

DR. IGNACIO CHAVEZ

La Educación de un Clínico

*

Etica, Deontología y Responsabilidad del Médico Contemporáneo

medicina

717

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

1975





DR. IGNACIO CHAVEZ

La Educación de un Clínico

*

Etica, Deontología y Responsabilidad del Médico Contemporáneo

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

1973

LIBRO
SIN
SER

Editorial Universitaria Potosina

En los últimos dos años el maestro Ignacio Chávez ha correspondido a dos invitaciones que se le han hecho para concurrir a San Luis Potosí. En cada una de estas ocasiones ha dictado una conferencia magistral. La primera, titulada Etica, Deontología y Responsabilidad del Médico Contemporáneo, la leyó el 17 de marzo de 1971 cuando se efectuó en la Escuela de Medicina de San Luis Potosí el XIV Congreso Nacional de Neumología y Cirugía de Tórax. La segunda la dictó el 24 de noviembre de 1972, al conmemorarse el XXV Aniversario de la fundación del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto". El título fue La Educación de un Clínico.

Estas dos lecciones despertaron en el auditorio el mismo interés de otras ocasiones, cuando el maestro Chávez había dictado lecciones magistrales. Luego llegaron a la Escuela de Medicina de San Luis Potosí peticiones para contar con la conferencia impresa; por eso el doctor Luis Fernando Rangel, Director de la Escuela, se empeñó en imprimir la conferencia dictada a fines del año pasado. La de 1971 fue leída cuando ocupaba la Dirección el Dr. José de Jesús Macías.

El Rector de la Universidad, licenciado Roberto Leyva Torres, aprobó el trabajo editorial y generosamente acordó auspiciar la edición. Gracias a esta actitud, que mucho estimamos, aparecen hoy impresas estas dos conferencias. Va en primer término la dictada en 1972 y luego la que se presentó durante el Congreso de Neumología, en 1971. La primera lleva una nota de presentación, la que se leyó el día que el maestro Chávez dictó esa conferencia en el Auditorio de la Escuela de Medicina.

Este trabajo editorial, que se puso en nuestras manos por acuerdo del señor Rector de nuestra Universidad, lo cumplimos por cuarta ocasión gracias a la colaboración desinteresada del licenciado Jesús Medina Romero; sin su orientación, experiencia y ayuda editorial no se hubiera podido realizar esta labor.

En 1959 editamos por primera vez una conferencia del maestro Chávez en los Talleres Gráficos de la Editorial Universitaria Potosina; el acuerdo rectoral procedió entonces del Dr. Jesús N. Noyola.

La segunda y la tercera conferencias, en los años de 1964 y 1970 respectivamente, se imprimieron por acuerdo del entonces Rector, licenciado Guillermo Medina de los Santos.

Las de hoy vuelven a llevarnos a expresar nuestro agradecimiento, como en las ocasiones anteriores, al autor y a las personas que bondadosamente han respaldado este trabajo editorial.

José Miguel Torre

UNA ENSEÑANZA MAS *

JOSÉ MIGUEL TORRE

Maestro Chávez:

Hace poco tiempo, a fines del año pasado, usted dijo en la Universidad Michoacana que no tenía necesidad de llamar a las puertas para entrar en esa Casa porque nunca había salido de ella. Porque en esa Universidad de la que fue Rector el padre Hidalgo también lo fue usted. Porque allí estudió su carrera y en ella enseñó Historia. Porque de ella es ahora *Rector Honoris Causa* y porque a ella ha

* Palabras leídas al presentar al maestro Chávez el 24 de noviembre de 1972.

vuelto, finalmente, en múltiples ocasiones y por variados motivos.

Yo podría decir hoy, al presentarlo a este auditorio, que tampoco en esta Casa Potosina necesita usted llamar para que se le abran las puertas.

A usted lo hemos sentido maestro en esta Escuela desde que asistió por invitación de los doctores Morones y Noyola cuando ellos organizaron en el viejo hospital "Miguel Otero" el Primer Ciclo de Días Médicos. De esto hace más de 30 años. Y desde esa ocasión sus enseñanzas en San Luis Potosí se han repetido cuantas veces hemos solicitado su presencia. Lo mismo lo hemos escuchado en el Hospital que en la Escuela y en la Universidad. Igual en la lección clínica, con el enfermo al frente, que en la conferencia magistral de hondo contenido humanístico. Lo mismo en actos solemnes, como la inauguración del edificio en que ahora estamos, que en congresos, cursos de actualización o ceremonias conmemorativas, como la que nos congrega hoy.

Y con esta actitud suya comienza la enseñanza que me he propuesto destacar hoy; esa que es preciso mostrar a las nuevas generaciones, tan necesitadas de conocer posturas generosas. Yo no podría hablar de su dimensión de maestro abarcando todos los campos en los que su actuación es un ejemplo y su proceder una enseñanza permanentes. Por ello me resolví a mostrar sólo una faceta limitada de su enseñanza: ésta de su actitud en los congresos. Ni una sola vez ha rechazado usted la invitación; jamás ha surgido el argumento de ocupaciones excesivas para dejar de asistir a San Luis Potosí. Y ello ha sucedido lo mismo cuando dirigía el viejo "Pabellón 21" del Hospital General y tenía que atender a una clientela numerosa en su práctica privada, que cuando estaba en la dirección del Instituto o al frente de la Universidad Nacional en su labor rectoral, dan-

do ejemplo señero de servicio a la Universidad y a México. En todas estas situaciones ha respondido siempre con su presencia, cuando se le ha invitado para estar aquí.

Y hoy vuelve usted a esta Casa, que es suya, a dejarnos su enseñanza cuando está atareado en labores de El Colegio Nacional y en la planeación del nuevo Instituto de Cardiología, en esa otra gran empresa suya, que deberá dar a las generaciones que siguen "todos los medios que permitan dar su talla, completar la obra nuestra y superarnos" ¹ conforme lo advirtió hace poco a los jóvenes de ese otro Instituto que usted hizo y que ya escribió su parte en la historia médica de México.

Así, con tan altos deberes que cumplir, con tareas agotadoras que no admiten espera, con una actividad intelectual que igual debe atender a la redacción de un reglamento —usted ha elaborado tantos!— que a la preparación de una conferencia científica, que a la atención de la labor profesional diaria, que a la redacción de discursos y conferencias, que a esa gran faena de escuchar y de atender a los hombres, ¡a tantos hombres que por diversos motivos nos acercamos a usted!, así, con toda esa carga a cuestas, juntas a veces muchas de estas tareas simultáneamente, usted ha encontrado tiempo suficiente para asistir a cuantos sitios del mundo se le ha llamado. Igual ha dictado conferencias en Tokio que en San Luis Potosí; en Morelia que en París; en Corea y en Monterrey; en Brasilia y en Hermosillo; en Mérida y en Boston.

Ha recorrido la patria en tarea de maestro y ha caminado por el mundo empeñado en la obra más alta de un pa-

¹ IGNACIO CHÁVEZ. *Discursos*. Sobretiro de Archivos del Instituto de Cardiología de México. 1970 (p. 506).

triotra: llevar el prestigio del país afuera y mostrarlo con verdad.

En esta labor suya va una profunda enseñanza. Su entrega para cumplir con estos compromisos que alguien pudiera ver como superficiales y que usted mira como una seria responsabilidad; eso es, a mi juicio, un ejemplo más de lo que debe ser un maestro. Yo he estado con usted en muchas de estas reuniones y lo he seguido por días en un trabajo agotador, responsable, trascendente siempre. Su actitud de maestro en las reuniones médicas, por modestas que se las quiera suponer, creo que no ha sido señalada otras veces y por ello me decidí a mostrarla hoy aquí, en esta nueva presentación que el comité organizador de esta Jornada Conmemorativa me encargó que hiciera de usted. Y la presento ante este auditorio, que en parte le resulta familiar a usted, como una faceta más de su cátedra de moral dictada con el ejemplo; porque hemos aprendido que moralidad es también "la preocupación de hacer las cosas como es debido" ².

Gracias, pues, maestro, por venir a esta otra Casa suya y dejarnos su ejemplo y su mensaje, que recibimos igual que ayer, convencidos, con Ortega y Gasset, que "la felicidad es una dimensión de la cultura" ³. Y si algo representa usted en México y en el mundo de la cardiología es la cultura. Nosotros le abrimos felices las puertas y lo saludamos con el respeto creciente de discípulos leales.

Esta es su casa; nosotros escuchamos la lección.

2 JOSÉ ORTEGA Y GASSET. *El Espectador*. Tomo I. Espasa Calpe, S. A. Madrid, 1966 (p. 124).

3 JOSÉ ORTEGA Y GASSET. *Ensayos Escogidos*. Aguilar, S. A. de Ediciones. Madrid, 1967 (p. 164).

LA EDUCACION DE UN CLINICO

Festejamos hoy el XXV aniversario de la fundación del Hospital "Dr. Ignacio Morones Prieto", de San Luis Potosí. Bien lo merece el hecho, de feliz recordación. Su nacimiento fue el fruto de una rara conjunción de circunstancias favorables. Por una parte, la iniciativa y la fe de un cirujano, todavía joven, el Dr. Morones Prieto, que a su regreso de centros médicos europeos donde se formó, buscaba la elevación de la medicina de su terruño. Por otra, la presencia al frente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de otro cirujano, pujante de energías, Gustavo Baz, imbuido también él de ideas de renovación y que se había lanzado a la

tarea gigantesca de dotar al país de una red de hospitales modernos. Una tercera circunstancia fue la de contar con la capacidad organizadora de un joven médico, Salvador Zubirán, Subsecretario de Salubridad, a quien se confió la tarea de planear la organización de este hospital para que fuese a la vez un nosocomio moderno y un centro de enseñanza universitaria.

Era la época en que todo el país vibraba de impaciencia por convertir las promesas de la Revolución en realidades de bienestar social y de avances educativos; época en que no se conocía todavía el desgano en el quehacer, sino al contrario, en que bullían las esperanzas; época todavía de idealismos renovadores y etapa ya de realismo constructor de un México nuevo.

Así nació este hospital, que vino a ser la concreción de las aspiraciones que concibió su fundador. A partir de entonces la nueva medicina marchó a grandes pasos en San Luis Potosí y pudo impartirse educación médica de alto nivel. Se registró aquí lo que es un hecho de observación general y es que las ciencias médicas no florecen y la educación médica no es auténtica sino sólo donde hay buenos hospitales. Sin ellos, esa educación es un mito, cuando no un fraude. En otros tiempos, cuando se vivía de doctrinas más que de hechos, la medicina se refugiaba en escuelas reputadas por tradición. Ahora es a la inversa. Es el buen hospital el que vivifica la enseñanza y el que modela a los médicos, lo mismo estudiantes que profesores. Sin él se volvería a caer en la enseñanza verbalista, en el culto de las doctrinas imaginadas, medicina vuelta de espaldas a la observación y a la experimentación y por lo tanto, vacía de espíritu científico.

Por fortuna, en San Luis Potosí florece una medicina digna de nuestro tiempo y esto en gran parte es debido al

fermento de su Escuela, que si hace 25 años fue revitalizada por el hospital, es ahora ella la que revitaliza a éste. José Miguel Torre pudo organizar la nueva Escuela de Medicina y darle altos niveles en ciencia y pedagogía y vino así, en justicia, a agregar su nombre al de los grandes renovadores. Ahora la conjunción está lograda. Bastaron 25 años para crear el binomio hospital-escuela. Por ello venimos a congratularnos de ese logro feliz y a desear que en los próximos 25 el ímpetu de superación no decaiga. Que la obra crezca, se renueve, florezca, gracias a la comprensión inteligente de los gobiernos, al interés apasionado de los médicos y al ímpetu noble de los estudiantes. Sobre todo, a la protección amorosa del pueblo potosino, en cuyo beneficio se ha realizado este esfuerzo.

* * *

Entremos ahora en el tema de la conferencia que se me ha pedido. Es una distinción que agradezco de verdad, en la medida en que con ella se me asocia, como tantas otras veces, a la vida académica de este Estado.

No voy a centrar mi tema en el papel que representa el hospital en la vida de una comunidad, como instrumento de alivio de los enfermos, como laboratorio de prevención de las enfermedades, como centro de rehabilitación o foco de educación, en síntesis, como guardián de la salud del pueblo. Esa tarea quedó cubierta ayer, seguramente, por Salvador Zubirán, con toda la autoridad que le da su larga experiencia. Yo miraré la otra cara del problema. El cómo aprovechar las facilidades de un hospital para formar un médico. Cómo utilizar ese maravilloso instrumento para educar a un estudiante y hacer de él un buen clínico. Cómo irlo subiendo después, de escalón en escalón, hasta que se haga, si quiere, un especialista o un Maestro o un Doctor en Medicina. Cuando menos para que se conserve al día,

manteniendo su educación continua, a lo largo de toda su vida.

Me pondré, pues, del otro lado del problema, enfocándolo como educador, como profesor y no como médico del hospital, por mucho que sepamos bien que ambos deben estar fundidos en un mismo molde. Y voy a hacerlo dirigiendo mis reflexiones no al personal médico de esta Casa, que vive y conoce a fondo el problema, sino a los médicos jóvenes, que apenas se inician y a la generación de estudiantes, que apenas se asoma a la medicina.

Partamos del momento en que el hospital abre sus puertas al catedrático rodeado de sus alumnos. No importa que eso sea en el primer año de la carrera o más tarde, cuando ya se tengan las bases de las ciencias fundamentales, morfología, fisiología y bioquímica. Eso es cuestión de pedagogía médica que no voy a discutir aquí. Un método puede ser tan bueno como el otro si se tiene lo principal, que es el binomio buen profesor-buen estudiante, laborando juntos, por supuesto, en el ambiente de un buen hospital. Con esos tres elementos se tiene todo. Veámoslos en detalle, aunque sea someramente, valga la paradoja.

El profesor. Es el elemento esencial en la enseñanza, pero habrá que definir primero quiénes merecen ese nombre y decidir cuál es la escala de valores para escoger a los catedráticos. ¿Son los sabios?, ¿las figuras de eminencia reconocida?, ¿o los investigadores famosos? En nuestro ambiente nacional, convengamos en que no es tarea fácil hallar esos hombres, cuando menos en el número necesario. Por fortuna no se requiere tanto. Para cubrir honorablemente una cátedra y contribuir con eficacia a la educación, basta con médicos estudiosos y enterados de su ramo, que sientan amor por el magisterio; médicos que cultiven la virtud del entusiasmo por su carrera y que tengan generosidad sufi-

ciente para consagrarse a impulsar a la juventud. Virtudes, como se ve, la mitad de orden científico, la otra mitad de orden humano.

Un profesor así vale más que un sabio apático o que un investigador receloso o egoísta. Más también que una notabilidad científica fatigada. ¿Pero existen esos profesores? Seguramente que los hay en todas partes y si faltan, la tarea primordial es la de formarlos, partiendo de jóvenes que prometan. Eso sí, jóvenes que tengan la chispa interior. Que nadie exija que lleguen a la cátedra sólo médicos maduros, académicos de carrera con amplio historial. Feliz la escuela si los encuentra; pero no son indispensables. Ténganse las virtudes antes señaladas y la cátedra misma hará el resto. En el yunque del trabajo diario es donde se forjan los buenos profesores.

El estudiante. Es el segundo elemento, sin el cual no hay el binomio de la enseñanza. Pero no un estudiante cualquiera, no el primero que pretenda franquear las puertas de la escuela. Debe ser uno que tenga la preparación óptima para entender y aprovechar lo que se le enseña y hacer suya la ciencia ajena. El derecho de seguir la carrera no es un derecho universal; a él pueden aspirar todos, pero debe estar reservado sólo a los aptos, porque la escuela no es una fábrica de titulados sin responsabilidad, sino un laboratorio de profesionales capaces de rendir un servicio calificado. No se puede jugar con la salud del pueblo, ni menos cuando el pueblo es el que paga la formación de esos profesionales para recibir de ellos un servicio eficaz, no simulado.

Viene luego un segundo requisito, altamente deseable, pero no indispensable del todo: hablo de la vocación por la carrera. Mucho se ha hablado, mucho se ha insistido sobre ella. Mi experiencia me enseña que muchas veces esa vo-

cación, vaga e incierta en los comienzos, puede venir y crecer después, al contacto apasionante del trabajo. Lo que sí es indispensable desde el principio es la vocación por el estudio, la curiosidad intelectual, el amor por el trabajo diario.

Es que la carrera es larga y dura. No hay en ella año fácil. Las tareas no siempre caben en el cuadrante del reloj y el día entero no alcanza a menudo para realizarlas. La masa inmensa de conocimientos que se ofrecen al estudiante hace imposible que los absorba todos. Por eso, más que preocuparse por acumularlos, debe desarrollar el interés por adquirirlos y la capacidad de renovarlos. Su tarea no es, pues, de memoria pura, de repetición rutinaria de gestos o actitudes. Es obra de avance constante, de depuración de su saber, de renovación implacable de su bagaje y sobre todo, de formación de un juicio crítico.

El hospital. Es la gran herramienta de trabajo, el horno donde el médico se fragua. Los libros lo completan, no lo hacen, porque la medicina es, en su esencia, medicina clínica. Si ésta no existe, puede haber ciencia, pero no medicina. De aquí que no pueda enseñársela donde no se disponga de un hospital. Sería tanto como querer enseñar natación sin tener una piscina.

En el hospital, manejando enfermos, es donde el estudiante aprende a observar y a interpretar los fenómenos morbosos, después a desarrollar la lógica de su razonamiento. Es allí donde adiestra los órganos de los sentidos para captar fenómenos que los demás no captan y donde aprende a dominar las técnicas de examen. Sobre todo, repito, donde adquiere la disciplina mental del médico.

El hospital es la gran fuente de la experiencia y no hay experiencia perdida en los años vividos en el hospital. Lo mismo cuando son éxitos que cuando son fracasos, todo de-

pende del juicio que sepamos sacar de ellos. Es verdad inconcusa que en el hospital se aprende trabajando, discutiendo, equivocándose, aun se aprende por ósmosis, en las charlas de pasillos. Mas para que llene ese papel, el hospital debe estar en consonancia con la medicina de hoy. Puede ser modesto, pero no atrasado. Puede ser pobre, en cierta medida, pero no miserable. Carecer de grandes instalaciones sofisticadas, pero no del equipo mínimo que requiere la medicina moderna. Nadie podría hacer ésta ni menos enseñarla sin un buen gabinete de Rayos X, sin laboratorios clínicos y quirófanos apropiados, sin equipos de exploración fundamental y una biblioteca decorosa. Y como elemento importante, el más importante de todos, está el contar con personal médico idóneo y con ambiente de trabajo progresista. Si no es así, su atraso, sus carencias y su desgano se reflejan fatalmente sobre la enseñanza y la corrompen.

Las metas de la enseñanza. Esc profesor y ese alumno de que hemos hablado, metidos dentro del hospital, el uno para enseñar y el otro para aprender la medicina, deben, antes que nada, definir sus metas, saber a dónde van. Ambos van tras de la formación de un médico general que reúna la mentalidad científica con el adiestramiento clínico. En otros términos, que sea apto para atender eficazmente a un enfermo y capaz de entender racionalmente el problema que la enfermedad plantea. Hablo, de momento, sólo del aspecto de su formación como clínico y no de otros desiderata de la carrera. En todo caso, no es cuestión de formar un sabio, pero tampoco un empírico, porque la medicina sin fundamento científico no pasaría de oficio y el médico no sería sino un triste artesano de su profesión.

En los años de formación del médico, la escuela representada por el profesor de nuestro binomio no puede enseñar todo. Lo que de mejor enseña es a explorar, a estudiar y a desarrollar el gusto por aprender, a formar una seria dis-

ciplina mental y a cultivar el amor por la medicina. El tiempo se encargará del resto. El vuelo de altura se aprende más tarde. Para completarse, para perfeccionarse, el joven recién graduado tiene por delante toda una vida.

El camino por recorrer. Definidas las metas procede recorrer los caminos; pero recorrerlos sin prisas indebidas, conscientes de que una educación verdadera reclama paciencia, tesón y método.

“Poder explorar es, a mi juicio, una gran parte del arte”, decía Hipócrates en uno de sus célebres aforismos, recogido más tarde por Laennec para servir de epígrafe a su tratado inmortal sobre la auscultación. Es que, en efecto, con la exploración comienza todo el quehacer médico. Por eso he escrito alguna vez que en el ejercicio de la medicina todo empieza en el estudio clínico y todo termina en las aplicaciones clínicas, y que entre ese punto de partida y ese punto de llegada caben todos los procedimientos técnicos, todos los refinamientos exploratorios y todos los avances científicos. Caben, sí, entre ambos, pero no los preceden ni menos los suplantán.

Saber explorar implica un adiestramiento que va del interrogatorio inteligente a la exploración física acuciosa. En ambas maniobras es donde se reconoce al buen clínico, al que no se contenta con recoger fenómenos y ponerles un nombre, sino que los recoge y los depura, los matiza y los identifica en forma de poderlos interpretar con justeza.

La exploración física reclama un entrenamiento que se logra en pocos años. Saber interrogar, en cambio, es ejercicio que reclama muy largo tiempo. Hablo del interrogatorio inteligente, el que es dirigido por el médico y no obligado por el enfermo; el que le permite conocer de síntomas, de intrincaciones funcionales y de estados de alma del enfermo.

Es, sin duda, el instrumento mejor de examen y el que allega más datos, en tesis general. Y eso sólo se aprende haciéndolo una y muchas veces y cotejando después sus resultados con el resto de los estudios.

Saber explorar, saber interpretar, saber deducir. He aquí la trilogía en que se resume lo mejor de la actuación clínica. La exploración allega los datos, fríos, desnudos, pero exactos. La interpretación los valora, a la luz de una buena semiología. Y con ese material como premisa, el razonamiento lógico deduce el diagnóstico. Son tres pasos sucesivos, a veces casi simultáneos, pero en el orden natural, concatenados.

De lo anterior se desprende que en los años de hospital la formación del médico no es tarea de entrenamiento sino proceso de educación. Al mismo tiempo que adiestra los órganos de sus sentidos y domina las técnicas de examen, el médico está ejercitando su razonamiento lógico. Curiosamente, los médicos dependen de su lógica y a menudo lo ignoran. Como el personaje de Molière, hablan en prosa sin saberlo. Parecen olvidar que es la lógica la que nos enseña a hacer el análisis y la valoración crítica de todo el material que manejamos, la que nos permite hacer inferencias válidas partiendo de las premisas que sentamos. Y que sin ella el médico estaría incapacitado para formular un diagnóstico, ya que éste se construye partiendo de los hechos recogidos y ascendiendo después, de inferencia en inferencia, hasta lo que creemos ser verdad. Y digo lo que creemos y no lo que es verdad, recordando la respuesta sabia de un astrónomo, dada a John Nef: "nosotros no conocemos la verdad, sólo manejamos lo probable".

Los tropiezos del camino. Si tal es el camino que el médico recorre día a día en el hospital, parece claro que sus grandes causas de error están en relación con esa trilogía

en que se resume su actuación. Y esto es verdad. El médico yerra en sus construcciones lógicas por tres grandes causas: un error en la exploración, un error en la interpretación o un error en su información. Esta apreciación sintética que he formulado varias veces, parece obvia. Quien al explorar no recoja un dato de valor primario y pase por alto la existencia, por ejemplo, de un soplo diastólico de la aorta o de la abolición de reflejos rotulianos o la presencia de una hipertensión diastólica; o aquel que habiendo recogido un fenómeno lo haya recogido mal, se comprende que deja sin apoyo válido un cuadro patológico o bien falsea la premisa sobre la que va a basarse la inferencia lógica del diagnóstico.

Otro tanto acontece con los errores de interpretación de síntomas y signos. Un ritmo de tres tiempos que se toma por galope y que no es sino la adición de un tercer ruido normal en el adolescente; un cuadro doloroso precordial que por ser irradiado al brazo se interpreta como anginoso, cuando de hecho está ligado a una hernia diafragmática; un estado disnéico que se estima como asmático cuando está traduciendo una insuficiencia ventricular izquierda, son otros tantos ejemplos de que una defectuosa semiología, al mal interpretar la naturaleza de los fenómenos recogidos, hace equivocar indefectiblemente el diagnóstico. A premisas erróneas, errónea conclusión.

De los errores por ignorancia del médico no es necesario hablar. Carecer de información doctrinaria es como estar ciego a la hora de las interpretaciones. Quien ignore, por ejemplo, que el electrocardiograma puede registrar una gran onda Q por acentuado crecimiento auricular derecho, cometerá el error de diagnosticar un infarto miocárdico que no existe. Y quien no sepa que en el infarto el electrocardiograma puede quedar normal, caerá en el error contrario.

de pasar por alto un infarto que después va a comprobar la autopsia.

He aquí el camino y he aquí sus escollos. Sólo el trabajo diario, tesonero, metódico, junto a la cabecera de los enfermos, en el ambiente de un buen hospital, hará el prodigio de plasmar un buen médico, un médico clínico.

Los métodos instrumentales. Por supuesto, la exploración no se limita a la fase *inermis*; termina con la exploración armada. En ella caben todos los procedimientos que la ciencia y la tecnología han puesto al servicio de la medicina para que llegue adonde sus sentidos no alcanzan. Asistimos no sólo a lo extraordinario sino a lo que parecía increíble. Aparatos, laboratorios, equipos electrónicos, todo lo que nos permite explorar la intimidad biológica de células y de humores y de órganos, en situaciones normales o patológicas y aun antes de que el hombre nazca.

Que esto es un progreso de maravilla, nadie lo pone en duda; pero tampoco puede ponerse en duda que esto encierra un peligro. Peligro para la aplicación de la medicina, sobre todo a grandes masas humanas, porque se ha vuelto difícil y onerosa; peligro para el funcionamiento de los hospitales, porque no les es dado, a la gran mayoría de ellos, poseer y mantener dotaciones tan tecnificadas y complejas; peligro para la educación del médico, porque aparte la dificultad de dominar esas técnicas de estudio, está la distorsión mental que producen. Frente a la hondura que permiten en los estudios, frente a la exactitud de sus resultados, el médico se entrega a la falsa ilusión de que los aparatos le resuelven todo. Se vuelve fetichista y abandona el cultivo de su medicina clínica, la recia y obstinada educación de su inteligencia y pide al laboratorio que substituya a su cerebro. Se cae así en el fetichismo de los equipos técnicos, olvidando que ellos no piensan ni resuelven problemas tan com-

plejos como son los desarreglos del hombre enfermo, del enfermo en toda su integridad, en sus órganos y en sus funciones, en su cuerpo y en su espíritu, en su angustia y en su esperanza de recuperación.

Las bases científicas. Con ser ya mucho lo anterior, no basta como exigencia. La medicina actual está hondamente enraizada en las ciencias fundamentales, notoriamente en la morfología, la fisiología y la bioquímica. El buen clínico es aquel que aparte el dominio de su medicina aplicada, conoce los principios científicos en que ella se basa. Que los conoce y los aplica en la resolución de sus problemas. Que no sólo sabe el cómo, sino también el porqué de lo que hace y que no sólo actúa con habilidad sino que tiene también el juicio crítico que valora, característica, la mejor, de un hombre de ciencia. El hospital, sobre todo el hospital de enseñanza, debe contar con los elementos materiales que le permitan alcanzar esa categoría, de institución donde se practica la medicina científica.

La preocupación dominante. Si a mí se me pidiera sintetizar las preocupaciones dominantes que, a mi juicio deben guiar la formación de un médico, preocupaciones que sean realistas, de finalidades asequibles, yo las expresaría en unas cuantas líneas:

- Que la enseñanza conserve el espíritu hipocrático, que es espíritu clínico.
- Que paralelamente cultive la mentalidad científica.
- Que las ciencias de la medicina no ahoguen la medicina clínica.
- Que el interés por la ciencia no pase nunca por encima del interés del enfermo.

- Que el médico se eleve, si puede, hasta ser sabio; pero que persiga siempre ser culto.
- Que la consagración a la medicina no haga olvidar al médico sus deberes como hombre y como ciudadano.

Y cuando llegue el día de abandonar la escuela, ya con el título bajo el brazo, que el médico esté consciente de que su formación no ha terminado, sino que entra en una nueva fase y que en ella van a agregarse, a sus preocupaciones primeras, otras nuevas. Saber que empieza de nuevo, pero en esa ocasión solo, sin la mano del profesor que lo guíe; que está obligado a completar su formación, porque la suya es apenas incipiente; que debe labrar su experiencia personal y afrontar solo sus responsabilidades. Y que debe también salir a la vida con el limpio propósito de cohonestar, en esa larga carrera, su trabajo profesional con sus más nobles convicciones.

La otra cara de la educación médica. Esa otra cara se llama cultura. Pobre del médico que sólo supiese medicina. Mientras más ahonde en su ciencia y en el dominio de sus técnicas, más necesitado está de buscar el equilibrio de su yo con la cultura general. Es ella la que le amplía los horizontes de su vida, como hombre y como ciudadano; la que le fija los valores de bondad, de justicia y de deber por los que debe regir sus actuaciones; la que le ennoblece y le embellece la vida con el goce estético; la que lo hace cabalmente hombre y no sólo instrumento de salud pública. Y si el médico ha de ser, como de hecho es, consejero y guía de sus enfermos y figura respetada en su medio, está obligado a ensanchar la visión de su mundo y a buscar la comprensión de su tiempo, puliendo su cultura general.

Los riesgos que acechan. La carrera médica es dura e

implica sacrificio. Para quien no la ame llega a ser una cadena al pie. En cambio, el que se apasiona con su trabajo médico encuentra en él una fuente inagotable de satisfacciones y de enriquecimiento interior. Realizarse a sí mismo y permitir con su esfuerzo que se realicen los demás, sea protegiendo su salud, sea devolviéndosela, es un privilegio que sólo es dado a nuestra profesión. Pero hay riesgos que acechan y pueden torcer y aun corromper esa carrera. Esos riesgos son muchos, como acontece en la vida de todo hombre: yo sólo quiero detenerme en dos, muy propios de nuestro ramo.

Es uno el afán de lucro. La medicina, en tanto profesión, arrastra un pecado de origen: el cobro de honorarios. Sin él la medicina sería un apostolado; pero la organización social en que vivimos obliga al médico a vivir de su trabajo y a cobrar por los servicios que presta. El tiempo y las duras necesidades de la vida pueden empujarlo un día a actuaciones indebidas si se desarrolla en él la sed de la riqueza.

En el Olimpo griego, donde toda promiscuidad era permitida entre los dioses y de donde bajaban en ocasiones para buscar el amor de las mortales, procreando semidioses, nunca Hygeia compartió el tálamo con Hermes. Nunca la que fue elevada después a diosa de la salud se echó en brazos del dios de los mercaderes.

Los médicos, Asclepiades de hoy, por respeto a esta tradición y por respeto a sí mismos no deben prostituir su carrera con el comercio indecente de su quehacer de médicos. Ya que no es fácil, como ambicionaba Einstein, que en una profesión se desligue lo que es afán de conocimiento de la necesidad de ganar el sustento diario, puede el médico, cuando menos, cohonestar la nobleza de servir con la modesta ambición de llevar decorosamente su vida.

El segundo y gran riesgo que acecha al médico es el deterioro rápido de sus conocimientos hasta hacerlos inservibles en el curso de unas cuantas décadas. No sólo porque la capacidad de olvido es grande sino porque los cambios del saber son rápidos, tan rápidos que nada es más difícil ahora que mantenerse al día.

No siempre se trata de adición de nuevas verdades, de nuevos hallazgos; se trata, sobre todo, de substitución de conocimientos por otros que vienen a cambiarlos substancialmente. En ciencia, sobre todo en ciencias naturales como la medicina, las verdades son efímeras y el que no renueve su bagaje irá cargando con un fardo de conocimientos inútiles, que se han comprobado erróneos. Seguirlos aplicando en el enfermo es una forma dañina de atenderlos.

Por eso la educación continua del médico a lo largo de toda su vida no sólo es una necesidad profesional, sino también, a mi juicio, una obligación moral. La primera de las obligaciones morales. La de prestar servicios útiles, la de no privar al enfermo, por razón de la ignorancia, de una atención que puede ser salvadora, en vez de ofrecerle una triste ayuda simulada. Insisto y he insistido en que se ayude al hombre con lo que se sabe, no con lo que se ignora.

El afán de renovarse no debe ser exigible sólo a los que van envejeciendo en la carrera; debe empezar desde las aulas, en plena juventud. "Más que enseñar la ciencia —decía Juan Jacobo Rousseau— hay que enseñar el gusto por cultivarla". En eso está el secreto de la renovación constante. El no buscarla es el estigma más seguro de la vejez y la escuela no debe lanzar al ejercicio profesional jóvenes envejecidos. Ellos frustrarían su vida y no cumplirían con su misión. Esa misión, en tanto médicos, está hecha de servicio y de responsabilidad y en la diaria rela-

ción médico-enfermo se compendia en la frase lapidaria de Louis Portes: "una confianza frente a una conciencia".

ETICA, DEONTOLOGIA Y RESPONSABILIDAD DEL MEDICO CONTEMPORANEO

La deontología profesional, concebida como el código de nuestros deberes, como la norma de nuestra conducta en tanto médicos, no es cosa fija, inmutable, ni tiene vigencia por sí sola. Cambia con el tiempo y con el medio. Además, es válida sólo en la medida en que se conforma a los principios de la ética, ciencia de nuestro deber moral, y a las responsabilidades que la ley y la sociedad imponen al ejercicio de la profesión.

Nuestra moral de hombres y de médicos, en sus principios fundamentales es eterna. No matar, no dañar delibe-

radamente, son mandatos válidos para el hombre desde que nació la civilización. Velar por la salud del enfermo, ayudarlo, respetarlo en su cuerpo y en su espíritu, son normas que rigen para los médicos desde los tiempos hipocráticos. Pero no todos los ordenamientos de la ética tienen igual jerarquía. No todos son fundamentales. Los hay de valor secundario y, por lo tanto, de validez no absoluta, susceptibles de cambiar con el paso del tiempo o con la filosofía de la época. Es natural que con ellos cambie entonces la deontología.

Esto acontece de modo visible en nuestra época bajo la influencia de dos grandes factores, que son la característica del tiempo en que vivimos. De un lado el avance espectacular de la medicina, que al fragmentarse y al tecnificarse se ha complicado y ha venido a cambiar radicalmente el modo de ejercerla. Del otro, el paso de la medicina estrictamente privada o individual a la medicina colectiva, auspiciada por el Estado para beneficio de grandes masas humanas.

El panorama profesional ha cambiado en el curso de una o dos generaciones. El médico actual ya no trabaja solo, en la intimidad de su gabinete, absorto en el diálogo médico-enfermo. La privacidad que protegió su actuación durante siglos y lo elevó a la categoría de supremo dispensador de la salud, de guía, de consejero y de confidente, ha sido rota al surgir la medicina de Estado, impartida a grandes masas y por diferentes médicos, a menudo médicos anónimos que no logran por ello captar la confianza de los enfermos.

De aquí que debemos, de tiempo en tiempo, detenernos a revisar las normas éticas y los ordenamientos deontológicos que nos guían. ¿Ameritan un cambio? ¿Hay algunos que resulten insostenibles en nuestros días? ¿Han sur-

gido situaciones nuevas que aumenten nuestros deberes y nuestras responsabilidades? Porque hay que tener en cuenta que nuestro deber moral, según el dictado de nuestra conciencia, puede empujarnos por un camino; pero eso no nos evita incurrir en responsabilidades si se choca con la ley o con las normas establecidas por las instituciones de trabajo. Igual que puede acontecer a la inversa, que un juez nos absuelva, pero no nuestra conciencia, juez más alto, insobornable y, en definitiva, el más importante.

Hace algún tiempo, en 1964, en ocasión del Centenario de nuestra Academia Nacional de Medicina, revisé el tema de algunos cambios que la medicina actual exige en las normas tradicionales, sea por liberación de ciertos principios de la ética médica, sea por mayor exigencia en ciertas reglas de la deontología. Hablé de la obligación de cultivarse, de la responsabilidad de los investigadores, el empleo de drogas desconocidas, el secreto médico, la repartición de honorarios y otros temas más, que a la luz de nuestra medicina actual ameritan reajustarse para cohonestar lo que no debe sacrificarse nunca, nuestro deber moral, con las realidades, a veces duras, de nuestro tiempo.

No voy a volver sobre esos tópicos, con todo y su importancia. Preferiré discutir ante ustedes algunos otros de interés máximo y muy de nuestros días. La necesidad de saber, los límites de nuestro deber de servir y la obligación de no dañar. En otros términos podría decirse: la educación continua como deber moral; el respeto a la dignidad del enfermo y los límites de nuestro derecho de investigadores.

La obligación moral de saber

“La salud de mi enfermo será mi preocupación primera”, dice la Declaración de Ginebra, versión moderna del

Juramento hipocrático y compendio de los deberes médicos. "Dios mío, haz que yo sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor a la ciencia. Aleja de mí la idea de que todo lo puedo. Dame la fuerza, la voluntad y la ocasión de ensanchar mis conocimientos", clama Maimónides en su plegaria inmortal. En estas dos sentencias queda encerrada la obligación fundamental del médico, su máximo deber moral. No se concibe a un hombre que se consagre a la medicina para engañar con ella, para simular servicios que no valen. Se es médico para salvar enfermos, para ayudarlos cuando menos. Y no es la ignorancia la que ayuda, es el saber. Esa es nuestra obligación primera si hemos de ser médicos honrados, no mercaderes de la profesión.

Privar a un enfermo de un tratamiento eficaz que pudiera salvarlo o de una intervención quirúrgica oportuna, por desconocimiento burdo del diagnóstico, es un acto inmoral que implica responsabilidades ante la propia conciencia, ante la sociedad y ante la ley. No es necesario señalar que todos, absolutamente todos los médicos cometemos yerros y padecemos lagunas de ignorancia y que, por tanto, podemos ser culpables en ese aspecto. Lo somos, seguramente, pero no por ignorancia crasa, no por ligereza irresponsable. Aquello acontece —y sólo así puede acontecer sin reproche de conciencia— cuando las dificultades del caso estén por encima de nuestro entendimiento; cuando la urgencia no permita el examen detallado o cuando haya un obstáculo serio que nos cierre el paso a la verdad diagnóstica o a la terapéutica eficaz. Humanos somos y como humanos erramos. Lo que es condenable es la ignorancia burda, la superficialidad irresponsable, la falla grave ante la confianza del enfermo que se entrega y a la cual el médico no sabe corresponder con dignidad.

Ese riesgo nacido de la ignorancia está en manos del médico prevenirlo. Por modesto que él sea, puede elevarse

al plano de sus obligaciones. Trabajar con conciencia, estudiar con empeño, actualizar sus conocimientos; eso está al alcance de su mano. En nuestro tiempo abundan las conferencias, los cursos breves, los congresos, las revistas y los libros, todas las formas de lograr la educación continua del médico.

La capacidad de olvido y el rápido envejecimiento de los conocimientos obligan al médico a mantenerse al día, so pena de ir avanzando en ignorancia hasta ser un peligro social. Nadie está obligado a ser un médico eminente, pero sí un profesional decoroso, un hombre útil. Y si el saber no le alcanza en un momento dado —lo que a todos pasa— que cumpla con el deber que le impone la ética de su profesión: llamar en su auxilio a quien más sepa. Prescribir sin saber qué mal o qué trastorno se combate, usar drogas cuyos efectos no pueden preverse, ¿no es una actuación irresponsable?, ¿no es a veces un fraude? Y seguir tranquilamente cultivando la ignorancia ¿no es una forma de deshonestidad?

Este peligro ha existido siempre y ya Plinio el Viejo fustigaba a ciertos médicos de Roma: "No hay una ley que castigue su ignorancia —decía— nunca hay para ellos una pena severa. Se instruyen a nuestras costas y riesgos y la muerte de los hombres es para ellos solamente una serie de experiencias; sólo ellos tienen el privilegio de matar impunemente". Esta voz iracunda no se oye ahora, pero bien podría oírse a veces, de no ser porque ya hay leyes que exigen responsabilidades.

Es natural. Mientras más grande es el poder de la medicina, más trascendente y más valiosa se vuelve la actuación del médico. Pero lo que es valía y eficacia en unas manos puede ser un peligro en otras. Por eso la sociedad ya no se atiene al consejo de Platón, de conceder la impu-

nidad al médico, salvo que hubiese tenido el propósito deliberado de matar. Ahora no se contenta con sentarlo frente al tribunal de su conciencia y ni siquiera frente al de sus propios colegas. Lo enfrenta con un juez y con una ley que sanciona los errores culpables y quien juzga y sentencia es un lego en medicina.

Es cierto que la legislación contemporánea está muy lejos de la severidad del Código de Hammourabi, que castigaba la muerte del operado con la amputación de la mano del cirujano. No en balde han transcurrido más de 40 siglos para suavizar las costumbres. Pero, racional y humana en tesis general, la ley no perdona el daño causado por ignorancia, por imprudencia o por audacia, ni las faltas cometidas contra la integridad y la dignidad de la persona humana.

La profesión médica ha tenido que admitir esta intromisión de la sociedad en los dominios que antes fueron sus cotos sagrados. Admitir que frente a la responsabilidad personal, cuyo drama se juega en la intimidad de la conciencia, existe y debe existir una responsabilidad social ante la comunidad en la que vive el médico. Defensa legítima, garantía que ella se toma contra los defectos y los excesos de la actuación profesional, cuando choca contra las normas éticas o causa daños irreparables, que no tienen excusa.

Si la medicina fue siempre una responsabilidad vigilante, hoy lo es más que nunca. El médico es hoy día responsable de todo lo que ordene o lo que practique. Tiene responsabilidad por actuar, si lo hace en forma temeraria; o por abstenerse, si su ignorancia o su temor lo inhiben en casos de apremio. Responsabilidad por hablar, si con ello viola el secreto profesional; o por callar, si no cumple con la declaración obligatoria; por cometer un error inexcusable al prescribir o al operar; por la opinión que dé a su enfer-

mo si resulta perjudicial, o por la ocultación que le haga, si es algo que él debiera imperiosamente saber. Responsabilidad civil o penal por todo acto médico que él ordene, así sean su ayudante o el hospital los que fallen. Y como su actuación se desenvuelve en la zona donde hay vidas en juego, él marcha siempre en el filo del peligro. Si todo sale bien, ese es su mérito, aunque a menudo nadie lo reconozca. Si es lo contrario, esa es su responsabilidad, intervenga o no la justicia.

De cualquier modo, el médico se enfrenta a un juez implacable: su conciencia. Imposible eludirla, ni siquiera cuando ha tratado de esquivar todo riesgo con abstenciones culpables. Su deber es proteger a su enfermo, no protegerse él mismo. Y si para lograr lo primero debe comprometerse, está obligado a hacerlo. Recuerdo un caso acontecido en los días dramáticos de nuestra Revolución, en el que se vieron comprometidos dos profesores de nuestra Facultad de Medicina. Un caudillo militar, ignorante y rudo, pero hombre de cierta nobleza, enfermó de paludismo grave, tan grave que casi no había un glóbulo rojo que no estuviera parasitado. Una de sus complicaciones fue la insuficiencia renal aguda. La uremia subió a cifras alarmantes y se anunciaba el coma. Había que ganar tiempo mientras se dominaba el paludismo, confiados en que entonces se restablecería la función renal.

Aquella no era la época de la hemodiálisis y sólo se disponía del viejo método de la sangría. Al prescribirla, los militares subalternos, tan bárbaros como fieles a su jefe, notificaron a los médicos que si su general moría a resultas del tratamiento, ellos, los médicos, pagarían con su vida.

¿Qué hacer? El estado precomatoso se instalaba y urgía actuar. Privadamente discutieron: ¿tenemos alguna otra forma de detener el coma? Y como no la tenían, decidieron

practicar la sangría, previa consulta con el enfermo, que dio, entre confuso y confiado, su aprobación. Por fortuna, el paciente y la ética médica salieron con bien de la ruda prueba.

Sin amenguar en nada nuestra responsabilidad ante el enfermo, que es el deber primero y la razón misma de nuestra profesión, cada día se dibuja con mayor importancia nuestra responsabilidad social. Es algo que está en la filosofía de nuestro tiempo: frente al derecho individual se agiganta el derecho colectivo. Ya no es sólo un hombre el que importa, son todos los hombres. Ya mi problema no es sólo mío, es de todos. Y el de todos, también es mío, comenta Jean Guilton. Para él esto suspende al médico entre dos universos: el de su conciencia, al formarse un juicio y al tomar una decisión en busca del bien individual de su enfermo, y el de su deber como ciudadano, como funcionario del Estado, como célula de un grupo social, obligado a acatar sus leyes y a cuidar sus intereses. Ese es nuestro drama y esa es nuestra corona. La sollicitación permanente de dos deberes, el acatamiento a dos responsabilidades: una invisible, silenciosa, pero suprema, de nuestra conciencia, que busca el bien de nuestro enfermo y la otra visible, implacable, pero contingente, de nuestro deber frente al mundo en que vivimos. Según su expresión feliz, nuestro destino estriba en "ser solitarios y a la vez solidarios". Mérito nuestro si logramos cohonestar ambos deberes. Nuestra cruz, si fracasamos.

Como se ve, la actuación médica camina por dos vías, que a veces se confunden, a veces se entrecruzan. La responsabilidad jurídica que nos acecha no cubre forzosamente la responsabilidad moral que nos obliga. Y donde un juez absuelve, bien puede suceder que una conciencia acuse.

* * *

Los límites de nuestro deber de servir

“Consideraré la salud de mi paciente como mi preocupación primera”, dice el Juramento neohipocrático de Ginebra, votado en 1948. Y añade: “Ejerceré mi arte con conciencia y dignidad”.

Un año más tarde, la Asociación Médica Mundial votó en Londres el Código Internacional de Ética Médica. En él se ordena: “El médico debe a su enfermo todos los recursos de su ciencia y toda su devoción. Cuando un enfermo o un tratamiento rebasen sus capacidades, debe llamar a otro médico que sea calificado en la materia”.

He aquí dos mandatos de validez imperativa, dos polos que sostienen el eje moral de nuestra profesión. Cuidar la salud de nuestros enfermos, prodigarles con devoción nuestros servicios, prolongar la vida humana, proteger al hombre: esa es nuestra misión. Y sin embargo, cabe que reflexionemos sobre esos mandamientos, que no son forzosamente dogmáticos.

La medicina y la cirugía contemporáneas han hecho aparecer, o cuando menos han hecho crecer en forma dramática las situaciones en que la letra del mandato choca contra su esencia. Ahora es de todos los días el caso del enfermo irremisiblemente condenado, cuya etapa final puede prolongarse casi a voluntad merced a artificios técnicos; el de los urémicos con riñones totalmente destruidos, que pueden sostenerse precariamente mediante diálisis sanguínea o peritoneal; el de los pacientes descerebrados, que con la conciencia perdieron toda personalidad y que pueden, sin embargo, conservar su vida vegetativa por meses y por años. Son estos últimos, muertos que no acaban de morir, pero que no por eso tienen vida humana sino puramente biológi-

ca. Cuerpos sin vida espiritual, sólo animal, mutilada en lo más noble.

Esos casos extremos y otros menos dramáticos plantean al médico la pregunta angustiada: ¿hasta dónde es lícito prolongar esas situaciones?, ¿hasta dónde es moral hacer más larga una agonía? Echar mano de todos los recursos técnicos en favor de un enfermo, como lo ordena el Código; hacer todo cuanto sea dable para prolongar su vida ¿significa el deber de encarnizarse y hacer de nuestra terapéutica un instrumento de crueldad? ¿Es eso actuar en favor del enfermo? ¿No lo será, acaso, en favor de nuestra reputación?

Y sin embargo, el no hacerlo expone a responsabilidades legales si un familiar desea acusar. Retirar la bomba de respiración artificial, sabiendo que con ello se detendrán las últimas funciones vitales ¿significa matar al enfermo o es sólo dejarlo morir en paz?

Se comprende que mientras la familia insista en proseguir la lucha desesperada, el médico no podrá rehusarse; pero si la familia consiente y el médico está seguro de que la muerte ha ganado la partida, no se ve ningún impedimento moral para parar las máquinas artificiales. Ni siquiera el escrúpulo religioso. El Papa Pío XII, consultado, dio su fallo en lo teológico y en lo ético, aceptando que donde no hay definitivamente vida espiritual, cesa la obligación ética de proseguir, y que ni la familia ni el médico están moralmente obligados a poner en planta recursos extraordinarios. Su deber se limita a aplicar los medios ordinarios de salvación.

“No es la vida celular del laboratorio la que nos importa, dice Pickering: es la vida fisiológica la que nos concierne”. Y esa ha terminado cuando la muerte cerebral es

definitiva y las funciones circulatorias y respiratorias sólo se mantienen gracias a medios artificiales. A condición de esperar el tiempo necesario para estar seguros de que la cesación de las funciones es definitiva y no transitoria, y de que el daño es irreversible, la obligación moral de ayuda ha terminado.

Un día me enfrenté a ese problema en situación de dura carga emocional. Un médico que había sido mi alumno y que era mi amigo y mi paciente durante largos años, hipertenso y coronario con un episodio previo de infarto del miocardio, un día se internó de urgencia en el Instituto de Cardiología por un segundo infarto. En el curso de él sobrevino un paro cardíaco, que fue dominado con las maniobras externas y con la estimulación eléctrica. Por desgracia, el paro había durado lo suficiente para dejarlo descerebrado.

Fui llamado más tarde a ver al enfermo y al terminar mi examen sobrevino un segundo paro del corazón. El Residente, abnegado y conocedor de su papel, se precipitó a hacer las maniobras de resucitación mientras traían de nuevo el estimulador. Con sorpresa me miró cuando alargué la mano para impedirlo. "¿Para qué? —le dije— si logra de nuevo resucitarlo, no por eso le devuelve la vida. Está descerebrado". Los médicos presentes me miraron sin aire de convencimiento. "Lo peor que podría sucederle —agregué— es que volviera a latir su corazón. Hay que dejarlo morir en paz".

Yo sé de casos de descerebración completa que se han prolongado por seis y más años, con vida vegetativa satisfactoria. El amor conyugal se aferra a estas exageraciones. La historia nos cuenta de Juana la Loca que se negó a dar sepultura a su marido bien amado. Esos son problemas psicológicos, en ocasiones psiquiátricos, propios para especialistas en esa materia.

Por fortuna, la mayor parte de nuestros problemas no alcanzan esta agudeza. En cambio, son los de todos los días. ¿Hasta dónde trazamos el límite de nuestra obligación de servir? ¿Hasta convertirnos en amos y señores de nuestros enfermos, imponiéndoles nuestra voluntad bajo el pretexto de ayudarlos?

Hay un límite que no es lícito traspasar. Es el de respetarlos en su libre decisión, en su dignidad de hombres. Los médicos nos inclinamos sobre ellos para ayudarlos y para aconsejarlos, no para forzar sus decisiones. Una intervención quirúrgica es recurso que se aconseja, no se obliga. El enfermo tiene el derecho de rehusarla y a nosotros sólo nos toca explicar, justificar la necesidad de que se le practique y aun, si el caso lo requiere, advertir los riesgos de no hacerlo. Pero nada más. El enfermo es el único dueño de su vida y de sus decisiones.

Hay otro límite que en nuestro afán de servir no debemos traspasar. Solemos interesarnos mucho por el problema somático de nuestros enfermos y descuidamos a menudo, demasiado a menudo, el problema espiritual. Y al olvidarlo, los herimos fácilmente en su sensibilidad y les causamos un daño severo.

Son muchos los médicos que usan de franqueza ruda para comunicar su diagnóstico y aun su pronóstico. Para ellos hablar de infarto del miocardio, de tumor cerebral o de cáncer del pulmón, es igual que comunicar un diagnóstico de hernia o de bronquitis. Suponen, seguramente, que todos los enfermos están psicológicamente preparados para resistir el impacto de un diagnóstico que trae aparejado el riesgo inminente de morir.

En ciertos sitios, incluso es costumbre entregarles por escrito un resumen de su historia, con el diagnóstico tremen-

do. El daño causado es con frecuencia irreparable. Yo he visto a enfermos caer en estado de profunda angustia o depresión, al saber de golpe la naturaleza de su mal. Y aun los he visto suicidarse, como forma de evitar la angustia prolongada de la espera. Y esto no sólo en espíritus débiles, de mentalidad enfermiza. Freud, el padre del psicoanálisis, preparado como ninguno para escapar al terror de lo inesperado, cuando se le dijo sin miramientos que su mal era cáncer, molesto, irritado, les reclamó a sus médicos: "¿con qué derecho me comunican -eso?"

En el otro extremo de la escala están los niños, a quienes se juzgaría inmunes al temor de un diagnóstico. Un día nos percatamos en el Instituto de Cardiología del grave trauma psicológico que les causábamos al discutir en su presencia los datos de su historia, creyendo que por su edad no captaban la importancia. Nuestro psiquiatra nos advirtió del error que cometíamos y nos relató varios casos impresionantes. Un niño que decía a otro de su misma sala: "yo estoy peor que tú, porque tengo tres válvulas enfermas y tú sólo tienes una". Otro que se dolía: "yo no tengo suerte, a mí no van a operarme, porque ya tengo el corazón muy grande y no se puede".

El espanto que nos causó esta revelación nos hizo prohibir desde entonces toda discusión clínica junto al lecho del enfermo, así se tratara de niños de 5 años. En su cama del Servicio se les explora; pero es en la sala de juntas de los médicos, en donde se discuten los casos.

El respeto al aspecto espiritual del enfermo es tan importante como el cuidado en la exploración clínica. La verdad debe serles dicha, pero con la misma prudencia con que se administra una droga peligrosa. Hay que decir a los enfermos la verdad, pero no toda la verdad; sólo la parte que les beneficie, no la que les hiera. Al igual que cier-

tas drogas potentes, la verdad hay que dosificarla. Es que en el fondo de todo enfermo, aunque no lo parezca, dice el Abate Oraison, hay un niño angustiado que busca, obscuramente, recuperar su alegría de vivir.

Proceder de otro modo, privando de calor humano nuestro trato con el enfermo, dejándolo sin protección contra la angustia de saberse condenado, es matar de golpe su confianza. Y la confianza del enfermo es el supremo aliado del médico. Pero sólo se sostiene cuando aquél está convencido de que nos preocupamos por su salud y de que su caso tiene posibilidades de salvación.

Nuestra obligación de servir es permanente, pero no es infinita. Tiene un límite, el de prestar un servicio útil al enfermo; pero sin chocar con el respeto que debemos a su dignidad y a la nuestra. En nuestra profesión la ciencia sola no basta; es algo que es indispensable, pero no suficiente. Por encima de la obligación de saber, la misión médica debe inspirarse en el mandato eterno que enseña el Evangelio y que pudo parafrasear Gosset: "cuida a tu enfermo como a ti mismo". Sentimiento igual al que inspiró el escudo de nuestro Instituto de Cardiología: *Amor scientia que inser-viant cordi.*

El límite de nuestro derecho de investigar

Buscar en un experimento la solución a un problema del saber es algo tan antiguo como la curiosidad científica del hombre. Ya Erasístrato de Alejandría, dos siglos antes de Cristo, hacía experimentos en los animales sobre problemas de la circulación. Lo mismo hicieron Galeno en Roma y los renacentistas en Italia. Harvey realizó después las impecables pruebas experimentales que fundaron la fisiología en el siglo XVII y Jenner, en el XVIII, probó en esa forma la eficacia de la vacuna contra la viruela. Más tarde

Claude Bernard, en el siglo XIX, se elevó a la categoría de padre de la Medicina experimental.

Pero casi todos ellos trabajaron en animales de laboratorio. Sus aplicaciones al hombre fueron extrapolaciones, unas veces fundadas, otras dudosas. En realidad no fue sino hace cien años cuando se inició la experimentación coordinada, científica, en los humanos, como un método sistemático. Pasteur tuvo la gloria y la tortura de aplicar al hombre sus descubrimientos de vacunas.

A partir de entonces la carrera ha sido fantástica en la vía experimental. Y es justo reconocer que a ella, a la experimentación, es a la que debemos el auge de las ciencias médicas; que ha sido la raíz del progreso actual, al grado de que sin ella, sin sus frutos, tendríamos que borrar más de la mitad de lo que sabemos. Imposible detener su marcha. Al contrario, hoy podemos afirmar que es un deber moral proseguir la experimentación en beneficio de la salud del hombre.

Un avance así sólo ha podido lograrse pasando por encima de las restricciones de orden ético fijadas por Claude Bernard, quien exigía que las experiencias hechas en el hombre fuesen siempre inofensivas. "Si son dañosas —decía— deben quedar prohibidas; si son inocentes pueden permitirse; si son benéficas están prescritas".

Esas exigencias ya no pueden sostenerse. No hay método instrumental de estudio ni droga potente en la terapéutica que carezcan de riesgo, pequeño o importante, pero siempre riesgo. Sólo admitiendo pagar con esta moneda es como se han obtenido las grandes aportaciones al diagnóstico y los grandes resultados en el tratamiento. Introducir un catéter en el corazón a través de una vena; opacificar las arterias del cerebro o del miocardio o del pulmón; inyectar

una substancia radioactiva en la sangre para que la fije un órgano enfermo, todas esas son las premisas de un diagnóstico fino, pero todas ellas implican riesgo. Abrir un corazón para reparar sus daños y mientras tanto mantener la circulación y la oxigenación con bombas artificiales; purgar la sangre de los productos tóxicos retenidos, gracias al empleo de un riñón artificial, para dar tiempo a que el propio recupere sus funciones; reconstruir un tronco arterial ocluido injertándole un tubo plástico, todo eso es triunfo de la medicina y de la cirugía obtenido merced a la experimentación, hecha unas veces en el laboratorio y otras en el hombre.

Sí, pero con este panorama del éxito no todo merece loas. No todo ha sido hecho con el respeto debido al hombre ni se han acatado siempre las normas de la ley moral. No me refiero a las aberraciones, a los crímenes cometidos hace unos 25 años en nombre de la ciencia y que sólo escondían el odio a un grupo racial. Hablo de nuestro tiempo, en que hemos presenciado apenas ayer una racha de alucinación colectiva que ha empujado a varios cirujanos a cometer audacias temerarias. Operaciones hechas a veces para deslumbrar y ganar notoriedad, sin tener ni la capacidad técnica ni los elementos necesarios que aseguraran el éxito; ejemplos de cómo la cirugía puede ser ejercida como propaganda; experiencias hechas con espíritu de deporte para batir un record internacional o para ganar una prioridad histórica; la mano del cirujano empujada por el nacionalismo, para dar fama a la nación. ¿Todo esto cabe en la ética médica? Por supuesto, no todos los que han practicado esta cirugía son merecedores de reproche. Algunos han sido impecables y sus experimentos han tenido el rigor científico; pero los otros, los impreparados, los oportunistas ¿podrían jurar ante el altar de los dioses, como en los tiempos antiguos, que los guiaba el interés de su paciente y el amor de la ciencia?, ¿que no fueron sacerdotes que ofrecían una víctima ante el altar de la fama?

Precisamente porque la medicina puede hoy permitirse audacias insospechadas, conviene meditar sobre esto. ¿Cuál es el límite moral a nuestro empeño de saber? Si es el hombre el sujeto de experimentación ¿dónde debemos detenernos?

Nadie tiene una respuesta categórica de valor universal y siempre será, en última instancia, la conciencia del investigador la que decida. Pero sí hay reglas genéricas que fijan una filosofía y que ayudan al médico a tomar sus decisiones.

El Código Internacional de Ética distingue dos situaciones. Una, cuando la investigación pretende ofrecer un beneficio al propio enfermo y otra, cuando es de interés puramente científico, sin ningún valor para aquél. De cualquier modo, una y otra deben ajustarse a las normas éticas y científicas, como son tener bases que justifiquen la investigación, ser realizadas por personal calificado y no aceptar riesgos que no guarden debida proporción con el objeto que se persigue. En todo caso, guardar un cabal respeto a la personalidad del hombre en quien se experimenta.

Cuando se trate de una investigación que intenta ofrecer un beneficio al enfermo, el médico debe gozar de libertad para ensayar nuevas formas de tratamiento, las que él estime razonables y fundadas, pero sin sacrificar nunca el interés del experimento. Si la investigación, al contrario, no persigue más que el interés científico, todas las precauciones son pocas. No comprometer la vida ni la salud del sujeto, informarle de lo que va a hacerse y del riesgo que corre, obtener su consentimiento de preferencia por escrito, y respetar su derecho de interrumpir la experiencia cuando él lo desee.

Estas son reglas, como se ve, bien fáciles de acatar en

teoría, pero a veces difíciles de aplicar en cada caso concreto. Siempre flotará la duda sobre el interés del experimento y sobre la importancia de los riesgos; siempre será posible causar un daño. ¿Qué hacer entonces? "El sabio que investiga sólo admite dos razones para rechazar un experimento, decía Charles Nicolle, su crueldad o su inutilidad".

Fuera de las investigaciones complejas o de largo alcance y limitándonos al campo modesto de la práctica diaria, todos los médicos, de hecho, realizamos investigación clínica. Todo nuevo procedimiento de examen al que recurrimos y toda nueva droga que ensayamos, son un experimento. Modesto, pero de todos modos experimento, con tal de que sepamos conducirlo para después valorar sus resultados. Pero que no por modesto nos exime de las obligaciones morales del experimentador, ni tampoco de sus responsabilidades.

En este aspecto ninguno de nosotros puede sentirse exento de culpa. Unas veces porque el afán de saber, haciéndonos olvidar el interés del enfermo, nos lleva a multiplicar los exámenes y a exponerlo a molestias y a riesgos innecesarios. Tranquilizamos nuestra conciencia pensando que al ahondar al máximo en nuestros estudios, nos acercamos al máximo a la verdad diagnóstica y, por tanto, al tratamiento adecuado.

Otras veces nuestra culpa depende de causas menos nobles: unas veces el esnobismo, que nos impulsa a ensayar drogas apenas anunciadas ayer en la última revista, o nuestro alarde de saber, que se satisface saturando al enfermo con un coctel de medicamentos nuevos, que al combinarse, nadie sabe el efecto que vayan a tener.

Como resultado de esa conducta, los enfermos sufren de

males iatrogénicos. Esos, los causados por nuestra propia intervención, son mayores de lo que solemos admitir. Es cierto que hay unos casi inevitables, resultado natural del método que es indispensable emplear; pero otros muchos son perfectamente evitables. En Johns Hopkins se ha estimado en 20% el número de enfermos allí atendidos que son víctimas, en pequeño o en grande, del tratamiento médico, por mal indicado, por mal dosificado o por mal controlado. En otros hospitales la cifra es aún mayor, de 30%, y en algunos de esos enfermos el daño causado contribuyó a su muerte.

Por fortuna, no todo es culpa nuestra. Bien sabemos que las drogas, mientras más potentes y eficaces son, tienen mayores inconvenientes secundarios; pero esto no es sino una razón para no usarlas sin pleno conocimiento de su manejo y sin la debida vigilancia. No podemos evitar que los esteroides, junto a su acción casi milagrosa, produzcan a veces serios trastornos neurológicos y aun psiquiátricos; que las tiazidas puedan provocar la gota o exacerbar la diabetes; que la digital, la santa digital, dé lugar a vómitos y arritmias que pueden ser severas; que los anticoagulantes expongan a hemorragias y que muchas drogas produzcan anemia o agranulocitosis. Pero todo eso, repito, no es sino razón palmaria para exigir del médico que no maneje sino lo que sabe manejar y que para ensayar algo nuevo, antes se documente bien; que no olvide nunca que en todo experimento médico que realice no debe soslayar su deber moral frente a los enfermos, de ayudarlos, de protegerlos, de respetarlos.

* * *

Me detengo. El tema es inagotable. Las situaciones de conflicto en que el médico se ve envuelto como resultado del avance de la medicina son muchas hoy día y serán más

en el futuro. De un lado su moral profesional, eterna, inmovible, y del otro sus deberes ante la sociedad, su solidaridad con el bien público y, de un modo particular, su obligación de contribuir al avance de los conocimientos médicos.

Las drogas anticonceptivas, los trasplantes de órganos, la prolongación artificial de la vida, esas y otras más seguirán siendo cuestiones de preocupación. Los contados temas que he expuesto, bastan para vislumbrar lo que nos espera.

Si la medicina sigue el ritmo actual de su avance —y en el futuro será mayor, seguramente— sus promesas y sus riesgos serán incalculables. Llegará quizá el día en que genetistas y químicos cambien la estructura o la composición de los genes, alterando así el mensaje de la herencia. Ese día se habrá realizado la afirmación de Jean Rostand, de que "la medicina nos ha hecho dioses antes de haber merecido ser hombres".

Cuando eso suceda, cuando esa y otras promesas de la medicina se realicen ¿será un poder demoníaco en nuestras manos?, ¿tendremos la altura moral para asumir semejante responsabilidad?, ¿dónde encontrar el "suplemento de alma", de que hablaba Bergson, para ser dignos de esa tarea?

Que las generaciones jóvenes lo mediten y se preparen espiritualmente, porque ese porvenir ya se anuncia. Para guiar su conciencia, sus ambiciones y sus audacias, que recuerden la enseñanza de Platón: "la ciencia, cuando se aparta de la justicia, debe ser llamada habilidad, no sabiduría; y una alma aguerrida por el peligro, si es empujada por sus deseos y sus intereses propios y no por el interés general, merece ser llamada audaz, pero no valerosa".

ESTE FOLLETO SE IMPRIMIÓ EN LOS
TALLERES GRÁFICOS DE LA EDITO-
RIAL UNIVERSITARIA POTOSINA, POR
ACUERDO DEL RECTOR DE LA UNI-
VERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS
POTOSÍ, SR. LIC. ROBERTO LEYVA
TORRES. LA EDICIÓN ESTUVO AL
CUIDADO DEL DR. JOSÉ MIGUEL
TORRE Y DEL LIC. JESÚS MEDINA
ROMERO, SE CONCLUYÓ EL DÍA 7 DE
SEPTIEMBRE DE 1973 Y SE TIRARON
500 EJEMPLARES.

