

FORMACION PROFESIONAL Y ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL

DR. JOSE M. M. FERNANDEZ

*Profesor de Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional del Litoral, Rosario, Argentina*

Este Seminario sobre Lepra, convocado por la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, con el auspicio del Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y con la participación de especialistas en lepra, epidemiología y administración de salud, tiene características singulares.

Nos atreveríamos a afirmar que difiere sustancialmente, por el enfoque original del problema, de todas las reuniones internacionales sobre leprología, realizadas a partir del Congreso de El Cairo, en 1938, hasta la fecha.

Nunca hasta hoy los leprólogos nos habíamos reunido con un equipo tan completo de gente avezada en salud pública para intercambiar ideas y experiencias sobre planificación, programación y organización de las actividades de control de la lepra.

En nuestros habituales congresos y seminarios se hace un balance de los progresos logrados en los distintos aspectos de la especialidad, y fijamos normas para perfeccionar nuestros conocimientos en la materia. Esta vez el enfoque es distinto y, si se quiere, más amplio, puesto que los temas de discusión interesan por igual a los leprólogos, tisiólogos, malariólogos, pediatras, etc.; en una palabra, a todos los que tienen la responsabilidad de preservar la salud de la comunidad. Y les interesa, por lo mismo que estamos considerando los diversos aspectos de un problema de salud pública, el control de la lepra, contemplado desde un punto de vista general, panorámico, de modo que sus enseñanzas bien pueden aplicarse al control de la tuberculosis, la mortalidad infantil, etc., etc.

Permítasenos felicitar a las autoridades organizadoras de este Seminario, por la acertada elección del temario y augurarles el más completo éxito de sus resultados.

El tema que se nos ha encargado exponer sobre la formación y adiestramiento profesional médico y auxiliar, también se aparta de lo que se acostumbra tratar en las reuniones tanto nacionales como internacionales de lepra. Debemos referirnos en esta oportunidad, no como médicos especialistas, sino como profesores universitarios, a los aspectos generales del problema y a la forma cómo se podría avanzar hacia la solución del mismo, a fin de propiciar la meta de conservar la salud de los miembros de nuestras comunidades.

Tal vez, para ubicar el tema, resultase beneficioso citar conceptos de otros autores:

El Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en una comunicación presentada a un simposio sobre la función de la universidad en la salud internacional, patrocinado por la Universidad de Johns Hopkins y celebrado en febrero de 1962, decía: "En la medida que la salud pública representa la relación de los individuos con la sociedad en la que viven, su conocimiento comporta la participación, en íntima dependencia, de las disciplinas biológicas y sociales. El hombre y su condición, ligada permanentemente al ambiente total, al que influencia y del que depende, es el hecho que domina el estudio de la salud, su aplicación y la enseñanza".¹

¹ Horwitz, Abraham: "La Organización Mundial de la Salud y la universidad en la salud internacional". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LII, No. 5, mayo de 1962, págs. 375-377.

Por otra parte, el Comité de Expertos en Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar de la OMS, en su segundo informe² anota: "En todo tiempo y en todo lugar, el carácter de la medicina está determinado principalmente por dos factores: la etapa de desarrollo del conocimiento científico y técnico, y la estructura social, económica y cultural de una determinada civilización".

A nuestro juicio, estos dos conceptos constituyen puntos de partida indispensables en cualquier intento de razonar acerca del tema que presentamos: el individuo indisolublemente ligado a su medio ambiente y, este medio ambiente, sujeto a constante variabilidad por el efecto de factores sociales, económicos y culturales. Y, si agregamos que la salud es un todo indivisible, y que, por lo mismo, sólo es posible defenderla mediante acciones integradas de protección, fomento y de reparación, tendremos el trípode en que fundar nuestra discusión.

Discurramos, ahora, sobre algunos de los hechos más relevantes de la formación profesional médica y el impacto que estas características tienen en los problemas de salud de una colectividad. Adelantemos que nuestras palabras no se acomodarán al marco de una conferencia magistral; más bien, deben considerarse como un razonar en voz alta de un médico que en el ejercicio de su profesión, ora se siente vivamente estimulado por la inmensidad del bien que podríamos hacer a nuestros semejantes, ora se ve sumergido en la desesperanza, porque no se avanza con rapidez hacia las metas que nos corresponde alcanzar.

El ritmo acelerado del progreso científico ha traído como consecuencia, por la imposibilidad de absorber todos los conocimientos que día a día se producen, la formación de médicos con un alto nivel de especialización. Este fenómeno es característico de la

civilización contemporánea, y, en su oportunidad, Ortega y Gasset lo analizó con clarividencia, señalando los inconvenientes de su exageración. De entre estos inconvenientes, tal vez el de mayor significación es la deshumanización de la medicina, relegando a un segundo plano el hecho fundamental de que el sujeto de su ejercicio sigue siendo el hombre en su totalidad, un ser dotado de cuerpo y alma, que piensa, siente y sufre, y no sólo un conjunto de sistemas y órganos que proteger o reparar.

Los efectos de la sobreespecialización se agravan cuando se trata de los países subdesarrollados. Sabemos que en ellos una proporción elevada de los riesgos de enfermar y de morir corresponden a cuadros patológicos de fácil diagnóstico, directamente relacionados con las condiciones adversas del medio ambiente. Por otra parte, y debido a su misma naturaleza, las actividades médicas sobreespecializadas, habitualmente, no inciden en el campo de la patología más prevalente de los países subdesarrollados. Ocurre, por lo tanto, que en el ejercicio de la medicina se ha ido produciendo un divorcio paulatino entre las necesidades reales de atención médica de la colectividad y el tipo de conocimientos que más profundizan los médicos que dispensan esos servicios. Y ello traerá como corolario una agudización de los inconvenientes de la sobreespecialización y, consecuentemente, una disminución de las posibilidades de adecuar nuestras actividades a las aspiraciones de aquellos a quienes debemos servir.

Por el contrario, para disminuir la importancia de este factor negativo y aprovechar al máximo los progresos de la ciencia en el mejoramiento de la salud del hombre, es indispensable un cambio de actitud de los profesionales de la salud, que los lleve a empaparse de la doctrina y principios de la medicina integral, la que incluye en cuanto al individuo, el binomio psico-somático; en cuanto a funciones, la coordinación o integración de las medidas de protección, fomento y reparación, distribuidas en proporción a los riesgos más prevalentes de la población, y en cuanto a los

² Organización Panamericana de la Salud: *Comité de Expertos en Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar. Segundo Informe. Publicación Científica No. 10. Washington, D.C., 1954. Pág. 2.*

factores condicionantes de la salud, los económicos, sociales y culturales, la relación íntima del hombre con su medio ambiente.

A la universidad, fuente de conocimientos técnicos, instrumento de su difusión y antena supersensible que debe captar los fenómenos cambiantes del medio social, le corresponde una gran responsabilidad en los esfuerzos que se hagan para avanzar en la solución de este problema.

Naturalmente que de inmediato surge la pregunta de cuál debe ser el tipo de médico que la universidad tendría que formar, y a este respecto, en las escuelas de medicina de Latinoamérica hay una elevada uniformidad de criterio en cuanto a que su misión es, fundamentalmente, la formación de médicos generales; incluso algunas hacen mención específica de la necesidad de impartir conocimientos sólidos sobre la patología más prevalente en la región.

Por otra parte, y siempre en relación con la misión de la universidad en la formación profesional, digamos que los médicos no sienten o no valorizan en toda su significación su enorme responsabilidad frente a la colectividad en que actúan. Factores de diversa índole hacen que prefieran el ejercicio individual, liberal, y especializado de la profesión. Incluso, en muchos países, el médico de orientación clínica predominante, que forma legión, se resiste a los criterios, técnicas y procedimientos de ejercicio profesional que utiliza el pequeño grupo de médicos de salud pública.

Sin embargo, quien mire con imparcialidad y objetividad este problema, llegará a la conclusión que tal oposición no existe: siempre en la práctica de la medicina habrá enfermos que necesiten del especialista de gran experiencia, y por otra parte, también siempre habrá razones para que esos mismos especialistas den a la salud pública la importancia que merece y colaboren con aquellos que dedican sus esfuerzos a las actividades de salud colectiva, del grupo social considerado en su conjunto.

Parecería entonces que, en este aspecto, el papel de la universidad es de extraordinaria importancia: no sólo debe ser el instrumento

que imparta conocimientos sobre métodos, técnicas y procedimientos, sino que debe ser también el estímulo de un ejercicio intelectual constante que despierte en los alumnos una actitud favorable a los principios de la salud y a las relaciones de ésta con el ambiente físico, social, económico y cultural.

En función de las ideas antes mencionadas, deberíamos considerar a continuación el contenido de la enseñanza médica. La materia no encaja, por su extensión, dentro de esta charla. Nos limitaremos, pues, a enumerar brevemente las materias que, a nuestro juicio y al de numerosos autores de prestigio en la materia, deberían incluir los cursos básicos: humanidades (el desarrollo del pensamiento a través de la historia), ciencias biológicas y físicas (los fenómenos del ser vivo y sus relaciones con el medio ambiente), matemáticas y bioestadística (herramientas para mejorar la descripción cuantitativa de los fenómenos biológicos y las leyes que rigen su producción y variabilidad) y las ciencias de la conducta humana (psicología, sociología y antropología social).

En cuanto a los estudios específicos, sólo haremos una indicación restrictiva: creemos que sería un error copiar fielmente los programas y contenidos de la enseñanza médica de países con alto grado de desarrollo y elevado estándar de vida de sus habitantes. Nuestros problemas de salud, nuestra situación económico-social, y nuestros valores culturales son muy diferentes, y consecuentemente, distinta la forma en que debemos abordarlos. Baste para destacar estas agudas diferencias: el elevado porcentaje de nuestra morbilidad debida a agentes infecciosos; los graves problemas de saneamiento: agua potable, alcantarillado, control de alimentos; el complejo manejo de una población heterogénea, desigualmente distribuida y en crecimiento explosivo; elevado índice de analfabetismo, bajo ingreso *per capita*; elevada proporción de población rural que por características geográficas y medios de comunicación deficientes, quedan al margen de los beneficios de los servicios médicos.

Cualquiera que sea el grado en que la universidad esté cumpliendo la necesidad de formar profesionales con las características ya discutidas, cabe preguntarse si el ritmo de producción de médicos y otros profesionales de salud alcanza a satisfacer las necesidades de la comunidad. Problema largamente debatido y que, al parecer, dista mucho de estar resuelto satisfactoriamente. Para aclarar nuestro pensamiento hagamos referencia a algunos aspectos de los programas de salud.

En la mayoría de los países latinoamericanos estos programas apenas logran satisfacer la demanda de servicios de la población. El concepto de cobertura útil, la que permite la reducción efectiva de los riesgos en períodos determinados de tiempo, no es frecuente observarlo en la práctica de rutina de los servicios de salud. La atención prestada queda, pues, por debajo de las necesidades reales, primordialmente, por escaso rendimiento de los recursos humanos y materiales.

¿Cuáles son los factores que contribuyen a la disminución de los rendimientos? Los principales son: falta de interés de los médicos por los problemas de salud colectiva, la habitual complejidad de los procedimientos administrativos en uso, el incumplimiento de las obligaciones funcionales y el uso inadecuado de los equipos.

Cabría agregar que la mala distribución de los profesionales de la salud contribuye en gran parte a disminuir la cobertura de la población. En efecto, hay una tendencia, derivada del ejercicio liberal de la medicina, a la concentración de los médicos en los grandes centros urbanos, en donde las posibilidades de alcanzar prestigio, elevadas posiciones docentes, altos cargos directivos y situación económica satisfactoria, son mucho mayores. Por otra parte, las condiciones geográficas de nuestros países, la dispersión de la población rural, la falta de una buena red de caminos, etc., hacen poco atrayente el ejercicio de la profesión en tales regiones.

Se puede suponer que la simplificación y perfeccionamiento de los procedimientos administrativos, así como el mejor cumpli-

miento de las obligaciones funcionales permitirían aumentar el rendimiento de los recursos. Es probable también que la mala distribución de los médicos se corregiría en parte si existiera una organización nacional de salud que hiciera posible la función profesional y reglamentos que autorizaran la ubicación de los mismos en las regiones en que se necesitan. Pero así y todo, se podría adelantar que, con estas medidas, no se lograría extender los servicios preventivo-asistenciales al sector mayoritario de la población de un país.

Una esperanza de solución surge entonces en la cadena de nuestros razonamientos: que la universidad aumente el ritmo de formación de profesionales de la salud. Sin embargo, hay dos dificultades muy grandes para conseguirlo: el multiplicar los profesionales significa aumentar, en la misma medida, los recursos que los Gobiernos destinan al funcionamiento de las universidades, incremento que excede de las disponibilidades presupuestarias de muchos países latinoamericanos. Y, segundo: si por una especie de milagro, esta situación se remediara, ocurriría que esos mismos Gobiernos no podrían construir a un ritmo tan acelerado los establecimientos de trabajo que necesitarían los nuevos contingentes de médicos, enfermeras, matronas, etc., ni financiar su funcionamiento.

Por otra parte, y en cuanto a estas dificultades, cabe la siguiente inquietante pregunta: ¿Guarda relación con los requisitos de crecimiento armónico de un grupo humano, la satisfacción plena de alguna de sus necesidades, la atención médica por ejemplo, cuando otras quedan a la zaga y no cabe atenderlas con rapidez, porque lo impiden factores económicos, sociales, culturales y antropológicos? ¿Podemos aspirar a tener servicios médicos de alta calidad en todos los rincones de un país cuando la desnutrición es el denominador común de sus poblaciones, cuando el grado de analfabetismo es elevado y el ingreso *per capita* muy bajo; cuando las propias estructuras sociales están débilmente instaladas en sus cimientos y cuando el respeto al individuo

no ha alcanzado el rigor y solidez de un principio inalienable?

En realidad, es dudoso que se pueda aceptar como factible, en este momento, tal aspiración. La posibilidad no cabe dentro del esquema y ritmo normal de desarrollo que están experimentando nuestras colectividades. Nos imaginamos, pues, que habrá que ir a un paso más lento, usando servicios y recursos humanos y materiales compatibles con la realidad económica y social de América Latina, y cuya distribución sea el justo reflejo de la jerarquía de los diferentes problemas de desarrollo que afectan a sus países.

Es dentro de este marco en donde, a nuestro juicio, comienzan a dibujarse los trazos de la clase de atención médica de nuestras poblaciones. En primer término, surge con nitidez una línea básica de doctrina y principios que fija la perspectiva del cuadro: que la salud del individuo, de su grupo familiar, y, por extensión, de la de la colectividad entera, es un todo indivisible que debe defenderse mediante acciones integradas de protección, fomento, reparación y rehabilitación; en segundo término surge que la salud y el desarrollo económico-social están estrechamente entrelazados, de modo que su avance debe ser igualmente progresivo y armónico y, consecuentemente, la distribución de los recursos disponibles, y, en tercer término, que en la determinación de las funciones, estructura y organización de nuestros servicios de salud, hay que tener presentes algunos requisitos y condiciones que adquieren el carácter de principios; por ejemplo, que en los países latinoamericanos por escaso que sea su desarrollo, siempre será necesario regionalizar los servicios médicos; en los grandes conglomerados urbanos habrá que establecer y concentrar servicios muy diferenciados, con toda clase de especialistas y equipos. Otras zonas, también urbanas, pero de menor volumen, sólo contarán con hospitales con servicios básicos (medicina, cirugía, maternidad y obstetricia) atendidos fundamentalmente por médicos generales, periódicamente asesorados por los especialistas de los grandes

centros urbanos, y por último, habrá zonas rurales de población muy dispersa, en las cuales ni siquiera será posible construir un pequeño hospital, ni tampoco utilizar médicos generales de residencia permanente.

Si tales proposiciones gozaran de aceptación general, no es difícil establecer y decidir sobre los tipos y niveles de preparación de los profesionales y personal comprometidos en la solución de nuestros problemas de salud.

En este esquema, es indudable que el especialista, con conocimientos adecuados de salud pública, deberá jugar un papel de alto nivel jerárquico. Pero, por otra parte, resulta indudable que su acción, en el conjunto de los servicios de salud de un país, tiene que concentrarse en las funciones directivas, la de asesoría de los programas nacionales y locales de salud y la formación y adiestramiento de personal.

Insistimos en que este modo de pensar no excluye la participación del especialista en el terreno, siempre indispensable en un esquema racional de regionalización.

El segundo nivel de la estructura, tal vez el más importante por la extensión de la función, estaría constituido por los médicos generales, particularmente competentes en la patología más prevalente de la población a que deben servir y con conocimientos adecuados en salud pública. En ellos recaerá, fundamentalmente, la responsabilidad de la ejecución de los programas de salud.

Estos dos niveles no cubren la totalidad del espectro de atención médica de la colectividad. Existe más y más información y más y más experiencia sobre la posibilidad de delegar parte de la aplicación de técnicas médicas a personal auxiliar, sobre todo en programas que deben abarcar la mayoría de la población: pruebas de laboratorio, lectura de placas radiográficas, ejecución y lectura de reacciones de Mantoux y otras, vacunación con BCG, control del cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, etc. Incluso hay experiencia suficiente que avala el criterio de delegar a ese mismo personal la responsabilidad del diagnóstico de probabilidad de ciertos cuadros mórbidos.

No parece necesario abundar en argumentos para destacar que esta hipótesis de trabajo abriría amplísimas perspectivas a la aspiración de disminuir los riesgos de enfermar y morir: el costo de formación y salarios de personal es muy pequeño comparado con el de los profesionales universitarios, y por lo tanto, se halla más al alcance de los recursos de nuestros países.

Por último, llegamos al extremo izquierdo del espectro de la formación profesional y de personal auxiliar: tal vez no se corre ningún peligro de ser desmentido al sostener que aun cuando contáramos con las auxiliares que nuestras disponibilidades presupuestarias permiten, no alcanzaríamos a satisfacer la totalidad de las necesidades. Para quien conozca nuestra realidad económica y social, resulta evidente que quedaría aún al margen de ella alguna proporción de la población de los grandes centros urbanos, una proporción mayor de la población que reside en centros urbanos menores, y casi la totalidad de la población rural, sector para el cual la solución de sus problemas de salud es remotísima, mientras no se den otras circunstancias favorables del desarrollo económico y social. No parece, sin embargo, aceptable, que esta posición pueda ser aceptada con resignación fatalista por la profesión médica. Esas poblaciones están enfermando y muriendo a un ritmo elevado por falta de atención profesional y, lo que es peor, por enfermedades en su mayoría fáciles de prevenir, diagnosticar y tratar. Si contáramos, pues, con personas a quienes enseñar algunas técnicas médicas sencillas para que participaran en la ejecución de los programas de salud, parece indiscutible que se economizarían muchas enfermedades y muertes en los grupos que actualmente no tienen atención médica.

Y en esta línea de pensamiento, a menudo olvidamos que una de las fuentes de recursos más importantes de toda colectividad es justamente la participación activa e informada de los miembros que la constituyen. Se da entonces la posibilidad concreta de buscar líderes de la comunidad y, por intermedio de ellos, seleccionar otras perso-

nas que, una vez adiestradas, colaboren con las auxiliares, médicos generales y médicos especialistas, bajo asesoría y supervisión adecuadas. El esfuerzo que se invierta en esta veta riquísima de mano de obra, se hace más promisor si se recuerda que esas personas ayudarán en las actividades de salud, como en cualquiera otra, no por afán utilitario, sino con la generosa intención de servir a sus semejantes.

Estos son, a nuestro modo de ver, los hechos que deberían ponerse sobre el tapete de la discusión al tratar de armonizar las finalidades de los dos instrumentos básicos del mejoramiento de la salud individual y colectiva: la universidad y los servicios preventivo-asistenciales, disminuyendo la tendencia exagerada de la primera a impartir conocimientos técnicos de alta especialización y dar prioridad a la formación de médicos generales para cumplir con el objetivo urgente de los servicios de salud de Latinoamérica, o sea atacar los problemas médicos de mayor importancia colectiva, para muchos de los cuales no es imperativa la aplicación de técnicas y procedimientos de gran diferenciación y especialización.

Cabe, entonces, reconocer que la responsabilidad del médico, en su doble condición de profesional y de ciudadano, es colaborar activamente en la búsqueda de un justo balance de esta aparente oposición de finalidades. Los caminos no son divergentes: es perfectamente posible dar cabida a las actividades de perfeccionamiento y progreso del conocimiento científico para satisfacer el afán natural del hombre de escudriñar y descubrir verdades nuevas que sirvan al hombre mismo y, por otra parte, se puede desarrollar una política sanitaria en armonía con el progreso económico, social y cultural haciendo uso, entre otras cosas, de una escala descendente de profesionalismo hasta llegar a la participación de elementos legos de la comunidad.

A continuación debería hacer referencia a estos mismos problemas, pero en relación directa con nuestra especialidad, la lepra. No podemos ocultar que el subconsciente nos mueve poderosamente en esa dirección.

Refrenaremos, sin embargo, nuestra sana intención porque es característica de este Seminario no presentar los detalles de las posibles soluciones de los problemas contenidos en el temario antes que los grupos de discusión se reúnan. Se desea que los participantes contribuyan activamente con el aporte de sus conocimientos, experiencia e imaginación al desbroce de los caminos que estamos hollando. Dejemos, por consiguiente, a nuestros colegas el beneficio íntegro de esta participación. Ellos indicarán cuáles pueden ser la jerarquía y las funciones del personal que interviene en los programas de control de lepra y los instrumentos para su formación y adiestramiento: la universidad, los centros de enseñanza, el adiestramiento en servicio, y, por último, las líneas generales de los planes de estudio.

Y ahora quisiéramos dar por terminadas nuestras reflexiones. Tal vez una sola inquietud todavía se aferra, como una enredadera, a nuestro espíritu buscando una salida hacia la luz. Y es que cada día, con más y más insistencia, se nos hace patente que los beneficios producidos por nuestro ejercicio profesional son menores que a los que tenemos derecho a esperar. Tal vez ello se deba a que se han tenido mejores posibilidades de trabajo en la medicina considerada como un arte, más bien que como ciencia; a que muy poco se sabía de la interrelación psico-somática del hombre y el nexu indisoluble con su medio ambiente; a lo poco que se había profundizado en el estudio de las relaciones de salud y economía. Pero, y para nuestra satisfacción, hoy día las cosas están cambiando y nuestros conocimientos crecen a ritmo tan rápido que ahora podemos empinarnos por encima de barreras tradicionales para mirar la salud tanto desde el ángulo individual, como del colectivo. A ello nos ayuda poderosamente el uso, cada vez más riguroso, que hacemos del método científico y la actitud, cada vez menos agresiva, de los médicos ante la necesidad de perfeccionar las técnicas de

planificación, programación y organización de los recursos disponibles.

La proximidad de este cambio sustancial, en Indoamérica, está flotando en el aire como una brisa estimulante. La sentimos una y cien veces cuando conversamos con nuestros colegas en el aula o en el servicio de salud y, lo que es mucho más trascendente, ha alcanzado la categoría de un lenguaje común cuando departimos con colegas de otros de nuestros países. Tal vez sería un mérito inestimable de los leprólogos estimular y tomar la iniciativa en este proceso señero de avanzar por los caminos remozados de la salud pública, sacudiendo el polvo de moldes demasiado estrechos. Sólo necesitaríamos el impulso que brota del análisis de nuestros problemas y de la audacia y la imaginación que nos impulsa a buscar soluciones prácticas, por difícil que nos parezca la eliminación de la resistencia al cambio, la propia y la ajena. Nada hay que nos impida ensayar en esa dirección. Aún más, es de nuestra responsabilidad hacerlo, porque tenemos el privilegio de formar parte del grupo universitario que, por definición, tiene la capacidad para decidir sobre nuevos rumbos, y adaptarse a un mundo en perpetua transformación. No hacerlo sería irracional. Menos cabría una actitud de espera escéptica cuando la sociedad nos confiere el honor de formar parte de los cuadros universitarios docentes. Entonces, aprovechar el impulso de la brisa bienhechora del progreso, es más que un deber, más que un imperativo: es destilar la esencia de una responsabilidad humana para evitar que los estudiantes de medicina, las futuras legiones de nuestro ejercicio profesional, no cambien su rostro de optimismo por la imagen fría de una juventud prematuramente envejecida. Estamos íntimamente convencidos de que este desafío a la profesión médica debemos aceptarlo sin vacilaciones y sin reservas mentales, profundamente convencidos de que habremos elegido el buen camino.