir que se desarrollen en tres fases, con las variantes en la organización que exige el modelo universitario de cada país.

- I. *Fase pre-clínica.*
- II. *Fase clínica.*
- III. *Internado.*

Los progresos de la Medicina actual se han debido a los enormes avances en los co-

nocimientos biológicos, químicos y matemáticos. Esta preparación (Química, Física, Matemáticas, Bioquímica, Microbiología, Bioquímica molecular, Estadística, etc.) puede hacerse fuera de las propias Escuelas de Medicina o en ellas y debe comenzar tempranamente. En cambio, a su ingreso en los cursos clínicos los estudiantes deben inmediatamente ponerse en contacto con los enfermos. El fin directo que define esencialmente a la Medicina es *curar enfermos*. La organización de las Escuelas o Facultades en Clínicas o Departamentos está determinada, muchas veces, por las necesidades del Hospital como Institución asistencial. Pero ese mismo Hospital, cuando también es de enseñanza, exige que, sin perjuicio de sus funciones asistenciales, se organice para la misma, lo cual exige una planificación de sus actividades pedagógicas sobre principios distintos de los asistenciales y *con una colaboración estructurada entre sus diversos Departamentos*. No es fácil lograr esa colaboración, según nos demuestra la experiencia, cuando en cambio la colaboración asistencial no tiene mayores dificultades. Es asombroso que se puedan repetir y repetir lecciones, temas y presentaciones clínicas en varias cátedras o Departamentos el mismo curso y aun el mismo día. Es increíble que no se piense en el desarrollo de los temas y tópicos en colaboración entre varios profesores para ahorrar así muchas repeticiones inútiles.

Por otra parte, la medicina que se enseña en 1967 no será totalmente válida en 1977, que es cuando los alumnos estarán en pleno ejercicio. *Lo que se enseña debe tener una apertura constitutiva y no planearse como un proceso de adoctrinamiento o de condicionamiento*. El alumno debe aprender, poco a poco, a resolver los problemas por sí mismo, a tomar las graves responsabilidades intelectuales y éticas que el futuro le va a acarrear. Es imprescindible romper las barreras "escolásticas" que se establecen entre las más diversas disciplinas. Hay que convertir la enseñanza en un proceso vivo y creador. Lo que importa es que se enseñe—supuesta la base pre-médica previa—estructuralmente la anatomía normal y la patológica, la estructura y la función, la homeos-

tasis y su quiebra patológica, la inmunológica en sus relaciones con las infecciones humanas, la farmacodinamia experimental y clínica, etc. La solución no está en crear nuevas cátedras, por ejemplo, una de farmacología y otra de terapéutica clínica, sino que en las Facultades o Escuelas de Medicina se imponga el principio de que *la formación del médico futuro debe hacerse a partir de la biología de la enfermedad* y que cada Escuela puede planificar el cómo de su enseñanza a partir de sus medios propios, con material y personal suficiente, según el número de alumnos.

También sería aconsejable que se tuvieran en cuenta los nuevos conocimientos que han enriquecido la psicología del aprendizaje: sólo un punto quisiera subrayar a este respecto. Lo importante consiste en enseñar a descifrar la jerarquía interna de cualquier tema, lo cual obliga a *distinguir lo esencial de lo accidental*. El acto médico, diagnóstico o terapéutico no será adecuado, ni justo, si ignora esa jerarquía interna del conocimiento que le permite tomar en un momento determinado la decisión oportuna. La polipragmasia indiscriminadora—terapéutica o diagnóstica—no ha sido nunca aconsejable y sólo revela inseguridad e insuficiencia en el médico.

La Medicina actual exige la especialización. Esta ha surgido en la historia de la Medicina por razones diversas, pero se ha hipertrofiado en los tiempos presentes por el exuberante crecimiento de la técnica. El 85 por 100 de los estudiantes en muchos países se preparan ya como especialistas durante sus estudios y en los demás la tendencia a hacerlo crece. La especialización supone el aumento de la importancia del Hospital en la asistencia o de la formación de grupos en la práctica extrahospitalaria y la disminución del humanísimo papel del médico general o médico de familia, como todavía se le llama entre nosotros.

Desde el punto de vista de la enseñanza, hay que propugnar un comienzo precoz de la especialización; pero si la enseñanza clínica se reduce a dos años y medio o tres y la preclínica a dos años—que en los países donde existe el sistema tri-estratificado habría que hacer en el College—, es mejor

para el futuro que los médicos comiencen a especializarse al término de la enseñanza clínica. Es decir, en los años de internado. Pero una nueva exigencia aparece: el médico general, el antiguo médico de familia, *debe prepararse como un especialista más*, so pena de transformarse en una máquina seudoclasificadora de enfermos para enviarlos a los diversos especialistas y hospitales sin prestarles apenas asistencia. Así se logrará que la tendencia actual a la especialización no borre de la geografía médica al médico general y que éste vuelva a tener el rango profesional y, por supuesto, la compensación económica que merece. Este es un problema del mayor interés y que necesita mucha reflexión, estudio y experiencia para resolverlo.

Dentro del área de la especialización se halla el investigador médico en las ciencias fundamentales. Pero también éste necesita conocer qué es la enfermedad y qué es el enfermo, si es que ha de tener características propias. La Medicina se beneficia del aporte de cualquier otro científico; por ejemplo, del físico, del químico o del estadístico, pero también necesita del médico investigador. En cualquiera de los casos la inserción del especialista en investigación fundamental, en el plan de estudios, debe ofrecer la flexibilidad suficiente para que puedan contactar con la clínica sin que se perturbe su formación y sus tareas como investigadores. La Universidad es centro de enseñanza y de investigación. Si en los Departamentos universitarios—en todos—no se investiga, clínica y experimentalmente, se adocenán. La verdad de las ciencias es siempre una verdad relativa cuya comprobación o verificación se halla, por extraña paradoja, más en el futuro que en el pasado; porque se halla más en el futuro es porque la estructura de cualquier Facultad o Escuela de Medicina debe organizarse tan plásticamente como la realidad lo requiera. Si fueran sólo instituciones para enseñar una verdad estabilizada, su misión sería mucho más fácil. La existencia de aquellos especialistas en la investigación no exonera a los demás de la obligación de investigar.

En la tercera fase el estudiante hará su internado obligatorio. Las fórmulas son di-

versas. Sólo quisiera, por mi parte, acentuar el hecho de que sin cierto control, y más aún *sin una estrecha colaboración entre las Escuelas de Medicina y los otros Centros hospitalarios*, no se logrará en esta etapa lo que se propone. Recuérdese la “experiencia Flexner” en los Estados. Ella permitió, mediante la selección de Centros y el señalamiento de un nivel mínimo, que sus Escuelas de Medicina alcanzaran el alto grado que actualmente las caracteriza. Durante esos años de internado, la actividad del futuro médico no debe limitarse a la asistencia a las clínicas en la forma rotatoria que se establezca. Debe actuar con una cierta responsabilidad, asistir a los seminarios clínicos y no olvidar su contacto intelectual con la escuela madre, con la Universidad. La preparación de un trabajo de investigación, que puede continuarse después, podría ser conveniente. Es entonces también cuando en contacto con otros profesionales maduros y ejemplares—sus maestros—pueden asimilarse los principios éticos de una profesión tan delicada como la nuestra. Ciertos avances técnicos de un elevado coste, por ejemplo, plantean problemas delicadísimos, como en el caso de los riñones artificiales o del mantenimiento del tratamiento en los comas irreversibles, etc. Es el momento de aprender que ser médico impone responsabilidades tremendas y angustiosas.

La medicina hospitalaria es sólo una parte de la Medicina. Aislar el hospital como una fortaleza técnica de la medicina domiciliaria y de la comunidad en general es un grave error. No se puede fomentar ilimitadamente el ingreso en el hospital por cualquier pequeño padecimiento. No es humano y no es económico. En la organización de la Seguridad Social éste es un punto importante para el futuro. No se pueden tampoco esgrimir estadísticas de actos médicos o quirúrgicos en las cuales se incluyan tales “unidades de acción” que no deberían haberse realizado en el Hospital.

Es necesario, por tanto, en los hospitales del futuro construir los departamentos de “medicina de la comunidad” que sirvan de presente entre el hospital y la medicina domiciliaria. Su modo de operar ofrece dificultades y resultará evidentemente comple-

jo; pero éstas son dificultades que derivan de un nuevo concepto de la misión del hospital y que se desvanecerán en el momento en que los objetivos aparezcan claros en la mente de los encargados de la organización de tales Departamentos. Ahora el Hospital extiende su área de acción a través de las consultas externas o policlínicas, pero tal área tiene unas fronteras que convendría borrar, de tal suerte que se establezcan lazos entre estos servicios y la medicina domiciliaria.

Por otra parte, cada hospital debería tener asignado un sector de la ciudad para ejercer una acción médico-social. La medicina actual es no sólo curativa, sino preventiva y educativa. Y la prevención no se limita ahora a un programa de vacunaciones más o menos extenso.

El médico del futuro debe mantenerse en estrecho contacto con los progresos de la Medicina. Es inútil pretender que viva de lo que aprendió en sus años de estudiante y que, después, sobre esta base se comporte como un autodidacto. Se impone, por tanto, la necesidad de organizar sobre una base eficaz los llamados cursos de perfeccionamiento. Tal organización debe ser variada y adaptada a la multiplicidad de condiciones en que se ejerce la Medicina. Los médicos que viven próximos a un gran hospital pueden dedicar a ello unas horas al día cada dos o tres años sin merma de continuar su ejercicio profesional. Para los que ejerzan en áreas rurales el plan debe ser distinto; lo realmente importante es que no se planeen los cursos como asistencia a unas conferencias, sino como participación en una labor hospitalaria de carácter práctico. Por otro lado, la Medicina se halla cada vez más integrada en los problemas del hombre actual. El médico no sólo es un profesional con saberes técnicos, sino que con sus palabras, con su ejemplo, con sus opiniones, etcétera, es un centro de acción social. De ahí la necesidad de que una y otra vez, a lo largo de la vida, se ponga en contacto con todo lo que le ayuda a conocer al hombre. En los cursos de postgraduados, tanto los dedicados a las especialidades como los de médicos generales, este punto de vista no debe olvidarse. Y mucho menos aquellos

temas que enlazan la profesión médica con la sociedad, tales como la sociología, la ética y la jurisprudencia médica.

Y aunque no sea más que brevemente, diré que resulta imprescindible la formación de la personalidad del médico. La Universidad pretende formar la persona del estudiante al mismo tiempo que la instruye (3). A través de la instrucción, o sea, en la búsqueda de la verdad, se forma la persona, es cierto. Pero esto no basta. La persona se funda en la existencia de la libertad y cada acto libre supone ser *autor del mismo y, por tanto, responsable*. En esta tercera etapa es cuando puede cuajar, en la medida de lo posible, la formación personal del médico, tanto más necesaria cuanto más jóvenes sean, ya que muchas veces la "aceleración en el crecimiento" es correlativa de inmadurez, inestabilidad e inseguridad.

* * *

He dejado para el final un punto que me parece de la mayor importancia en la preparación del médico futuro. Los progresos técnicos y sociales actuales no escotomizan, en quien mira la realidad con los ojos bien abiertos, que la enfermedad *es un fenómeno humano* que desborda las fronteras de la física, de la química y de la biología misma. *El enfermo es una persona humana que vive en un medio social*. La interrelación de la persona con el medio no puede tenerse en cuenta en el hombre sano e ignorarse en el enfermo. ¿Cómo va a ser así cuando la patología se halla, tantas veces, socialmente condicionada? La difusión actual de las to-

(3) Este es uno de los más graves problemas de la Universidad actual. Se fundó en la creencia de que el enseñar y el investigar era el mejor medio de formar a los alumnos; pero entonces enseñar e investigar se refería al gran problema de la verdad del hombre en su mundo. Ahora se investiga y enseña, pero la pluralidad de métodos, la minuciosidad de las técnicas, los necesarios y pequeños avances y, sobre todo, el hecho de que todo ello esté infiltrado por el mismo principio de la sociedad de consumo, le ha suprimido lo que en la Universidad podía haber de formador de la personalidad. No es una cuestión a tratar aquí. Por lo que se refiere al médico, creo que el principio esencial es la convivencia en la relación interhumana médico-enfermo. Es aquí donde todavía puede hallarse los grandes maestros.

xicomanías, el problema del tabaco y del cáncer de pulmón, las intoxicaciones industriales, la agresividad acrecida de los psicópatas, la conflictividad juvenil, la fría soledad que rodea al viejo, el desamparo de los enfermos crónicos y tantos otros, son hechos que *obligan a poner en relación persona enferma con sociedad enferma*. Yo no quisiera utilizar el término "patología social": dejemos el vocablo de patología sólo para nuestra más estricta área. Sí podemos, en cambio, hablar de "sociedad imperfecta". Su misma movilidad y su exigencia de progreso demuestran su imperfección. El "estar enfermo" conforma una conducta humana. Las ciencias psicológicas, sociales y antropológicas deben tener su ingreso, en la medida necesaria, en la enseñanza de la Medicina. Y si antes hemos hablado de la segregación del investigador científico, ahora hemos de hablar de la segregación de aquellos que más especialmente se ocupan de los problemas sociales de la Medicina. Esta es otra realidad que nos viene impuesta de un modo creciente: los organismos preventivos sanitarios, la medicina del trabajo, la administración de los hospitales, el clima psicológico de las grandes urbes o el de los suburbios son algunos ejemplos que podríamos poner. Lo más importante es subrayar la necesidad de que el médico, en su período de formación, tenga contacto con estos problemas y de que la preocupación por los mismos cuente en los estudios de las Escuelas de Medicina. La vida empieza a defenderse en fronteras más lejanas que las que señala la geografía de nuestro cuerpo. El mismo problema, planteado al principio, el de saber si los nuevos médicos corresponderán o no a las exigencias de la nueva sociedad es, como he dicho, un tema de investigación social que afecta a la misión misma de las Escuelas de Medicina.

Queda, finalmente, toda *el área intrapersonal del enfermo*. No me refiero, naturalmente, a las enfermedades psiquiátricas con clara base somática, sino a la enfermedad—a cualquier enfermedad—*como experiencia humana*. El progreso técnico, la socialización, el imperativo de la asistencia hospitalaria, la desaparición del médico de familia, la transformación del médico en

"funcionario", la racionalización de las perspectivas científicas, junto a la desvalorización de los procesos intuitivos en el ejercicio médico (como los aludidos con las expresiones de "ojo clínico", "arte médico", etc.) y tantos otros factores de cambio en la Medicina actual tienden, quiérase o no, a *deshumanizar la asistencia médica*. No quiero decir que estos cambios no sean buenos, sino simplemente que llevan consigo la tendencia a prescindir de otros factores esenciales que van implícitos en todo acto médico, factores que conviene subrayar.

El enfermo vive su enfermedad como sufrimiento y amenaza. El dolor computado estadísticamente y el coeficiente de mortalidad o de incapacidad se vivencian de un modo personal. Para el enfermo no valen las abstracciones, sino su situación concreta. Una afirmación estadística rara vez logra otra cosa que encubrir la angustia que el enfermo, en su intimidad, siente. Por otra parte, la historia clínica es fuente valiosa de conocimientos; una experiencia personal que parece banal, como el fatigarse al subir unas escaleras, pone sobre la pista de un fracaso funcional que se inicia.

Si se ojean los capítulos de un libro de semiología se verá cuántos síntomas presuponen el valor de la experiencia subjetiva: el vértigo, la cefalea, los trastornos de la conciencia, los diversos tipos de dolor, etc., son síntomas cuya descripción por el enfermo debe saberse escuchar con la misma virtuosidad que se escucha un soplo cardíaco. Una buena anamnesis es irremplazable en el diagnóstico, pero aún más, yo me atrevería a decir que una buena anamnesis es la primera parte de todo acto terapéutico.

La floración actual de las neurosis y de los trastornos psicosomáticos pone de manifiesto la importancia de *los aspectos psicológicos del enfermar*. Ya sé que se ha supervalorado por muchos autores y muchas escuelas el papel de los conflictos y traumas psíquicos en la aparición de las enfermedades. Nunca me he sentido inclinado a aceptar esa supervaloración que terminaba siempre por atribuir a causas psicológicas la presencia de un trastorno, cuando no se podía imputar a causas somáticas. Al contrario, una cuantiosa parte de mi investiga-

ción trata de demostrar que las neurosis y los trastornos psicósomáticos no son enfermedades puramente psicodinámicas, sino también *fisiodinámicas* (véase mi libro *Las neurosis como enfermedades del ánimo*).

Lo importante es reconocer que *si la enfermedad es una experiencia humana, su trama psicológica es innegable y debe ser estudiada y, por tanto, enseñada en las Escuelas de Medicina*. Por si fuera poco, los enfermos toman actitudes distintas ante la enfermedad, según su personalidad y según el medio en que viven. No reacciona lo mismo el que ha sufrido un traumatismo estando asegurado que el que no lo está. La misma socialización de la medicina y el derecho a la asistencia hospitalaria influyen en esa actitud. También influye el médico. Este es—se dice—el mejor medicamento; pero a veces también es el peor, actuando como agente yatrógeno. ¡Cómo hemos de olvidar, pues, que un arbotante de la educación médica del futuro se halla constituido por la *psicologización de la medicina!* El hombre actual—dice REISSMAN—es el hombre “dirigido desde afuera” por estereotipos colectivos. Pero hay unos momentos en lo que él quisiera dirigirse, si no desde dentro, sí en forma no demasiado estereotipada, en una relación personal con *su* médico, quien, al mismo tiempo que le ayuda técnicamente, le presta la confianza y comprensión que necesita en el trance de su enfermedad, contribuyendo a desvanecer la angustia que se infiltra en sus plasmas.

RESUME

Actuellement, la difficulté d'être médecin ne dérive pas seulement de l'augmentation de connaissance mais de la situation spéciale qu'il vient obligé de maintenir dans la société actuelle.

La société actuelle varie de façon accélérée et ces changements en exigent d'autres dans la façon d'exercer la médecine. La population mondiale s'accroît. Les vieillards augmentent. Les malades chroniques augmentent également. Les gens de la campagne vont habiter la ville, ce qui fait que leur genre de vie varie. La sécularisation de la ville augmente les exigences du bien-être. L'homme actuel n'arrive pas à comprendre que la santé soit seulement “l'absence de maladie”, mais le bien-être, ce qui entraîne la médecine dans des tâches sociales, inconnues du médecin lorsque celui-ci exerçait une profession libérale. Dans la “société opulente” il existe une tendance évidente qui vient exiger une médecine technique, précise,

qui offre chaque jour de nouveaux progrès. Ces exigences et ces “spectations” viennent renchérir la médecine et accélérer son processus de socialisation pour que personne ne soit privé de ses bienfaits.

Il faut donc un nouveau type de médecin. Mais sa préparation ne peut guère être obtenue qu'après de longues expériences et essais qui sont ensuite vérifiés pour constater si, réellement, les médecins ainsi préparés sont capables de répondre beaucoup mieux aux exigences de l'homme malade de la société sécularisée. Dans les plans il est nécessaire de maintenir le schéma tripartite de la préparation en sciences fondamentales, enseignement cliniques et internat rotatoire. Ce qui est important dans l'organisation de l'enseignement, c'est de savoir imbriquer les différents départements d'après les besoins propres des sujets. L'organisation en chaires ou départements ne suppose pas que cette même division soit maintenue à l'heure d'enseigner. Les nouvelles techniques d'apprentissage doivent être prises en considération. La formation étique du médecin aussi. Chaque Ecole Médicale doit élaborer sa propre organisation pédagogique d'après les moyens dont elle pourra disposer et en rapport au nombre de ses élèves. On prétend une formation de base de tout médecin et puis ensuite la spécialisation. Le médecin général doit également se préparer comme un spécialiste différent ce qui lui permettrait d'augmenter sa dignité et son efficacité. On postule la possibilité de ce que certains étudiants se dégagent, le moment venu, afin de mieux pouvoir se préparer à la recherche fondamentale, en maintenant ses contacts avec les cliniques. Egalement, les nouvelles tâches sociales, organisatrices et administratives exigent une préparation spéciale pour tous ceux qui vont s'y consacrer. On signale finalement l'importance des sciences dédiées à l'étude de la conduite humaine, spécialement en psychologie. La maladie est une expérience humaine. La technique et la socialisation ont tendance à rendre la médecine moins humaine. Ces tendances doivent trouver leur compensation dans la préparation nécessaire des médecins dans la compréhension de la maladie comme phénomène humain. Ce sujet correspond à la psychologie médicale.

SUMMARY

The difficulty of being a physician in our present time is not only due to the increase in knowledge but also to the special situation which he is obliged to occupy in the present society.

The latter changes very quickly and these changes, on the other side, lead to changes in the way of practising medicine. The world population is steadily increasing. The number of old people is growing as well as the number of chronic patients. Country people displace themselves from the country to the town, thus changing their style of life. The town secularization increases the demands of well-being. People nowadays do not realize that health does not only consist in “freedom from illness” but also in well-being, thus covering medicine in all its social tasks hitherto

unknown to the physician when practising a free profession. In the "rich and well-living society" there is a strong trend to claiming a technical and exact medicine which is in a position to offer new advances every day. These claims and "expectations" make medicine more expensive and accelerate the process of socializing which attempts to assure that everybody enjoys its benefits.

What we need is a new type of physician. However, its formation can only be assured through experience and trials which are to be controlled in order to see whether, in fact, the physicians prepared in that way are able to meet the demands of the ill persons of the secularized society. The three-sided scheme of preparation based on fundamental sciences, clinical education and mobile internment is to be maintained in plans of study. The most important part of educational organisation is to know how to organize the different departments according to the requirements of subjects. The establishments of chairs and departments does not suppose that this division ought to be maintained during education. The new educational techniques as well as the ethical formation of the physician should be taken into account, too. Each Medical School should prepare its own pedagogical organizational scheme in accordance with means available and in relation to the number of students. A basic formation of all physicians followed by specialization is stressed. The general practitioner should also be prepared as if he were a specialist thus increasing his reputation and efficacy. The author claims the possibility for some students or others to interrupt their studies at the moment they deem fit in order to prepare themselves in fundamental research work without losing their contact with clinics. The new social, organizing and administrative tasks also claim a special formation of those engaged in them. Finally the importance of sciences devoted to the study of human conduct especially psychology, is stressed. Illness is a human experience. This technique and socialization tend to dehumanize medicine. These trends shall have to be made up by the necessary preparation of physicians enabling them to comprehend the illness as a human phenomenon. This subject corresponds to medical psychology.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Schwierigkeit, Arzt in der heutigen Zeit zu sein, ist nicht nur eine Folge der Erweiterung der geforderten Kenntnisse, sondern auch der besonderen auch der besonderen Stellung, die dieser in der heutigen Gesellschaft einzunehmen verpflichtet ist.

Die gegenwärtige Gesellschaft unterliegt einem sehr schnellen Wechsel und dieser Wechsel führt seinerseits auch zu entsprechenden Wechseln in der Art der Ausübung der Medizin. Die Bevölkerung der Welt nimmt laufend zu. Es wächst die Zahl der alten Personen. Es nehmen die chronischen Kranken zu. Die Landbevölkerung wandert zur Stadt, und dadurch tritt ein Wechsel in der Form und dem Stil des Lebens ein. Die Verweltlichung der Stadt führt zu gesteigerten An-

forderungen in bezug auf den Wohlstand. Der Mensch unserer Zeit begreift nicht, dass die Gesundheit nicht nur ein "Abwesenheit von Krankheiten", sondern auch im Wohlstand besteht, womit die Medizin in allen ihren sozialen Aufgabengebieten um fasst wird, die bisher dem Arzt unbekannt waren, solange er einem freien Beruf nachging. In der "reichen Gesellschaft" besteht eine klare Tendenz zur Aufstellung der Forderung einer technischen und genau umgrenzten Medizin, die jeden Tag neue Fortschritte macht. Diese Forderungen und "Erwartungen" machen die Medizin teurer und beschleunigen ihren Prozess einer Sozialisierung, damit alle in den Genuss ihrer Vorteile kommen.

Mit anderen Worten, es wird ein neuer Arzttyp gefordert. Seine Vorbereitung kann jedoch nur auf Grund von Erfahrungen und Versuchen erreicht werden, die in geeigneter Weise kontrolliert werden, um auf diese Weise sicherzustellen, dass die so geschulten Aerzte auch wirklich in der Lage sind, die von den Kranken einer säkularisierten Gesellschaft gestellten Anforderungen besser zu erfüllen. Bei den Ausbildungsplänen sollte das dreiteilige Schema der Ausbildung in den grundlegenden Wissenschaften, der klinischen Unterweisung und dem turnusmässigen internen Aufenthalt in Krankenhäusern aufrechterhalten werden. Das Wichtigste bei der Organisation der Unterweisung ist die Erkenntnis der Notwendigkeit, die einzelnen Zweige gemäss den eigentlichen Erfordernissen der behandelten Themata aufzubauen. Die Aufteilung in Lehrstühle oder Abteilungen bedeutet nicht, dass diese Teilung auch für die Ausbildung und Schulung aufrecht erhalten werden müsste. Neue Schulungstechniken müssen ebenso berücksichtigt werden wie die ethische Ausbildung des Arztes. Jede Medizinische Lehranstalt sollte ihre eigene pädagogische Organisation auf Grund der ihr zur Verfügung stehenden Mittel und unter Berücksichtigung der Zahl der Studenten erstellen. Der Verfasser setzt sich für eine grundlegende Ausbildung eines jeden Arztes ein, auf die sodann seine Spezialisierung zu folgen hat. Auch der praktische Arzt sollte eine Ausbildung genau wie ein Spezialist erfahren, was zu einer Erhöhung seiner Würde, seines Ansehens und seiner Wirksamkeit beiträgt. Es wird die Möglichkeit gefordert, dass einige Studenten sich in dem ihnen geeignet erscheinen Augenblick abzweigen, um sich unter Aufrechterhaltung der Verbindung mit der Klinik besser für die grundlegende Forschungsarbeit vorbereiten zu können. Auch die neuen Sozial-, Organisations- und Verwaltungsaufgaben erfordern eine besondere Ausbildung für alle diejenigen, die sich ihnen widmen. Schliesslich wird die Bedeutung der Wissenschaften hervorgehoben, die sich mit dem Studium des menschlichen Verhaltens, insbesondere aber mit der Psychologie befassen. Die Krankheit ist eine technische menschliche Erfahrung, und die Sozialisierung geht auf eine Entmenschlichung der Medizin aus. Diese Tendenzen sollten durch die erforderliche Ausbildung der Aerzte hinsichtlich des Verständnisses der Krankheit als eines menschlichen Phänomens kompensiert werden. Diese Aufgabe gebührt der medizinischen Psychologie.

