



**Santiago Soto O.**  
Decano Facultad de Medicina  
Universidad Finis Terrae

## EL MÉDICO DE FAMILIA

El médico de familia es un profesional médico capacitado para resolver los problemas prevalentes de salud de la nación, en especial del núcleo familiar, aportando a este grupo de personas:

1. Acción directa en la resolución de las afecciones que afectan a algunos de sus miembros en los campos de protección, fomento y recuperación de la salud física y psíquica.

2. Acción indirecta al núcleo familiar o a alguno de sus componentes en las áreas que no son de su competencia, pero en las cuales se requiere consejo criterioso para la toma de decisiones, tomando en cuenta la condición socio-económica de la familia, sus creencias, la relación con el ambiente en el que vive y se desarrolla esta familia, y su nivel cultural.

3. Acción de liderazgo no sólo en lo concerniente a los problemas de salud sino en el apoyo, discusión, enseñanza y manejo en todo lo referente a la salud del núcleo familiar mismo, a fin de prevenir violencia intrafamiliar y la drogadicción, ayudar a resolver los trastornos derivados de los conflictos en las relaciones padre – hijo y entre los esposos. Aconsejar a prevenir la cesantía o ayudar a mitigar sus efectos en la salud física y psíquica de los diferentes miembros de la familia y constituirse en un miembro de la familia con lazos de amistad que permitan el ejercicio de este liderazgo.

Chile tuvo, en la primera mitad del siglo pasado, grandes médicos de familia que ejercían esta labor de conducción, sin ser necesariamente especialistas en cada uno de los problemas surgidos en el ámbito familiar. En la actualidad, en la práctica, sólo pediatras y ginecólogos – obstetras mantienen viva, un poco, la imagen del médico de familia.

Las causas por las cuales desapareció este médico son múltiples. Entre ellas destacan:

– La socialización de la medicina, que en beneficio de un gran

número de personas, obligó al núcleo familiar a disgregarse en la obtención de posibilidades para recuperar la salud, al ofrecer programas de atención para adultos y niños en lugares diferentes y con exigencias que, de no ser cumplidas, terminaban por suspender la atención médica; y con profesionales a los cuales no se accedía con libertad de elección.

– Las grandes extensiones de las ciudades, que hicieron cada vez más difícil el desplazamiento del médico hacia el hogar de una familia determinada, para ejercer allí, en el domicilio, las acciones de salud para las que era requerido.

– El deterioro económico de las familias, que al recibir atención por un sistema público gratuito, fueron desplazando a sus médicos familiares por aquéllos que les daban cuidado en hospitales y consultorios del sistema estatal. Este sistema, con atenciones rápidas, poco profundas, destinadas a resolver el problema puntual y con escasa cobertura de personalización, agregado a la tendencia cada vez más acentuada a entender la salud como un derecho, y por lo tanto a no pagar por ella, hizo cada vez más difícil el poder reconocer que el médico tenía derecho a un justo honorario.

### Los programas de enseñanza de la medicina

La carrera médica, en un comienzo hecha a la medida entre un discípulo y un maestro, fue derivando en grupos o escuelas con numerosos alumnos. Poco a poco surgieron las cuatros especialidades básicas: medicina, cirugía, pediatría y obstetricia y ginecología.

En un afán de aumentar la profundidad del conocimiento, nacieron diferentes especialidades y subespecialidades que, indefectiblemente, fueron recargando los programas docentes. Para suplir defectos de formación y para acentuar las especialidades, surgieron los postgrados médicos y la academia comenzó a do-

minar, con la estructura de acentuado cientificismo, a toda la medicina. Y frente a la academia, el médico de familia recibió el duro embate de la crítica de sus pares y comenzó a desaparecer.

### La especialización de la medicina

La medicina, dado el avance científico, el aumento casi inmanejable de datos del conocimiento, las dificultades de llegar a saberlo todo y el afán de lucro más fácil, fue atomizándose poco a poco hasta llegar a tener, incluso, especialidades por órganos, ni siquiera por sistemas.

Esto, en las reuniones académicas, permitió que diversos especialistas pudieran mostrar a la audiencia un bagaje extraordinario de saber, con un brillo no visto antes. Por cierto, los jóvenes estudiantes de medicina, aun sin proponérselo, fueron mirando cada vez en menos no sólo al médico de familia, al doctor de barrio, sino al internista general, al cirujano general, al pediatra y al obstetra – ginecólogo generales.

El especialista, con un enfoque determinista, sin un acto médico cabal y completo, ha ido haciendo descansar el diagnóstico y las complicaciones de una afección en un sinnúmero de exámenes de laboratorio y procedimientos diagnósticos que al país le cuestan enormes cantidades de dinero. Por otra parte, por considerar que nadie debe morir por falta de tratamiento, se ocupan metodologías terapéuticas, incluso contra enfermedades con pésimo pronóstico, que también cuestan mucho dinero y producen mucho dolor y tristeza.

Antaño, el médico de familia, con el uso de la historia clínica, del examen físico y de muy pocos exámenes de laboratorio, diagnosticaba y trataba alrededor del 95 % de las enfermedades prevalentes y, con un criterioso ejercicio de la profesión, cavilaba, reflexionaba muy profundamente, acerca de cuándo tratar o no tratar afecciones terminales o de sombrío pronóstico, y en estrecha unión con la familia del afectado era capaz de ofrecer cuidados paliativos y alero, comprensión, compañía y consuelo, al paciente y a la familia de éste.

Antaño, mujer y hombre formaban un conjunto entregados al cuidado de los hijos, y al trabajo. La inexistencia de la televisión permitía conversar en la mesa familiar los problemas del trabajo, las dificultades estudiantiles, los problemas del trato de los maestros hacia los hijos, los comadreo de la mujer con sus vecinos; conocer los amigos de los hijos y alternar con ellos; dormir más horas, y, por lo tanto, estar el cuerpo y la mente más dispuestos al trabajo y al estudio; invitar, a veces, al párroco del

lugar y alternar con él, dándole la sensación de ser importante para su comunidad y, con ello, paliar su propia necesidad de afecto y compañía. Casi no había, para trasladarse, más que locomoción colectiva. El número de autos era escaso. Ello derivaba en tener a los hijos en colegios cercanos al hogar y atraer a los compañeros de curso de los hijos, a la casa de éstos, de modo que la enseñanza de la escuela se prolongaba hacia el hogar y desde aquí se influía en los hijos de los otros mostrando la calidez familiar.

El doctor del barrio era un hombre bueno, criterioso, protector, conocedor de los problemas en el seno de las familias a las que servía; aconsejaba no sólo lo referente a cuestiones de salud sino en lo relacionado al buen vivir, en la toma de decisiones familiares y hasta en situaciones de índole moral.

La llegada de los adelantos tecnológicos no sólo cambió al doctor, cambió a la familia. Poco o nada de conversación, desmedido afán por tener, intenso trabajo para ganar más y copar las ambiciones de tener. El exceso de trabajo y la falta de horas de sueño disminuyeron más las relaciones intrafamiliares, se redujo el tiempo que el padre gastaba con sus hijos y la mujer salió a buscar sustento; surgió una extrema fatiga física, menor rendimiento laboral, más incidencia de depresión, aumento en patologías degenerativas, incremento en la tasa de suicidios. La visión de versiones cinematográficas, antes sólo posibles en el cine, se introdujo en la familia. Los hijos comenzaron a ver violencia, aprendieron cómo asaltar una casa, un banco, una persona; aprendieron cómo asesinar y engañar a la justicia; entendieron que los problemas entre esposos podían arreglarse con el divorcio, y que el juramento de estar juntos hasta que la muerte los separe era una falacia; vivieron las guerras de otros países como propias, generando la misma angustia de un bombardeo; comieron en la mesa familiar tragando la angustia que las imágenes producían, originando dura crítica a los inocentes progenitores que estaban junto a ellos en la mesa familiar, como si los padres fueran los culpables de pecados sociales como son el hambre y la guerra.

Se puso de moda el orgullo y la mentira; se generó un lenguaje nuevo mezcla de argot, inglés y castellano que produjo una brecha lingüística entre padres e hijos; desapareció Dios de las escuelas; se popularizó el matonaje, y las pandillas convirtieron el hogar de cada familia en una cárcel por el miedo de ésta a salir libremente a usar de los espacios públicos; se estableció un toque de queda impuesto por la delincuencia, y la drogadicción hizo su aparición junto a la muerte, sin que a nadie le llamara la atención, porque los sentidos ya habían sido embotados.

Esto superaba con creces la modesta acción del médico de familia que, sumado a los recargados programas universitarios de la carrera médica, comenzaba a enfrentar una «patología social» para la que no estaba preparado y en la que se deben considerar, entre otros:

### 1. Prevenir la drogadicción

Antaño, el tabaco y el alcohol. Hoy, marihuana, cocaína, heroína. Los factores determinantes de este flagelo son, en último término, la existencia de trastornos de la personalidad diagnosticados tardíamente, la generación de depresión y angustia por no haber alcanzado las metas que alguien se propuso muy por encima de sus expectativas, y la ganancia fácil de dinero por parte de los que promueven el comercio de drogas ilícitas.

Padres poco receptivos, escasa conversación familiar, cobardía de los progenitores en poner límites, generan soledad en el muchacho y lo lanzan a las pandillas y/o a las drogas.

El médico de familia, conversaba con los padres, con los hijos; tenía una familiaridad con ellos que le permitía influir en la prevención de estos ilícitos, y muchas veces aconsejaba a los padres o al colegio un cambio de conducta con el hijo rebelde o con el alumno problema, que solía tener éxito. Era preciso, para esta labor, tener tiempo. Estar dispuesto. Hoy, el academicismo y el cientificismo han ahogado toda posibilidad de "bajar" hacia al hombre y elevarlo a una condición de dignidad, porque a causa de tanto conocimiento específico, el hombre resulta empujado: es más importante la ciencia que el hombre mismo. Tener tiempo para alternar médicamente con una familia es ahora casi impensable. Cuando se atiborra de conocimientos al estudiante de medicina, se atenta contra su capacidad de enjuiciar la cultura, el entorno social, la vida religiosa, la actividad económica, el aspecto sexual, las relaciones filiales y conyugales. Con el cientificismo, curiosamente todo el entorno espiritual pasa a ser una "nadería". Con ello, se atenta no sólo a rebajar la figura del médico como consejero y amigo veraz, sino también se abandona al hombre a su propio cauce, muchas veces sin una educación suficiente para tolerar y enfrentar la vida y sus vicisitudes.

El médico de antaño tenía tiempo. No se avergonzaba de esta modesta pero importante actividad.

En la actualidad, para mayor consideración, el 31.5% de las mujeres son dueñas de casa en cuanto a jefatura del hogar. Significa ello la ausencia del hombre en dicho núcleo familiar. Se sabe que la ausencia de un cónyuge no puede ser suplida por el

accionar del otro en lo referente al efecto en el niño. No es posible suplir la figura parental ausente.

Cuando es la madre la que toma el control del hogar, con frecuencia ejerce una actitud de marcado autoritarismo en la prole y, por cierto, dado que debe conseguir el pan familiar, se ausenta de su casa hasta tarde, de modo que los hijos están solos en el hogar y, poco a poco, comienzan a ser absorbidos por la pandilla del barrio o por el líder del lugar que es, en último término, el que reemplaza a la figura paterna. Esto trae consigo deserciones escolares, angustia, rebeldía, aparición de psicopatías escondidas, anorexia nerviosa, bulimia, depresión, trastornos en la esfera sexual, pérdida de identidad y drogadicción.

Estas situaciones no eran las que debía enfrentar el médico de familia, y por cierto que el profesional que asume esta función en nuestro tiempo sí que debe cumplirla de modo de prevenir, en lo posible, la aparición de estas condiciones patológicas. Por ello es que en la educación del estudiante de medicina de hoy es imperioso el enseñar psicología, psiquiatría, antropología, sexología y adicciones, dentro del plan curricular, de modo que pueda ejercer en el seno familiar, en el colegio o en el hospital, las medidas que ayuden a prevenir este flagelo social.

El *graffiti*, técnica de escribir arabescos en las paredes, es no sólo expresión de soledad (los cuadernos del niño son las paredes de la ciudad) si no de alevosa victimización nocturna a un semejante, e invasión del espacio de otro como ensayo a la agresión corpórea y al crimen.

Cuando el médico de familia logra, con los estudios previamente señalados, diagnosticar estos males sociales, tiene en sus manos, junto a profesores, asistentes sociales, policía, y otros estamentos sociales, la posibilidad de prevenir criminalidad en un ámbito más general.

### 2. Reponer el honor, la generosidad y la veracidad en los miembros del grupo familiar

Chile se ha puesto relativista; las personas también. En el hecho, se cree más en la masa que en el hombre, conceptualizando fuertemente una expresión falsa de libertad que funda lo importante en el utilitarismo y no en el bien humano en sí y la felicidad moral del hombre. Con ello, las medidas para resolver los problemas del hombre se han vuelto ineficaces. Las Escuelas de Medicina, incluso las medidas de salubridad estatal, no han conformado con verdad, libertad ni realismo sus programas docentes, y las políticas de salud se juegan en el mercado de capitales.

El concepto de honor también ha sufrido serios deterioros a manos de muchas entidades que no han recibido por ello castigos ejemplares. Esto trae aparejada una subterránea conducta de engaños y falta de veracidad entre hombres que no se conocen, y ello se trasvasija hacia la familia. A veces, también ocurre lo contrario, dado el abandono de los hijos por padres que deben luchar por el sustento.

El médico de familia de antaño, se movía en un medio familiar valiente, dispuesto a ser generoso, compuesto por miembros varones, capaces de sobrellevar las culpas de los padres e, incluso, no avergonzarse por las culpas de los hijos. Era frecuente que en el seno familiar siguieran conviviendo, con los hijos, los padres ya viejos, que eran respetados y admirados.

El médico de familia de ahora sabe que, hecho el diagnóstico de senectud o de menor valía de un anciano o del comienzo de una enfermedad de Alzheimer en éste, el grupo familiar se deshará de él y lo llevará a un asilo de ancianos o a una casa de reposo. Su acción como médico se trasladará hacia este lugar y no podrá ser ejercida en el seno familiar. El cortejo de decisiones médicas de tratamientos, a veces costosos; de exploraciones de laboratorio, a veces riesgosas, lo comandará la falta de medios o el egoísmo familiar, o la avaricia de sus componentes. Esto trae consigo la necesidad de que este médico de familia actual tenga una clara formación ética y moral que cautele ofrecer al anciano, cualquiera esté, una atención cabal que consiga anudar los cabos sueltos de compromiso de conciencia—limitación social, tratamientos, exámenes— con la posibilidad de recuperación, y que las decisiones sean cumplidas cualesquiera sean las presiones a las que se le someta como profesional.

Para ello deberá tener sólidos principios morales y excelencia como persona, cosas que Chile y el mundo están ofreciendo menos, porque la señal que se está dando es de mediocridad. Frente a ello, es cada vez más difícil exigir a las personas que sean como se debe ser. No se explica de otro modo que por todas partes se exija al viejo, aun al limitado, que cargue con sus gastos de salud en el mismo saco en el que carga su soledad.

Atender médicamente al senescente es tarea difícil, porque requiere del médico tener conocimientos de finura terapéutica, de interacción de medicamentos; que sepa de rendimiento de tratamientos y exploraciones de laboratorio; que considere los riesgos propios de las medidas médicas, de la contingencia de vivir en comunidades de viejos con cuidadores que, no infrecuentemente, pasan a constituirse ellos mismos en un peligro; requiere que conozca de dietas especiales, de trastornos de

la deglución que con frecuencia presenta el anciano; de tratamientos simples e inocuos de síntomas molestos y peligrosos; en fin, la medicina familiar es de gran complejidad y poco reconocimiento social.

Es evidente que el médico de familia, en este ámbito, también puede y debe desenterrar los valores perdidos del sentido de la caridad familiar, de la generosidad y de la altura de miras, como firmes basamentos a que los hombres de mañana, los hijos, tengan un ejemplo que les señale un accionar acorde a lo humano y no a lo utilitarista.

### 3. Estimular el descanso para prevenir la fatiga

El descanso o cese del trabajo, reposar, tener alivio, es una situación cada vez más escasa. Es común irse a dormir cercano a la medianoche, cargado con las noticias dramáticas de la aldea global sumadas a los propios sinsabores del existir de cada persona. Esta situación provoca, por la disminución de las horas de sueño, fatiga durante el día siguiente, fatiga acumulada día a día. Este cansancio produce disminución en la capacidad laboral, trastornos del aprendizaje, irritabilidad, tendencia depresiva, menor productividad académica y laboral, búsqueda de satisfacciones en drogas y fármacos estimulantes, consumo de más cantidad de comida, mayor tendencia a accidentes hogareños (públicos y laborales,) discapacidad temporal y permanente e insatisfacción personal. Puede, en ocasiones, ser vehículo de violencia intrafamiliar.

El médico de familia de antaño no tenía esta perspectiva de patologías surgidas por esta conducta. El de ahora, en cambio, debe estar preparado para conocer bien cómo prevenir estas patologías, aconsejar al respecto, ser fuerte en imponer razonadas formas de descanso, promover valores diferentes al tener cosas que por la misma fatiga no se pueden usar, enseñar que la falta de descanso produce enfermedad y ser un promotor de cambio de políticas públicas al respecto. Vale decir, desde el seno familiar, deberá enseñar al Estado a tomar conciencia de regular, en lo posible, y de estimular el bien llamado descanso. El ahorro de divisas que produce esta política es inmenso y la prevención de patologías personales y sociales, enorme.

Por diversos medios, el hombre busca descansar, pero parece obvio que el descanso no se encuentra en practicar gimnasia durante las horas de trabajo ni en hacer juegos computacionales que interrumpen la jornada laboral. El descanso es una acción destinada a satisfacer necesidades espirituales, a cultivar lo bello, aunque se viva en el barro. El médico tiene las armas para, en el seno

familiar, favorecer con su enseñanza el descanso, ya no como una necesidad y un derecho, sino como medio de prevención de patologías cardiovasculares, neurológicas y traumáticas.

#### 4. Luchar contra la polución ambiental para disminuir riesgos de demencia, cánceres, estrés, delincuencia, depresión

Antes no había, en la práctica, polución. El médico de familia de entonces poco o nada sabía al respecto. Actualmente existe no sólo la polución atmosférica con su carga de plomo, nitroso, ureas, bencenos aromáticos y pesticidas, alquitranes, sino también polución de aguas, de alimentos; existencia de químicos preservantes, de hormonas en algunas carnes, de anilinas y ruido ambiental.

Es preciso, en el seno familiar, educar acerca de los riesgos inherentes a dichas sustancias, como son : depresión, amnesia, trastornos del carácter, fatiga física y mental, insomnio de diversa cuantía, alteraciones genéticas múltiples, alergias, problemas respiratorios, aumento de cánceres.

En el caso del ruido en particular, se estima que este flagelo, que en Santiago alcanza habitualmente niveles por sobre los 80 db., produce disminución significativa de la audición y emergencia de homosexualidad. Probablemente la enseñanza al doctor que va a servir a una familia, debiera contemplar claros conceptos sobre estas materias, condición que puede modificar, en un futuro, la calidad de vida de nuestros hijos. Pero, además, el ruido trae aumento de la violencia a todo nivel, y cambios de conducta en los seres humanos que deterioran en mucho las relaciones personales y parece obvio que sea el médico quien enseñe estos riesgos e indique cómo prevenirlos.

El mundo político poco o nada ha hecho por resolver este problema. La acción del doctor, con la enseñanza al niño, puede lograr conmover el duro corazón de esta clase dirigente.

#### 5. Enseñar medidas de higiene en poblaciones hacinadas por la pobreza y diezgadas por la cesantía

Tarea difícil. Resulta obvio que las poblaciones marginales, casi sin agua corriente, con cercanía de basurales aledaños y con un sistema de excretas a todas luces insuficiente, peligroso y contaminante, sufren el embate de enfermedades contagiosas como hepatitis, tifoidea, amebiasis, giardiasis, influenza, meningitis, pediculosis e infecciones de la piel, con alta incidencia en todos los grupos étnicos que las conforman.

Sin embargo, el médico de familia que tiene a su cargo, en los consultorios públicos, la atención de estas personas, puede, con el equipo de salud, promover la limpieza. Primero con pequeñas acciones como hervir el agua para beber, enseñar al líder de la comunidad a hacer una buena disposición de excretas, estimular a llevar las basuras a lugares más lejanos de la población de marras y preocuparse de taparlas con tierra, no dejar utensilios usados para las comidas sin lavar. Con ello, a pesar de la pobreza, puede alejarse a los roedores, a los perros y a los insectos (moscas, baratas, hormigas), evitando así la contaminación.

El médico de familia de antaño tampoco tenía esta clase de problemas, porque, en general, las familias de escasos recursos se acogían a terratenientes que, mal que mal, algo se preocupaban de ellas.

El médico de familia actual, que se encuentre destinado a cumplir labores entre estos grupos marginados socialmente, debe también tomar contacto con otros profesionales como veterinarios, agrónomos, ingenieros civiles, asistentes sociales y abogados para que conformen un grupo profesional cohesionado para dar una visión de conjunto a estas personas en lo referente a sus derechos civiles y en las acciones que la sociedad tiene implementadas para su ayuda dentro de los márgenes de la ley.

Por ello es que la educación en las Escuelas de Medicina debe dar a los estudiantes de la carrera médica una amplia visión epidemiológica con los problemas de salud prevalentes y un acabado conocimiento de las medidas básicas para enfrentar su prevención y manejo básico.

De allí que las relaciones interescolas universitarias ( Ingeniería, Medicina, Agronomía, Asistencia Social, Enfermería) pueden dar gran impulso a estas conductas médicas, las que llegarían a tener relevancia dado el liderazgo que el médico, naturalmente, posee en el grupo humano.

Es evidente que el patio de cada casa o mejora (habitación límite), si se usa como pequeña chacra, satisfará necesidades básicas de nutrientes para grupos poblacionales pobres. El médico puede actuar de catalizador para hacer surgir estas condiciones.

#### 6. Enseñar a comer de manera saludable, de modo de obtener que, con poco dinero, sea posible alimentarse sin los riesgos a la salud de las comidas rápidas

La medicina poco sabía del colesterol y las grasas saturadas. La diabetes se trataba sólo con insulina y régimen sin azúcares, y la

hipertensión, con muy pocos medicamentos hipotensores y con dietas sin sal.

Existía, además, un culto al comer: comidas largas en cuanto al tiempo para ingerirlas, cantidades grandes de nutrientes, conversaciones y discusiones familiares a las cuales, frecuentemente, era invitado el doctor de la familia, incluso en barrios de baja condición social.

Hasta hace treinta años, era menester sentarse a comer en la mesa familiar. Los obreros y estudiantes llevaban comida casera para ingerirla al mediodía.

Alrededor de la comida se arreglaba el mundo, se tejía la política, se hablaba de Dios, se educaba a los hijos en las reglas básicas del buen vivir y del bien convivir; se comentaban las noticias al amparo de la información del padre y de lo aprendido en la escuela. La figura paterna dominaba el entorno y su ejemplo era indiscutible motor de socialización, hombría en el tomar decisiones y franco amparo familiar. La figura del médico de la familia acentuaba con su consejo esta condición y no le otorgaba a la comida el sentido de riesgo o preocupación que hoy frecuentemente se le da, en que la Medicina ha cambiado el gusto de comer por el miedo a la comida.

El médico de familia actual requiere tener el equilibrio para exigir de su paciente y del núcleo familiar razonable conducta alimentaria basada en regímenes estrictos en lo referente a diabetes, enfermedades de malabsorción intestinal, hipertensión arterial, migrañas, osteoporosis, anemias por deficiencia de hierro, obesidad o hipovitaminosis.

El médico de familia actual debe, también, hacer perder el miedo irracional al colesterol, enseñando que se puede comer bien, sin riesgos, cuando se tiene cuidado en equilibrar los nutrientes sin comprometer el presupuesto familiar, expulsando el temor en las gentes muy aprensivas al respecto; evitando la aparición de anorexia nerviosa al enseñar a la familia, a su cargo, que hablar de obesidad en la mesa es un riesgo de anorexia patológica. En fin, el médico de familia debiera tener una información acabada de cómo, con un presupuesto exiguo, se puede comer bien y sano.

Lo mismo vale para que este profesional sea bien formado en lo referente al conocimiento de elementos como las anilinas, las hormonas, los preservantes de alimentos, las bebidas estimulantes, la comida rápida cocinada con grasas saturadas, que se ingieren con regularidad, y la potencial capacidad de daño a la salud humana de dichas sustancias.

Informar a una familia acerca de los riesgos de tales elementos suele ser el camino para cambios de conducta que terminan por mejorar la calidad de vida, valorar el presupuesto doméstico, incluso, conseguir mejores relaciones padres-hijos.

7. Hacer visitas domiciliarias y tener un tiempo de conversar los problemas de la familia

La extensión de las ciudades, el escaso tiempo destinado a la familia, el lento desplazamiento para poder llegar a alguna parte, las poblaciones marginales presas de pandillas que siembran el terror y la criminalidad ambiente, han disminuido notoriamente la visita domiciliaria del médico.

Es importante poder rescatar esta conducta, pues es posible que el hogar sea un buen lugar de «hospitalización», evitando el uso de las camas del hospital para otros fines que los propiamente médicos.

Crear en los consultorios públicos una medicina domiciliaria, con visitas diarias a los pacientes hospitalizados en sus casas, puede convertirse en una instancia de ahorro de divisas en salud, de aprendizaje en autocuidado de las personas, de unidad familiar en torno a la desventura de una enfermedad, de consejo a los miembros del grupo familiar no sólo en cuestiones de salud sino en otras instancias del conocimiento y la conducta; de buen uso de los recursos farmacéuticos para terapias de enfermedades crónicas; de volver a sacar del olvido lo mejor de la medicina: la historia médica y el examen físico, armas de valor extraordinario en diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de enfermedades, de sociopatías, de criminalidad, de violencia intrafamiliar. Un médico, sentado al lado del paciente yaciente en su lecho de enfermo, es un poderoso ejemplo de humildad, generosidad, entrega y protección al núcleo social llamado familia.

Pero, no sólo sirve la visita domiciliaria para los hechos anotados. El conocer la vida familiar permite que el médico de familia sea una fuente de información médica veraz no suplida por internet. Este último parece ser el actual médico de familia, pero es silencioso, duro, no acogedor, lleno de datos catastróficas sobre cada síntoma, objetivo, incapaz de acompañar en el dolor y de involucrarse con alguien en perseguir su bien.

Esta condición puede devolver al médico actual su pérdida de importancia social, pero no para vanagloria personal, sino para el bien de las personas, del país. Porque el médico fue, es y debe seguir siendo para el hombre un amigo desinteresado, preocupa-

do por su salud y bienestar, sin que las vallas políticas, sociales, religiosas, culturales, económicas y ni siquiera las guerras, puedan alterar esta condición de servicio desinteresado, amistoso, afable y misericordioso.

#### 8. Enseñar vida sexual sana

Antes, la vida sexual era como ahora, pero en secreto. Quizás costaba más conseguir pornografía, pero la había.

Las actividades sexuales eran de un gran secreto y se hacían sigilosamente.

La masturbación se castigaba severamente y se lanzaba sobre el culpable una serie de admoniciones, entre las cuales la más frecuente era que el que la practicaba se iba a enfermar.

El sexo tenía un sentido pecaminoso y de vicio tal, que el infierno era poco como seguro castigo.

Actualmente, el sexo es una actividad abierta, se comercia con él como con cualquier mercancía; pululan revistas, videos, películas cinematográficas, actividades teatrales en tal número, que no se oculta de él ni siquiera la aberración.

Conseguir un preservativo era tarea difícil. Era preciso comprarlo en una farmacia, casi hablando al oído del dependiente. Ahora se regala, incluso en lugares públicos, y se estimula su uso.

El médico de familia tenía poca actividad en lo relativo a conversar sobre el sexo y sus riesgos; la gonorrea y la sífilis eran enfermedades que se ocultaban incluso a la familia. Ahora se manejan ellas y el síndrome de inmunodeficiencia como cosa pública.

El médico de familia de los tiempos que corren debe tener amplios conocimientos acerca de la sexualidad, manejar los factores de riesgo, prevenir la impotencia y las aberraciones sexuales; es preciso que enseñe al joven que la masturbación no enferma, pero que su obsesiva práctica revela trastornos de la esfera sexual, angustia, afecciones obsesivo-compulsivas y afecciones de la personalidad.

El médico de familia debe, en el seno familiar, enseñar acerca de la pornografía, cuyo uso provoca el peligro cierto de impotencia, porque sube el umbral del estímulo, y es un factor determinante en el origen de la violación de un hombre o de una mujer. Es importante que señale que afecciones sexuales como

la infección por Chlamydia es sutil, no se ve, y, a veces, no se siente; y que a medida que se multiplica el número de compañeros sexuales, se hace más frecuente y segura su aparición. Que se complica de esterilidad femenina con alta seguridad y, por lo tanto, genera para un futuro problemas de salud de difícil resolución y problemas conyugales que son de dimensiones insospechadas.

La conducta del médico respecto de la sexualidad implica que éste conozca el alma del hombre. El secreto del alma que el hombre revela al doctor, sumado al examen médico, puede ser un factor determinante en prevenir la criminalidad relacionada al sexo, en disminuir la tasa de infecciones ligadas a él, reducir la tasa de parejas que conviven sin vínculo matrimonial, reducir la angustia producida por obsesión sexual, y en disminuir la incidencia de impotencia y de eyaculación precoz, causal de neurosis de angustia, depresión y ruptura matrimonial en muchas parejas.

El médico, inserto como profesional en el seno de una familia, tiene una importancia capital en cambiar la epidemiología de las patologías sexuales, de allí que la psicología y la psiquiatría que estudie, deben capacitarlo para ser un líder confiable al respecto.

#### 9. El médico de familia y el viejo de la casa

Existen diferentes estados en lo concerniente a la relación del senescente y su familia. Me atrevería a clasificarlos en: el que acoge en su hogar a alguno de ellos para que viva con su familia; aquéllos que viven dentro de la familia de alguno de sus hijos; el que vive solo con su mujer; el que habita un hogar de ancianos; el que vive de allegado a una familia que no es la propia y el que deambula en las calles pidiendo la caridad pública.

Si ser joven es soñar para vivir, ser viejo es vivir para soñar.

Antaño, el médico de familia cuidaba, entre otros miembros, al viejo, el abuelo o la abuela o el bisabuelo o la bisabuela, que compartían el mismo techo con sus hijos y nietos en una condición social de entera normalidad. Como si fuera así la vida, como si fuera normal acoger a los padres o a los abuelos envejecidos y limitados.

Ahora, han cambiado las cosas. En la práctica, sólo el pobre acoge a sus viejos, y viven juntos el amargo sabor de las lágrimas del hambre o de la necesidad.

El resto de los hijos busca, tarde o temprano, una casa de reposo

para llevar allí, a veces con engaños, a los padres viejos o a los suegros molestosos.

Si se conversa con estos senescentes, más de la mitad de ellos no espera nada de la vida o como en una encuesta del INE de agosto 2000, más del 30% de ellos quiere ser importante para los demás.

Hecha esta consideración, y sabiendo que Chile tiene la expectativa de vida más larga de América Latina, 78 años promedio, el médico de familia debe ser formado con una gran consideración hacia el anciano, tanto desde el punto de vista humano como en lo profesional.

El senescente es un paciente difícil y es imperioso ejercer primero que nada medidas de prevención de caídas, de infecciones, de enfriamiento, de depresión; evitar la multimedicación o polifarmacia, y enseñar a los familiares o a los cuidadores, lo necesario para su bienestar.

El viejo llega a ser un niño, necesita afecto, quiere que lo toquen, espera no ser invisible para los que lo rodean.

El médico puede ser el único amparo de sus tristezas y secretos, y para serle útil como profesional debe ser acogedor, comprensivo, detallista en la obtención de los datos que lo lleven a un diagnóstico precoz de cualquier enfermedad, y cauteloso en las indicaciones de exploraciones de laboratorio o de técnicas invasivas que, a veces, pueden costar la vida del anciano; y ser cuidadoso en la indicación de medicación que, muchas veces, puede desencadenar síntomas que acaben con la existencia normal.

El anciano suele hablar bajo, oír mal, tragar defectuosamente; vive obsesionado por obrar y el deseo sexual no ha desaparecido, al menos en el hombre. El médico de familia precisa estar atento a estas situaciones y tratar de solucionarlas en la medida de lo posible tanto enseñando a familiares y cuidadores como ideando terapias simples de solución de estos problemas.

Así, por ejemplo, el uso de laxantes por parte del anciano sin supervisión médica, puede traerle trastornos del ritmo cardíaco, afecciones musculares y deshidratación, que son el origen de caídas o ser causa de tomar decisiones terapéuticas complejas y peligrosas.

El médico de familia debe también tener una sólida formación ética frente a problemas como la negativa del anciano a comer o a tomar sus medicamentos. Mucho antes que violentarlo para

que se alimente o para que ingiera sus remedios, es importante saber si está o no deprimido; si sabe lo que está decidiendo; si esta conducta es o no una forma de suicidio sutil y lento; si es una forma de hacerse visible frente a los que no lo toman en cuenta o es la respuesta a un duelo como la pérdida de un amigo o el destrozo de una ilusión.

Muchos senescentes desean tener una vida sexual activa. Por ello, causa escándalo. Esta básica necesidad humana es mirada como un vicio por los mismos que convirtieron el sexo en un objeto. Ignoran que el sexo en el viejo es lo que debiera ser: una expresión cierta de amor por otro y de darse en pertenencia.

El médico de familia no existe, en la práctica, en Chile.

Su formación, como puede inferirse de las páginas precedentes, es de alta dificultad y, para colmo, a pesar de la gran carga académica que debe soportar para formarse bien en lo profesional, es un médico que aún hoy ante sus pares y ante las autoridades de salud tiene poco prestigio, pues lo marginan hacia las labores simples de la medicina, cuando, en verdad, el trabajo de él es de la más alta complejidad.

Chile debe volver a tener un médico de familia; tal vez con él la nación podría volver a tener la conciencia de un destino común y un sentido solidario y de respeto entre nosotros, que cada vez se aleja más de nuestras costas.