

¿Podría el Hospital ser una comunidad?

WALTER LEDERMANN D.¹

1. Médico Pediatra. Hospital Luis Calvo Mackenna.

Un recordado médico de un hospital público solía decir, medio en serio, medio en broma, que *el médico es como un sacerdote*. Aludía con ello al secreto médico, que homologaba, guardando las necesarias distancias, al secreto de confesión y también, seguramente, a las condiciones de servicio, de entrega, de acogida a los desvalidos, *de compasión*, que comparten o debieran compartir quienes ejercen estas actividades. Tanto es así, que desde muy antiguo y en los pueblos más primitivos, el médico de la tribu solía ser al mismo tiempo el guía religioso, si bien entonces había más magia que religión, constituyéndose de esta manera el famoso “médico-brujo”, que todos hemos oído mencionar y que aparece pintado en algunas cavernas. En la Edad Media, los monasterios solían acoger a los enfermos; hasta hace pocos años, otras personalidades religiosas, las “monjitas”, eran figuras tradicionales en los hospitales.

¿En algo recuerda el médico actual al sacerdote? En bien poco. Si empezamos por el “secreto de confesión” que debiera constituir el secreto médico, basta ver el desenfado con que aparecemos en televisión, mostrando sin pudor a nuestros enfermos y comentando los pormenores de su patología a todo el país. En cierta ocasión me negué a dar información a un periodista sobre un niño con meningitis, basándome en el secreto médico, que me prohibía discutir estos aspectos con personas ajenas a su familia directa. El hombre no pudo comprenderme y me replicó que el público “*necesitaba información sobre un caso que generaba alarma*”. Recordemos, por otra parte, como en sus discusiones con las isapres respecto al otorgamiento de licencias médicas, el Colegio Médico

ha aludido en más de una ocasión la necesidad de respetar el secreto médico.

Si el médico fuese como el sacerdote e hiciera la medicina realmente imbuido de los ideales cristianos o de los principios humanitarios de otras religiones, el hospital llegaría a ser verdaderamente una comunidad espiritual. Lo impiden nuestro personalismo, vecino cercano de la vanidad, y el progresivo abandono del juramento hipocrático que todos vamos acusando a lo largo de nuestra carrera, así como la innegable deshumanización de la medicina moderna.

El *personalismo* en sí no es un mal y puede llegar a ser una virtud. Hay médicos que “*hacen cosas*”, tienen e impulsan iniciativas, incitan el progreso del hospital, y es lógico e inevitable que recojan y quieran recoger, a través de su nombradía, el reconocimiento a sus esfuerzos, distinguiéndose de otros que sólo siguen la rutina. A menudo se habla del “equipo” de tal o cual especialidad, pero inevitablemente de ese anónimo equipo se desprenden nombres de distinguidas individualidades. No todos los equipos son homogéneos, mayormente por las lógicas diferencias individuales, pero en parte no despreciable por una selección poco rigurosa para ingresar al equipo.

Intentemos compararnos con una comunidad monástica, de las cuales la más rigurosa es la de los cartujos. La abadía de Whittingham, en EEUU, posee los más extremos criterios de selección, con los cuales prueba a los aspirantes por algunos meses y luego los envía a Europa para un noviciado que pocos superan, dándose a veces períodos de cuatro años sin que ninguno de los postulantes pase la selec-

ción¹. Y, para el sexo femenino, no menos rigurosa es la norma en las carmelitas². En cambio, en nuestros hospitales se ingresa a veces con sorprendente facilidad (advírtase que hablo de *ingresar* y no de obtener cargos); en cuanto a los concursos, nadie puede desconocer sus imperfecciones, con una abrumadora valoración de los años por encima de los merecimientos.

Siguiendo con el símil de la comunidad cartuja, veamos como funcionaría esta comunidad médica en una de sus actividades, justamente la que más exalta el individualismo, para darnos cuenta de su utopía. Me refiero a la investigación. Si realmente fuésemos un equipo, todo trabajo de investigación efectuado en el hospital debiera tener como autor a... *el Hospital Tal o Cual*, especificando, a lo sumo, la Unidad donde se llevó a cabo, pero no los nombres de los profesionales designados como "autores". Los argumentos en contra de la idea sobran -justicia, reconocimiento, puntaje para concursos- pero quedan rondando los molestos fantasmas de la *vanidad* y del *interés*. Que hay vanidad en ver nuestros nombres en letras de imprenta en prestigiosas revistas, es innegable; que hay interés, también: por las invitaciones, los viajes gratuitos al extranjero, los *grants* que generan más *grants*, esto es, ingresos pecuniaros, etc.

Los monjes cartujos son muy dados a escribir, como una de las pocas distracciones que se permiten de su actividad central, pero si en un principio sus autores eran identificables como Guigo o Dionisio, hoy cuando un cartujo escribe algo para que se publique, nunca aparece su nombre. ¡Pero si éste ni siquiera aparece en su tumba y el más destacado sólo puede esperar el epitafio de un *laudabilitir vixit* ("se portó bien")!

Obviamente no podemos pedir tanto a médicos que viven inmersos en una sociedad como la actual, frenética, competitiva y mercantilista. Pero, sin ir más lejos, el verdadero anonimato en este campo y el verdadero trabajo en comunidad lo vemos en los grandes laboratorios que tienen su propia investigación en farmacia y en métodos diagnósticos, y nadie me dirá que en ellos laboran monjes o santos. ¿Quién descubrió o desarrolló la ceftriaxona? La comuni-

dad..., perdón, la empresa Roche. Nadie puede negar que, al lado de este logro, más de alguna publicación nuestra como la *caracterización de la fiebre tifoidea en niños*³ merece sobradamente el anonimato. Es de suponer que estos laboratorios tienen equipos homogéneos, pues en la empresa privada quien no produce no permanece, en tanto que en nuestros hospitales los médicos que no producen persisten en sus cargos por años y años, ya que los galenos chilenos somos intocables, todos calificados en lista uno y con nota siete, lo que sí nos hace, paradójicamente, homogéneos desde el punto de vista contractual.

Es curioso como, por el contrario, en la actividad principal de los médicos hospitalarios, que es la asistencial, predomine el anonimato y el paciente no tenga un médico propio y bien individualizado, salvo quizás en cirugía, donde puede señalar al *doctor que lo operó*. ¿Por qué no existe en este campo la autoría que vemos en la investigación? Duele decirlo, pero tal vez porque fomentamos de esta manera la *dilución de la responsabilidad*. Nos amparamos en que "el trabajo está organizado así", que la docencia nos obliga a rotar becados, internos y alumnos por distintas salas y servicios, en la necesidad de establecer turnos que cubran nuestras obligadas ausencias y en la indispensable delegación de funciones... Aquí aplicamos todas las ventajas del trabajo en equipo, donde un médico suple las falencias de otro, donde hay especialistas a quienes consultar, laboratorios en que apoyarse, otros profesionales que colaboran, auxiliares avezados y muchos funcionarios más. Así, es factible que una Unidad logre sistematizar determinada patología y obtener estimulantes logros en su manejo, de manera que en todo el país los médicos sepan, al momento de derivar sus pacientes, que en ella obtendrán la mejor atención. ¿Por qué entonces, cuándo esta experiencia se publica, aparecen nominados un primer, segundo y tercer autores, en circunstancias que los enfermos fueron tratados por un equipo multidisciplinario y anónimo?

Pero es en la docencia y extensión donde la negación del equipo alcanza su máxima expresión. La extraordinaria profusión de cursos, cursillos y simposios, que venimos presenciando

en los últimos años, podría hacer pensar en un tremendo avance de la medicina nacional, en un hambre de conocimientos por parte de los médicos no especializados, en una incontenible necesidad de compartir los conocimientos que nuestra modesta investigación está aportando al mundo. Por desgracia, parece que hay, por parte de los alumnos, más interés por reunir certificados que conocimientos, pues luego de los cursos no enmiendan sus errores, en tanto que, por parte de los docentes, su afán docente, indiscutible y respetable, está indisolublemente entrelazado con cierta avidez por la notoriedad, por *hacerse conocido*. ¿Conocido al público, a los potenciales pacientes?... no, puesto que ellos no tienen acceso a los cursos; ¿a sus pares?... tal vez, pero sin beneficio claro. Duele decirlo, pero tras estos cursos, como tras mucha *investigación*, suele estar tendida la mano a la poderosa industria farmacéutica, buscando financiamiento para actividades hospitalarias y también personales, incluyendo viajes y a veces cargos rentables.

Otrora las carreras académicas se realizaban dentro de las universidades y el supremo honor era llegar a profesor titular, cargo que alcanzaban sólo grandes y solitarias figuras, al promediar una destacada y abnegada vida de

servicios. Hoy en día, es posible forjar carreras mucho más productivas al margen de las universidades, en un frenesí de conferencias y mesas redondas improvisadas, en cursos con una macedonia de temas, y con investigaciones rentadas destinadas a demostrar las bondades, ya comprobadas en todo el mundo, de un determinado medicamento. La ambición ahora no es adquirir sabiduría, es adquirir notoriedad, ser famoso, aunque esta fama se sustente en bien poco. Y esta farándula de profesionales de la charla médica se repite a nivel internacional, con personajes célebres, que presiden todos los congresos, están en todas las comisiones y viajan gratis a través del orbe, pero que en toda su vida no hacen un solo *discípulo*.

Es evidente que el médico no es como el sacerdote ni el hospital una comunidad. Ni podría serlo en los tiempos actuales.

Referencias

- 1.- *Merton T*: La vida silenciosa. 1ª Edición, Sudamericana, Buenos Aires, 1960: 154-5.
- 2.- *Vaussard MM*: El Carmelo. 1ª Edición, Ediciones Literarias, Madrid 1981: 121-52.
- 3.- *Ledermann W, Tassara E, Marín J, et al*: Fiebre tifoidea en niños. *Rev Chil Infect* 1991; 8: 20-4.