

La Persona del Médico

DR. ALBERTO PERALES CABRERA ¹

El hombre, según la teoría darwinista, es derivado evolutivo de especies animales menos diferenciadas, de las que gradual y lentamente, vía los homínidos, ha surgido como *Homo sapiens*. En su alejado destino y desde sus primitivas épocas, el hombre siempre anheló unirse a Dios o realizarse a su semejanza. En el caso del médico, en cuanto persona, se aprecia un camino evolutivo inverso al del hombre, pues, como imagen social, se origina culturalmente como deidad. Por ejemplo, de acuerdo a la mitología griega, el dios de la medicina, Asclepio (Esculapio para los romanos), nace de la unión del dios Apolo, quien se prenda de la belleza de la mortal Coronis, hija del rey Flegias de Tesalia, ante quien se presenta convertido en un cisne en el lago Boibesm. Seduce y embaraza a la doncella, pero debiendo regresar a su templo celestial la deja bajo la vigilancia de un cuervo blanco. Sin embargo, Apolo no sabe que Coronis está prometida en casamiento, por decisión paterna, con su primo Isquis. El cuervo vuela donde Apolo para informarlo. Este, sintiéndose traicionado, monta en cólera, y, preso de ira, decide vengarse, maldice y castiga al cuervo haciendo que su bello plumaje blanco se convierta eternamente negro, mata con sus flechas a Isquis y pide a su hermana Artemis que mate a Coronis. Cuando esta agoniza, Apolo se arrepiente y saca de su vientre a la criatura, el futuro dios Asclepio.

Apolo confía la educación del niño al centauro Quirón, quien lo instruye en las artes de la caza y la medicina, tarea en la cual colabora Atenea, diosa de la guerra, sabiduría, habilidad, estrategia, justicia y de las artes. Atenea entrega a Asclepio dos botellas llenas de sangre de la Gorgona (diosa, pero, al mismo tiempo, despiadado monstruo femenino con inmensos poderes mágicos). Una de las botellas contiene su sangre envenenada, de alto poder destructivo; la otra, por el contrario, sangre con poder de resucitar a los muertos. Premunido de estos poderes, aparte de su elevada inteligencia, Asclepio devuelve la vida a diversos personajes fallecidos tanto por heridas de guerra como por enfermedades. Tal poder y la fama, que gradualmente adquiere con sus proezas, irrita a Zeus, el dios de todos los dioses del Olimpo, quien temiendo que la resurrección de los mortales altere el orden del mundo, decide eliminarlo fulminándolo con un rayo preparado por los cíclopes (monstruos gigantes, con un solo ojo en la frente). Enterado de ello, Apolo, en venganza, los mata y desconsolado por la pérdida de su hijo asciende a los cielos para no volver más a la tierra. Durante su vida terrenal, Asclepio tiene varios hijos e hijas, dos de las más conocidas fueron Hygeia (diosa de la salud y la profilaxis, de donde viene la palabra "higiene") y Panacea (diosa de la terapéutica, quien cultivaba el arte de la curación universal por medio del sabio uso de las plantas) (Rillo, 2008).

¹ Instituto de Ética en Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Desde entonces, la imagen del médico gradualmente se humaniza bajo el apoyo de la sociedad. Recordemos que, en la época griega, era tanto su prestigio que no podía concebirse que el médico actuara incorrectamente, por lo cual se le tenía en consideración especial de inimputable. Este gozaba de este privilegio junto con los representantes de otras dos profesiones: el sacerdocio y la política.

Esta relación con la sociedad ha ido progresivamente dañándose y hoy es clara una creciente desconfianza de la población hacia el médico. Este, por su lado, presionado por el acelerado desarrollo tecno-científico, y la influencia de organizaciones comerciales que, como terceras partes y con claro afán crematístico, operan en el campo de la salud, vienen generando el fenómeno conocido como deshumanización de la medicina.

Tales circunstancias, además de otros factores que no podemos analizar en este trabajo, comprometen la dignidad del médico, evidenciando que dentro del ejercicio profesional de la medicina hay muchos seres, muy bien preparados técnicamente para ejercerla aunque no por ello merezcan ser llamados médicos. La característica galénica distintiva no es su *thekné*, sino su persona, su dignidad, compromiso moral, responsabilidad ante la tarea y, sobre todo, su *phronesis*, es decir, su prudencia. La hipótesis de este trabajo es que hay médicos que ejercen la profesión como miembros exponentes de la especie *Homo sapiens*, y hay médicos que la ejercen, además de ello, como personas.

Significado del concepto persona

Miguel Ángel Polo, filósofo peruano, señala, en un reciente trabajo (Polo, 2002), que en la cultura occidental existen tres grandes significados en la evolución del término "persona":

1) El significado greco-latino: Aunque el término "persona" viene del latín, se usó como traducción del término griego *prósopon*, *prospora*, que significan "máscara", refiriéndose al elemento que usaban los actores en el teatro. Así, el término persona se asocia al de personaje o función social que desempeña un ser humano en el curso de su vida.

2) El significado cristiano: Este parte de la formulación del dogma de la trinidad, que afirma la existencia de tres personas (Padre, Hijo y Espíritu Santo) en un solo Dios, "una sola esencia (ousía) y tres personas distintas (hipóstasis)". Es en ese contexto que (Boecio, 1341, p. 480-524/5) formula su célebre definición de "persona", destacando su individualidad y racionalidad, "que fue tomada como base por casi todos los pensadores medievales: *Persona est naturae rationalis individua substantia* –la persona es una substancia individual de naturaleza racional" (Ferrater, 1971).

3) El significado moderno: Los modernos interpretarán lo señalado por Boecio desde un nuevo contexto cultural, en el cual, el individuo es revalorado a partir de sí mismo y no por su dependencia a factores sobrehumanos o de Dios (Boecio, 1341). En esta malla cultural, diversos pensadores han tratado de establecer la diferencia entre los conceptos de "hombre" y "persona". John Locke, por ejemplo, pensador inglés, dice al respecto lo siguiente:

"(el hombre) es un ser pensante, inteligente, dotado de razón y reflexión, que puede considerarse a sí mismo como él mismo, como una misma cosa pensante en diferentes tiempos y lugares; lo hace en virtud de tener conciencia, que es algo inseparable del pensamiento y que, me parece, le es esencial, ya que es imposible que alguien perciba sin percibir que percibe" (Locke, 1986).

Mientras que Kant señala que la persona, siendo de naturaleza racional, existe como un fin en sí misma, y se caracteriza por su dignidad, pues "no obedece a ninguna otra ley sino a aquella que él mismo se da" (la ley moral) (Kant, 1973). Más adelante, en su obra *La metafísica de las costumbres*, diferenciará los conceptos de "persona moral" y "persona psicológica", diciendo:

"Persona es el sujeto, cuyas acciones son imputables. La personalidad moral, por tanto, no es sino la libertad de un ser racional sometido a leyes morales (sin embargo, la psicológica es únicamente la facultad de hacerse consciente de la identidad de sí mismo en los distintos estados de la propia existencia)" (Kant, 1995).

Es decir, para Kant, la diferencia substancial entre persona moral y psicológica estaría en el campo de la responsabilidad moral de la primera versus el funcionamiento neuropsicológico del hombre de la segunda.

Ya, en la vida profesional, la persona del médico surge con mayor nitidez cuando debe enfrentar la agonía de un paciente terminal. En el área oncológica, Shanafelt, Adjei y Meyskens (2003) han compendiado vívidamente estas experiencias. En tales situaciones, variadas emociones inundan al médico: sentimientos de pesar, culpa, cansancio, desmoralización y de otros aspectos existenciales. El fracaso de los tratamientos, el sufrimiento del enfermo, la futilidad de la medicina (en tales casos) y la muerte próxima constituyen una dura realidad difícil de procesar, y, por ello, agregan:

"Aunque mucho se ha escrito sobre el sufrimiento del paciente y su familia, poco se sabe sobre el sufrimiento del médico (como persona). Como profesional de la salud, se espera de él que sea honesto, compasivo y suficientemente sabio para aconsejar

y confortar a sus pacientes y familiares en las horas más desesperadas. Pero los médicos no son menos humanos que los pacientes. En realidad, en muchos, la vocación médica surge justamente de su sensibilidad para detectar la necesidad y el sufrimiento de los otros...Desafortunadamente, aunque los médicos con frecuencia apoyan a sus pacientes y familiares con éxito, usualmente tienen poco tiempo para procesar su propio pesar por el sufrimiento y/o la muerte del enfermo; por el contrario, con más frecuencia, el ser compasivo y dar soporte —que, a veces toma más tiempo del debido— lo obliga a guardar sus emociones para poder atender adecuadamente al próximo paciente”.

Asimismo, los autores destacan que en el curso del tiempo, la pena, no adecuadamente procesada, puede superar sus resistencias normales y el distrés afectar su propia vida personal, pues, para ayudar a sus pacientes, los médicos suelen sacrificar su tiempo personal, disminuir sus horas de sueño, cancelar la práctica de sus *hobbies* y compromisos sociales. Ante tal malestar, algunos médicos utilizan variados mecanismos de defensa. Algunos se vuelven cínicos, fríamente técnicos y distantes (evitando el compromiso afectivo). Tal despersonalización no solo disminuye su sensibilidad al sufrimiento del otro, sino que abre las posibilidades al síndrome de *burnout* (Maslach, Jackson, Leiter, Wilmar, Schaufeli y Schwab, 1996).

El *burnout* o síndrome de agotamiento del médico

Los estudios sobre distrés y *burnout* en médicos indican que los más compasivos suelen ser los más vulnerables al agotamiento emocional. El *burnout* afecta más a los profesionales que se involucran en intensa relación emocional con sus pacientes, sea este un interno, un residente o un experimentado profesional (Ramírez, Graham, Richards, Cull, Gregory, Leaning, Snashall y Timothy, 1995).

Oncólogos y psiquiatras pueden ser particularmente vulnerables. En los primeros, los estudios señalan prevalencias en un rango de 25% a 50% (Linzer, Visser, Oort, Smets, McMurray, de Haes, *Society of General Internal Medicine* (SGIM) y *Career Satisfaction Study Group* (CSSG), 2001).

Asimismo, se sabe que aquellos médicos que ya tienen dificultades en su vida de pareja o con sus hijos evidencian más alto riesgo de presentar el síndrome (Singer, 1995).

La respuesta liberal a la cuestión hombre-persona

Apoyándonos en la investigación de Miguel Polo, anteriormente citada, señalaremos que Singer plantea que “ser humano” es equivalente a decir “miembro de la especie *Homo sapiens*”; mientras que “persona”

lleva el sentido de ser racional y consciente de sí mismo (Singer, 1995).

En la misma línea, en el capítulo 4 de su libro, titulado *¿Qué hay de malo en matar?*, los argumentos centrales que defiende es que 1) las personas son caracterizadas por su autoconciencia, son estos los que tienen derechos; 2) existen seres humanos que no tienen autoconciencia como los embriones, niños y dementes; y 3) los seres humanos que no son personas (es decir, sin autoconciencia) son iguales a los animales, por lo que no gozan de derechos.

Singer defiende la vida de los animales planteando que matar a otro ser que no sea humano es una injusticia, pues, la pertenencia a la especie *Homo sapiens* no es criterio moral, no tiene “pertinencia moral”. Dar preferencia a la vida de un ser simplemente porque dicho ser pertenece a nuestra especie nos pondría en la misma posición que los racistas que dan preferencia a los miembros de su raza.

Había señalado anteriormente, entre las principales características que corresponden a la persona del médico, la vinculada a su responsabilidad. Me apoyaré para ello en el filósofo español Xabier Etxeberria (Etxeberria, 2002).

La responsabilidad como eje vertebrador de la ética profesional

1) Responsabilidad por uno mismo

Etimológicamente, “responsabilidad-responder” remite a hacerse garante, a asumir algo, a comprometerse de algo ante alguien o ante la ley. Ser responsable ante mí mismo es considerarme responsable de mi propio proyecto de realizarme como persona. La vocación, entendida como una llamada del destino, es una respuesta a una llamada que siente o debe sentir todo aspirante a médico dentro de sí, según ella, el futuro galeno elige la medicina no solo como deseo propio, sino porque siente el llamado para ello. No responder a esta llamada, señala Etxeberria, constituye una irresponsabilidad básica, y yo agregaría, y la traición al propio destino.

2) Responsabilidad por la obra bien hecha

¿Pero de qué soy responsable, de que tengo que responder? La primera responsabilidad es responder al propio proyecto global de vida: asumir mi responsabilidad ante aquello que me puede ser imputado.

Kantianamente, se me puede imputar, por las acciones de las que soy autor, autodeterminadas a pesar de las posibilidades que tuve de actuar de otro modo. La responsabilidad adquiere aquí un tono jurídico, no solo

cuando se asume en el marco del Derecho, sino incluso cuando se mantiene en el nivel moral.

Al profesional se le reclama cumplir con la obra propia de su profesión, que debe estar bien hecha. MacIntyre (citado por Etxeberria) elabora el concepto de "práctica" en el marco de su concepción sobre la virtud. La práctica de una profesión es realizar los bienes inherentes a la misma, buscando su excelencia. La medicina, por ejemplo, es una práctica, su bien interno es curar. Una práctica o una profesión se falsea cuando se orienta prioritariamente al logro de los bienes externos, como, por ejemplo, el poder, la fama o el dinero. En esta clase de bienes, cuanto más tiene uno menos queda para los demás, hay ganadores y perdedores; mientras que en el caso de los bienes internos se compite en excelencia, su logro es un bien para toda la comunidad que participa en la práctica. ¿Cuál es aquí el papel de las virtudes? Subordinar los bienes externos a los internos, garantizando así la autenticidad de la práctica. Concretamente, lo característico de la virtud es inducir a que la producción de los bienes internos se ejerza sin reparar en si producirá o no bienes externos.

3) Irresponsabilidad por omisión.

También, incurro en irresponsabilidad "cuando omito hacer acciones que mi profesión y la situación clínica me demandan y posibilito malas consecuencias". Sintetizando, en la responsabilidad del profesional por la obra bien hecha y por las consecuencias de sus acciones y sus omisiones, podemos encontrar los principios de no-maleficencia y de beneficencia, tan especialmente resaltados en las profesiones de servicio, como principios que rigen la búsqueda del bien de los pacientes y del bien común en general.

Sin embargo, juzgar nuestras acciones solo por criterios deontológicos nos puede conducir a error, porque asumir que el cumplimiento del deber solo puede traer consecuencias buenas, no constituye una verdad absoluta. No siempre las buenas acciones producen el bien, ni las malas el mal, como señala Weber (citado por Etxeberria). Por ello, Apel (citado por Etxeberria) apunta, con buen criterio, que "no hay que olvidar que lo importante es que lo bueno acontezca". Aún así, y en un análisis exigente, esto último también puede conducir a error "si lograr bueno debe asegurarse, cualquier medio resulta válido para alcanzar el objetivo, con lo cual puede abrirse una puerta ancha muchas violaciones humanas.

4) Responsabilidad en el marco institucional y general de la profesión

MacIntyre señala que la práctica profesional se realiza al interior de las instituciones (en el caso de la medicina, fundamentalmente, en los hospitales).

En primer lugar, las instituciones en las que se sitúa el profesional tienen una política que puede constreñirle, porque le fuerzan a inscribir su acción al interior de organismos con los que, en el peor de los casos, puede no estar de acuerdo. Este dato conduce a la primera forma de responsabilidad del profesional institucionalizado: discernir si debe o no implicarse en una institución dada y, en caso afirmativo, cómo y hasta dónde, en función, precisamente, de la cercanía o distancia que puede darse entre la "política" de la institución y sus opciones morales.

En segundo lugar, las instituciones, al extender los mecanismos de deliberación y decisión —momentos en los que comienza la responsabilidad—, haciendo participar a múltiples sujetos e instancias, diluyen las responsabilidades personales. Ahora bien, ante este dato, hay que tener en cuenta que 1) no las diluyen en el mismo grado en todos los implicados, dependiendo de su situación en el organigrama de poder e influencia; y 2) no la suprimen en nadie, esto es, nadie puede "renunciar a la responsabilidad".

En tercer lugar, y esto equilibra lo que se acaba de decir, al instaurar mecanismos colectivos de decisión y colaboración de diversa índole, las instituciones permiten a los profesionales vivir la experiencia de la corresponsabilidad, la experiencia de saber que no somos solo responsables respecto a los otros, sino que compartiremos responsabilidades con ellos. Apel, en el artículo citado, nos recuerda que la salida que tenemos para enfrentarnos responsablemente a los grandes retos sociales es la de coordinar las acciones bajo la responsabilidad colectiva. Si en consideraciones precedentes habíamos visto cómo se reasumían desde la responsabilidad los principios de autonomía y de beneficencia, ahora podemos ver cómo se resume el principio de justicia.

5) Responsabilidad como respuesta a los otros

Puede decirse que hay cuatro preguntas clave en torno a la responsabilidad del profesional médico: ¿de qué es responsable?, ¿ante quién es responsable?, ¿en virtud de qué es responsable?, y ¿ante quién es responsable el médico? En cierto sentido, lo es ante sí mismo, o ante su voz interior, y ante los otros: la sociedad y los pacientes. En este sentido, la responsabilidad del médico es intransferible, irremplazable.

Por ello, frente al problema expuesto, conviene recordar a Pedro Ortiz, pensador peruano recientemente fallecido, y a su teoría del hombre (Ortiz, 1997).

La teoría sociobiológica informacional del hombre de Pedro Ortiz

Su tesis modifica sustancialmente los conceptos de vida, evolución, sociedad, persona y personalidad. La teoría conceptúa la personalidad como el individuo transformado socialmente en ser moral, y no como el conjunto de características o rasgos personales como solía considerarse.

Además, Ortiz postula que, a diferencia de las especies animales que viven en manadas constituyendo grupos multi-individuales, la especie *Homo sapiens* ha sido capaz de formar grupos supra-individuales creadores de cultura (información social). En tal sentido, luego de sucesivas transformaciones, que ha tomado miles de años, se ha constituido, primero, en humanidad; y, luego, en sociedad. El hombre es, así, producto de la expresividad epigenética de su potencial hereditario influenciado y reestructurado cinéticamente por la sociedad en la cual existe. La información social que la sociedad habrá de proveerle, por medio de la familia, sus organizaciones sociales y de muchos otros seres humanos, será codificada en su neocórtex, estructurando gradualmente su conciencia (social*)((* el agregado es mío). Convirtiéndolo, progresivamente, en una personalidad de naturaleza moral. De este modo, el hombre no tiene una personalidad, sino que se va convirtiendo hasta llegar a ser una personalidad (Ortiz, 2002; Ortiz, 2004; Ortiz, 2008; Ortiz, 2009; Seguín, 1993).

La teoría incluye una forma distinta de integrar sociedad-conciencia(social*)-personalidad, dando una solución distinta al problema mente-cerebro que las ciencias naturales no pudieron resolver. Asimismo, ha generado desarrollos no solo en el campo de las neurociencias, la psicología y la psiquiatría, sino que posibilita replantear la naturaleza y objetivos de las ciencias médicas y de la salud, así como los **de la educación y la ética como ciencias sociales**. Por ejemplo, en su marco conceptual, la Ética puede definirse como la ciencia social que estudia los procesos de transformación de la humanidad en una sociedad estructurada moralmente; en tanto que la Educación es la ciencia social que estudia los procesos de transformación del individuo en una personalidad que debiera ser íntegramente moral.

Desde este punto de vista, la persona del médico será diferente dependiendo de las vicisitudes que constituyen su historia personal, de su estrato social,

del ambiente familiar y escolar donde se ha formado, y de los seres humanos que sobre él influyen.

La responsabilidad de las facultades de medicina frente a la persona del estudiante

Los alumnos de medicina ingresan a la facultad en la parte final de su adolescencia, justo en la etapa de consolidación de sus valores morales. Particularmente, en las universidades estatales, cuya población estudiantil suele corresponder a círculos socioeconómicos más desfavorecidos, muchos de ellos ya presentan evidencia de sufrimiento como personas que probablemente influye negativamente en su desarrollo académico. Conviene, por ello, destacar la importancia que implica el buen uso del tiempo libre y la práctica del deporte o las artes como mecanismos protectores.

Las instituciones formadoras, en general, suelen dar la espalda a la responsabilidad de formar a esta pléyade de talentos, no solo en el aspecto técnico-profesional, sino, en algo más valioso: su realización como personas, instilando en él/ella los valores institucionales que todo médico debe registrar en su neocórtex como marco fundamental para su futuro desempeño profesional. La facultad debiera aprovechar estas circunstancias para que, al momento de su egreso, tal consolidación haya sido lo más positiva posible.

Por ello, y concluyendo, para resumir la esencia de la persona del médico, podríamos repetir las frases con que Carlos Alberto Seguín orienta a su hijo Gonzalo en trance de escoger carrera profesional: "Soy médico, por lo tanto, nada humano puede serme ajeno..." (Boecio, 1341).

Correspondencia:

Dr. Alberto Perales,
Avda. Javier Prado Oeste, 445. Of. 101.
Lima 27, PERU
Correo electrónico: perales.alberto@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boecio, A.M. (1341). Liber de persona et duabus naturis.
- Etxeberria, X. (2002). Ética de las profesiones. Bilbao: Temas basicos de Brouwer SA.
- Ferrater, J. (1971). Diccionario de Filosofía. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Kant, E. (1973). Cimentación para la metafísica de las costumbres. Buenos Aires: Editorial Aguilar.
- Kant, E. (1995). La metafísica de las costumbres. Santafé de Bogotá: Rei Andes.
- Linzer, M., Visser, M.R., Oort, F.J., Smets, E.M., Mc-

- Murray, J.E., de Haes, H.C., Society of General Internal Medicine (SGIM), & Career Satisfaction Study Group (CSSG). (2001). Predicting and preventing physician burnout: Results from the United States and the Netherlands. *Am J Med*, 111,170-175.
- Locke, J. (1986). *Ensayo sobre el entendimiento humano*. (pp. 388). México DF: FCE.
- Maslach, C., Jackson S.E., Leiter M.P., Wilmar, B., Schaufeli, W.B. & Schwab, R.L. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Ortiz, P. (1997). *La formación de la personalidad*. Lima: Dimaso editores.
- Ortiz, P. (2002). *Lenguaje y habla personal*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Ortiz, P. (2004). *Cuadernos de Psicobiología Social 6. El Nivel Consciente de la Actividad Personal*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Ortiz, P. (2008). *Educación y formación de la personalidad*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Ortiz, P. (2009). *Cuadernos de Psicobiología Social 1. Introducción a una Psicobiología del Hombre*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Perales, A. (2011). *Testimonio: Pedro Ortiz Cabanillas (1933-2011)*. *Anales de la Facultad de Medicina*, 72(1),83-88.
- Polo, M.A. (2002). *Problema antropológico de la bioética*. Lima: Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- Ramírez, A.J., Graham, J., Richards, M.A., Cull, A., Gregory, W.M, Leaning, M.S., Snashall, D.C. & Timothy, A.R. (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer*,71,1263-1269.
- Rillo, A.G. (2008). The Greek origen of caduceum: Æsculapius. *Colombia Médica*, 39 (4), 384-388.
- Seguin, C.A. (1993). *Tú y la Medicina*. Lima: Editorial Poniente
- Shanafelt, T., Adjei, A., & Meyskens, F.L. (2003). When your favorite patient relapses: physician grief and well-being in the practice of oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 21(13), 2616-2619.
- Singer, P. (1995). *Ética práctica*. Cambridge: Cambridge University Press.