

ODISEA

La formación, el perfeccionamiento y el ejercicio profesional de la medicina es, en todo caso, una verdadera odisea, un viaje largo en el que abundan las peripecias, las frustraciones más adversas y algunas alegrías destinadas siempre a acompañar al sufriente. Este es un viaje aciago e interminable pero aporta conocimiento y comprensión. La medicina tiene más problemas que cualquier actividad y asume sus errores, sus acuerdos y la vivencia emocional de la vida y la tarea vivida.



Leonardo Strejilevich. Médico y gerontólogo. Ex Profesor Universitario de UBA y UNSA de Argentina. Premios de la Academia de Medicina, Facultad de Medicina y Universidad Maimónides de Buenos Aires de Argentina. Publicó 51 libros y más de 500 trabajos científicos y literarios.



editorial académica española



FOR AUTHOR USE ONLY

Leonardo Strejilevich

ODISEA

Historias y reflexiones de un viejo médico

Leonardo Strojilevich

ODISEA

FOR AUTHOR USE ONLY

Leonardo Strejilevich

ODISEA

Historias y reflexiones de un viejo médico

FOR AUTHOR USE ONLY

Editorial Académica Española

Imprint

Any brand names and product names mentioned in this book are subject to trademark, brand or patent protection and are trademarks or registered trademarks of their respective holders. The use of brand names, product names, common names, trade names, product descriptions etc. even without a particular marking in this work is in no way to be construed to mean that such names may be regarded as unrestricted in respect of trademark and brand protection legislation and could thus be used by anyone.

Cover image: www.ingimage.com

Publisher:

Editorial Académica Española

is a trademark of

Dodo Books Indian Ocean Ltd. and OmniScriptum S.R.L publishing group

120 High Road, East Finchley, London, N2 9ED, United Kingdom

Str. Armeneasca 28/1, office 1, Chisinau MD-2012, Republic of Moldova,
Europe

Managing Directors: Ieva Konstantinova, Victoria Ursu

info@omniscryptum.com

Printed at: see last page

ISBN: 978-620-5-63708-1

Copyright © Leonardo Strejilevich

Copyright © 2026 Dodo Books Indian Ocean Ltd. and OmniScriptum S.R.L
publishing group

FOR AUTHOR USE ONLY

LEONARDO STREJILEVICH

ODISEA

HISTORIAS Y REFLEXIONES DE UN VIEJO MÉDICO



PRÓLOGO

La formación, el perfeccionamiento y el ejercicio profesional de la medicina es, en todo caso, una verdadera odisea, un viaje largo en el que abundan las frustraciones más adversas, algunas alegrías gratificantes y una sucesión de peripecias destinadas a curar algunas enfermedades, acompañar al sufriente y destinar esfuerzos y compromisos para procurar el mayor bienestar posible a los seres humanos. Este viaje aciago e interminable aporta siempre conocimiento y comprensión; el logro del objetivo es muchas veces fatigoso e inalcanzable.

Es oportuno y hasta necesario que un médico que ha llegado a la vejez exprese con claridad y sin tapujos las historias que ha registrado, las experiencias vividas, los problemas de la vida activa, los límites impuestos por la realidad de la actividad cotidiana, los aciertos, los errores, la vivencia emocional de la vida vivida.

Este libro contiene una serie de ensayos breves que manifiestan una realidad médica y de los médicos pública, privada, soslayada y desconocida por la mayoría de nuestra gente basadas en la realidad y la verdad.

LO QUE FUI Y LO QUE SOY

¡Qué contraste entre lo que fui y lo que soy ! Siendo lo que ahora soy, conservo todavía algunos rasgos significativos, útiles y funcionales –aunque envejecidos– de lo que fui. Nada soy, a esta edad, que no provenga directa, fatal y consecuentemente de lo que ya antes era.

Me quedan dos opciones: resignarme, sin poder despejar de mi la bronca y la desesperanza al asco de la degradación o proponerme no descartar la posibilidad de vivir cuanto y como sea posible, mitigando mi corrupción, con algún tipo de renacimiento inventado en el que todo lo que se ha ido pueda volver aunque de otro modo.

La inquietud y la zozobra son un veneno que literalmente mata. A esta edad, me conviene tener una cierta indulgencia para conmigo mismo, tratar de armonizar las cosas, las certezas y las incertidumbres de la vida con mi pensamiento y mis posibilidades de acción; resguardarme de lo que no me conviene y me hace daño inútilmente.

Existir no es fácil ni cualquier cosa; me niego a ser desplazado de la vida mientras no esté formalmente muerto. Si existo por dentro, que es existir de veras, sólo así puedo decir que estoy aún vivo.

Si he merecido la vida y la he justificado, merezco tener una salida honrosa hasta en la muerte; como siempre y pese a todo, allá vamos...

He metido muchas veces las manos en la pasta del mundo y con frecuencia cometí el error de querer moldearlo a imagen y semejanza del proyecto racional que ilusoriamente forjé pero, al mismo tiempo, fui moldeado por ese mismo mundo al que todavía pertenezco.

Muchas veces, consideré válidos mis derechos pero no tuve respaldos y la fuerza personal para reivindicarlos.

Me di cuenta de mi fatal metamorfosis según pasaban los años; tuve innecesarios enfrentamientos de consecuencias imprevisibles y me di cuenta que las crisis no respetan casi nada.

Ha llegado el momento en que es preciso aceptar y pagar el precio de lo que amé y odié y asumir la desconfianza que siempre me produjo la idea de que los demás apechugaran por mí.

A estas alturas, estoy perfectamente diagnosticado: proceso de desánimo esperanzado y generalizado ante la veracidad de lo real.

Me fui curando del palabrerío apocalíptico con que coqueteaba y trataba de convencer a otros; mi pesimismo me transformó y me llevó a ser lúcido y activo; no dejé que me fascinara el imperio de la nada y lo irremediable incentivó mi espíritu creador.

A esta edad, también me di cuenta que partí y viví de lo que sé y no contra lo que sé; viví al servicio de mi querer y me até a lo que merecía ser verdad; me aparté, a tiempo, de cierta elite amarga e inteligente; me adelanté al enemigo para que no invadiera mi propio territorio.

He perdido el júbilo de dictaminar; conservo bastantes de mis ideas y mis criterios, aunque no haya tenido muchas oportunidades de que se revelaran como aciertos. Soy viejo, y no por eso mi voz es más digna de ser escuchada que antes, pero tampoco menos. Las batallas las viví a fondo, la mayoría no las gané pero salí vivo y cambiado, salí otro.

No me acaloré por el imbécil, el fanático o el dogmático convencidos y obnubilados por lo que creen; me fastidió siempre la miseria de los enfoques, la maliciosa deformación de la realidad, el desdén por las evidencias irrefutables.

No me negué a escuchar pero rechazé por irrelevantes los argumentos esgrimidos como hábitos del pensamiento; disculpé los actos malformados y deliberados aunque fueran odiosos y vi, con perplejidad, que las deficiencias afincadas en los demás sustituían con ventaja al talento y a la capacitación.

Carezco de gracia y sin embargo soy un ser risible; acepté las bromas sobre mí cuando no eran estridentes, acusadoras o vulgares y me he regocijado con los

bromistas. Denuncié con razones lo que me parecía mal y no utilicé la amistad propicia para fabricar tapaderas para mis errores.

Alejandro, el Magno, decía “lo hemos conquistado todo y no conservamos nada”; así es hasta el final aún si se tiene la razón, toda la razón, pero nada más que la razón y, por eso, admitir que casi siempre nos equivocamos.

Me queda claro que no necesité enemigos para ser yo mismo y que yo, finalmente, era el peor enemigo de mí mismo.

Mi largo entrenamiento para tratar la carne y el alma humana, me destrozaron y me dejaron exhausto pero comprendí y me reconcilé con el sufrimiento; abandoné el combate contra la muerte y rescaté la vida.

Hoy, que he perdido mi ocasional y evanescente atractivo por la edad que tengo y las enfermedades que padecí, sin embargo no han hecho disminuir la belleza de mis desperdicios aunque los demás no coincidan con esta afirmación.

Traté de gestionar en lo que me tocó, sin pactar con vileza con nadie; no fingí la más de las veces pero me mostré hipócritamente benevolente de acuerdo con la rispidez de las circunstancias.

Me propuse no intimidar ni imponerme; decidí, cuando pude, por lo mejor para otros y fracasé y me desilusioné incontables veces. Opté por no ser censor de los demás y no aliarme con los que más pudieran beneficiarme. Me propuse, también, no dejar víctimas a lo largo de mi camino porque, además, las hubiera llevado cargando sobre mi espalda como un criminal hasta el final.

Procuré considerar el horror del sufrimiento y del ejercicio de la medicina siempre con rostro humano; muchas veces tuve miedo pero esto reforzó mi respeto por el uso de la libertad responsable y la de los seres humanos.

Soy amigo de la sociedad pero descreo de la institucionalización de sus problemas y necesidades; las relaciones entre todos se basa en la cuota disponible de la capacidad de amar que se tenga y de la manía de salvarse junto a, con los demás.

Recordé, siempre, que la vida nos necesita a todos y que servicio es el vicio de ser y de dar.

Hice un nido en un alto risco y volé desde allí tan lejos como pude; de lo imposible no guardo nostalgia; amo las causas perdidas pero no deseo perderme con ellas.

Me esforcé para no dejar que la parte terrible de mi experiencia, se convirtiera en mí en agotamiento y vejez.

Presumí de tolerante y nunca decreté por derecho propio que alguien o algo no tiene cura ni solución y aprendí que las personas deben decidir por sí mismas el momento de decir que sí o que no, de ser deshauciados, de decidir morir. Me insuflé dosis crecientes de humildad para contrarrestar el exceso de soberbia de mi formación.

Entendí que casi todo se consigue con la voluntad y la pasión. Mi necesidad, mi cadena en el cuello, mi grillete, mi yugo, fue autoimpuesto.

He llegado a viejo y el lazo o la atadura a mi propia historia, a la de mi generación y a la de mi vapuleada Patria no se ha desatado ni roto.

Al ser mayor, ya no me interesa donde radica el poder, la fama y las fórmulas usuales del bienestar de nuestra civilización...

Renuncié, hace mucho, a los rituales burocráticos de la militancia política, pero me acuerdo todavía de cuatro o cinco consignas gastadas que usaba en mi juventud; la pasión por enmendar la realidad en que vivo son sólo briznas y rescoldo; no pude ser un redentor; con la edad, mi capacidad de lucha está embotada pero sigo siendo rebelde e inconformista, víctima al fin de un Estado indefendible, parsimonioso, que monopoliza el poder y que me mantiene, a esta edad y junto a tantos millones de viejos como yo, con falsas justificaciones, que utiliza un cinismo histórico y un pragmatismo asocial; vivo en una estructura desigual, explotada, adocenada; los trucos de la imaginación estatal no me ayudan a vivir.

La tenebrosa prótesis de esta estructura social no ha permitido superar las frustraciones a mis padres y yo acumulé con las de ellos las mías; esto me convirtió en un ser obsesivo y fóbico, pero no guardo rencor ni resentimiento.

Me di cuenta, hace mucho, que estaba excluido de cualquier supuesta tierra prometida y ahora, que soy viejo, por fin pude, en parte, sacudirme la normativa universal, la ley, mi timorata rutina, mi vergonzosa adhesión y aceptación sin protesta de normas y más normas, la vigilancia, la censura, el sometimiento, la coacción, el manipuleo, el castigo y, no se cómo, llegué hasta aquí sin ser ejecutado. Por fin, ahora, puedo rechazar el lastre que me abrumó durante tantos años.

Ahora, soy un viejo afable, doy la impresión de tener cierta cordura y ya no tengo una razón esclavizada; soy mucho más libre gracias a la edad y estoy dispuesto más veces a decir “no”.

No deseo ser un viejo demasiado normal, demasiado sensato, demasiado sumiso y agradecido aunque me condenen a la soledad y finalmente a ser el gran perdedor del tiempo que pude vivir –como todo hombre-, que es una trama “de polvo, tiempo, sueño y agonía”. Ya no tengo piedad morbosa por mis propios males, ni tengo ganas de jugarme una carta para quedarme si, de todos modos, no me voy a quedar...

La vanidad, que es la última forma de optimismo, la perdí; el porte, el pelo, los dientes también; el diamante de mi interior, si lo tuve, ya no es puro, traslúcido y perfecto; tiene varios carbonos, está desfacetado y lo clivó y redujo la vida vivida; ya no vale casi nada.

Nada ahora es para mí urgente, inminente, importante, impostergable; salvo este hermoso sol de esta tierra y una rica comida que me espera en casa. La única injusticia que me preocupa es la que no me deja ser como yo quiero y me den menos de la mitad de lo que necesito “ahora” para vivir.

Mi ola ya pasó. “Sólo hay un momento para cada ola, no más, y quizá una sola ola para cada uno”; todo es preferible a lo inacabable; por lo menos estoy seguro que habrá un final: lo que se da, se acaba.

Ya no soy peligroso para nadie salvo para mí mismo; todo el daño que me correspondía hacer ya está cumplido y el haberlo hecho, aún sin intención, me desmoraliza.

Estoy al borde de ser definitivamente olvidado y también olvidarme yo también de mí; de esto, nada podré contar a nadie que me escucha; lo que conviene es reunirme conmigo mismo y no renunciar a seguir la búsqueda, aunque al final, esté el silencio.

Al final de esta historia, no sabré nunca si me salvaré; tal vez no lo merezca.

FOR AUTHOR USE ONLY

EL MÉDICO COMO PACIENTE

“¡Qué pena ser médico y enfermo a la vez!...

Me era imposible desterrar de mi espíritu la angustiosa idea de la muerte.

Aferrábase a mi sensibilidad exasperada con una obstinación que rechazaba, a priori, los planes terapéuticos e higiénicos mejor encaminados. Consideraba fenecida mi carrera, frustrado mi destino, pura quimera el ideal de contribuir con algo al acervo común de la cultura patria.”

Santiago Ramón y Cajal

La enfermedad tiene dos aspectos diferentes. Uno, es la enfermedad con relación a los demás; y otro, el que se refiere a uno mismo; los médicos conocemos muy bien la primera parte. Es en general muy difícil pasar de médico a enfermo.

La enfermedad propia siempre nos enseña muchísimo, especialmente a los médicos. Los médicos diagnostican miles de enfermedades mortales; expresan miles de veredictos finales. Cuando el médico sabe que va a morir, no lo advierte como lo sabemos todos, ignorantes del cuándo y del cómo: conoce su plazo. La muerte, es enemiga y compañera de los médicos por todos los años de ejercicio de la profesión. Los médicos y todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud son testigos de muchas agonías y marchas hacia la otra orilla.

Los médicos saben que si alguien muere en plena vida, el desenlace es súbito y apenas se entera la persona de su marcha. A una preagonía tormentosa sigue después una muerte dulce: a medida que el final se acerca, el cerebro pierde la sensibilidad fisiológica y la agonía, ya de por sí, trae el estado de hipoestesia.

Un médico que va a morir quizás no sufra tanto como sus familiares, colegas, amigos y muchos de sus pacientes que le rodean y le consideran bien;

cuando se llega a ese trance final, el enfermo no es que se desentienda de lo que le rodea, sino que entra en una zona de nadie en la que se encuentra a sí mismo. Y ese encontrarse, unido al instinto de conservación, le permite afrontar la situación con más paz. Así como el médico se ha inclinado casi siempre por el camino de la verdad con el enfermo, para que afronte con dignidad su destino y lo que pueda conllevar, se hace necesario tratar de aplicar la misma regla para con uno mismo.

Los médicos no gustan de esforzarse por disimular las enfermedades mortales, sino que siempre han preferido trabajar duramente por salvar vidas y, cuando no pueden, tratan de respetar la dignidad del enfermo que tiene derecho a saber qué pasa en su cuerpo, por qué se le opera, qué pasa con su vida.

Decir la verdad a un enfermo por más médico que se sea siempre traerá más confianza hacia quien lo cuida y vela por él; sabe que además de su instinto de conservación, cuenta con otra persona que lucha por su vida. También es necesario este modo de proceder para que cada uno, con su libertad, opte por el camino que crea más conveniente en unas horas que pueden ser las últimas. Unos quieren tomar determinaciones humanas, otros quieren ponerse a bien con Dios, otros no hacen nada. Pero aun así, tienen derecho a saber que su vida se acaba y se avecina la muerte sin conocer ni saber a ciencia cierta la hora ni el lugar, pero que inconscientemente se vislumbra y se sabe.

Saber más o menos cuándo y cómo se ha de morir es, a veces, una oportunidad de hacer cosas por las que vale la pena vivir; esto da más fortalezas y bienestar. Tener una mujer, hijos, muchos amigos y colegas entrañables mejora enormemente la situación.

No perder la lucidez en espera que llegue la muerte, sin provocarla ni prolongarla, sin dolor, sin máquinas permite aprovechar la energía restante y la experiencia como médico facilita el abordaje, con la frialdad y el desapasionamiento necesarios, de los temas relativos al fallecimiento. Reflexionar siempre y, si es posible, con una sonrisa, posibilita aceptar el diagnóstico de una enfermedad terminal que debe esforzar la cabeza para

entenderla aunque el corazón no la acompañe. El diagnóstico de la enfermedad suele ser para el médico y para cualquier persona una verdadera amputación de la esperanza y la interrupción de un proyecto de vida.

Nada es fácil y más para el médico como conocedor, cuando no se encuentra remedio para sí mismo. Se prueba todo; se llega a prestarse como voluntario para experimentar en su caso con adelantos terapéuticos que sólo están al momento en la fase experimental en los laboratorios. Se trata de dejar abierta una rendija al optimismo.

Siempre se intenta aferrarse a la vida, aunque disimuladamente la duda y la incertidumbre esté presente. Si se es un hombre religioso, la tensión y el desasosiego disminuyen y se tiende a aprovechar al máximo el tiempo que queda.

Pocos desean morir; en general se lucha por vivir y conviene reconocer que la muerte es una etapa más de la vida.

Los médicos en el trance de morir deben aceptar el diagnóstico; obligarse a renunciaciones sucesivas y crecientes; a dejar de trabajar, de andar; a adaptar su entorno con diseños de artilugios que hagan más llevadera su problemática y sus limitaciones y alivien la situación vital de sus cuidadores naturales.

La confianza, la hermandad, la entrega, el respaldo, la contención, la seguridad de que siempre se hará lo mejor por parte de los colegas médicos y del equipo de salud en general sostienen, siempre, las penurias del médico frente a su propio destino fatal.

Quedamos perplejos ante las crecientes cifras de morbimortalidad y discapacidades de toda índole que aquejan a los médicos de nuestro país en general, en edades cada vez más jóvenes y que derivan en una realidad sociosanitaria inconveniente desde todo punto de vista.

Los médicos al igual que todos los seres humanos, tenemos la posibilidad cierta – si vivimos muchos años – de enfermar, envejecer, discapacitarnos y morir. Al mismo tiempo, el proceso biopsicosocial evolutivo e involutivo de los médicos está sobrecargado con un peso absoluto y relativo desmesurado

devenido del ejercicio profesional y de la acumulación del dolor humano generado en nuestros propios pacientes y transferidos a nosotros que nos impone una “reconstrucción” psicosocial permanente para no perder la salud y para poder renovar, cada vez, el pacto de brindar el soporte y el apoyo en plenitud por ante los requerimientos de los que sufren.

Esta temática no es menor ya que incide negativamente en el propio proceso de enfermar, sufrir accidentes y envejecer de los médicos y, en algunos casos, genera el retiro prematuro de la actividad profesional por morbilidad invalidante en las áreas biológica, psicológica y social.

Al mismo tiempo, incide negativamente sobre los médicos, el modelo convivencial actual y la realidad fáctica en el ejercicio tecnoprofesional de la medicina en nuestro país que se caracteriza, entre otras muchas cosas, por:

- exagerado individualismo,
- dificultades casi insalvables para la formación de postgrado y educación médica permanente,
- empobrecimiento de la clase media a la que pertenecen la mayoría de los médicos,
- falta de accesibilidad para trabajar en instituciones sanitarias públicas o privadas basados en la excelencia, la cualificación, la competitividad académica y la legitimación de servicios de salud por acreditación validable y periódica-sobreoferta médica (1:300 en la actualidad),
- falta de un modelo sanitario y social (público, privado y de obras sociales) incluso hasta para los profesionales y técnicos del equipo de salud,
- distribución inequitativa de los recursos incluyendo los humanos, juventud médica postergada en su inserción profesional, intelectual y económica,
- desentendimiento de los responsables estatales y privados de las condiciones de trabajo y de acuerdos salariales dignos,
- la mayoría de los médicos jubilados de nuestro país, reserva de experiencia difícilmente reemplazable, sabiduría y sensatez, no participan en el seno de la

comunidad médica ni tampoco colaboran en términos sanitarios con la enorme cantidad de gente y colegas jóvenes que los necesitan.

Concluimos por aceptar, entonces, que el ejercicio de la medicina es un factor de riesgo en sí mismo.

El ejercicio de la Medicina como profesión tiene características que le son propias y lo diferencian de otras prácticas profesionales.

Se ha mencionado muchas veces que la medicina no es simplemente una profesión que se ejerce sino más bien un verdadero estilo de vida. La medicina impone a quienes se dedican a ella un grado de compromiso vital que, no pocas veces, impregna las demás áreas de la vida de las personas.

Es llamativo el escaso lugar que la investigación científica ha dedicado al estudio del impacto que esto produce sobre los individuos que ejercen la profesión médica y a la detección de las situaciones de riesgo para su salud y calidad de vida.

Los médicos aún tienen un natural liderazgo en la sociedad, sus propuestas son creíbles, legitiman su papel social por su presencia activa en la solución de los problemas de la gente, poseen una débil porción de poder, su responsabilidad y su compromiso son de alcance infinito de acuerdo con la expectativas de la gente y el imaginario popular.

Quedan dos opciones: resignarse, sin poder despejar la bronca y la desesperanza al asco de la degradación y la muerte o proponerse no descartar la posibilidad de vivir cuanto y como sea posible, mitigando la corrupción, con algún tipo de renacimiento inventado en el que todo lo que se ha ido pueda volver aunque de otro modo. La inquietud y la zozobra son un veneno que literalmente mata.

En este trance, conviene tener una cierta indulgencia para con uno mismo, tratar de armonizar las cosas, las certezas y las incertidumbres de la vida con el pensamiento y las posibilidades de acción; resguardarse de lo que no conviene y hace daño inútilmente.

Existir y morir no es fácil ni cualquier cosa; deberíamos “negarnos” a ser desplazados de la vida mientras no estemos formalmente muertos.

Si existimos por dentro, que es existir de veras, sólo así se puede decir que estamos aún vivos.

Si hemos merecido la vida y la hemos justificado, merecemos tener una salida honrosa hasta en la muerte; como siempre y pese a todo, allá vamos...

Los médicos tuvieron un largo entrenamiento para tratar la carne y el alma humana, se destrozaron en el camino y quedaron exhaustos, pero reconocen y comprenden a la persona humana y nunca abandonan el combate contra la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y hasta ayudan a bien morir rescatando la vida.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO

¿Quién se acuerda de la salud del médico? ¿Qué ocurre cuando ésta falla?

¿Reconoce el propio facultativo sus problemas de salud cuando se presentan? ¿Los asume? ¿Actúa en consecuencia? Los profesionales sanitarios en general, y muy especialmente los médicos, a menudo no actúan debidamente como pacientes. Aunque resulte paradójico, los profesionales de la salud se encuentran entre la población que recibe una menor atención sanitaria, bien por autosuficiencia, por la negación de las propias enfermedades o por consultas esporádicas a colegas. Es evidente que, por lo general, en las consultas entre médicos no se establece la adecuada relación terapeuta-paciente presente en la práctica clínica habitual.

Sólo en el ámbito de los procesos mentales se estima que, durante su vida profesional, uno de cada diez médicos puede presentar algún episodio relacionado con enfermedades psíquicas o conductas adictivas que pueden menoscabar su ejercicio profesional e inducir a errores y negligencias. Estas enfermedades repercuten de forma negativa en la vida cotidiana, tanto en el entorno familiar como en los círculos profesionales y también en la relación con los pacientes. Aun siendo conscientes de este perjuicio, el miedo, el sentimiento de culpa y la estigmatización social de la propia enfermedad hacen

que no sea infrecuente que los médicos oculten o nieguen su problema. La falta de iniciativa y decisión para solicitar ayuda no provoca más que el retraso a la hora de encarar soluciones y, como consecuencia, el empeoramiento del pronóstico. Cuando un médico renuncia a buscar soluciones eficaces a su problema, su conducta supera el ámbito estrictamente personal para convertirse en una cuestión que afecta al bienestar público por las consecuencias que puede llegar a ocasionar en la salud de los pacientes.

En algunos países desarrollados (EEUU, Canadá, Australia, España) hay Programas de Atención Integral al Médico Enfermo creados para superar las barreras que impiden que el médico se vea como paciente y para facilitar el acceso a una atención sanitaria de calidad. Además de tratamiento médico-psicológico, el programa ofrece al médico enfermo el apoyo legal que pueda necesitar.

Es necesario conseguir que el médico enfermo se sienta respaldado y, por otra, dar una garantía de protección a los pacientes. Este tipo de programas de médicos para médicos, permiten superar la barrera que impide que el médico se vea como paciente y así romper ese muro que frena a los médicos a la hora de pedir ayuda cuando detectamos que se comienza a deteriorar nuestra salud, capacidad de juicio o habilidad técnica.

Cada vez son más los estudios que alertan sobre niveles elevados de estrés, burnout y malestar psicológico dentro la profesión médica en general, y muchas las causas con las que se relacionan y las consecuencias a que pueden dar lugar.

Los médicos, en su condición de humanos, son tan vulnerables a la enfermedad como lo son sus pacientes y, por consiguiente, pueden enfermar por múltiples causas. Sin embargo, en muchas ocasiones el propio médico enfermo no conoce al médico de cabecera al que acudir, no tiene historia clínica abierta y actualizada, no quiere reconocer la propia enfermedad o el propio médico se autoimpone los tratamientos antes de consultar con otros profesionales.

Los médicos como todos o más que todos necesitan de estrategias orientadas a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

La salud y el bienestar del profesional de la salud, además, se constituyen en elementos primordiales de cara a garantizar la praxis de calidad y seguridad a la que todos tenemos derecho.

FOR AUTHOR USE ONLY

CONFESIONES DE UN MÉDICO JUBILADO

La medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad...

SIR WILLIAM OSLER

Las únicas certezas de la vida, son la muerte y los impuestos.

Todos tratamos de evitarlas

BENJAMIN FRANKLIN

Ahora que me jubilo, vuelvo a empezar de cero —me dije—, pero me estoy quedando sin tiempo.

Debo admitir que no estoy nada convencido de que me atreva a utilizar los fármacos de mi botiquín de suicidio cuando me vea ante los síntomas tempranos de la demencia —algo que puede suceder pronto—, o si desarrollo alguna enfermedad incurable.

Se dice con frecuencia que más vale partir demasiado pronto que demasiado tarde, ya se trate de una carrera profesional, de una fiesta o de la vida misma. Sea como sea, el problema es saber cuándo ha llegado ese momento.

Es relativamente fácil abrigar la fantasía de morir con dignidad quitándote la vida, puesto que la muerte es todavía algo remoto. No puedo predecir cuáles serán mis sentimientos cuando sepa que mi vida toca a su fin, un fin que bien podría ser penoso y degradante. Como médico que soy, no me hago ilusiones. Pero no me sorprendería demasiado que empezara a aferrarme desesperadamente a la poca vida que me quedara. Al parecer, en los países donde el llamado «suicidio asistido» está legalizado, mucha gente que padece una enfermedad terminal, pese a haber expresado su voluntad de morir sin sufrir, llegado el momento no se decide por esa opción.

Cuando se aproxima la muerte, empezamos a albergar la esperanza de que aún pueda existir un futuro. Desarrollamos lo que los psicólogos llaman «disonancia cognitiva», que nos hace abrigar pensamientos totalmente

contradictorios. Una parte de nosotros sabe y acepta que nos estamos muriendo, pero otra siente y cree que todavía tenemos un futuro. Es como si nuestros cerebros llevaran integrada la esperanza, al menos en una parte.

Un buen médico nunca mentirá al paciente ni lo privará de esperanza, aunque ésta consista tan sólo en vivir unos días más. Pero no es tarea fácil, lleva su tiempo y requiere largos silencios.

Mis colegas jóvenes y mis residentes son mucho más jóvenes que yo; todavía tienen la salud y la confianza en sí mismos que da la juventud, como yo las tenía a su edad. Cuando eres un residente de primer o segundo año, estás bastante distanciado de la realidad a la que se enfrentan los pacientes mayores. Yo, en cambio, ahora que me dispongo a retirarme, estoy perdiendo esa distancia. Pronto volveré a ser un miembro de una clase inferior, la de los pacientes, como lo era antes de convertirme en médico, y dejaré de ser uno de los elegidos.

En principio, hace mucho tiempo, me parecía que el ejercicio de la medicina era algo exquisito, la forma más elevada de utilizar las manos y la mente a la vez, de combinar arte y ciencia. Estaba convencido de que los médicos tenían que ser muy sabios; incluso llegué a pensar que podían llegar a entender el significado de la vida.

He llegado a perturbarme saber que mi cerebro es un órgano que envejece, al igual que los demás órganos; que mi yo está envejeciendo y no tengo manera de saber qué cambios ha experimentado.

Miro las manchas de vejez en mis manos, estas manos cuyo uso lo ha sido todo en mi vida, me preocupa desarrollar la demencia y mi conocimiento de la neurociencia, además, hace que me vea privado del consuelo de creer en alguna clase de vida después de la muerte y en la restitución de lo que haya perdido.

Acabo mi carrera sintiéndome no exactamente desilusionado, pero sí, en cierto sentido, decepcionado. He aprendido muchas más cosas sobre mi propia falibilidad y sobre la crudeza de la medicina —pese a la frecuencia con que resulta necesaria.

Ansío jubilarme y huir de todas las miserias humanas que he tenido que presenciar durante tantos años, y, al mismo tiempo, temiendo mi partida. Voy a empezar de cero otra vez, vuelvo a decirme, pero me estoy quedando sin tiempo. Sin embargo, ahora que mi carrera toca a su fin, siento que la armadura psicológica que había llevado puesta durante tantos años empezaba a caerse a pedazos, dejándome desnudo. No alcanzaré ni de modo silente a disculparme ante todos mis pacientes víctimas de mis prisas en el pasado.

Añoro mi época de residente, era impensable que yo abandonara el edificio del hospital antes que mi adjunto, pero, en el nuevo mundo de los médicos que trabajan por turnos, la formación de profesionales mediante la fórmula de un maestro y un aprendiz prácticamente ha desaparecido.

Cuando miro atrás, veo con espanto cuán poca atención les presté a mis hijos durante aquella época.

Tengo la sensación de haber adquirido ciertas dosis de sabiduría y autocontrol a raíz de aquellos tiempos terribles, pero ahora también me pregunto si en parte ha sido así porque, sencillamente, los circuitos emocionales en mi cerebro se están ralentizando con la edad; me conviene mantenerme ocupado y alejar mis pensamientos sobre el futuro.

Aprendí que la distinción entre dolencias físicas y psíquicas es falsa, o por lo menos que las enfermedades de la mente no son menos reales que las del cuerpo, ni menos merecedoras de nuestra ayuda.

El ser médico siempre me ha hecho sentir tremendamente privilegiado.

Muchas de las intervenciones más arriesgadas y apasionantes de la medicina y la cirugía se han vuelto innecesarias. Actualmente los médicos están sometidos a una burocracia reguladora que no

existía cuarenta años atrás y que, además, parece indicar una escasa comprensión de las realidades de la profesión médica.

Ser médico es una especie de lujo moral que corrompe fácilmente a los galenos. Qué poco le cuesta a uno acabar pagado de sí mismo y convertido en

un presuntuoso, creyéndose más importante que sus pacientes. Reevaluar a los médicos es importante, y no es tarea fácil.

Las intervenciones médicas o quirúrgicas difíciles y peligrosas eran siempre las más atractivas y emocionantes cuando era un médico joven, pero, a medida que mi carrera se acercaba a su fin, me encontraba con que mi pasión por esa clase de casos y por asumir el riesgo de que sucediera una calamidad disminuía rápidamente. La idea de que mi intervención saliera mal y dejara a un paciente hecho polvo a mis espaldas de jubilado me llenaba de consternación. Además —me decía—, si dentro de poco voy a abandonar todo esto, ¿por qué debería seguir castigándome así?

Siempre había amado mi trabajo, pese a que en ocasiones pudiera resultar tan doloroso. Cada jornada era interesante; me encantaba cuidar de mis pacientes; me encantaba sentirme importante, aunque sólo fuera en el pequeño reducto de mi hospital.

De hecho, con frecuencia había tenido la sensación de que, más que un simple trabajo, era una maravillosa oportunidad para la aventura y la expresión personal. Siempre me había parecido profundamente significativo. Pero en los últimos años ese amor había empezado a perder intensidad. Yo lo achacaba a que el trabajo de médico se parecía cada vez más al de un empleado anónimo en una empresa gigantesca. La sensación de que había algo especial en el hecho de ser médico había desaparecido: sólo era un empleo más, yo sólo era el miembro de un equipo con muchos integrantes, a los que ni siquiera conocía. Cada vez tenía menos autoridad. Mi sensación de que no confiaban en mí aumentaba día tras día, empezaba a sentirme frustrado y alienado. Sin embargo, a pesar de eso, seguía teniendo una abrumadora sensación de responsabilidad personal hacia mis pobres pacientes.

De todos modos, también era posible que simplemente estuviera cada vez más viejo y cansado, que ya hubiese llegado el momento de abandonar. Una parte de mí deseaba marcharse, liberarse de la ansiedad, ser dueño de mi propio tiempo; pero otra parte veía la jubilación como un vacío aterrador no muy distinto de la muerte, un vacío que se vería alimentado por la merma de facultades en la senectud y por una posible demencia que le pondría fin a todo.

Siempre volví al hospital por la noche o por la tarde para ver a mis pacientes. Lo hacía casi siempre: vivía cerca, de modo que no me costaba mucho, y sabía que a ellos les gustaba verme. Aquel gesto constituía también una pequeña protesta privada contra la forma en que actualmente se espera que trabajen los médicos, por turnos y con horarios fijos, y que supone que la medicina no se perciba ya como una vocación, una verdadera profesión.

Los años de frustración y consternación ante mi continua pérdida de autoridad, ante el menoscabo de la confianza y el triste declive de la profesión médica, me habían hecho estallar de repente, supongo que porque sabía que iba a jubilarme al cabo de pocas semanas y de pronto me sentía incapaz de contener la ira y aquella sensación de intensa humillación.

Se han perdido sobre todo las relaciones laborales amistosas que surgen en un hospital pequeño en el que todos se conocen y trabajan juntos sobre la base del compromiso personal y la amistad.

Los pacientes con lesiones o enfermedades graves rara vez llegan a comprender la difícil situación en que se encuentran, pero las personas cercanas a ellos sí lo hacen, y suelen padecer una depresión profunda. En cierto sentido, las verdaderas víctimas son las familias. Deben dedicarse las veinticuatro horas del día al cuidado de alguien que ya no es la persona que era, o bien sumirse en el remordimiento al verse obligadas a ingresarlas en una institución para el resto de su vida. Muchos matrimonios fracasan cuando deben lidiar con problemas de esa clase. Y el peor caso es el de los padres, que se ven trágicamente unidos a sus hijos con daños irreversibles tengan la edad que tengan.

Ahora abundan problemas serios con las familias de los pacientes cuando algo sale mal, como sucede tan a menudo en la medicina. Cada vez se ponen más pleitos a los médicos, y eso siempre implica la aportación de pruebas de los profesionales de la medicina contra sus colegas, en calidad de testigos expertos; a veces las familias amenazan a los médicos de forma violenta.

En la medicina ha existido siempre cierta tensión entre cuidar de los pacientes y ganar dinero. Por supuesto, supone un poco de ambas cosas, pero se trata de un equilibrio delicado y que se altera con facilidad.

Si se pretende que ese equilibrio se mantenga, son esenciales salarios y estándares profesionales altos. Al fin y al cabo, el Estado de derecho depende en parte de que a los jueces se les pague tan bien que no sientan la tentación de aceptar sobornos.

Muchas decisiones médicas, como llevar a cabo o no un tratamiento o hasta qué punto investigar, no están perfectamente definidas. Manejamos probabilidades, no certezas. Los pacientes no son consumidores, que por definición siempre saben qué les conviene más, y suelen tener que aceptar el consejo de sus médicos. La toma de decisiones clínicas puede verse distorsionada con facilidad por el hecho de que pueda haber ganancias económicas para el médico o el hospital, sin que ello suponga por fuerza que sean susceptibles de ser sobornados, aunque desde luego pueden serlo. Por otro lado, el aumento de las denuncias contra los médicos provoca asimismo un exceso de investigación y de tratamiento, lo que se ha dado en llamar «medicina defensiva». Siempre resulta más fácil llevar a cabo todos los análisis posibles y tratar al paciente «por si acaso», que correr el riesgo de pasar por alto algún problema vago e improbable y que te pongan un pleito.

Esa combinación de retribuir a los médicos mediante la «remuneración por servicio» —cuanto más hacemos, más nos pagan— y el aumento de litigios contra ellos es, en muchos países, una de las razones para que los costes de la sanidad se disparen hasta quedar fuera de control.

Antes tenía una visión muy crítica de los médicos y cirujanos que se mostraban distantes e indiferentes ante sus pacientes, pero ahora, ya en las postrimerías de mi carrera, me veo obligado a reconocer que quizá se había tratado de pura vanidad por mi parte, simplemente un intento más de sentirme superior a otros colegas.

Resulta muy fácil medicar u operar a todos los pacientes y no pensar en las posibles consecuencias. ¿Acaso un buen resultado justifica todo el sufrimiento

causado por muchos malos resultados? ¿Y quién soy yo para decidir qué diferencia hay entre un buen resultado y uno malo? Nos dicen que no debemos actuar como dioses, pero a veces sí debemos hacerlo, al menos si creemos que el papel de un médico es reducir el sufrimiento y no sólo salvar vidas a cualquier precio.

Pero los médicos manejamos probabilidades, no certezas. A veces, si has de tomar la decisión correcta, debes aceptar que podrías estar equivocado. Es posible que, actuando así, pierdas a un paciente con un buen resultado pero salves a muchos otros y a sus familias.

Practico ejercicios físicos de acuerdo con mis posibilidades por la edad que tengo. Rara vez disfruto con ello, ya que me supone un esfuerzo considerable y noto el cuerpo rígido y pesado. Supongo que lo hago por el miedo a envejecer y porque el ejercicio supuestamente posterga la demencia.

Cuando nos convertimos en médicos, la mayoría nos vemos obligados a reprimir nuestra empatía natural si queremos actuar con eficacia. La empatía no es algo que tengamos que aprender, sino algo que debemos desaprender. Los pacientes se vuelven parte del grupo de «no pertenencia» —como lo llaman los antropólogos—, en gente con la que ya no necesitamos identificarnos; los médicos podemos reivindicar alguna clase de superioridad moral con respecto a otras profesiones porque tratamos —al menos en teoría— a todos los pacientes de la misma forma, sin distinción de clase, raza, religión, riqueza o nacionalidad.

Sospecho que muchos de los problemas y cuestiones que me inquietan ahora, al enfrentarme a la jubilación y la vejez, ya estaban presentes entonces, cuando también trataba de encontrar un propósito a mi vida, aunque la tuviera casi toda por delante. Me habría divertido ver hasta qué punto era un joven ingenuo que se tomaba a sí mismo demasiado en serio.

Aprendí como médico: la importancia del testimonio y la honestidad. Pero a los médicos nos pagan —y habitualmente muy bien o no tan bien— por nuestro trabajo, y no podemos hacer otra cosa que ayudar a la gente a menos que pequemos de una incompetencia extraordinaria. Así que nuestra profesión no

requiere ningún esfuerzo moral particular por nuestra parte. Cuesta poco que nos volvamos autocomplacientes, el peor pecado de un médico. El desafío moral es tratar a los pacientes como nos gustaría que nos trataran a nosotros, compensar con atención y amabilidad profesionales el distanciamiento emocional que necesitamos para hacer nuestro trabajo. La clave consiste en encontrar el equilibrio correcto entre compasión y desapego. No es fácil. Y cuando nos encontramos con una cola interminable de pacientes, tan a menudo con problemas que no podemos resolver, resulta extraordinariamente difícil.

El afán de lucro corrompe con facilidad a los médicos y los proveedores de servicios de salud. Es cierto que la sanidad social, como la llaman los norteamericanos, tiene muchos defectos. Tiende a ser lenta y burocrática, los pacientes pueden acabar convirtiéndose en meros artículos en una cinta de montaje impersonal, el personal clínico tiene pocos incentivos para comportarse con profesionalidad y puede volverse displicente. Con frecuencia, además, no cuenta con los recursos necesarios. Pero esos defectos pueden superarse si se mantienen criterios morales y profesionales altos, si se encuentra el equilibrio correcto entre libertad clínica y regulación, y si los políticos son lo bastante valientes como para subir los impuestos. Los defectos de la sanidad pública son, sin embargo, menores que la extravagancia, la desigualdad, el exceso de tratamiento y la falta de honradez que tan a menudo entrafia la competitiva sanidad privada. Muchos médicos realizan lo que se conoce como dictámenes médico-legales, proporcionando informes a los abogados en casos que entrafian lesiones o negligencia médica.

Es un negocio lucrativo pero que ocupa mucho tiempo; es una gran industria las indemnizaciones por delitos de lesiones —con su ejército de abogados engolados y competentes y testigos expertos pagados de sí mismos—, que consume un enorme comedero de primas de seguro.

En efecto el poder corrompe, pero hoy en día, sin embargo, la autoridad en los hospitales ha pasado gradualmente del personal clínico a directivos ajenos al mundo hospitalario —cuyo principal cometido consiste en satisfacer a sus

señores políticos en su empeño de recortar gastos—, así que no debería sorprendernos que la atención a los enfermos se resienta.

La medicina tiene una naturaleza solemne de su trabajo y una visión del mundo profundamente moral y casi austera pero, es recomendable que los médicos no se tomen a sí mismos demasiado en serio; en medicina es un clásico que muchas cosas salgan mal, le resulta difícil a un médico decir lo siento por un error personal u hospitalario pero debe existir la obligatoriedad de la franqueza.

Por supuesto que los médicos deben regirse por normas, pero no por una normativa burocrática basada en la desconfianza hacia la profesión médica y sus organizaciones profesionales.

Les resulta difícil a los médicos ser sinceros. Sucede así desde que nos ponemos el guardapolvo blanco tras terminar la carrera.

Una vez que somos responsables de los pacientes, aunque sea en el nivel más bajo, debemos empezar a fingir. No hay nada más aterrador para un paciente que un médico —en especial uno joven— sin confianza en sí mismo. Además, los pacientes no sólo quieren tratamiento, sino también esperanza. Así que rápidamente aprendemos a engañar.

Los médicos en puestos de responsabilidad, al igual que los políticos, pueden volverse fácilmente corruptos no sólo por el poder que ostentan, sino también por carecer de gente a su alrededor que les hable con franqueza. Aun así, continuamos cometiendo errores durante toda nuestra carrera, y siempre aprendemos más del fracaso que del éxito. El éxito no enseña nada y hace que nos durmamos en los laureles a la primera de cambio. De todos modos, sólo aprenderemos de nuestros errores si los admitimos, por lo menos ante nosotros mismos. Y para admitir nuestros errores debemos luchar contra el autoengaño que tan necesario fue al comienzo de nuestra carrera.

Hay poca certidumbre en la medicina, por lo que debemos sopesar las distintas probabilidades y, muy pocas veces, las posibles certezas. Eso implica tener capacidad de juicio, además de conocimientos y experiencia.

A la mayoría de los médicos les cuesta mucho recordar los malos resultados, detestan admitir la inexperiencia y suelen subestimar los peligros de los actos médicos cuando hablan con sus pacientes.

El sobretratamiento —investigaciones, uso abusivo de medicamentos u operaciones innecesarias— es un problema creciente en la medicina moderna, y supone una equivocación incluso si el paciente no sale mal parado.

Todos sufrimos muchos «sesgos cognitivos», como los llaman en psicología, que distorsionan nuestro juicio. Estamos demasiado predispuestos a favor de nosotros mismos y, bajo presión, como lo están a menudo los médicos, tomamos decisiones precipitadas. Por mucho que nos esforcemos en tratar de admitir nuestros errores, con frecuencia no lo conseguimos. La medicina segura consiste sobre todo en tener buenos colegas que se sientan capaces de criticarnos y poner en duda nuestro desempeño.

Admitir la falibilidad y hacer hincapié en la importancia del trabajo en equipo, de escuchar las críticas y ser buen colega, son valores que conviene no olvidar.

En medicina existe una dolorosa verdad: en ocasiones, debemos exponer a algunos pacientes a ciertos riesgos por el bien de los pacientes futuros, de todos modos es esencial escuchar a los pacientes y aprender a comunicarse con ellos, casi nunca sabremos si hemos conseguido hacerlo bien; es muy importante decirles la verdad a los pacientes, algo que a la mayoría de los médicos les resulta complicado, puesto que a menudo supone la admisión de la incertidumbre.

Aliviar el sufrimiento es el deber de un médico en igual medida que prolongar la vida, aunque sospecho que esa verdad suele olvidarse en la medicina moderna. Se nos acusa con frecuencia de que jugamos a ser Dios, pero mi experiencia me dice que lo más habitual es que suceda lo contrario. Muchos médicos rehúyen las decisiones que podrían disminuir el sufrimiento pero precipitarían la muerte; hay médicos capaces de mirar a la muerte a la cara y decidir de un modo racional que no vale la pena vivir en según qué condiciones.

Los médicos no tenemos ningún deseo de acabar con la vida de los pacientes; de hecho, la mayoría rehuimos hacerlo y, a menudo, solemos caer en el extremo opuesto al no permitir que éstos mueran con dignidad.

Cuando estamos en el hospital, enfermos, temiendo por nuestra vida y a la espera de una cirugía aterradora, tenemos que confiar en los médicos que nos tratan. Si no lo hacemos así, la vida se vuelve muy complicada. Muchas veces, para superar nuestros temores, incluso atribuimos a los médicos cualidades sobrehumanas. Si la operación es un éxito, el cirujano es un héroe; si fracasa, es un villano. La realidad, por supuesto, es completamente distinta. Los médicos son humanos, como el resto de nosotros. Gran parte de lo que ocurre en los hospitales es cuestión de suerte, y la suerte puede ser buena o mala. El médico pocas veces tiene control alguno sobre el éxito y el fracaso. Saber cuándo no hay que operar es tan importante como saber operar, y la experiencia en lo primero es más difícil de adquirir.

El ejercicio de la medicina nunca es aburrido y puede resultar profundamente gratificante, pero se cobra su precio. Es inevitable que uno acabe cometiendo errores, y debe aprender a vivir con las consecuencias, a veces espantosas.

Debe aprender a ser objetivo ante lo que ve y, al mismo tiempo, no olvidar que está tratando con personas. Hay que encontrar el equilibrio que se requiere en la carrera de un médico entre el necesario distanciamiento y la compasión, entre la esperanza y el realismo.

LA VEJEZ DE LOS CONOCIMIENTOS EN MEDICINA

Se asume, injustificadamente, que los conocimientos antiguos o viejos son inservibles, piezas de museo o búsquedas inútiles de historiadores y de ratas de biblioteca. Este tipo de conceptualización se da también en la medicina y en las ciencias fácticas. Hoy se han olvidado y se desconocen las descripciones inefables en sus originales de Paul Georges Dieulafoy (1839 – 1911), Alois Alzheimer (1864 – 1915), William Heberden (1710 – 1801), James Parkinson (1755 – 1824), William Harvey (1578 – 1657), Santiago Ramón y Cajal (1852–1934) y muchos otros. Por ejemplo, al estudiar las viejas historias clínicas de los pacientes internados en asilos y en hospitales públicos encontramos observaciones clínicas y fenomenológicas sumamente detalladas, presentadas a menudo en forma de relatos de riqueza y de densidad casi novelescas.

Tras la institucionalización de rígidos criterios, de manuales de diagnóstico estadístico, de algoritmos (= conjunto ordenado y finito de operaciones o de datos que permite hallar el diagnóstico, la explicación y la solución de un problema) absolutos, la minuciosa y rica descripción de los fenómenos desaparece, y es sustituida por breves notas que no ofrecen una imagen real del paciente o de su mundo, sino que reducen a éste, y a su enfermedad, a una mera lista de criterios de diagnóstico «mayores» y «menores».

Hoy en día, la verdad viene definida por los primeros resultados de la búsqueda de Google. Confiar al algoritmo de búsqueda de Google es actualmente una de las tareas más importantes de todas: buscar información relevante y fidedigna. Ya no buscamos información. En lugar de ello, «googleamos». Y a medida que confiamos cada vez más en Google para hallar respuestas, nuestra capacidad para buscar información por nosotros mismos disminuye.

No es bueno ni conveniente percibir todo el universo como un flujo de datos, concebir los organismos como poco más que algoritmos bioquímicos y creer que la vocación cósmica de la humanidad es crear un sistema de procesamiento de datos que todo lo abarque y después fusionarnos con él. Hoy

en día ya nos estamos convirtiendo en minúsculos chips dentro de un gigantesco sistema de procesamiento de datos que nadie entiende en realidad.

Las historias clínicas carecen hoy de la profundidad y de la riqueza informativa de antaño, y apenas sirven para realizar esa síntesis tan necesaria entre ciencia y su aplicación concreta al caso particular. Por ello las «viejas» historias clínicas seguirán siendo sumamente valiosas.

En opinión de Goethe, la realidad no está en las simplificaciones e idealizaciones de la física, sino en la compleja realidad fenomenológica de la experiencia.

¿Qué hace que una observación o una idea nueva resulte aceptable, discutible, memorable? ¿Qué es lo que impide que sea así, pese a su importancia y su valor?

En general, las nuevas ideas nos resultan profundamente amenazadoras y por ello le cerramos el paso o bien nos enamoramos de ellas decretando la obsolescencia de las viejas ideas. Esto es cierto en muchos casos y no se reduce todo a la psicodinámica y a la motivación que pretenden explicar este fenómeno.

No basta con aprehender algo, con «captar» algo, fugazmente. La mente debe ser capaz de acomodarlo, de retenerlo. Este proceso de acomodación, de creación de un espacio mental, de una categoría con conexiones potenciales y la voluntad de hacerlo determina si una idea o un descubrimiento se arraigará y dará fruto, o si, por el contrario, será olvidado, se desvanecerá y morirá sin dejar rastro.

Debemos permitirnos a nosotros mismos salir al paso de las nuevas ideas para transformarlas en conciencia plena y estable, y en darles forma conceptual reteniéndolas en nuestra mente aun cuando no encajen con los conceptos, las creencias o las categorías existentes, o incluso las contravengan. Los ejemplos negativos o excepciones son de gran importancia; es esencial tomar nota de las excepciones y no olvidarlas, o juzgarlas triviales y oponerse a las simplificaciones y sistematizaciones prematuras en el ámbito científico que pueden cegarnos, anquilosar la ciencia e impedir su crecimiento vital.

«Toda ciencia», escribía Köhler, «posee una especie de desván al que van a parar, casi automáticamente, todas las cosas que no pueden usarse en el momento, que no llegan a encajar. Estamos continuamente desechando, infrutilizando, un material sumamente valioso que conduce al bloqueo del progreso científico» (1913).

Es frecuente el desprecio de la ciencia dura hacia la medicina clínica, y especialmente hacia los casos concretos. Todos los casos clínicos serios, son rigurosamente científicos y encarnan una ciencia de lo individual tan dura como la física o la biología molecular.

Las descripciones de enfermedades (= patografías) eran muy detalladas en la antigüedad y ofrecían una importante cantidad de información. A mediados y a finales del siglo XIX fue un período en el que se describieron miles de trastornos y enfermedades claramente diferenciados, con minuciosidad no superada desde entonces. Fue ésta una época de amplia apertura a la experiencia, de amor por los fenómenos, de talento para describirlos, y dotada de una suerte de pasión cartográfica por su clasificación y ubicación aunque no se pensara demasiado en su naturaleza o en su significado.

La medicina experimentó una importante pérdida: las grandes descripciones y sus artífices, que antaño fueran su gloria, parecieron desvanecerse. Y con el fin de esta tradición, cierta sensación de pérdida, de amnesia, se apoderó de la medicina.

Como decía muy bien Oliver Wolf Sacks (1933 – 2015) que al médico le deben interesar en el mismo grado las enfermedades y las personas. Las historias clínicas deben describir no sólo la historia natural de la enfermedad, la patología, sino transmitir también la experiencia de esa persona mientras afronta su enfermedad y trata de sobrellevar o sobrevivir a ella. El yo del paciente es muy importante, en la enfermedad cualquiera sea ella está implicada la personalidad del enfermo y por ello no puede desmembrarse el estudio de la enfermedad y el de la identidad. Hay relación entre los procesos fisiológicos normales o anormales y la biografía.

La medicina no puede ser una ciencia y un arte impersonal por ello hay que escuchar a los pacientes que siempre han explicado su historia a los médicos.

FOR AUTHOR USE ONLY

FORMACIÓN DE POSTGRADO

Formar es dar forma. Es juntar, congrega, componer e integrar numerosas cosas y procesos para obtener un todo. Es criar, educar, adquirir destrezas, aptitudes y habilidades. Es conseguir un perfil propio, dinámico, prospectivo, desprejuiciado, comprometido, definido por su propio objeto y por su rol inmerso en la totalidad social. El camino para lograr la formación es la educación. En la educación hay maestros, existe el ejercicio, la educación propia, el camino hacia la libertad, el crédito al esfuerzo, el proceso moral. Frecuentemente es en la escuela donde empezamos a dejar nuestra propia personalidad; nos infunden nociones bien definidas pero no nos capacitan para que cada uno se forme por sí mismo buenas nociones. Abraham Lincoln dijo que las universidades son lugares donde los guijarros son pulimentados y los diamantes empañados. Esto no implica un ataque improvisado a la sacrosanta institución que es, entre otras, las Facultades de Medicina de las Universidades; grandes críticos, sumamente alarmados, consideran a la escuela de medicina como la base de casi todos los problemas en la atención de la salud, la medicina sanitaria y la administración de salud. Muchas de las deficiencias del médico se explican por un fracaso en los contenidos y organización de los cursos, la enseñanza y los objetivos; el trabajo excesivo de los maestros, obligados a preparar a sus alumnos para los exámenes en lugar de darles una educación mental liberadora (B. Russell); la incapacidad para formar bien a un número suficiente de médicos como clínicos, profesionales y seres humanos; la abdicación de la responsabilidad de la enseñanza y de la asistencia adecuada a los pacientes para concentrarse en la investigación pura, que es para muchos hedonísticamente grata y proporciona mayor status. Muchas Facultades de Medicina son más propensas a entregar a los jóvenes incompetentes un título de médico que a reconocer que se han equivocado en sus objetivos, en los métodos de enseñanza y evaluación, en la planificación, en la programación. El profesor de medicina orientado hacia la investigación no se halla capacitado, en general, para enseñar medicina clínica y el médico dedicado a los enfermos no tiene acceso a la universidad. La atmósfera científicista realza la formación académica subestimando, muchas veces, la

existencia cotidiana del enfermo y su realidad ecológica y social. Como consecuencia, suele pasar que el médico recién egresado no sepa cómo ejercer la medicina. La selección de estudiantes en las escuelas de medicina es arbitraria y mal orientada; se excluye la historia y la filosofía de la medicina; se ignora la realidad de la relación médico-paciente; se soslaya el estudio de las humanidades en la formación contribuyendo a convertir al joven médico en un técnico además de tecnologizado y tecnolátrico; el arte médico es olvidado en nombre de una ciencia incompleta y, lo más importante, que los métodos y objetivos de la formación del médico son muchas veces incompatibles con la realidad presente y futura de su trabajo diario y del contexto social en el que está inserto y que debe cambiar para el progreso y desarrollo de todos los miembros de la comunidad. Es necesario revisar, permanentemente, la educación del recurso humano para la salud y validar si los objetivos y fines de la educación están en consonancia con las necesidades de nuestra sociedad. El enfoque con que la atención de la salud es manejada depende en primera instancia de la filosofía política que rige los destinos de un determinado país y se concreta siempre a través del diseño y ejecución de planes y programas elaborados y ejecutados mediante la puesta en juego de recursos humanos, técnicos y financieros. El recurso humano para la salud es el factor más importante, más costoso y más difícilmente obtenible y exige para su formación un gran esfuerzo sostenido, permanente y continuo. La educación médica tiene como objetivo fundamental la preparación del recurso humano que la atención de la salud necesita. Este recurso humano tiene que alcanzar idoneidad y asumir la responsabilidad que le incumbe en su incorporación al equipo de salud y al grado de interacción, correlación y participación en los planes y programas del sistema de salud. La educación médica es sólo un subsistema inseparable del sistema de salud que el país disponga en el futuro. Los médicos deben estar formados adecuadamente y poseer aptitud pragmática definida; para ello, es imprescindible que su formación se cumpla en servicio; en el momento apropiado; en los lugares donde la atención de la salud se lleva a cabo; así las cosas, esto llevará al ajuste de las calidades intrínsecas vinculándolas a la realidad asistencial y sanitaria. Aceptar que la educación médica, para que alcance un nivel óptimo de eficiencia, debe moverse dentro del contexto de un plan orgánico de salud, no significa inmovilizar los esfuerzos

provenientes del área educacional. La educación médica debe realizarse en ámbitos múltiples para aprovechar la enorme capacidad instalada y los recursos humanos disponibles. Con el nombre de “hueco científico”, se designa el hecho lamentable de que se está agrandando cada vez más la distancia entre la medicina científica y la práctica médica; se puede hablar de una distancia crítica. Las posibilidades de salvar esta distancia deben buscarse en la formación de postgrado, la bibliografía y la educación médica continua. Actualmente, apenas tiene tiempo el médico práctico para la actualización de su saber teórico o de la técnica médica práctica. Para mantenerse al corriente, muchas veces, se guía por la propaganda industrial que le resulta de fácil acceso o bien al estudio de las revistas médicas; pocas veces recurre al contacto personal y dedicado con las clínicas o a formas acreditadas de actualización de postgrado; en nuestra realidad, casi siempre, esto sucede por razones de restricciones económicas y exceso de trabajo mal remunerado. Casi siempre le falta tiempo para analizar los problemas científicamente en la forma que se supone debería haber aprendido a hacerlo; en la profesión médica no se puede ser hombre culto sin ser al mismo tiempo hombre científico; toda actividad debe tender a demostrar el fundamento científico de lo que se está haciendo. El valor de la enseñanza recibida puede medirse por el tiempo de permanencia de la vigencia de sus bases teóricas, es decir, si el profesional mucho tiempo después de haberse graduado se halla capacitado para comprender en su mecanismo los métodos terapéuticos y los medicamentos modernos. En el curso de los últimos cincuenta años y cada vez a mayor velocidad, se ha agrandado y ampliado el arsenal medicamentoso y la tecnología médica; también ha cambiado más de un concepto. Sin razón científica, no debieran atenderse recomendaciones; de lo contrario la profesión se hace superficial y se cometen pecados de omisión o comisión de actitudes incorrectas. En la formación médica de postgrado cabe distinguir, al decir de Laín Entralgo; la práctica médica o el arte de ayudar a la curación de un hombre enfermo – diríamos mejor de una persona enferma – y la patología o el saber científico acerca de la enfermedad, a los que se agregan tres modos de considerar el tratamiento (objetivo, subjetivo y sociológico) y tres modos de entender la enfermedad (semiológico, etiológico y nosológico). El marco

referencial de estas exigencias formativas es la medicina actual que se plantea como tecnificada, socializada y humanizada.

A nuestro entender, además de los presupuestos de Laín Entralgo, la formación médica de postgrado tiene que tener como sustento la realidad político-social y el sistema de organización de la atención de la salud en el país y contribuir con el esfuerzo individual y de los equipos de salud al cumplimiento de las metas nacionales y a mantener los estándares de calidad en dicha atención de la salud. El propósito, es el desarrollo de actitudes, aptitudes, habilidades y destrezas aplicadas a la solución de los problemas de atención de la salud en el área hospitalaria y ambulatoria, demostrando capacidad de liderazgo y para el trabajo interdisciplinario en un sistema de salud. La formación de postgrado es un proceso estabilizador de las falencias anotadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje en los claustros universitarios. La metodología en la formación de postgrado tiene características dinámicas, está centrada en el interés de los alumnos y estimula sus potencialidades de creatividad y responsabilidad por el aprendizaje conducente al desarrollo de su capacidad analítica, elaboración de juicios, trabajo cooperativo de grupo y compromiso individual con el servicio que presta. La formación de postgrado debe ser la puerta de entrada a la educación médica continua entendida como un proceso formal de actualización y de aprendizaje de nuevos conocimientos teóricos y prácticos, secuenciada en el tiempo y en el espacio y con un objetivo definido de mantener los niveles de excelencia en la atención de la salud. La formación en estudios de postgrado va más allá del incremento y profundización de conocimientos: pretende lograr el cambio y la transformación de actitudes en el profesional que se expresen en un desempeño eficiente, eficaz y efectivo en el sistema de salud; es formar al profesional como administrador del cambio para que cuente con las excelencias suficientes para actuar como agente de transformación, integración y estabilización con el fin de mejorar los servicios de salud. La formación del recién graduado debe ser considerada por la Universidad y por el Hospital como una ineludible responsabilidad tanto o más importante que el proceso educativo de alumnos en el pregrado. El camino más idóneo para la formación de postgrado en medicina y en ciencias de la salud en general es, sin lugar a dudas, el de las

Residencias Hospitalarias, precedidas o no de un internado rotatorio de postgrado. El sistema de Residencias Hospitalarias, es un método educacional basado en un plan orgánico, conocido y aceptado de antemano por los postulantes y se basa en la participación activa en la asistencia a través del ejercicio de la responsabilidad progresiva independiente. Al médico residente como a cualquier otro miembro del equipo de salud, se le debe educar en lo asistencial, docente, científico y moral. Para ello es necesario que el hospital tenga una alta calidad de atención, un cuerpo médico estable dispuesto a la docencia en servicio, a la participación en el movimiento científico, docente y cultural del hospital, comprometido con el deber de su actualización permanente y con capacidad de renunciamento para brindar oportunidad de actuar bajo supervisión que es lo que necesita el residente.

Todos los intentos para proporcionar mejor formación a internos y residentes son bienvenidos siempre y cuando se basen en un sistema de enseñanza igualitaria, previsible, con un programa formal y vasto, con cursos y exámenes, que proporcione al futuro especialista conocimientos serios, generación de ideas nuevas, autocrítica y autoeducación continua. Sobre esta base, poco a poco, lentamente, el residente dejará de ser un proletario médico que no pertenece a la planta del hospital, que trabaja para el hospital y para los médicos de planta a muy bajo costo y que puede aprender a ser o no un buen médico durante este proceso.

Los años pasados en la residencias son altamente formativos y muy importantes; marcan la conducta futura del joven médico mucho más que cualquier otra experiencia. La esperanza de formar médicos competentes y maduros muchas veces no se basa en un régimen de trabajo adecuado, con criterios académicos apropiados y con un programa educativo inteligente e integral altamente humanizado. Al aumentar la demanda en los hospitales y disminuir la dedicación de los médicos de planta, el residente se puede convertir en la espina dorsal de la atención médica. La idea de que el médico residente debe “sudar su privilegio” de aprender en un buen hospital, que se está formando y que ésta es suficiente compensación, es errónea y antiética. Los residentes en especial y los miembros del equipo de salud que actúan en la atención médica pública o privada merecen un sueldo que les permita vivir,

liberarse de la preocupación personal por sus familias, dejar de tener otros trabajos para ir “tirando” y concentrarse sobre lo que están haciendo. La imagen esforzada del joven profesional tratando de capacitarse por un magro salario o sin él debe ser cambiada; la salud de las personas necesitan de profesionales jóvenes felices, optimistas, inquietos, atentos, que tengan asegurado su alojamiento para él y su familia, su buen salario, su dieta adecuada, la información bibliográfica actualizada, la concurrencia a congresos y a experiencias educativas y al esparcimiento. El fatigoso horario del residente puede ser tan nocivo para el idealismo médico como la penuria; asume muchas veces las responsabilidades del médico, realiza trabajos no calificados y cada vez le queda menos tiempo para hablar de lo que está haciendo. Por ahora, aunque cada vez menos, la enseñanza actual de los residentes es por momentos caótica, los contenidos de la curricula se transmiten dogmáticamente y la enseñanza se imparte en servicios de salud de calidad e intereses muy desiguales.

La calidad de la formación depende del volumen, calidad e intensidad de la enseñanza dentro del marco de la enseñanza formal, la que no excluye la informal de “andando y hablando”. Los residentes deben adaptarse a estos esquemas formales e informales; de esa capacidad de adaptación y comprensión depende el éxito o el fracaso. Se supone en los residentes que ingresan al sistema la falta de un bagaje suficiente de conocimientos básicos y que, por ello, cometan errores leves o graves pero, la más de las veces, se espera que maduren solos, sin prestarles el apoyo y ejercer sobre ellos la supervisión necesaria que suele ser admonitoria y no docente. La inseguridad profesional va desapareciendo paulatinamente y paralelamente, en muchos casos, aumenta la insensibilidad y su falta de relación adecuada con los pacientes. Algunos están obsesionados por las cuestiones científicas – que son muy importantes – y han perdido la noción de los factores emocionales que están en juego en todo acto profesional. No estamos proponiendo que los residentes se transformen en trabajadores sociales, en misioneros o buenos samaritanos pero, es conveniente, no descuidar la formación atinente a las relaciones con la gente, los límites bioéticos que todo acto médico debería tener y que intentar curar no es un loco combate contra la muerte. Es necesario

uniformar los criterios, los propósitos, los objetivos, los contenidos curriculares y los sistemas de evaluación de los residentes para obtener especialistas competentes que puedan insertarse y trabajar rápidamente en cualquiera de los servicios de salud de nuestro extenso y diverso país, formados en un período académico bien pagado y que concite la participación activa y dedicada en tiempo y espacio de los miembros de planta del equipo de salud del hospital de los que se pretende, además, que no descarguen sobre los residentes la responsabilidad que les cabe en la asistencia hospitalaria de los pacientes.

El residente no sólo debe formarse en la medicina de crisis de los pacientes muy afectados o urgentes, sino también con los enfermos ambulatorios, los de consultorio, los de sala, los crónicos, los domiciliarios; deberá aprender a ser compañero de ruta de los enfermos para repararlos, rehabilitarlos y acompañarlos a morir. En nuestros hospitales y servicios de salud - públicos y privados -, debería crearse un Departamento de Educación Médica en cada uno de ellos cuya misión es generar una atmósfera más académica, programar conferencias, cursos, seminarios, aportar un programa de enseñanza continua y trabajar mucho más tiempo. Al igual que otras actividades en el área de la salud y de la formación de sus recursos humanos no se hace sólo con dinero, sino con hombres y mujeres que deben aportar proposiciones factibles y viables que apunten a una imagen horizonte basada en valores perdurables. Cushing decía que “es más difícil cambiar de mentalidad que mudar un cementerio” y Emerson afirmaba que “cada institución es la sombra prolongada de un gran hombre”. El sistema de Residencias ha cumplido más de ochenta años en nuestro país y sobrevive porque ha demostrado sus bondades, por el interés individual puestos por los jefes y encargados de la capacitación y el esfuerzo de los propios residentes. El sistema de residencias ha cumplido gran parte de sus objetivos:

1. Haber brindado capacitación profesional a un número elevado de personas,
2. Haber entrenado adecuadamente a numerosos profesionales en la práctica de distintas especialidades,

3. Haber elevado el nivel asistencial en los servicios de salud donde funcionan residencias,

4. Haber aprovechado mejor la capacidad instalada de los servicios de salud.

5. Las residencias modifican el contexto en los ámbitos en que se desarrollan:

a) El residente actúa como factor de cambio en los servicios de salud por exigencias propias de su tarea,

b) Influye sobre el resto del personal profesional, técnico y administrativo,

c) Al permanecer un tiempo prolongado en los servicios de salud, comparte responsabilidades y problemas, establece un espíritu de cuerpo y desarrolla técnicas de trabajo grupal muy positivas,

d) Los profesionales que han completado su residencia y se han formado específicamente, han aprendido una metodología de trabajo y han conocido la realidad médica y social de los enfermos,

e) El residente desarrolla una permanente autocrítica que obliga a una mayor profundización de análisis y mejor control de la validez de los tratamientos de los enfermos; fomenta un espíritu más amplio de servicio dentro de un marco ético,

f) Las instituciones que tienen un sistema de residencias han crecido en calidad y excelencia,

g) Las residencias han despertado en muchos la inquietud científica, el interés por la investigación clínica, las tareas docentes y los problemas de administración hospitalaria,

h) La actuación profesional de ex – residentes en el interior de nuestro país permite contar, en lugares alejados de los centros de excelencia, con una medicina de buena capacitación teórica y práctica, de buena calidad técnica, científica y ética.

La “empresa de salud” es una empresa de uso intenso de trabajo y no de uso intenso de capital, como ocurre con otras empresas modernas. El producto del

subsistema de formación del recurso humano constituye el aporte básico al subsistema de prestaciones. La educación médica es un poderoso instrumento de salud; por ello, debe organizarse la educación global de los profesionales del equipo de salud con objetivos claros y precisos, terminando con la falta de integración y articulación entre los procesos, las instituciones, las jurisdicciones administrativas que corresponden a la formación de pregrado, postgrado, residencias, educación médica continua y los niveles políticos y administrativos del área de salud pública.

El sistema de residencias sufre todavía algunas perturbaciones cuyas causales pueden ser:

1. Falta de una adecuada normalización de alcance nacional con las correspondientes adaptaciones regionales,
2. Falta de una “carrera” sanitaria nacional, no sólo para los médicos, cuya existencia obligaría a la acreditación de los residentes como especialistas y su posibilidad laboral por concurso en cualquier ámbito del país,
3. Falta de una evaluación y auditoría periódica de la calidad de las residencias, sus integrantes y sus egresados,
4. Actualización periódica de los requisitos mínimos de los servicios de salud (públicos y privados) para su instalación y desarrollo (acreditación),
5. Deterioro de muchos de los establecimientos asistenciales donde se desarrollan las residencias,
6. Desnaturalización de la finalidad educativa de la residencia y traslado a un plano de simple actividad laboral,
7. Falta de compenetración del recurso humano de los servicios de salud – natural cuerpo docente -, de la metodología y fines de la residencia,
8. Dificultad para brindar residencias con fines adecuados a las reales necesidades asistenciales,
9. Excesivo número de graduados que dificulta la concreción de un plan que contemple las necesidades asistenciales con las expectativas individuales,

10. Remuneraciones insuficientes,

11. Defectuosa y distorsionada atención de la salud y la enfermedad en el subsistema de obras sociales en las que no se contempla el esfuerzo realizado en capacitación.

Las residencias han probado en nuestro país sus bondades plenas y sigue siendo, cuando los requisitos propios que la caracterizan son cumplidos, el mejor sistema para la formación de especialistas. Por otra parte, es necesario definir claramente las especialidades no sólo en el área específica del conocimiento y la praxis sino también en lo que se refiere a los aspectos volitivos, psicomotores y afectivos que definen a quien la abraza; ambos aspectos denotan y connotan la especialidad y al especialista y determinan los criterios de calidad. Debería ponerse especial cuidado en el número de especialistas que se pretende formar; dicho número no debería exceder al que corresponda a la satisfacción de las necesidades sanitarias. Es papel indelegable de las instituciones educativas y sanitarias de fomentar y alentar la formación de especialistas cuya necesidad se considera crítica y desalentar aquellas que se encontraran excesivamente dotadas. En el área pública, la utilización de los recursos, auspicios, subsidios, etc. debe servir para apoyar aquellos esfuerzos que por su carácter general o por la esencia de sus contenidos resulten de interés para la salud y no simples manifestaciones individuales o sectoriales. Las autoridades sanitarias no deben dudar que su recurso humano tendrá la idoneidad necesaria y esperada siempre y cuando los servicios de salud sean el teatro de demostración y aprendizaje; limitar las posibilidades docentes de los servicios de salud sería un suicidio institucional, ya que cercenaría la posibilidad que permite crear el recurso humano de reserva y elevar la calidad asistencial brindada. Algunos de los objetivos políticos en la administración de salud deben contemplar la acreditación de los servicios de salud y de su recurso humano, desarrollar su capacidad docente y de investigación, atender en forma orgánica a la capacitación y actualización de sus miembros, jerarquizar los requisitos para el acceso, formación y certificación de especialistas y dar respuestas a las exigencias que presenta la atención de la salud. En la física, "masa crítica" es la cantidad de materia fisionable que permite generar una reacción en cadena automantenida. En el

plano de la formación de recursos humanos, es el núcleo mínimo de individuos formados por medio de procesos sistemáticos y dirigidos hacia objetivos específicos, que pueden producir cambios favorables dentro de la organización para promover y facilitar su modernización. Cuando el objetivo es producir una rápida modernización, es decir, una adecuación a los requerimientos del contexto vigente, realizar sólo acciones de capacitación fragmentarias o muy especializadas no constituye una estrategia adecuada. Para que una organización anacrónica, casi senil como diría Osler, logre transformarse, necesita que desde adentro y a través de sus hombres produzca cambios cualitativos más que cuantitativos. Es necesario e indispensable provocar primero un replanteo profundo de la esencia misma de la organización aplicando criterios racionales y modernos.

Para lograr que el recurso humano adquiera conciencia, habilidades y hábitos que conduzcan a este enfoque se requiere una capacitación general y generalizada que enfatice sobre la adquisición de conocimientos técnicos, metodologías para el análisis, evaluación, diagnóstico, corrección, realimentación y operación de los fenómenos organizacionales para que todos terminen por entender y aceptar las ventajas del cambio. La capacitación tiene que ser la vía de acción para modificar sustancialmente las actitudes de los individuos en forma amplia.

Las causas de la decadencia de la educación médica y sanitaria en general y de la prestación de servicios de salud en Argentina son:

1. Ausencia de efectiva y permanente interrelación entre los sectores de salud y los de educación,
2. Falta de fines y objetivos docentes concretos, realistas y actuales,
3. Falta de integración y coordinación entre las distintas etapas del sistema de educación en ciencias de la salud,
4. Producción excesiva de profesionales médicos en detrimento de la formación de otras categorías de recursos humanos para la salud,

5. Formación de recursos humanos para la salud no adaptados a las necesidades sanitarias nacionales y regionales del país,
6. Aliento desmedido a favor de la especialización con detrimento de la formación y jerarquización generalista,
7. Insuficiente orientación hacia los aspectos sanitarios de prevención, promoción, protección y rehabilitación de la salud,
8. Enfoque incompleto de la proyección social de las profesiones vinculadas a la salud,
9. Currícula poco flexible y divorciada de la realidad sanitaria nacional y regional,
10. Evaluación inorgánica no confiable ni reproducible,
11. Discontinuidad en la conducción, formulación y evaluación de planes y políticas educativas,
12. Metodología educativa inadecuada o desactualizada,
13. Inadecuada normatización de las actividades educativas, especialmente del postgrado,
14. Información no actualizada, oportuna y confiable respecto del recurso humano disponible y necesario en cuanto a número y calidad de acuerdo con las necesidades sanitarias,
15. Existencia de tres subsectores de atención de la salud incoordinados e inarticulados entre sí,
16. Falta de estimación de las reales posibilidades de los servicios de salud, insuficiente aprovechamiento de los mismos y disminución irracional de la capacidad operativa de muchos de ellos,
17. Débiles mecanismos de acreditación de los servicios de salud,
18. Política sanitaria variable, discontinua o ausente con falta de un plan de salud concreto y definido,

19. Insuficientes o mal asignados recursos económicos. Las escuelas médicas y de ciencias vinculadas a la salud que tratan de formar a sus alumnos con criterios científicos, no han podido solucionar totalmente el problema de la formación de sus docentes. En general, la formación de los docentes no ha progresado paralelamente, como cabría esperar, con los adelantos de la ciencia y la técnica; se ha confiado excesivamente en la aptitud de los médicos en especial por la docencia y todavía se acepta que se realice docencia en los momentos libres sin considerar esta actividad como una verdadera profesión. La demanda de educación superior progresa en proporción geométrica y esta demanda no sólo puede ser satisfecha con incrementos presupuestarios, sino con una sólida infraestructura y docentes fuertemente capacitados, con un manejo fluido de la psicología y de las técnicas pedagógicas. Uno de los indicadores del potencial de desarrollo de un país es su nivel de educación, la reserva de científicos y técnicos y la capacidad de investigación; Aristóteles sostenía que “la educación es en efecto la esencia y el fin de la comunidad política”. La enseñanza superior no constituye una excepción para la aplicación de principios, normas y técnicas pedagógicas; necesita cada vez más bases científicas actualizadas y técnicas probadas para que sus docentes perfeccionen su vocación o las condiciones naturales de excelentes profesionales o científicos que posean. Los problemas de salud conciernen a todos, universidades, salud pública, grupos profesionales y la comunidad toda quienes, además de actuar en sus campos e incumbencias específicas, deberían estar estrechamente relacionados, articulados e interactivos. Los servicios de salud deberían ser considerados los máximos responsables directos en la formación de los recursos humanos para la salud; la acción y la actitud profesional será el producto de la interrelación de la personalidad que cada uno trae y de la acción del medio o el proceso docente sobre él. La valoración del producto permite evaluar las instituciones y servicios y el proceso mismo. Los objetivos generales del proceso educativo debería tender a proporcionar y obtener conocimientos cada vez más altos en sus destinatarios, tratando de alcanzar no sólo una elevada calidad en la aplicación de los mismos, sino también niveles de análisis, síntesis y evaluación en lo teórico y en lo fáctico; la formación de postgrado debe lograr un producto que no sólo se comporte como un recurso humano específicamente capacitado sino

que además constituya un recurso capaz de tomar decisiones ajustadas frente a situaciones nuevas y resolver con responsabilidad y eficiencia los problemas específicos y concurrentes. Las facultades de medicina y las sociedades científicas deberían ser las encargadas especialmente de la formación continuada de los médicos de Atención Primaria. Es indispensable incentivar el rendimiento de los profesionales médicos mediante su reconocimiento profesional, laboral y salarial, siempre ligado a la responsabilidad, competencia y productividad del trabajo médico. Los médicos deben contar con un sistema sólido de formación continuada, acreditada y en horario laboral para mejorar, entre otras cosas, las competencias profesionales, docentes e investigativas de ellos mismos y de todo el equipo de salud. Tiene que haber garantes de la acreditación y reacreditación de los médicos en forma permanente. Reiteramos que debemos plantearnos sin dilación como objetivo primordial el atender a la calidad de la educación médica impartida en las facultades de medicina. La misión de las facultades de medicina es la de formar profesionales de excelencia que puedan resolver los problemas de salud tanto individuales como los de la comunidad, con fuerte énfasis en lo que se refiere a atención primaria de la salud.

Además del estudio de los pacientes de forma individual, se espera que el graduado tenga un activo accionar en todo lo que se refiere a medicina preventiva, tanto sea en patologías agudas como crónicas, causadas por todo tipo de agentes. El escenario médico ha cambiado notablemente en los últimos años. Los pacientes tienen muchas más posibilidades de tratamiento, están mejor informados y exigen, con toda razón, lo mejor que se les pueda brindar para resolver sus problemas. Todo esto plantea un reto a las facultades de medicina, que deben ver como incorporar los nuevos conocimientos, que a veces se suceden en expansión logarítmica. Las nuevas técnicas de tratamiento han acortado considerablemente los días de internación, ha aumentado la cantidad de pacientes ambulatorios y las facultades de medicina deben adaptar sus métodos de enseñanza a estas nuevas circunstancias; las necesidades y exigencias regionales deberán ser consideradas por cada facultad en particular adaptando los consensos establecidos a cada realidad y necesidad. En los últimos años se han fundado una gran cantidad de

facultades de medicina en países de Sud América. Algunas son estatales y otras son privadas. Algunas son de excelente nivel y otras son muy pobres. Algunas se han fundado después de reflexivos y profundos estudios de una necesidad concreta y otras, con objetivos meramente lucrativos. Así las cosas, se impone como necesidad la acreditación de facultades de medicina. Prácticamente todos los países emprendieron la difícil, y a veces conflictiva tarea, de establecer estándares de calidad que condujeran a acreditar carreras de medicina. Decidir por cuánto tiempo tendría validez la acreditación, cuál sería el tiempo adecuado para lograr las modificaciones indicadas o sugeridas por las instituciones de acreditación son algunos de los puntos clave. Puede estimarse que internamente el problema de la acreditación está razonablemente resuelto en muchos países, pero surge la necesidad de poder tener una acreditación que garantice una homogeneidad de calidad a nivel interuniversitario. Entonces convengamos que hay que promover el desarrollo de la calidad de la educación médica de las carreras de medicina y otras carreras relacionadas con las ciencias de la salud por medio de los procesos de acreditación. Promover mecanismos de evaluación voluntaria de las instituciones universitarias. Promover, establecer y contribuir a la fijación de patrones o estándares de calidad aplicables a ellas. Promover y contribuir al mejoramiento, capacitación y adecuación ética de estas instituciones. Concientizar sobre la necesidad de contar con sistemas, normas y procedimientos confiables de acreditación institucional, así como el mejoramiento de la calidad en la educación médica. Desarrollar, analizar y evaluar los procesos de acreditación de Instituciones Universitarias de Ciencias Médicas, Carreras y Programas de Postgrado (maestrías, residencias etc.) y de los servicios que le son propios. No se debe permitir que se adopten medidas que afecten a la docencia e investigación, poniendo en peligro la sostenibilidad y la calidad del sistema de salud. Un médico mal formado o que no recibe una formación continuada es un médico ineficiente.

En la gran crisis económica y social que afecta a la atención de la salud en varios países de América Latina, pueden identificarse tres grandes causales que la originan y profundizan cada vez más:

* Falta de políticas con contenido popular que orienten los recursos de la atención de la salud y la enfermedad en función de las necesidades del pueblo. En muchos casos trágicos, las políticas claras y expresas, orientan los recursos sociales y económicos para agrandar la rentabilidad del gigantesco aparato comercial, productor de tecnología y proveedor de seguros personales que margina a una enorme masa de población de las posibilidades de acceso a sus necesidades básicas para sobrevivir en salud. * Inexistencia de modelos visibles y reales que aseguren la plena satisfacción de las necesidades y la utilización lógica de los recursos para la salud como bien social.

* El problema de la formación de los recursos humanos, en función de las necesidades populares. Recursos que son modelados por el peso insostenible de un modelo real y un campo de práctica y aprendizaje estructurados acorde a las políticas de dependencia, donde la atención de la salud y sus insumos son bienes sujetos a las reglas del mercado.

Muchas veces, políticos, economistas y especialmente la tecnocracia sanitaria analizaron y discutieron cuál de los tres es el factor más importante, o cuál es el orden o secuencia para lograr que un país ordene sus recursos o administre los mismos en función del bien común o de la justicia social en el cuidado de la salud de los pueblos. Generalmente se concluye en que la no formulación de un proyecto político claro y preciso es lo primero y más importante. Otros sostienen que, explicitado el modelo teórico-político, la restricción más importante reside en el aparato formador del recurso humano para la salud sometido al modelo tecnocrático, academicista y mercantilizado de atención de la salud y que opera para promover la atención de la enfermedad y mejorar el consumo de tecnología y medicamentos. Una tercera variable destacada por algunos analistas muestra ejemplos de excelentes modelos político-teóricos, acompañados de una apropiada sujeción del aparato formador al enunciado político propuesto. Estos enfatizan, a nivel del desaliento, la inexistencia de un campo de práctica, aprendizaje y adoctrinamiento que permitan la formación apropiada del equipo de salud, en función de los intereses populares y en el manejo de las herramientas y tecnologías realmente reclamadas por la opinión pública o la lógica del sentido común. En el largo y estéril discurso analítico, se sostiene por años las justificaciones políticas, éticas y administrativas con las

cuales los distintos sectores responsables que operan para la salud de los pueblos, acallan sus conciencias, trasladando a otros la carga de la traición social que significa no iniciar la reforma sanitaria que exige la crisis en América Latina.

Es evidente que los tres ingredientes tienen igual valor y que los tres debemos resolverlos al mismo tiempo:

- * Construir modelos visibles y creíbles, con una reforma sanitaria sustancial.
- * Formar el recurso humano adecuado y apto para trabajar y reproducir ese modelo.
- *Hacerlo indestructible con la fuerza de la expresión y definición política clara y precisa de la opinión de las mayorías.

La Argentina posible necesita reformular y definir claramente, con proyección histórica, distintos ámbitos de sus quehaceres y especialmente el de la educación, la salud, la ciencia y la técnica que, sin lugar a dudas, signará el desarrollo real de nuestro pueblo.

ESTUDIANTINA

Estas palabras rememoran los recuerdos al uso de los estudiantes de otras épocas por un médico viejo que estudió y aprendió todo lo que pudo de grandes profesores y maestros de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA): Houssay, Braun Menéndez, Leloir, Garrahan, Milstein...a los que les debo todo y mucho más.

Estos profesores y maestros tenían en sus cátedras e institutos lo que hoy se considerarían como personal de maestranza. Eran los “gallegos”, emigrantes de Galicia expulsados de la España trágica de la guerra civil.

Fueron trabajadores infatigables que aprendieron el oficio y la praxis de numerosas especialidades médicas y acompañaron a los profesores en sus clases frente a los alumnos y ayudaban en laboratorios e institutos de investigación. Para incorporar a sus sustentos daban “clases prácticas” a nosotros los alumnos por una contribución monetaria accesible en horarios disímiles. El gallego Arturo preparaba el material para las demostraciones anatómicas normales para alumnos y especiales para el profesor en la Cátedra de Anatomía Normal (me proveyó durante años de material especial para mis investigaciones); Manolo trabajaba en distintos horarios en la morgue del Hospital Durand, en la morgue judicial y en la Cátedra de Patología (dominaba el arte de las autopsias y las demostraciones didácticas con el microscopio) y nos preparaba para los exámenes. El gallego del servicio y cátedra de obstetricia del Hospital Rivadavia con una pelvis femenina y un muñeco nos enseñaba las diversas posiciones del bebé en el útero materno y todas las maniobras y técnicas necesarias para ayudarlo a salir a conocer el mundo sin descuidar a su madre. El gallego de técnica quirúrgica era un cirujano nato que nos hacía demostraciones quirúrgicas con una destreza admirable aunque su carácter y trato personal no era muy cordial.

Varias generaciones de médicos debemos agradecer a estos inefables “gallegos” nuestros conocimientos, habilidades y destrezas que son exigibles para ejercer la medicina con alta calidad y eficacia.

El costado burlesco de estos recuerdos escrito para homenajear y agradecer a estos gallegos es la película *Cristóbal Colón en la Facultad de Medicina* (1962) protagonizada por José Marrone y Juanita Martínez, tuvo mucho éxito en el teatro y el cine pero no deja una buena lección con respecto a estos gallegos, los satiriza groseramente en todo caso, los censuran, los critican, los ridiculizan, ironizan sobre sus costumbres y formas de ser y hablar. Tenemos la vieja costumbre de despreciar a los diferentes y no agradecer el aporte de los inmigrantes al desarrollo de nuestro país.

FOR AUTHOR USE ONLY

CURACIÓN POR EL ESPÍRITU

“Un enfermo es un ser humano que sufre, piensa, ama y sueña”.

Miguel de Unamuno

Los seres humanos, las personas tenemos cuatro esferas: física, psíquica, afectiva y espiritual. La dimensión espiritual enriquece la relación paciente médico. Imparte vitalidad otorga significado y sentido a los hechos.

No es bueno proyectar sobre el paciente la propia espiritualidad y las convicciones de los médicos.

La espiritualidad es una fuente relevante para el apoyo del distress emocional

La actividad espiritual ha demostrado producir: aumento de endorfinas, linfocitos T y sensación de bienestar.

Sobre 200 pacientes el 70% quería que los médicos consideren sus necesidades espirituales, pero al 60% de los mismos nunca les hablaron de ellas.

Los médicos deben buscar y comprender el significado de las creencias de los pacientes y evitar el juzgamiento cuando esas creencias entran en conflicto con las suyas.

“La moral en medicina nos debe servir para ser cada vez más justos con los pacientes y no sus jueces. De no ser así nos convertimos en empresarios morales”.

En la historia clínica se debe incluir datos sobre la espiritualidad y la religión. Su ausencia puede constituir mala praxis por negligencia.

Obligar a los pacientes a adoptar creencias que no tienen es violar su autonomía.

En la medicina narrativa el paciente expresa su espiritualidad tanto en lo verbal como en lo para-verbal y en las actitudes.

Una forma de indagarla es preguntar al paciente:

¿Puedo hacer algo por Ud. como persona más que como médico?

FOR AUTHOR USE ONLY

MORIR EN TERAPIA INTENSIVA

Hoy no sabemos con certeza cuándo comienza la muerte, qué es la muerte y cuándo se está muerto. El límite que distingue entre la vida y la muerte se desplazó poco a poco a lo largo de los siglos. Hoy se recuperan personas que hace cien o doscientos años estaban clínicamente desahuciados. Los avances tecnológicos nos permiten sorprendentes posibilidades de reactivación del corazón, del cerebro y, en definitiva, de la vida. El punto donde se establece la muerte irreversible es cada vez más tenue. Se trata no sólo de la prolongación de la vida vegetativa, sino de la posibilidad de la existencia personal y consciente. Con toda seguridad, los años venideros nos permitirán tener más posibilidades de recuperar personas con problemas de salud irreversibles. La muerte es lo más natural que existe, lo menos escandaloso y lo más absolutamente trivial.

Se les pide a los médicos que tengan una pericia técnica de alto nivel, una actualización científica permanente y que, al mismo tiempo, sean capaces de reflexionar críticamente y conservar una perspectiva humanista sobre su propia práctica ; todo esto resulta excesivo. Casi todos los médicos, sin embargo, lo logran y se destacan por ello. Los médicos pueden hablar de la muerte y sus adjetivos y se estremecen igual que cualquiera pero más aún ante lo inevitable. El ajetreo de la praxis, el automatismo clínico y la estandarización de las conductas hace que a diario los médicos intervengan sobre la vida de las personas sin buscar, la más de las veces, el sentido trascendente a sus acciones. El soporte vital brindado por la llamada terapia intensiva y la alta complejidad en medicina surgieron junto a la bioética en los 1970. La terapia intensiva posibilitó la cosa más tremenda que ocurrió en la medicina que ha sido inaugurar la concepción de la muerte como un diagnóstico más que fue la muerte encefálica (1968) que es un límite convencional entre la vida y la muerte. Los signos vitales ya no significan la vida, por lo menos la vida como nosotros la concebimos, y como la concibió de alguna manera la historia de la humanidad. Hoy, podemos manejar tecnológicamente los signos y funciones vitales desde fuera, nos tenemos que plantear hasta cuándo la muerte es la

muerte. La muerte intervenida es un nombre que designa la manera de llegar a la muerte tradicional y cardiorrespiratoria cuando un paciente está en estado irreversible o en estado vegetativo permanente y está internado en terapia intensiva con distintos soportes vitales. La muerte intervenida también se llama al límite del esfuerzo terapéutico, es decir, es el fin del soporte vital directamente mediante su retiro o la abstención de su uso para permitir la llegada de la muerte que se consuma con el paro cardíaco. Cuando un enfermo hace un paro cardíaco y está en terapia intensiva, una de las principales maneras con la cual se limita el tratamiento es decir: “si se para (el corazón) reanimar”. Se trata “permitir morir”. La sociedad debe saber que es altísimo el costo moral de tener que interrumpir el imperativo tecnológico en determinada circunstancia; hoy esto forma parte de la medicina y aunque todo transcurra en el escenario médico, la sociedad debe saber y compartir la verdad. Todos deberíamos saber que si una persona enferma está en terapia intensiva no está bien, vive o sobrevive artificialmente y todo, en cualquier momento, puede terminar. Los familiares de los pacientes internados en terapia intensiva por lo general no internalizan estos hechos de la manera que los estamos describiendo; el uso de la medicina tecnologizada siempre es un paso crítico con amenaza de muerte

El imaginario popular dice que como se salva mucha gente, muchos quieren pasar por terapia intensiva antes de morir. Lo que deben preguntarse todos los días los miembros profesionales y técnicos que trabajan en terapia intensiva es si todo lo que se está haciendo por ese paciente debe seguir haciéndose; el médico de planta, el que hace la revista de sala todos los días, debe preguntarse con su staff todos los días si es razonable y racional seguir haciendo, hasta cuándo y hasta dónde. Recordar que el paciente es una persona y no perder de vista que el objetivo de la medicina no es evitar la muerte sino promover el bienestar de las personas y ayudarlas a curarse y a cuidarlas, y en ocasiones y cuando no se puedan curar, y estén o puedan estar sometidos al soporte vital, ayudarlos a morir; curar o cuidar hasta bien morir. La muerte no es un conjunto de enfermedades evitables y previsibles, creer esto es inducir a pensar que la medicina va a evitar todo hasta la misma muerte, es decir, el hombre va a ser inmortal. Cuidar y hacer digna la muerte era más fácil

antes cuando no habían soportes vitales. La aparición del soporte vital generó una crisis de aplicación en el tratamiento, que es la posibilidad de sostener las funciones vitales, exactamente desde afuera. ¿Hasta cuándo? Si se toman muertes cerebrales y se les aplica toda la tecnología de hoy no sabemos si se van a morir tan rápido como hace cuarenta años. Hay un costo moral del progreso tecnológico que muchas veces no tenemos en cuenta. La expectativa de vida hoy es treinta años mayor que hace cien años pero también hay que detenerse ante el imperativo tecnológico que manda “porque se puede se debe”. No reanimar a todo el mundo, y detener el tratamiento en situaciones irreversibles será imprescindible para no generar cientos de estados vegetativos que son la contracara de la dignidad personal. La muerte digna no puede ser un discurso; vamos a ser menos crueles si tomamos las decisiones oportunamente y ciertamente antes de los hechos; lo ineficaz, lo teatral y lo irracional suele ser profundamente inmoral. El poder tecnológico científico aplicado en medicina sin mesura, puede poner en riesgo a la especie humana, la puede modificar, y esto ya está pasando

POLÍTICAS SOCIO SANITARIAS DE LA PROVINCIA DE SALTA

Roberto Romero (1927 – 1992) fue Gobernador de la Provincia de Salta en la apertura democrática de la Argentina (1983–1987); impulsó, entre muchas otras cosas, una reforma de la Constitución Provincial, que incorporó una amplia legislación social que implicó numerosos trabajos y acciones concretas de promoción en el campo social. Se elaboraron planes de salud que redujeron la mortalidad infantil, junto a proyectos educacionales. Fue un infatigable emprendedor y apoyó sin vacilaciones ni cortapisas las políticas de salud de Salta contenidas en el “Plan de Salud Dr. Ramón Carrillo” que convalidaba el derecho a la salud de todos y para todos cuyo hacedor, conductor, pedagogo y administrador fue el Dr. Enrique Tanoni (1940–2019) que ha sido uno de los más importantes y comprometidos médicos sanitaristas de la Argentina y América Latina. Desarrolló una labor intensa en lo sanitario y social durante muchos años en las zonas más inhóspitas de nuestra tierra y se ocupó en estimular las capacidades de centenares de recursos humanos destinados a la atención sanitaria y social de los marginados y excluidos combatiendo sin tregua las desfavorables condiciones que enferman a la gente. Siguió y acrecentó las líneas y las propuestas de actuación sanitaria de los Ramón Carrillo, Carlos Alvarado, Arturo Oñativia sin distinción de colores ideológicos o políticos dada su militancia partidaria. Convocó a todos y cada uno a la inefable empresa del Plan de Salud Ramón Carrillo de Salta, dando libertad de acción, aceptando las críticas y las enmiendas necesarias ante realidades cambiantes. Favoreció la formación técnica de números profesionales, técnicos y trabajadores de la salud e incentivó la tarea investigativa en numerosas áreas del conocimiento médico, sanitario y social. Fue maestro y generoso compañero sin altibajos. Jerarquizó a los profesionales y trabajadores de la salud y les dio a través de la ley y de los concursos por méritos el lugar apropiado para su accionar concreto.

La fuerza y la fortaleza de las políticas socio sanitarias contenidas en el Plan de Salud Ramón Carrillo además de la cuantía de las acciones y programas diseñados con objetivos concretos, consideraba los puntos de aplicación, la

dirección y el sentido de las acciones sanitarias y sociales como vectores para trabajar casa por casa, familia por familia en todo el territorio provincial delimitando áreas geográficas.

Para ello fue necesario:

1. Adoptar la estrategia y colocar como puerta de entrada al sistema sanitario a la Atención Primaria de la Salud (APS) adaptando la resolución de la OMS de 1978 habida cuenta que APS había realizado su primera experiencia en Jujuy 10 años antes.

2. Creación, equipamiento, capacitación de los recursos humanos para la atención sanitaria y social en los Centros de Salud. El Centro de Salud con modalidad Argentina fue creado como parte de la política sanitaria que comenzó a organizar la Sanidad a partir de 1946 cuando se creó la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación posteriormente transformada en Ministerio de Salud Pública. Ramón Carrillo (1906 - 1956) responsable de la planificación y ejecución de la política sanitaria de aquellos tiempos definió al Centro de Salud “como la institución integrativa de la asistencia médico-ambulatoria, médico-sanitaria y médico-social que actúa sobre el individuo y su familia, su medio ambiente biológico, biofisiológico y social con el objeto de habilitarlos física, intelectual y moralmente frente a las contingencias posibles o actuales de la enfermedad, todo ello dentro de un radio y núcleo determinado de población”. La idea de los Centros de Salud nació en los países desarrollados alrededor de 1940 como necesidad de brindar servicios y soluciones a situaciones sanitarias críticas, entre otras cosas, producto de una feroz guerra en plena marcha. El Centro de Salud antes y ahora debe atender a sanos y enfermos de toda clase y profesión, proyectar su acción al exterior, es decir, hacia la comunidad a la que pertenece, realizar el diagnóstico y el tratamiento integral, familiar y social y su acción, en cada caso y en todos los casos, tiene que ser asistencial, sanitaria y social. El Centro de Salud en un país como la Argentina muy extenso, con geografías diversas, multiétnico, extensa superficie rural y con un grado importante de pobreza estructural es la forma más eficaz y menos onerosa de llevar salud a las comunidades y en todo caso debe ser la unidad funcional básica de servicios sociosanitarios de

cualquier planificación en Salud Pública. Más aún y dados los cambios sociales que se están produciendo y la aparición de patologías sociales como la adicción a drogas, la delincuencia juvenil, la deserción escolar, la disolución de la familia, la tecnificación, las migraciones internas, la pérdida de una tabla de valores tradicionales, la neurosis, la angustia, la incertidumbre, la inseguridad y la falta de certeza del destino personal de muchas vidas hace que haya que disponer de una oferta de servicios de salud y sociales lo más cerca posible de la gente. Un Centro de Salud no es sólo un centro médico, es un mini-ministerio de Salud Pública dentro del medio y radio de acción donde desarrolla su actividad al decir de Carrillo, y debe controlar toda la población sana o enferma de acuerdo con sus posibilidades y teniendo siempre presente que allí se ejercen las tres ramas fundamentales de la medicina: la curativa o asistencial, la profiláctica o sanitaria y la preventiva o social. Por otra parte, está debidamente comprobado y especialmente en Salta que implantó como efector básico al Centro de Salud que demostró ser más eficaz y mucho más barato sin desmedro de la calidad asistencial que cualquier hospital. Debemos tomar conciencia como sociedad de la importancia de este tipo de servicios sanitarios y sociales.

3. Agentes sanitarios fueron y son imprescindibles para llevar con éxito un plan de salud que pretenda cubrir una provincia como Salta geográficamente muy extensa y diversa donde hay numerosos habitantes en situación de riesgo y aislamiento, pueblos originarios y concentraciones periurbanas empobrecidas. Los agentes sanitarios eran y son postulantes de la propia comunidad a la que pertenecen que son intensivamente capacitados y supervisados permanentemente y que deben en cada ronda sanitaria realizar reconocimiento geográfico, mapeo de los parajes, pueblos y barrios, identificación, localización y numeración de todas las viviendas, censo de la población, registro, estado y disponibilidad de los servicios básicos (agua, excretas y basura) de las viviendas, inmunización con todas las vacunas disponibles, antropometría de todos los niños menores de 5 años (peso, talla e identificación del estado nutricional), búsqueda de mujeres embarazadas, búsqueda e identificación de sintomáticos respiratorios, toma de muestras de esputo, identificación y denuncia de viviendas con infestación por vinchucas,

promoción de construcción de letrinas y potabilización del agua, educación alimentaria especialmente la infantil y promoción de la lactancia materna, derivación de pacientes a hospitales en los casos de enfermedad evidente.

4. Equipamiento con tecnología de avanzada de los hospitales de mayor nivel. Salta instaló por primera vez en el país un Tomógrafo Computado para uso gratuito de toda la ciudadanía.

5. La salud es un derecho. El derecho a la salud de todos los ciudadanos de la Provincia de Salta se incorporó a la reforma constitucional de 1986.

6. Ley de medicamentos o monodrogas genéricas que el Dr. Arturo Oñativia propulsor de una ley al respecto en 1963 no pudo o no lo dejaron concretar.

7. Normalización, legitimación de los recursos humanos de la salud pública: Ley 6422 de Profesionales y Trabajadores de la salud. Con la participación de representantes de todas y cada una de las agrupaciones profesionales de la salud y los sindicatos de la sanidad reconocidos, luego de un arduo y debatido trabajo grupal se lograron los consensos necesarios para promover la ley que asegurara una carrera profesional o técnica dentro del ámbito de la salud pública, con un horizonte de ascenso vertical paulatino y pautado y con el acceso a cargos jerárquicos o ingreso al sistema por riguroso concurso de antecedentes y oposición; la evolución laboral dentro del sistema tenía como correlato las asignaciones dinerarias correspondientes y la posibilidad voluntaria de elegir la dedicación exclusiva.

Estos objetivos fueron cumplidos pero ahora estamos obligados a asumir el compromiso con la reducción del hambre y la desnutrición, reducir aún más la mortalidad infantil, reducir la mortalidad materna y detener las epidemias y pandemias como el sida, la tuberculosis, la malaria, el dengue, la enfermedad de Chagas-Mazza, el COVID-19...y defender la salud como un derecho fundamental, reclamar si fuera necesario para que la atención de la salud esté disponible para todos en los lugares en que se vive y trabaja sin olvidar que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de los pueblos y brindar toda

la información para que el conocimiento de la salud y la vida se empodere en todos.

FOR AUTHOR USE ONLY

PROLONGANDO LA VIDA

Vivimos en un proceso continuo de envejecimiento; éste proceso debe ser asimilado, aceptado y afrontado.

Se vive en forma muy activa por parte de una gran mayoría de personas mayores con un activismo casi adolescente creando expectativas irreales y una actitud inconsciente acerca de la propia edad y sus consecuencias.

Alcanzar un envejecimiento de éxito no sólo implica transmitir las bondades del envejecer e incentivar una cultura del envejecimiento sino que hay que evitar que al vivir apresuradamente construyamos la “gerontorexia”.

Hay que llegar a mayor sano lo más posible y para ello la palabra y la acción más efectiva es la prevención.

Hemos pasado de actitudes ageistas, de exclusión, discriminación y hasta maltratos ejercidos sobre las personas mayores a promover una desmedida y poco realista protección y asistencia de los adultos mayores.

El envejecer tiene aspectos muy positivos que hay que potenciar pero también tiene aspectos negativos y muchos mayores y sus familias no están preparados para afrontar este tipo de contingencias.

Nos preocupamos demasiado por los años en lugar de enriquecerlos con calidad de vida y buenos hábitos. Para ello hay que prevenir la aparición de enfermedades crónicas discapacitantes (mejor control de la diabetes, hipertensión arterial, dislipemias, obesidad, tabaquismo, evitar el sedentarismo); lo que no cuidemos hoy lo pagaremos mañana.

El gran reto es evitar y prevenir la aparición de la fragilidad en las personas mayores, para ello hay que conocer las causas que la precipitan y en consecuencia facilitar el acceso a la atención y vigilancia sociosanitaria de cada uno de ellos para demorar la dependencia en los efectores de atención primaria de la atención de la salud comunitaria.

El ingreso de personas mayores en instituciones sanitarias como pacientes agudos suelen ser el primer paso para la institucionalización y es esto lo que hay que evitar.

En todo caso, se impone el tratamiento integral preventivo, curativo y rehabilitativo de las personas mayores, evitando las hospitalizaciones innecesarias y las estancias a largo plazo en las residencias para adultos mayores que inexorablemente producen una involución psicofísica a veces irreversible a la que se suma el aislamiento, la soledad y el abandono.

Es un privilegio ser mayor. Hay que afrontar el aumento de la esperanza de vida tratando de mejorar las condiciones de vida de las personas mayores, su protagonismo, relevancia y participación en la sociedad impulsando su mayor autonomía y disfrute vital y desarrollando sus potencialidades personales. En definitiva, haciendo de esta etapa algo satisfactorio para los mayores y también para la sociedad en su conjunto.

Ser mayor en el siglo XXI supone envejecer en una sociedad de continuos cambios que afectan a toda la sociedad y en especial a las personas mayores que tienen que estar preparadas para sufrir la evolución de pensamientos y valores a la velocidad que la sociedad está imponiendo. Hay aspectos que marcan el mundo de los mayores en la actualidad, su aumento cuantitativo y cualitativo (personas con más de 80 años) o el incremento de su grado de autonomía e independencia. El mayor, en la nueva sociedad, se hace visible reinventándose, desde una persona con actitud pasiva, receptora de cuidados, a una persona enérgica que busca el bienestar, la responsabilidad sobre ella misma y el autocuidado personal, integrada socialmente. Es importante que los mayores sean considerados por sus capacidades y no por su edad cronológica.

La vivencia de la propia vejez va a estar determinada por las circunstancias en que esta se desarrolle, es decir por el estado biológico y psicológico del individuo, su situación económica y social, su biografía y su propia escala de valores.

La felicidad, la salud, el bienestar y los niveles de autoestima en el mayor están relacionados con su propia historia vital, con las actitudes y actividades vividas

con plenitud, con la alegría, el sentimiento de conexión familiar y social, y la sensación de finalidad.

FOR AUTHOR USE ONLY

UNA SOCIEDAD ENFERMA

En las actuales circunstancias por la que atraviesa nuestro país tal vez no haya otra lectura del estado de nuestra sociedad, dada nuestra antigua experiencia, de que está enferma.

Las rigurosas investigaciones sobre base estadística muestran vencidas una cantidad de enfermedades humanas a punto tal que puede anunciarse su desaparición; nuevas expresiones morbosas o enfermedades, apenas sospechadas, pasan a ocupar un primer plano en las listas demográficas, lo que obliga a concluir, que a pesar de todo, no disminuye el número total de enfermos y en consecuencia la vulnerabilidad del hombre sigue lo más campante.

El círculo vicioso se cierra casi siempre, porque en realidad lo que puede estar enfermo es el ser humano y también la sociedad que lo contiene y que actúa sobre el hombre y sobre sus conceptos culturales interviniendo como entidad desintegrante o unitiva.

La paradoja básica de nuestro tiempo: nuestra religión, nuestra moral, nuestras teorías económicas y políticas tienden a destruir el estado de cosas que aspiran a lograr.

La sociedad es un todo susceptible de estar enferma en sí misma y muchas enfermedades psicosociales aparecen como meros síntomas de la enfermedad social.

Cuando fracasa la función social de la política, aparecen determinadas dolencias y padecimientos individuales y colectivos que actúan como desintegrantes de ver y pensar bien, distorsionan las relaciones sociedad-individuo, aumenta la incapacidad para el trabajo y la productividad se torna escasa, la violencia carcome todo tipo de relación. Esto demuestra que la medicina, la medicina social y la política han fracasado en el cumplimiento de

su función social en importantes aspectos como las alteraciones psicosociales y el soporte al bienestar general.

La enfermedad social genera graves resultados biológicos e impide alcanzar un estado aceptable de salud biológica, psicológica y social.

El hombre enferma a su sociedad y ésta puede enfermar al hombre en un perverso circuito de retroalimentación.

Las mejores invenciones sociales como la asistencia social y los seguros pueden convertirse en focos de invalidismo individual y social que mejora en forma aparente el caso inmediato e individual pero agravan el problema mediato y social y a la larga, también, la situación personal que se buscó aliviar.

Transparencia Internacional, que elabora y publica el índice de corrupción de distintos países, hace rato que no empieza por casa. Nos ocupamos poco de los evasores de impuestos, de los ejecutivos que hacen pagar a sus compañías sus cuentas del country club, que nos parece normal aceptar la existencia de lobbyists o procuradores que sobornen a legisladores y funcionarios, que se elaboren leyes, normas y reglamentos que favorezcan a ciertas compañías o empresas a costa del contribuyente.

Es evidente que todavía no se ha estudiado lo suficiente y en profundidad a gente que no es normal, que son obsesos por el dinero o el poder político o ambas cosas a la vez, que ansían poseer tanto más cuanto más tienen.

Estas reflexiones expresan verdades parciales o aproximadas, la lógica no se ocupa de la verdad sino de la validez.

Los mecanismos de la curación son muchos y variados y es preciso salir del error el creer que siempre cura mejor el que más sabe; es, en cambio cierto que siempre cura mejor el que mejor sabe. La curación es contagiosa; el remedio pasa y la curación permanece; con el correr del tiempo una misma enfermedad se cura con remedios distintos y aun contradictorios; es posible y frecuente que se cure una enfermedad con el diagnóstico de otra y en consecuencia con un tratamiento que no era el adecuado; el hecho de curar es

un fenómeno muy complejo donde el medicamento puede ser sólo una parte de cuyos componentes no siempre tenemos cabal conocimiento y cuya dinámica desconocemos. En realidad siempre juzgamos por los resultados y esto cabe para el hombre o la sociedad enferma.

FOR AUTHOR USE ONLY

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Un listado de mínima de derechos de los pacientes abarca: el derecho a la información y a la toma de decisiones consecuente; el derecho al rechazo del tratamiento propuesto; la obligación del médico de obtener el consentimiento del paciente antes de cualquier intervención de tipo sanitario. Estos elementos fueron ajenos a la tradición profesional, y por ello se perciben aún hoy como una especie irritante de ordenamiento jurídico de la medicina. Estos derechos están ahora en vigencia y no queda más remedio que tolerarlos y aceptarlos, aunque muchos opinan todavía que nada tienen que ver con lo que los profesionales entienden por una buena relación clínica y que, además, va en detrimento de la misma.

Autonomía, derechos y obligaciones de los pacientes es la gramática fundamental que consolida una ética cívica, una ética de mínimos que nuestra sociedad considera exigible en las relaciones entre los profesionales de la salud y los ciudadanos.

El sistema sanitario tiene como fin último la mejora continuada de la asistencia sanitaria y al paciente como centro de todas sus acciones poniendo el marco para el desarrollo de un respeto óptimo por la autonomía y la libertad de elección, garantizando el protagonismo del paciente en el sistema sanitario, fortaleciendo la capacidad de los ciudadanos para participar realmente en la toma de decisiones relacionadas con algo tan esencial como es la propia salud, la enfermedad y la forma de morir.

Todavía hay barreras administrativas para que el ciudadano pueda elegir médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria y médico especialista y hospital entre todos los del sistema sanitario; este derecho debe ser garantizado y refrendado por profesionales sanitarios, sociedades científicas, órganos colegiados, asociaciones de pacientes y el propio Estado como administrador y responsable de la salud pública; hay que dar soluciones iguales a problemas iguales, profundizando en la equidad y calidad del sistema.

Nos vemos obligados a tratar, desarrollar y legislar acerca de los derechos de los pacientes y una Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de enfermar y en el de morir haciendo mención taxativa de las situaciones clínicas y existenciales. Son necesarias leyes para enfermar y morir de manera digna en una sociedad como la nuestra. El concepto de dignidad pertenece al ámbito de la filosofía. Es la clave axiológica del antropocentrismo moderno, la ética en la que se sustentan las constituciones de las democracias liberales.

El rechazo del tratamiento por un paciente es un presupuesto genérico, en el que el médico duda si corresponde o no un rechazo de tratamiento. En los últimos años han aparecido casos relacionados con la sedación paliativa, el rechazo de tratamiento y la limitación de medidas de soporte vital que han sido motivo de debate social y de gran preocupación para los médicos. Los seres humanos protagonizamos desde dentro nuestra enfermedad sabiendo que la sociedad no se preocupará demasiado por nosotros al momento de nuestra muerte que es absolutamente individual, propia, intransferible y que se concreta la mayoría de las veces en solitario.

Para asegurar el cumplimiento de manera efectiva el elenco de derechos de los pacientes debe relacionarse con los deberes del personal sanitario que los atiende, y también con un conjunto de obligaciones para las instituciones sanitarias en las que se presta atención de la salud.

Nadie cuestionaría hoy el derecho de todo ser humano a recibir una adecuada atención y a no sufrir de manera innecesaria; sin embargo, los datos disponibles y la realidad actual señalan que este derecho no está, ni mucho menos, cubierto como debiera. Todas las personas tienen derecho a una asistencia sanitaria de calidad, científica y humana. Por tanto, recibir una adecuada atención médica no debe considerarse un privilegio, sino un auténtico derecho.

HUMOR EN MEDICINA

"El conflicto moral sin humor es imbecilidad; el humor sin conflicto moral es inmadurez".

(Joaquín Salvador Lavado- Quino)

Santiago Ramón y Cajal (Premio Nobel de Medicina 1906) en sus escritos literarios, entre otras cosas, decía en "Diálogo entre un microbio y un médico"

El microbio: Eres un ingrato. Me combates sañudamente, cuando, gracias a mí, vives y prosperas.

Médico: Me acreditan tus derrotas, no tus victorias.

Microbio: Pero cobras las dos. Además, cuando a fuerza de inventar vacunas y sueros específicos, etcétera, consigas exterminarme, ¿de qué vivirás?

Médico: ¬Bah!... Me quedarán todavía las víctimas de la ambición, de la envidia, del odio, de la miseria, de la gula, de la vejez, del amor, y las iniquidades horrendas de la guerra.

El humor, la cachada, la broma, la ironía y la viveza son instrumentos para parodiar la condición humana.

El hombre es el único poseedor de risa inteligente. Desde los cinco meses de edad, normalmente, los seres humanos tenemos risa inteligente; en adelante, la conservaremos si somos realmente inteligentes.

La época que nos toca vivir adolece de spleen, de mal humor, de pésimo humor, de rencor, de bronca, de bilis negra, de dolor de hígado, de suspicacias con sarpullido.

La risa es una poderosa arma defensiva ante lo estúpido y le pone una pizca de ternura, de cariñosa emotividad a la angustia. Muchas veces, "la risa es una crueldad pequeña que oculta una crueldad mayor" (Jean Guitton).

Cualquiera de nosotros puede hacer el ridículo, mostrando los defectos o los vicios de que somos capaces los hombres comunes y también los famosos, encumbrados, notorios y célebres, los médicos, los abogados, y casi todos los profesionales liberales.

La risa pone en evidencia la necesidad y la estulticia; desarma y confunde; puede ser arma sutil de comunicación y convicción, de construcción o de degradación vana, de armonía o del desbarajuste de los valores, por ello, esta expresión humana debe contextualizarse en la ética personal y en la de los otros.

Somos protagonistas o comparsa de la comedia humana; celebramos en forma solemne o burlesca nuestro acontecer y devenir; vivimos sanamente si damos afecto y somos queribles para los demás en nuestra cotidiana comarca sentimental.

El humor desdramatiza y desinhibe; llega hasta el carozo mismo de una verdad y la desnuda con una sencillez asombrosa. Con humor y risa el dolor duele menos aunque la realidad siga ahí y se hace menos duro abordarla cuando la mirada es más optimista. El humor es a veces una estrategia negadora y defensiva, que permite evadirse de situaciones que angustian. El humor inteligente ayuda a aceptar el conflicto y a enfrentarlo sin tanta solemnidad; el conflicto se ablanda y se minimiza.

El humor tiene un gran valor como herramienta terapéutica; las técnicas psicodramáticas que incluyen la comicidad permiten aceptar más benévola los problemas y promover los cambios personales; se adquieren herramientas para resolver lo que tiene solución y asumir lo que no tiene solución; podemos seguir caminando con menos sufrimiento; la verdad por más dolorosa que sea se hace más digerible y termina por ser aceptada. El humor ayuda a conseguir los recursos personales para resolver lo que nos pasa. "Con el puño cerrado no se puede intercambiar un apretón de manos"

(Mahatma Ghandi), ni tampoco sin una sonrisa como expresión de buen talante y de conducta afable.

FOR AUTHOR USE ONLY

DE LA ENFERMEDAD

La naturaleza del hombre es constitutivamente vulnerable y por ello hay una disposición física, psíquica y social al padecimiento de las enfermedades.

“La enfermedad humana es un modo aflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo, en el cual padecen las funciones y acciones vitales y por el cual el individuo afecto vuelve al estado de salud (enfermedad curable) o muere (enfermedad mortal) o queda en deficiencia vital (enfermedad cicatrizal)” (P. Laín Entralgo).

El fenómeno de la enfermedad no sólo traduce la agresión, la injuria, la lesión o el deterioro de la condición corpórea de la existencia humana, sino también la “vivencia” de estar enfermo y las consecuencias –hacia adentro y hacia afuera– a partir de esta vivencia en lo psicológico y social.

Estar enfermo es sentirse vulnerable, es decir, darse cuenta de un modo exacerbado y penoso de la fragilidad de la existencia humana, de la susceptibilidad ante la agresión y de la posibilidad cierta de la destrucción y la muerte.

La experiencia de estar enfermo no sólo hace que el hombre padezca y se apropie de la enfermedad en términos de vida personal sino que, además, este mismo ser humano “hace” e interpreta la enfermedad colocándola en la trama de su vida; por ello, la enfermedad tiene un carácter individual y personal; se enferma la persona de manera unívoca e integral.

La experiencia de enfermar no sólo demuestra la vulnerabilidad y lo dolorible de padecerla sino que revela, dramáticamente, que la existencia, la vida, vale.

La enfermedad es una alteración a la vez de hecho y eventual y, en todo caso, muestra la inestabilidad constitutiva del ser humano.

La enfermedad altera la consistencia endeble de la estructura, de modo desordenado, en lo biológico, psicológico y social. La integralidad funcional,

con suerte, será reparada o compensada para reencontrarnos con la salud, con “la estabilidad inestable”.

La enfermedad desquicia la seudoperfección de la realidad sustantiva, perturba la expresión , degrada físicamente y, ante esto, la persona enferma tiene pocas alternativas: acepta y se apropia de la enfermedad incorporándola a su vida; la aborrece o se niega a poseerla como suya.

La enfermedad es individual (como la muerte) porque tiene que serlo, porque no puede no serlo pero, también, crea la condición y el sentido de “hombre sanable” que es, finalmente, lo que justifica y legitima la posibilidad de curar y a lo que llamamos medicina.

FOR AUTHOR USE ONLY

MEDICAMENTOS, MITO Y REALIDAD

El gasto en salud pública ha crecido desmesuradamente en los últimos años en todo el mundo; la sociedad está inefablemente biomedicalizada; la sociedad actual vive cuasi totalmente medicada; se consumen muchos más “remedios” de los que se debería y aparentemente hay muchas más “enfermedades” que antaño que, obviamente, tienen que ser tratadas con medicamentos; esto no es cierto en absoluto.

La salud es un derecho y los medicamentos constituyen bienes sociales que deberían estar al alcance de todas las personas por igual. Los medicamentos son los que mayor incidencia tienen en el costo total de la atención sanitaria de las personas y sus tratamientos y esto ha hecho, entre otras cosas, que la industria del medicamento sea la más rentable en nuestro planeta.

La salud del mundo, al menos en los países desarrollados, ha mejorado notablemente.

La esperanza de vida se ha alargado; las enfermedades mortales son cada vez menos y al mismo tiempo, hay que admitirlo, las llamadas enfermedades degenerativas crónicas, las discapacidades funcionales y la accidentología acompañan a la mayor edad que van teniendo las personas pero ello no justifica ni avala la mirada pesimista que tienen las industrias farmacéuticas y sus agentes acerca de la salud del mundo.

El envejecimiento, el embarazo, el parto, la menopausia, los problemas mentales funcionales, la angustia, la infelicidad o la misma muerte no se curan ni mitigan con fármacos y no son, finalmente, enfermedades.

Los medios de comunicación (periódicos, revistas, televisión, radiotelefonía, testimonios de gente famosa, etc., etc.) se empeñan hasta el hartazgo, con una endeble y pobre “cobertura” científica, en convencernos que tenemos enfermedades o síntomas atribuibles a enfermedades que se solucionan con tal o cual medicamento. Ya no queda resquicio alguno para que nuestros

padecimientos puedan deberse a una cuestión derivada de nuestra personalidad, temperamento o carácter; de tener reacciones disfóricas ante circunstancias vitales que consideramos negativas o de conductas antisociales o impropias derivadas de nuestra realidad, educación, cultura y situación socioeconómica.

Se sabe que la salud real o percibida es el primer factor que el ser humano tiene en cuenta cuando se le pregunta acerca de su bienestar general. Estar enfermo, compromete a toda la persona y si ésta no asume y acepta la enfermedad como un hecho asaz cíclico y transitorio o bien permanente, irreversible o fatalmente mortal y le otorga importancia desmedida sufre mucho más y reclama redobladas ayudas.

La salud entendida como un valor de mercado “necesita” sostener de cualquier manera un modelo de vida “patologizado”; el rendimiento de los capitales invertidos en la oferta para la salud (en realidad, reparación de enfermedades) y en especial la industria farmacéutica tiene relación directa con la expansión de las enfermedades, su continuidad en el tiempo y la firme creencia y aceptación que todas ellas se curan con medicamentos.

Así las cosas, se hace cada vez más difícil identificar la propia salud, el bienestar biopsicosocial y la calidad de vida.

“Fabricar” enfermedades no es para nada imposible y hasta se pueden legitimar y transformar un rasgo en un trastorno o enfermedad (ejemplo: la timidez convertida en trastorno de ansiedad social).

Actualmente, hay numerosos medicamentos (psicofármacos) que se prescriben para tratar trastornos de la personalidad que no son necesariamente enfermedades.

Hoy en día, no por casualidad, existen muchos síndromes, trastornos, enfermedades o problemas de salud que hace algunos años no eran considerados como tales.

Hay demasiados “remedios nuevos”, como si lo último fuera siempre lo mejor, que no han hecho su prueba clínica a través del tiempo, es decir, no han sido

estudiados en muchísimas personas y a larguísimo plazo y que tienen al menos el mismo efecto que los “remedios antiguos” que se sabe curaban siempre y cuyo costo económico es mucho menor (como cuestan menos se discontinúan o directamente se retiran del mercado).

Una situación inquietante es la automedicación y la utilización indiscriminada de suplementos nutricionales y o alimentos publicitados como medicamentos que se compran y consumen por toneladas en efectores comerciales no sanitarios (supermercados, herboristerías, dietéticas). La malnutrición existe pero debe ser detectada y tratada por los equipos de salud.

Hay enfermedades de “prestigio” como los cánceres, el Alzheimer y otras que cuentan con medicamentos curen o no. Hay otras enfermedades, sin prestigio, que padecen en general los pobres como el Chagas, la lepra, las epilepsias, las parasitosis intestinales, el paludismo, etc. para las que no se consiguen fácilmente los medicamentos necesarios.

Hace muchos años que hay una sustitución de terapias naturales no patentables por sustancias sintéticas patentables y lucrativas

El sistema sanitario y los propios pacientes han internalizado el paradigma de que hay que eliminar las molestias o el dolor lo más rápidamente posible y que las soluciones terapéuticas tienen que ser rápidas y fáciles aunque el costo sea elevado.

La mayor parte de los medicamentos suelen ser terapéuticos a dosis adecuadas durante cierto tiempo, cuando se exageran las dosis y el tiempo de administración se convierten en venenos o tóxicos. Como se ve, la diferencia entre un medicamento y un veneno es cuestión de dosis o cantidad. Muchísimos remedios no curan y producen efectos inconvenientes, indeseables o adversos a veces muy graves. Es cierto, muchas veces es peor el remedio que la enfermedad.

Hay una verdadera y suicida perversión ideológica al creer que cualquier situación humana que se escape de los cánones establecidos es una enfermedad y que cada enfermedad tenga su propio medicamento curativo.

Molière (Jean Baptiste Poquelin; 1622 – 1673), si hoy escribiera “El enfermo imaginario” (1673) tendría que situar la responsabilidad por fuera del paciente, en lo que hoy se llama modelo y sistema.

El ajuste de la situación descripta pasa por pensar en las necesidades reales de la personas antes que en las innovaciones; dejar de lado las soluciones facilistas; comprender el valor social de las intervenciones terapéuticas antes que la novedad tecnológica.

En la cúspide de las realizaciones humanas están las “necesidades de autorrealización”, es decir, el cumplimiento de las potencialidades profundas de la persona que, por otra parte, dan sentido a la vida; el soporte de esto son las bases biofisiológicas (alimento, agua, aire, abrigo, techo). Entre la base y la cúspide están la autoestima, la aceptación, el amor, la amistad, el afecto, la pertenencia y la seguridad o protección.

La vida es mucho más que consumir; tener éxito, fama, celebridad; estar conectados sin estar verdaderamente comunicados; aparentar sin vivir; declamar sin comprometerse; la realidad espiritual de cada uno es mucho más real, misteriosa, profunda y trascendente que todo el materialismo.

EPILOGO

ODISEA. Historias y reflexiones de un viejo médico está construido por una serie de ensayos breves sin formato académico destinados a mostrar, explicar y justificar el ejercicio de la medicina y la persona del médico.

“Encontrarle sentido a todas las cosas es una enfermedad de nuestra época” (Picasso). Sin embargo tiene sentido, aunque la mayoría encontraría carencia de sentido, la relación entre las enfermedades orgánicas y la condición íntima (espiritual, afectiva, emocional) de aquellas personas que las padecen que es lo que se intenta demostrar, entre otras cosas, en esta presentación.

Los sanadores de todos los tiempos han debido tratar con hombres reales, humanos, para los que no bastaba la administración de la enfermedad como un puro flujo de materia y energía.

El juicio sobre el acontecer humano no es sólo estadístico e intelectual y apoyado solamente en la patología científica. No se pueden soslayar los acontecimientos de la vida personal de un ser humano enfermo, su relación con su familia, las características de su trabajo, sus convicciones religiosas, sus inclinaciones políticas, la relación de su intimidad y su vida instintiva. Todo ello hace a la gramática de cada espiritualidad. “La enfermedad no es un “quiste biológico” más o menos largo y penoso en la general biografía de la persona enferma”

El fin de la medicina no es hacer patología sino curar o mejorar a los enfermos, aunque muchos tratamientos no tengan demasiada conexión con los fenómenos morbosos y sus explicaciones.

El desarrollo abrumador de nuestra sociedad, la disminución progresiva de la vida privada, de la intimidad, la excesiva y asfixiante información y “comunicación”, la desigualdad, la violencia hacen que no haya tiempo y sosiego para que las personas crezcan y se desarrollen; ser original, libre, independiente y saludable requiere un esfuerzo cada vez mayor. Este ensayo, seguramente, no se incorporará a la canonización literaria pero cuanto menos pretende ser un espacio de testimonio y reflexión sobre un tema tan candente como la salud y la medicina y está muy lejos de no poder ser criticado, está

incontaminado de prejuicios y está muy lejos de ser inmutable. Para algunos de nosotros las palabras no sólo reflejan valores estéticos y no pueden estar desligadas de la verdadera historia social, económica y política de los problemas humanos, deberían estar alejadas de las ideas-fuerza movilizadas por maquinarias políticas o institucionales. La ideología dominante marca sin duda las obras que los contemporáneos eligen como modélicas y que transfieren a las nuevas generaciones. Cada época acomoda el inestable panteón de los canonizados pero nunca el de los clásicos. Ningún triunfador del presente puede considerar como seguro un nicho confortable para la posteridad.

FOR AUTHOR USE ONLY

BIBLIOGRAFIA

Aguinis, Marcos y Laguna, Justo: "Nuevos diálogos. Una mirada humanista sobre los grandes temas"; Editorial Sudamericana; Buenos Aires; 1998.

Carballo, Juan Rof: "Medicina y actividad creadora"; Revista de Occidente; Madrid; 1964.

Goicoechea Romano, Cesáreo: "Diccionario de citas"; Editorial Labor, S.A.; Bilbao; 1952.

Laín Entralgo, Pedro: "La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico"; Salvat Editores, S.A.; Barcelona; 1961.

Laín Entralgo, Pedro: "Historia de la medicina"; Salvat Editores, S.A.; Barcelona; 1978.

Nuevas enfermedades. La salud, un valor de mercado; Rev. Tiempos; Año 2, N° 65; págs. 10 – 13; 14 de enero; Buenos Aires; 2007. Editorial Polemos; Buenos Aires; 1999.

Strejilevich, Leonardo: "Medicamentos. Mito y realidad"; El Tribuno, Salta, págs. 4 y 5, 02 de febrero; 1986.

Strejilevich, Leonardo: "Fundamentos de neurología. Morfología y Bioestructura Funcional. Propedéutica para una Neurología y Neurocirugía Integrada"; Editorial COBAS. Comisión Bicameral Examinadora de Obras de Autores Salteños; Salta (Argentina); 1994.

Strejilevich, Leonardo: "De la enfermedad"; Diario El Tribuno; pág. 2; Salta; 05 de septiembre; 2003.

Strejilevich, Leonardo: "Maimónides. Pensamiento en acto"; Editorial Milá (AMIA); Buenos Aires; 2004.

Strejilevich, Leonardo: "Gerontología social"; Editorial Dunken; Buenos Aires; 2004.

Strejilevich, Leonardo: "Aportes para una sociología Argentina"; Editorial Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN), Secretaría de Cultura y Publicaciones, Secretaría de Coordinación de Interior y Delegación Regional Salta; Colección UPCN en las Letras, Buenos Aires; 2005.

FOR AUTHOR USE ONLY

INDICE

PRÓLOGO	2
LO QUE FUI Y LO QUE SOY	3
EL MÉDICO COMO PACIENTE	9
CONFESIONES DE UN MEDICO JUBILADO	17
LA VEJEZ DE LOS CONOCIMIENTOS EN MEDICINA	28
FORMACION DE POSTGRADO	32
ESTUDIANTINA	49
CURACION POR EL ESPIRITU	51
MORIR EN TERAPIA INTENSIVA	53
POLITICAS SOCIOSANITARIAS DE LA PROV. DE SALTA	56
PROLONGANDO LA VIDA	61
UNA SOCIEDAD ENFERMA	64
DERECHOS DE LOS PACIENTES	67
HUMOR EN MEDICINA	69
DE LA ENFERMEDAD	72
MEDICAMENTOS. MITO Y REALIDAD	74
EPILOGO	78
BIBLIOGRAFIA	80

Leonardo Strejilevich

Médico

**Master en Gerontología Social
de la Universidad
Autónoma de Madrid**

**Dedicado a la
neurogerontología-neurogeriatria
y gerontología social**

Periodista científico

Ensayista

**Ex – Docente Facultad de Medicina y
Facultad de Farmacia y Bioquímica de la
Universidad de Buenos Aires**

**Ex – Profesor Regular Adjunto
Facultad de Ciencias de la Salud
de la Universidad Nacional de Salta**

**Ex – Director General de la
Comisión Permanente de Carrera
del Ministerio de Salud Pública
de la Provincia de Salta**

**Ex – Miembro activo del
Laboratorio de Investigaciones Neuroanatómicas
de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires**

**PREMIOS
de la Academia Nacional de Medicina
de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires
de la Universidad Maimónides de Buenos Aires**

Publicó 51 libros y más de 500 trabajos científicos y literarios

LIBROS PUBLICADOS

**1. "ORIENTACIÓN EN ANATOMÍA HUMANA"; Editorial Ediciones Purinzon
Librero y Editor; Buenos Aires; 1975.**

**2. "FUNDAMENTOS DE NEUROLOGÍA. Morfología y Bioestructura
Funcional. Propedéutica para una Neurología y Neurocirugía Integrada";
Editorial COBAS. Comisión Bicameral Examinadora de Obras de Autores
Salteños; Salta (Argentina); 1994.**

**3. "LA VEJEZ. ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES Y TECNICOPOLITICOS"
Editorial Víctor Manuel Hanne Editor; Salta (Argentina); 1998.**

**4. "MAIMÓNIDES. PENSAMIENTO EN ACTO"; Editorial Milá (AMIA);
Buenos Aires; 2004.**

5. "GERONTOLOGÍA SOCIAL"; Editorial Dunken; Buenos Aires; 2004.

**6. "APORTES PARA UNA SOCIOLOGÍA ARGENTINA"; Editorial Unión del
Personal Civil de la Nación (UPCN), Secretaría de Cultura y Publicaciones,
Secretaría de Coordinación de Interior y Delegación Regional Salta;
Colección UPCN en las Letras, Buenos Aires; 2005.**

**7. "LA CURACIÓN POR EL ESPÍRITU"; Abordajes y perspectivas 5;
Ministerio de Educación de la Provincia de Salta – Secretaría de Cultura;
Salta; Argentina; 2007. Primer Premio Ensayo, en los Concursos
Literarios Provinciales 2006, organizados por la Secretaría de Cultura de
la Provincia de Salta.**

8. "LA VEJEZ EN LA PATRIA MORENA"; Prólogo del Dr. Félix E. Nallim. www.gerontogeriatría.org.ar. Trabajos Publicados Año 2008; pág. 9; agosto; 2008.
9. "LOS VIEJOS DE SALTA"; Premio "Senador J. Armando Caro" 2010; <http://www.lulu.com/content/e-book/los-viejos-de-salta/9982258>
10. "ANATOMÍA FUNCIONAL DE LA COLUMNA VERTEBRAL"; ISBN 978-1-4583-0765-1
11. "APUNTES DE GERONTOLOGÍA"; ISBN 978-1-257-10358-4; en ebook; <http://www.lulu.com/content/e-book/apuntes-de-gerontolog%c3%8da-segunda-edici%c3%b3n/10090973>
12. "ESCRITOS REUNIDOS"; ISBN 978-1-4583-9182-7; en e-book; <http://www.lulu.com/content/e-book/escritos-reunidos/10162796>
13. "GERONTOLOGÍA"; Editorial Académica Española; 2012. ISBN 978-38473-6586-0.
14. "FUNDAMENTALISMOS Y ANTISEMITISMOS"; Editorial Académica Española; 2012. ISBN 978-3-659-00605-0; 2012.
16. "ENSAYOS BREVES"; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-659-08354-9; 2013.
17. "LA VIOLENCIA"; Secretaría de Cultura; Salta; Argentina; 2012. Primer Premio Ensayo, en los Concursos Literarios Provinciales 2012, organizados por la Secretaría de Cultura de la Provincia de Salta.
18. "SOCIOLOGÍA ARGENTINA CRIOLLA"; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-659-08545-1.
19. "ODISEA POR EL CEREBRO"; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-8484-6348-0.
20. "MISCELÁNEA. Ideas sueltas en ensayos breves"; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-8484-7131-7.

21. **“TESTIMONIOS Y PANFLETOS. Enunciados y respuestas sociopolíticas de problemas candentes que nos rodean”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-659-03874-7.
22. **“EDUCACIÓN Y CULTURA”**. Herramientas esenciales para el desarrollo social y la construcción de ciudadanía; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-659-08725-7.
23. **“FUNDAMENTOS ANATOMOFUNCIONALES DEL CEREBRO HUMANO. PROPEDEÚTICA PARA UNA NEUROCIENCIA APLICADA E INTEGRADA”**; Editorial Internet Medical Publishing; SBN 13: 978-1505915839; ISBN 10: 150591583X; info@imed.pub <http://im>; 2015.
24. **“LA MUERTE”**. Una propuesta para el regocijo con la vida; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-659-09672-3; 2015.
25. **“POLÍTICA EDUCATIVA SIGLO XXI EN EL ÁREA DE LA SALUD PARA ARGENTINA”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-659- 10082-6; 2015.
26. **“CIRCULACIÓN CEREBRAL. Anatomía funcional normal y patológica. Aplicaciones a la clínica general y a la neurología”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-639-78539-5; 2016.
27. **“COMPENDIO DE GERONTOGERIATRÍA”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-659-70431-4; 2016.
28. **“ARTE Y MEDICINA”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-8417-6611-3; 2016.
29. **“ANATOMÍA FUNCIONAL DE LA COLUMNA VERTEBRAL”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-639-85542-5; 2016.
30. **“TEMAS DE AYER Y DE HOY. Ensayos breves. Aguafuertes literarias con identidad acerca de temas candentes”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-639-70934-6; 2017.
31. **“ENSAYOS POLIÉDRICOS. Reflexiones y testimonios plurales”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-659-65354-4; 2017.

32. **“CAPITAL HUMANO – CAPITAL MENTAL. Importancia y trascendencia de la ciencia, la técnica, la educación y la cultura para el desarrollo de un país”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-620-33-24022-2; 2017.
33. **“ENSAYOS”**; TusLibros.com;2017.
34. **“GERONTOGERIATRÍA”**; TusLi bros.com; 2017.
35. **“NEUROCIENCIAS EN MEDICINA”**; TusLibros.com; 2018.
36. **“ENSAYOS SOCIOPOLÍTICOS. Temas candentes de hoy”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-620-2-11833-0; 2018.
37. **“LIBRO PARA MI PADRE. Relatos y reflexiones escritos por una persona mayor”** Editorial Académica Española; ISBN 978-620-2-12657-1; Tus Libros.com; 2018.
38. **“LOS ARGENTINOS”**; TusLibros.com; 2018. **“LOS ARGENTINOS”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-620-2-17039-0; 2018.
39. **“TESTIMONIOS GERONTOGERIÁTRICOS”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-613-9-10280-8; 2018.
40. **“ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-613-9-40492-6; 2019. Editorial Rosana Olivero, Libros Digitales; 2019.
41. **“ENSAYOS GERONTOGERIÁTRICOS”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-613-9-46722-8; 2019.
42. **“EL MÍTICO SIGMUND FREUD. La gramática de la espiritualidad”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-620-0-04238-5; 2019.
43. **“ENVEJECIMIENTO. Crisis sociopolítica y económica”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-620-0-35856-1 ; 2020.
44. **“LA PESTE Y OTRAS CALAMIDADES”**; Editorial Académica Española; ISBN 978-620-0-38756-1; 2020.

45. “PESTES, EPIDEMIAS Y PANDEMIAS”; Editorial Académica Española; ISBN 978-620-0-40380-3; 2020.

46. “TESTIMONIOS Y CAPTURAS”; TusLibros.com; 2020. “TESTIMONIOS Y CAPTURAS. Reflexiones sobre la problemática humana antigua y actual”; Editorial Académica Española; ISBN:978-620-0-41866-1; 2020.

47. “CALEIDOSCOPIO. Opiniones y certezas”; Editorial Académica Española; ISBN 97862203037630; 2021.

48. “ENSAYOS GERONTOGERIÁTRICOS EN PANDEMIA”; Editorial Académica Española; ISBN 9786203883329; 2021.

49. “LAS ENFERMEDADES MENTALES SON ENFERMEDADES DEL CEREBRO”; Editorial Académica Española; ISBN 978-620-3-88623-8; 2022. Tuslibros.com; 2022.

50. “GUERRAS. Poder, destrucción y muerte.”; Editorial Académica Española; ISBN 9783841752628; 2022.

51. “ENSAYOS BREVES REUNIDOS”; Editorial Académica Española; ISBN 978-620- 2-11957-3; 2023.

E-mail: strejileonardo@hotmail.com

FOR AUTHOR USE ONLY

**More
Books!**



yes
I want morebooks!

Buy your books fast and straightforward online - at one of world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.morebooks.shop

¡Compre sus libros rápido y directo en internet, en una de las librerías en línea con mayor crecimiento en el mundo! Producción que protege el medio ambiente a través de las tecnologías de impresión bajo demanda.

Compre sus libros online en
www.morebooks.shop



info@omniscryptum.com
www.omniscryptum.com

OMNISCRIPTUM



