

MEDICINA Y PERSONA HUMANA

Dr. Pablo González Blasco

*Profesor de Medicina Psicosomática. Director de la
Sociedade Brasileira de Medicina de Família*

Una medicina técnica, institucional y despersonalizada

En nuestro tiempo, presidido por una medicina altamente técnica, la prestación de servicios corresponde, en general, a las instituciones sean públicas o privadas- y, en consecuencia, a las instituciones de perfil cada vez más impersonal. La relación médico-paciente, esencia de la práctica médica, difícilmente encuentra espacio en este universo. se camina, fatalmente, hacia una despersoalización de la medicina. Aquí, esta, en pocas palabras, el quid? del asunto que surge con evidencia cuando contemplamos el panorama que la asistencia médica nos ofrece en este final de siglo.

Ese es el tema y el problema, si es que de un problema se trata. Nuestra tarea no consiste tanto en encontrar a los culpables -que, con rigor, no existen como conciencia culpable como en encontrar soluciones para recuperar la base del arte médico. Cabe, entretanto, un análisis breve de las razones que habían conducido a la medicina -e con ella a los médicos- a esta condición que, curiosamente, parece no satisfacer las necesidades básicas del paciente. Al final, es con él con el que está la palabra y el juicio de valor: si la práctica médica no satisface al individuo enfermo puede ser útil para muchas cosas más, hablando con propiedad, aquello no será medicina.

Vivimos tiempos de progreso tecnológico vertiginosos; las novedades y descubrimien-

tos se suceden en un ritmo donde los días se mide forma insuficiente, diendoe para registrar los avances de la técnica. El aumento del volumen del conocimiento requerido, para su correcta administración, la necesaria división técnica. Surgen las especialidades, un intento de almacenar el progreso, dxecatalogar los recursos para, estudiados con profundidad, poder después prestar un servicio altamente especializado y eficaz. Nunca ha sido más evidente que los sueños de "enciclopedismo", e intento frustrado de reunir el conocimiento vigente de la época presente, son hoy postura anacrónica cuando no ingénuas. El progreso es una realidad y contestable. Los especialistas y superespecialistas son el fruto natural de ese contexto.

La asistencia médica se debe dividir por sectores en especialidades para poder así llevar hasta el paciente los avances de la técnica, convenientemente asimilados. La eficacia terapéutica aumenta., por imposición de la propia dinámica del sector, se paga un alto impuesto que va endetrimento de la unidad del paciente. Se acaba tratado de una parte del paciente, y no de él como un todo; algo que surge más como necesidad que como falta del especialista, a quien, aparentemente, podrían comprometer la profundidad de su conocimiento particular. Se abre así una brecha para la despersonalización de la atención médica. Si no corresponde al especialista subsanar esta deficiencia, ciertamente a alguien deberá incumbir hacerlo, pues el paciente es -lo queramos o no- una unidad real: un alguien que está enfermo o que se siente, en su totalidad y no sólo una parte, enfermo.

Saber que alguien cuida de él, es factor fundamental en la lucha den paciente contra

la enfermedad. En él, en el médico, deposita la confianza y, guiado por sus consejos, se enfrenta a la nueva situación que la vida le depara: estar enfermo. No se siente una patología encarnada en un individuo, en un caso de estudio, ni siquiera un diagnóstico, porque no es solamente eso. La enfermedad le ocurre siempre a alguien, a un individuo concreto, y por eso se reviste de individualidad, de las peculiaridades de ese ser humano, con sus características propias de personalidad, de familia, sociales. La enfermedad es realmente personal e intranferible, como el propio sujeto, con el alma, como el ser.

El perfil institucional de la asistencia médica es, junto con las especializaciones crecientes, la segunda brecha para la despersonalización. Analizar a fondo este sistema nos llevaría muy lejos. En pocas palabras se puede decir que el sistema público -de por sí congestionado- y las diversas instituciones que prestan servicios necesitan centralizar la asistencia médica para poder suplir la búsqueda siempre creciente. Paralelamente, los sistemas vigentes de salud -seguros de enfermedad, empresas de medicina de grupo, convenios de carácter general- presentan a sus afiliados los servicios médicos fragmentados en especialidades, procurando de esa forma cubrir las necesidades variadas del público. No es nuestro objetivo -carecemos de competencia y de experiencia para tanto- analizar los meandros de este sistema actual de atención médica, instalado en la loable tentativa de racionalizar la prestación de servicios, de mejorar los recursos. Pero también es una realidad innegable la insatisfacción frecuente del paciente. Y sin patentes y tristes las consecuencias que se reflejen en las críticas sobre el médico y en el juicio, muchas

veces deformado, que se hace de la Medicina como profesión.

El paciente no se encuentra propiamente bajo la responsabilidad de un médico, sino de un equipo, generalmente vinculado a una institución. Por otro lado, el paciente va directamente al especialista, para los asuntos ordinarios de salud, pues de ese modo que se le ofrece la opción de asistencia en el servicio público o privado. En este contexto, como un derecho que el paciente reclama -con sentimientos tal vez más que con conocimiento de causa de sus necesidades- surge lo que nos gusta llamar "Medicina de Familia". Es como un deseo de recuperar al médico como elemento que oriente, integre y guíe en ese laberinto que es la enfermedad. Un médico que "sepa traducir" en lenguaje común toda la avalancha técnica a la que el paciente será sometido, cuando sea necesario. Un médico que es técnico y, al mismo tiempo humano. Ese es, en nuestra opinión, el objetivo de la práctica de la Medicina de Familia, en respuesta a las ansias de los pacientes que, no pocas veces, se encuentran perdido en el medio de las instituciones, equipo, grupos e innumerables especialistas sin tener un médico rápido a quien recurrir.

La práctica de la Medicina de Familia asume una forma de redescubrimiento, de vuelta las nociones médicas de siempre, inseparables de la figura del médico -sea quien sea por su área concreta de actuación-. Algo que, en la intimidad, todo paciente espera encontrar en nosotros, los médicos. En la perspectiva anteriormente descrita de atención a la salud, tiene el médico de familia algo de explorador que penetrando en las selvas variadísimas de las especialidades médicas y de las patologías relacionadas, se

esfuerzo para que "los árboles no le impidan ver el bosque". Un médico en búsqueda de algo tan simple y complejo como es el hombre, y en el caso, el hombre que está enfermo. Hacer como que las enfermedades, en su dimensión científica -diagnóstico, tratamiento y pronóstico- no hagan olvidar al enfermo, y es la meta anhelada en esta búsqueda de un "verdadero huevo de Colón".

Saber dosificar la especialización, sin embobarse en ella, conservando la visión de conjunto. Es una ciencia siempre imprescindible para tender un puente sobre la necesaria brecha abierta por la especialización, por donde se evapora el trato personal con el médico. Nada contra el especialista, que cumple su función tantas veces imprescindible. Advertencia, sí, contra una mentalidad especializada, de perspectiva estrecha, que excluye a la persona del paciente de la propia patología que se pretende tratar. Es más un tema de límites y de manera de entender la realidad de que ser especialista o no. Quien carece de esa visión amplia hace una caricatura de la propia personalidad y se encaja bien en la figura que con ironía comenta Ortega y Gasset: "El especialista 'sabe' muy bien su mínimo rincón del universo; pero ignora radicalmente todo lo restante". Y precisando más: "Antiguamente se podían dividir los hombres en sabios o ignorantes (...) Pero el especialista no puede ser incluido en ninguna de esas dos categorías. No es un sabio, pues ignora formalmente lo que no forma parte de su especialidad; pero también no es ignorante, ya que es 'hombre de ciencia' e conoce muy bien su pequeña porción del universo. Tendríamos que bautizarlo como 'sabio-ignorante', cosa extremadamente peligrosa, pues significa que es un sujeto

que se comporta en todos los temas que ignora, no como ignorante, sino con toda la petulancia de quien en su ámbito especial es sabio"(1).

El paciente despersonalizado

La enfermedad es fruto de varios factores sino como causa directa, sí, ciertamente, como modificadores de ésta. Así la personalidad del paciente, el ámbito familiar, la cultura, el entorno social llevan a que la misma entidad enferma se exprese de modo diferente en cada paciente. No existen enfermedades, existen enfermos. Insistamos: la enfermedad se encarna en cada paciente de modo particular.

Analizemos cuál es la reacción del paciente cuando se da cuenta de que está enfermo. Se pueden seguir, básicamente, dos caminos al abordar este hecho. Por un lado, un abordaje prudente, es decir, llamar al médico. Si el paciente se encuentra enfermo llama a un profesional para que cuide de él. No se preocupa del tipo de enfermedad, con el sistema o aparato cuya fisiología está alterada. Algo simple que acostumbra a funcionar bien: como cuando el coche se avería, lo normal es llevarlo al mecánico de confianza, aquél que resuelve cualquier problema. Si el fallo está en el motor, o en el sistema eléctrico, o en cualquier otro dispositivo competente al mecánico resolverlo entonces llama al especialista, aconseja a alguien, también de confianza. No es tarea del usuario hacer los diagnósticos -ni siempre hacerlos- para ir reuniendo a diversos especialistas en los diferentes mecanismos. Buscar al médico o llamar a éste cuando hay dolor, es pues el camino que parece más sensato.

Pero existe otra razón que se va imponiendo hoy, por las razones anteriormente

analizadas. El paciente, o enfermo, realiza primero un análisis de sí mismo -una tentativa de autodiagnóstico- para de ese modo buscar un médico adecuado. Naturalmente, la propia cultura médica divulgada facilita esto, sobre todo, porque los sistemas de sanidad se ofrecen a los usuarios divididos en especialidades. Para "facilitar" el encontrar al médico correcto, se acostumbra a incluir en el manual del propietario un breve resumen de síntomas según las especialidades. Será el paciente quien deberá encontrar al especialista conveniente para su problema guiado por las "orientaciones del manual del convenio" y por los conocimientos generales de medicina, enriquecidos por los medios de comunicación, siempre sensacionalistas.

Los resultados de esta gestión propia no son esperanzadores. El paciente, que no tiene obligación ninguna de saber medicina, acabará buscando un especialista para cada síntoma que padece. Quiere decir, que se volverá, en la práctica un sujeto dividido por una larga listas de síntomas y especialistas, en la tentativa de resolver su problema. Con asustante frecuencia esta peregrinación de un especialista a otro, donde cada uno va "arreglando su parte", se parece más a una verdadera "vía sacra", donde al final al paciente ni siempre se le ayuda convenientemente y, muchas veces, persisten en sus quejas. Eso, cuando la propia gestión y las consultas múltiples no acaban "descubriendo" otros problemas de salud, o también los provocados por las medicinas que todos los facultativos se sienten en la obligación de recetar. El resultado además de precario, carece de postura científica: no se puede dejar en la mano de un ignorante la gestión de la propia salud. Es como querer construir una casa, sin saber

nada de esos asuntos, y convocar a albañiles, electricistas, ...-todos muy competentes- y, "guiado por el buen sentido y ojo clínico" ir dando las instrucciones pertinentes.

No basta la buena voluntad, ni la dedicación: es preciso competencia. Ante la enfermedad el único profesional es el médico; el paciente es siempre un lego en la materia. No hay enfermos profesionales. La fragmentación del paciente supone, para el propio enfermo, un curioso cambio de mentalidad. Dado que deberá consultar a tal especialista para tal síntoma, el paciente oculta informaciones "del resto del cuerpo", pues al final, no son síntomas de esa especialidad. "¿Qué más siente el señor?" preguntamos en cierta ocasión. La respuesta fue contundente: "Doctor, de su parte es sólo eso". Y por aumentar otro ejemplo, citaremos el del paciente que acudió al especialista en gastroenterología por sentir náuseas y cierta incomodidad epigástrica. Felizmente, el colega "fue alguien de su especialidad" y acabó diagnosticando...un embarazo.

Son algunos ejemplos reales, extraídos de una lista infinita, fruto de la experiencia clínica de los últimos años.

El paciente fragmentado -en la mente y el cuerpo- busca al médico como un técnico, como alguien que resolverá un tema particular, y no como un profesional a quien confiar el cuidado de la salud. Más o menos, como buscar un servicio en las páginas amarillas de la guía telefónica. En este contexto, no se puede pedir que el paciente conserve el sentido profesional del médico. Es una persona que presta servicio, alguien al que se le requirió por un aspecto peculiar de la salud global que, eso sí, parece que la administra el propio paciente.

Como es lógico, ni siempre el paciente es capaz de "administrar" todo eso y, cuando entiende que se le escapa de las manos, que está enfermo, perdido en la enfermedad, y a pesar de consultar a los médicos especialistas no se llega a una conclusión, lo normal es llamar a alguien que ponga orden. Esa llamada "integradora" debería dirigirse "a su médico", al profesional de referencia que él, desgraciadamente, no tiene... Cuando se agrava la situación es frecuente correr al 'Servicio de Urgencias' que, obviamente, no existe para esa función. El Servicio de Urgencias es sinónimo de urgencia médica, idealizado para atender emergencias y no para ordenar historias clínicas mal redactadas. Juntar los fragmentos del resumen que el enfermo presenta fruto de su autogestión no es el servicio que debe realizar el médico en el Servicio de Urgencias. Entre otras cosas porque carece de tiempo para esto. Los bomberos están destinados a apagar incendios; corresponde al arquitecto construir una casa, prever los sistemas de seguridad. Una casa que carece de esos recursos y pide los servicios de los bomberos habitualmente debe prohibirse, quizá ser demolida, y construida de nuevo con profesionalidad. Una analogía jocosa, exagerada también, pero que sirve para aclarar el dilema.

La autogestión ignorante del paciente hace que haya también una verdadera "inflación de enfermos". La facilidad al consultar a un especialista es la tentación cómoda para intentar eliminar el primer síntoma que aparece. De hecho, cuando falta orden y sistema abunda el "enfermo imaginario": el recurso al médico no se ve como una necesidad sino como un lujo fácil, cuando no como un derecho adquirido dado que "se paga determina-

do acuerdo". Terreno difícil para que pueda crecer en él un verdadero sentido profesional del médico, y una relación eficaz médico-paciente. Y en el medio de ese universo de enfermos imaginarios se diluyen aquellos que necesitan ayuda médica o no aciertan con el médico que asumirá sus sufrimientos. Un curioso panorama, nacido de una tentativa de llevar hasta los pacientes los avances técnicos de la medicina, y que deja a los propios pacientes huérfanos de un médico que cuide de ellos.

Son esos los verdaderos dividendos de la autogestión ignorante: un conjunto de especialistas -uno para cada síntoma-, acumulación de medicamentos, gastos innecesarios con exámenes complementarios, búsqueda indiscriminada del Servicio de Urgencias y, muchas veces, la propia persistencia del problema de base, que no se trató de forma apropiada. Parece, pues, razonable una vuelta al primer camino propuesto: llamar al médico, consultarle cuando se está enfermo. Los temas posteriores son asunto de su competencia, no del paciente.

El médico despersonalizado

También el médico sufre las consecuencias de esta despersonalización. La más importante de todas es, quizá, la fatal de motivación. Dado que se le busca como un médico, como un consultor de un problema sectorial, se limita a dar su opinión en ese tema, dejando el resto por cuenta del paciente.

Pero el médico no es insensible a este modo de ejercer la medicina. Algo en su interior le dice que es necesario asumir la responsabilidad del paciente, que no puede desentenderse de ella, y que esa res-

ponsabilidad no corresponde a instituciones, sistemas de sanidad, convenios médicos y, mucho menos, al propio paciente.

Se sigue, entonces, la revuelta de un ideal que se posee y que, diariamente, se enfrenta con una condiciones indignas en la práctica del ejercicio profesional. La remuneración desproporcionada -grande en los procedimientos técnicos, ridícula en la actuación clínica- es causa no despreciable de la falta de motivación. Porque al final, es en la actuación clínica, en el raciocinio y en las decisiones donde se encuentra la representación práctica de la responsabilidad del médico cuando asume un caso: y es que él empeña, ya que a ninguno se le ocurre despejar la responsabilidad por un paciente en un aparato sofisticado o en un examen de laboratorio. Es el médico, que tiene nombre y apellido, el responsable de aquel paciente. Los exámenes complementarios son la ayuda de una decisión personal. La desproporción patente en los honorarios profesionales es más un ejemplo de que la sociedad premia la técnica sobre la persona, y solamente es ella -la persona del médico- la que es capaz de asumir la responsabilidad por un paciente.

Esa revuelta se no se resuelve, desemboca en conformismo, comodidad. Delante del panorama descrito siempre existe el peligro de atenerse única y exclusivamente a lo estrictamente necesario. Y como lo necesario es apenas la consulta técnica, del especialista, limitarse a cubrir el expediente. Se pierde el entusiasmo profesional, se deslumbra al paciente como un caso -ya que él mismo fragmentado, parece estar de acuerdo en no ser otra cosa -y el médico se limita a "cumplir". Es un triste panorama del arte médico agonizando, vaciando el sentido de la propia

vida profesional y, naturalmente, perjudicando al paciente que siempre lleva la peor parte.

La figura del médico de familia

Cuando se contempla una situación desde el punto de vista del paciente, que es al que pretendemos servir con nuestra ciencia médica, salta a la vista la necesidad de ese elemento integrador, que orden el desorden provocado por la enfermedad. Una referencia de confianza que es el punto de apoyo para guiar al paciente, con sentido profesional, en su condición de enfermo. Existe una distancia desde el paciente -atacado por una molestia- hasta el especialista -en caso de que sea necesario- que no puede ser recorrida en solitario. Una verdadera integración y gestión del caso clínico, una responsabilidad plena por el paciente que necesita ayuda.

Se impone la necesidad de que el médico consulte y estudie al paciente como un todo, en conjunto, en un abordaje general y completo. Actúa de esta forma el médico como elemento unificador en la desorientación que los variados síntomas producen al paciente. Establece las hipótesis principales de diagnóstico, programa los exámenes complementarios y receta, seguidamente, la terapia adecuada en cada caso. Finalmente sitúa jerárquicamente los diferentes problemas médicos que atacan al paciente, estableciendo la secuencia debida para que los tratamientos obedezcan a las prioridades correctas y a las peculiaridades del paciente. Cuando sea necesario, solicita la ayuda del especialista para un aspecto determinado. Esta es la figura del médico de familia que, cada vez más, se va volviendo necesaria y cuya rehabilitación proponemos.

El paciente debe ser examinado y tratado hasta llegar, cuando sea necesario, al especialista, a quien deben llegar solamente los recursos necesarios. Esto es la administración racional de los recursos, aprovechar el tiempo del especialista, para lo que es de su estricta competencia. Los temas ordinarios -o extraordinarios- de salud deben consultarse al médico de referencia. Y es él quien debe asumir la responsabilidad por el paciente. Es el médico del paciente, aquel que 'ordena el caso', diseña los programas a seguir, reúne a los especialistas cuando son necesarios. Y, sobre todo, explica y traduce en lenguaje comprensible para el paciente, lo que está pasando con él y las perspectivas de diagnóstico y de curación. El paciente sabe entonces que alguien cuida de él, que es responsable por su estado y que buscará los mejores recursos para atenderlo.

El médico de familia también se denominaba, en el pasado, médico de cabecera. Un modo inteligente para designar una función cuyo alcance tal vez no se conseguía prever. La desaparición de este profesional puso en evidencia su verdadera importancia. El médico de cabecera: aquel al que se consulta para todo y cualquier problema, un 'vademecum' que se adapta perfectamente a nuestras necesidades.

Características del médico de familia

Una función necesaria, de origen antiguo, con perfiles modernos. Un papel que requiere características peculiares, para desempeñarlo satisfactoriamente. Se trata de reunir la ciencia como el arte médico, ofrecer al paciente la mayor comodidad técnica y humana posible. Un resumen de esas características:

a) Debe el médico buscar conocer de forma amplia y profunda la medicina interna -de la clínica médica, si preferimos el término- y por encima las principales patologías, de aquellas que prevalecen más. El médico de familia no es aquel que sabe un poco de algunas cosas, sino que es necesario saber bastante de todo; de lo contrario da como resultado la incompetencia para la función deseada. No es alguien que se limita a recetar según los síntomas, ni un paliativo para una situación que demanda la competencia científica.

b) Debe también buscar una permanente actualización en los modernos métodos de diagnóstico y en los avances terapéuticos para atender los casos correctamente ofreciendo al paciente lo mejor posible. No ser especialista no significa desconocer los progresos de la técnica, vivir ajeno a ellos, y tratar a los pacientes con terapias superadas o desfasadas. El perfil moderno -fruto de esa constante actualización y estudio- significa tratar al paciente con los mejores recursos técnicos del momento.

c) El esfuerzo por adquirir una sólida formación humanística y cultural que permite conservar la visión del hombre en su conjunto, integrado en el medio social y familiar es el elemento imprescindible. Es preciso tener en cuenta las peculiaridades del paciente, edad, cultura, dependencia. Y, siempre, una perspectiva realista de la situación: hacer lo que es posible de hecho, sin perderse en sueños de posibilidades que están fuera del alcance del momento. Una relación médico-paciente provechosa depende en gran parte de esta preparación del médico que debe ser, más allá de científica, un académico, un universitario: un hombre de visión amplia.

d) Interesarse y adquirir experiencia en la evaluación y tratamiento de pacientes en el medio familiar. La visita médica a domicilio es práctica inseparable del médico de familia. El acompañamiento de enfermos crónicos en su domicilio, proporcionado una orientación completa -nutritiva, de comportamiento y de medicamentos- es una fuente continua de peticiones en medicina de familia.

e) Una postura profesional abierta e integradora, que le permita atender el caso del paciente a su cuidado, acudiendo cuando sea necesario a los especialistas, solicitando los auxilios específicos. Por eso debe saber dialogar, pedir consejo, facilitar el colega del trabajo especialista, en actitud sinérgica que procura siempre, el beneficio mayor del paciente.

Finalmente, cabe una breve aclaración sobre el modelo humanista que proponemos para el médico de familia. Humanismo no es dar soluciones filosóficas a las enfermedades, desentenderse del progreso técnico. Y no perder de vista y nunca olvidar que el objeto de su trabajo es un hombre enfermo como un todo. Tomar en consideración la condición humana y orientar, con base en ella, toda la conducta.

Profundizaremos en este tema en el capítulo dedicado a la formación del médico de familia. Pero no parece supérfluo adelantar una consideración de un conocido siquiatra que resume mucho este nuevo desafío para el cual el médico debe estar preparado. "La medicina se enfrenta hoy con la tarea de ampliar su función. En un período de crisis, como el que experimentamos hoy en día, los médicos deben cultivar la filosofía (...). Los médicos se encuentran hoy con temas que no son de índole médica solamente, sino más

bien filosófica y para las cuales están mal preparados. (...) Es posible ser médico sin ocuparse de estos temas; pero entonces sucedería lo que P. Dubois afirmaba en relación con este caso: que el médico se distingue del veterinario apenas en una cosa: en la clientela"(2).

La figura del médico de familia trae beneficios sustanciosos para el paciente. El primero y más importante, es tener un profesional como médico de referencia para los problemas diarios de la salud, patologías crónicas y agudas, del paciente o de los familiares. Y, como él, el paciente tiene el camino seguro para recuperar la confianza en la medicina, elementos imprescindible en la relación médico-paciente y en el caso terapéutico.

No es de despreciar también -todo debe decirse- el beneficio de disminuir los costes, ya que usando al médico de familia como referencia se agilizan los exámenes complementarios, haciendo solamente los necesarios; se inicia el tratamiento sin tardanza y, más importante, se evitan las consultas innecesarias a innumerables especialistas, que serán consultados cuando sea realmente necesario.

Conclusión: medicina de familia, un nuevo estilo

No se restringen estas consideraciones a la clínica, sino a todos los médicos, sobre todo, a los que se encuentran en período académico de formación. La medicina de familia es, a nuestro entender, un estilo de practicar la medicina, el estilo de siempre, aquel que nunca deberíamos haber perdido y que no dirige y orienta para, en el medio del progreso, no perder el objetivo y razón de nues-

tra profesión: el cuidado del paciente. Quien no dé importancia a esto, difícilmente sabrá explicar las cosas al paciente, pondrá barreras e incomunicaciones, aumentando así la angustia natural de la molestia que padece. De ahí el fracaso de profesionales que son, por otro lado, brillantes desde el punto de vista técnico. No saben desarrollar una relación sustancial médico-paciente; es una prestación limitada de servicios, técnica e insuficiente.

Terminando este estudio, parece obligatorio decir que en momento alguno nos animó lo que equivocadamente podría interpretarse como una crítica al progreso a la especialización médica. El deseo y la urgencia que sentimos en la recuperación de esos elementos que constituyen un perfil del verdadero médico, y que están cada vez más ausentes, explica el tono de estos comentarios. Un matiz que podría pensarse crítico pero que, en el fondo, pretende ser constructivo, y abrir camino para una esperanza de superación, personal y del arte médico como un todo.

La palabras de Gregorio Marañón -extraordinario médico y pensador- parecen las más adecuadas para poner el punto final.

"Sentiría mucho que alguien concluyera pensando que no soy respetuoso para con la

medicina y que soy pesimista sobre su presente y su futuro. Yo respeto la medicina, porque la amo; y el amor es la fuente suprema del culto, en el ser humano y en el ser divino. Pero el amor es también, y debe ser, crítico. Solamente cuando desmenuzamos el objeto amado, retirando lo que tiene de deletéreo, acertamos al encontrar, en el fondo, lo que tiene de imperecedero. Aquel que habla valientemente de los defectos de su patria es el mejor patriota, el que va puliendo con críticas justas su profesión, ese es quien la sirve con toda la plenitud"(3).

(Texto para debate en el seminario de Filosofía dentro del programa de Master en Periodismo para Editores, de la Faculdade de Ciências da Informação da Universidade de Navarra (España), realizado en São Paulo, agosto 1997)

(Traducción del original en portugués: David Diéguez)

Notas bibliográficas:

1. Ortega y Gasset: "A rebelião das masas". Revista de Occidente, Madrid, 1930, p. 130.
2. V. Frankl: "Psicoterapia ao alcance de todos" Herder, Barcelona, 1986, p. 24.
3. G. Marañón: "La Medicina y nuestro tiempo", Espasa Calpe, Madrid, 1957, p. 52.