

FEDERICO PÉRGOLA

# LAS HUMANIDADES MÉDICAS HOY





## **Las humanidades médicas hoy**



# LAS HUMANIDADES MÉDICAS HOY

**FEDERICO PÉRGOLA**

*Miembro Titular de la Academia de Ciencias de Buenos Aires*

---

Pérgola, Federico Miguel

Las humanidades médicas hoy / Federico Miguel Pérgola. - 1a ed. -  
Acassuso : El Guion Ediciones, 2016.

86 p. ; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-25118-7-6

1. Medicina. I. Título.

CDD 610.7

---

Fotografía: Adolfo Venturini

Corrección de Estilo: Laura Pérgola

Diseño y diagramación: Recursos editoriales | [www.recursoseditoriales.com](http://www.recursoseditoriales.com)



El Guion Ediciones

1ª edición: enero 2016

© 2016, El Guion Ediciones

[www.elguionediciones.com.ar](http://www.elguionediciones.com.ar)

[info@elguionediciones.com.ar](mailto:info@elguionediciones.com.ar)

Impreso en la Argentina

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

*La primera gran virtud del hombre fue la duda,  
y el primer gran defecto la fe.*

Carl Sagan  
(1934-1996)



## Introducción

El hombre ha sobrevivido a todas las calamidades: glaciaciones, terremotos, fieras salvajes, inundaciones, religiones, pestes... Tal vez no sobreviva a él mismo. Ha facilitado, entre otros, a tres elementos contundentes para su desaparición: la explosión demográfica, las drogas y el cambio climático. La ignorancia estimula al primero, los “paraísos artificiales” al segundo y la sociedad de consumo al tercero. Los tres forman un intrincado triángulo que se realimenta y crece.

¿Qué podremos hacer? En primer término analicemos cada uno de estos motivos de preocupación.

La explosión demográfica, por ejemplo, no preocupa al consumismo: mal o bien, todos tienen que comer, vestirse y aventar al frío o al calor. Ernst Gombrich, reconocido historiador del arte dice: “la principal característica del siglo XX es la terrible multiplicación de la población mundial. Es una catástrofe, un desastre y no sabemos cómo atajarla”.<sup>1</sup> Ya en el siglo XXI, se considera que más de 1000 millones de personas viven en casas precarias, existe un desplazamiento poblacional extraordinario en busca de trabajo, alimentos o huyendo de la guerra y la cantidad de aquellos que carecen de medios mínimos para subsistir, que viven en estado de precariedad, es probable que presenten un valor similar en número dentro de la sociedad o lo superen, pero lo cierto es que los gobiernos ocultan datos. Una niñez mal nutrida, sin o con escasa educación escolar, una adolescencia sin salida laboral o educativa, generarán enormes problemas sociales.

Los medios anticonceptivos relativamente populares están criticados por la Iglesia Católica, cuanto más aquellos invasivos

sobre las mujeres a los que raramente se someten los hombres. El “creced y multiplicaos” milenario está siendo revisado por varios Estados. Mientras tanto la población mundial sigue creciendo y ciertos aspectos que ocasiona este fenómeno también: los hospitales están desbordados y la separación entre la medicina para ricos y la medicina para pobres es una brecha que crece más y más a medida que transcurre el tiempo.

La inequidad también se manifiesta entre un hemisferio norte rico y un hemisferio sur en vías de desarrollo que depende, justamente, del anterior. Aportando sus productos de la tierra sin valor agregado.

En otros casos el problema adquiere cierto tono dramático. Sin tener absoluto viso de autenticidad, porque la nota llegó por correo electrónico, se dice que Christine Legarde, directora del Fondo Monetario Internacional expresó: “Los ancianos viven demasiado y eso es un riesgo para la economía global. Tenemos que hacer algo y ya”. Exime de todo comentario. Pero seguramente va por la edad para reglamentar la jubilación, como está ocurriendo en países empobrecidos que, por otra parte, limita la entrada de jóvenes al mercado laboral.

El segundo ítem que hemos señalado son las drogas y la frecuencia de su uso. No es una nueva cuestión. El alcohol, producto de la fermentación de variados elementos vegetales, es tan viejo como el mundo y así también ocurrió con las drogas y alucinógenos que conocieron casi todos los pueblos naturales. Pero el siglo XX, el del asombro<sup>2</sup>, como lo hemos bautizado, dio pábulo al auge de muchas drogas más e, incluso, recreó productos más intensos en sus efectos y otros de origen sintético. No creamos que el problema de las drogas se encuentre exclusivamente entre esas que crean “paraísos artificiales”, como hemos dicho. La industria farmacéutica las ha creado para la sedación, el sueño, la excitación sexual, la depresión, la bulimia, en fin, una variedad que no cesa para cualquier acción donde nuestro pobre e indefenso cerebro está involucrado.

El individuo afectado por una drogadicción (no incluimos al tabaquismo porque en este caso el tipo de afección que provoca difiere) pertenece a la sociedad y, por momentos, se halla fuera de ella. No hablemos del cártel y sus promotores porque aquí entra el tema judicial y económico, hagámoslo con aquel que no se integra con su familia, afecta a su trabajo, cae en las manos de una necesidad recurrente y, poco a poco, denigra su condición humana. Es probable que, como aún son minorías, no repercutan tan hondamente sobre el tejido social.

El tercer ítem, en el que el hombre se ve comprometido, es en el cambio climático. Aumento de los gases de la combustión de los hidrocarburos ante todo, otra parte la que genera el ganado, la tala indiscriminada de árboles, entre otros factores no menores, han provocado el aumento de la temperatura global y el calentamiento de los mares —además de otros fenómenos— que podrían originar entre el desplazamiento y la pérdida de especies ictiológicas. Muchas de ellas, de diversos géneros, no solamente habitantes de ríos y mares, se encuentran desaparecidas.<sup>3</sup>

La situación comenzó a tornarse comprometida. Tal es así que, en los primeros días del mes de diciembre de 2015, tuvo lugar en París la Conferencia Mundial sobre el Clima (COP21) en la que su anfitrión, el presidente francés François Hollande dijo: “La historia juzgará con severidad a los jefes de Estado y de gobierno si, este mes, son incapaces de estar a la altura del desafío”, quizá remedando el fracaso de una anterior conferencia realizada en Copenhague en 2009 donde no se llegó a ningún resultado valedero. El problema no es menor ya que el presidente Barak Obama expresó: “He venido en calidad de líder de la primera potencia mundial y del segundo país emisor de gases, para decir que Estados Unidos no solo reconoce su papel en la creación de ese problema, sino que asumiremos nuestra responsabilidad para su solución”. Las expectativas para un buen resultado estaban por verse.

En 2015 el país que más contaminaba con CO<sub>2</sub> era China con el 25,4%, seguido por Estados Unidos con el 14,4%. Deben rescatarse, por el uso de otra forma de energía renovable a Uruguay, Paraguay, Costa Rica, Islandia, entre muy pocos más. Uruguay se destaca porque en menos de 10 años redujo el gasto de petróleo en forma drástica. “Costa Rica consiguió este año pasar 94 días consecutivos sin utilizar energía fósil para producir electricidad gracias a una mezcla de 78% de energía hidráulica, 12% de geotérmica y 10% de eólica. El objetivo es alcanzar el 100% de energía verde para 2021. Paraguay, por su parte, obtiene el 90% de su energía de la central eléctrica de Itapú”.<sup>4</sup> Es lógico y probable que, dada sus características, estos países hayan poseído la facilidad para lograrlo.

Entre apoyos y dudas frente a un nuevo proyecto de la COP21, las deliberaciones siguieron durante unos días con algo preocupante: la decisión final deberá ser aprobada por los Parlamentos de los distintos países. No obstante, el resultado al término de las deliberaciones, de no aumentar el calentamiento global por arriba de un grado y medio, resultó alentador.

Casi en forma simultánea con el cambio de gobierno en nuestro país, porque ocurrió en esos mismos días de diciembre, un grupo de la ONG Internacionales entregó el premio “Fósil del Día” a la Argentina por favorecer el uso del carbón, uno de los combustibles fósiles más contaminantes del planeta. No obstante el Senado de nuestra Nación no pudo sancionar —el último día del gobierno saliente— la ley que estatizaba Yacimientos Carboníferos Fiscales (YCF) que además subsidiaba la mina de carbón de Río Turbio, en Santa Cruz.

Comprendemos la lógica desorientación del lector. ¿Qué tiene que ver esto con las humanidades médicas? A lo largo de los capítulos que siguen se podrá observar que, en todos estos casos, en algunos más, en otros menos, la aparición de la tecnología —en nuestro tema veremos más expresamente la tecnomedicina— va modifican-

do tendencias, actitudes, formas de vida que inciden directamente en el desarrollo tanto social como antropológico del hombre.

No existen dudas de que el ejercicio de la medicina ha cambiado en todos sus aspectos: la relación con el paciente y este último con el médico, el diagnóstico, el tratamiento, etc., etc., y este es el motivo de este trabajo que, sobre todo, sabemos que está expuesto a la polémica.

Ya en 1959, C. P. Snow<sup>5</sup> sostenía que debería haber una actitud conjunta, un matrimonio, entre las ciencias duras y las disciplinas blandas. Entre las primeras estaba la tecnociencia, entre las segundas la medicina. El término de unión deberán ser las humanidades, tan criticadas y tan exaltadas, como veremos cuando volvamos sobre el tema.

En realidad, por la época en que lo hizo, Snow lo había planteado de esta manera: existían dos tipos de cultura: a) las humanidades (“literatura”) y b) la ciencia (“tecnología”). Tal vez Snow no llegó a observar que al cabo de medio siglo ambas partes comenzaron a dialogar con resultados dispares.

¿Existirá una negativa inconsciente de la tecnomedicina a coexistir con las humanidades médicas? Ese será el desafío a develar.

Es que existe un tema capital que no podemos soslayar. Desde las atinadas reflexiones de Hipócrates, efectuadas hace 2.500 años, pasando por los aportes anatómicos de Vesalio, la medicina se nutrió del empirismo. Desconociéndose las funciones de las células, los microorganismos patógenos, las hormonas, la inmunidad, las funciones neurológicas, etc., toda disquisición científica caía en la pseudociencia y daba pábulo a teorías como la de los miasmas, a las sangrías, a las cataplasmas y las ventosas, estas últimas entre las más benignas, pero todas ellas carentes de sentido. Casi podríamos decir que toda esta primera etapa era un supuesto e incipiente recurso destinado a mejorar el estado de salud del hombre. Tan incipiente que no constituía una ciencia y tan supuesto que en realidad ocasionaba más disturbio que beneficios.

Trataremos en todo lo posible alejarnos de la historia de la medicina, aunque las etapas de esta disciplina están bien delimitadas, conociendo su sistemática y su interrelación que se enfoca siempre en el tiempo en que se desarrollan los acontecimientos y es esa mirada la que muchas veces distorsiona las críticas. Todos los ingredientes sociales que enfocan este proceso se vinculan íntimamente con el tiempo que transcurre. Nuestra profesión, al realizar un ensayo sobre este tema, nos muestra cuánto separa a las humanidades médicas de la tecnomedicina pero señala cuán necesaria es la conjunción entre ambas.

Hace tres décadas escribíamos: “Con un enfoque epistemológico, a la historia de la medicina le interesan sus grandes periodos y la influencia de los acontecimientos. Así, cuando se analiza la marcha de la medicina social no dejan de tener interés enfermedades tales como la tuberculosis o la sífilis pero, siempre, con un juicio general. En las distintas etapas las modas fueron preeminentes. Así la medicina fue anatomista con Morgagni, celulista con Virchow, bacteriológica con Pasteur, homeopática con Hahnemann, nihilista con Skoda... Descubrimientos mucho más concretos como la antisepsia de Lister provocaron cambios en la atención de los enfermos, pronóstico y profilaxis de las enfermedades.

En nuestros días los medios de diagnóstico y terapéutica se suceden en tropel y aparecen estudios con radioisótopos, ecográficos, con aceleradores gamma, tomográficos, quimioterápicos, etc. La rapidez de los hallazgos no dan tiempo a rotular los periodos”.<sup>6</sup> El lapso transcurrido otorgó la posibilidad de acelerar aún en forma mayor los cambios pero siempre con una historia reciente, con hechos que se suceden lindando en el presente, no en esas largas travesías de los tiempos pasados a través de doscientos de años.

Es el siglo XX que, insistimos denominamos “el del asombro”, aunque en pocas décadas anteriores y una vez liberados del dogmatismo, los hombres comienzan a indagar en profundidad en los problemas de la salud y la enfermedad. Tal vez, un hito en este

cambio lo constituya la “máquina de escribir”, representada en la tapa de este libro, porque si examinamos las últimas tesis argentinas del siglo XIX todavía muchas de ellas están realizadas con la letra —bastante legible— de su autor. Así también lo manifestará Zoja<sup>8</sup> cuando dice: “En el siglo XX, el papel de la mano se transforma con rapidez y de un modo irreversible. Con la máquina de escribir, por primera vez la palabra ya no proviene de la mano, sino que solo pasa a través de ella. La pluma era una prótesis de la mano. Con la escritura mecánica, es la mano la que se está transformando en una prótesis de la máquina”. Con esto también deseamos dejar constancia de que de ninguna manera pretendemos restarle valor a la tecnomedicina, es más, consideramos que la causa de este gran cambio se debe a su irrupción, pero lo que no queremos que el médico deje de ser esa figura fraternal que se brinda en la ayuda de quien la necesita y lo hace con dedicación y vocación.

## Bibliografía

1. Gombrich E, citado en Hobsbawn E, *Historia del siglo XX*, Barcelona, Crítica, 1996.
2. Pérgola F y Pérgola L, *Historia de la medicina del siglo XX, el del asombro*, Buenos Aires, Eudeba (en prensa).
3. Blanco C, Bertonatti C, Ciklai E, Esparrach EF y Fernández Balboa C, *Historias de la fauna perdida*, Buenos Aires, Vázquez Mazzini, 2015.
4. Corradini L, “Los países pequeños, gigantes de la energía verde”, *La Nación*, Buenos Aires, 5 de diciembre de 2015.
5. Snow CP, “The two cultures and the scientific revolution. The red lecture” (Cambridge, 1959), citado por Owens K y King M-C, “Genomic views of human history”, *Science*, 286: 451-452, 15 Oct. 1999.

6. Pégola F y Okner OH, *Historia de la medicina*, Buenos Aires, Edimed, 1986.
7. Pégola F y Pégola L, *Op. cit.*, cita 2.
8. Zoja L, *La muerte del prójimo*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2015.

## CAPÍTULO I

### Origen y culminación de las humanidades

En primer lugar debemos analizar el todo, para después hacerlo con las partes. Este es el motivo por el cual tomaremos el concepto de las humanidades para luego dedicarnos a las humanidades médicas.

Está claro que el primer término que aparece es el de *humano* que, derivado del latín *hūmanus* como relativo al hombre, que tiene su origen en *hūmus*, con el significado de tierra. Del italiano *umanista*, que se remonta a 1490; llegará al castellano *humanista* en 1613.<sup>1</sup>

No obstante, los autores difieren con respecto a los años de iniciación del término: se sostiene que fue empleado por primera vez en alemán (*humanismus*) por el maestro y educador bávaro F. J. Niethammer en su obra *Der Streit des Philanthropismus und des Humanismus in der Theorie des Erziehungsunterrichts unserer Zeit*, y esto fue en 1808.<sup>2</sup> En italiano habríase iniciado en 1538.

Estamos bien seguros de que esta introducción la hemos dedicado a la palabra *humanismo* que, a pesar de un cambio semántico, origina el de *humanidades* que es, en definitiva, la que hemos de considerar.

El *Diccionario de la lengua española*, RAE, 2014, es bien explícito en este sentido. Define al *humanismo*, en sus dos acepciones, de esta manera: “1. Cultivo o conocimiento de las letras humanas” y “2. Movimiento renacentista que propugna el retorno a la cultura grecolatina como medio de restaurar los valores humanos”. Mientras que para *humanidad* finaliza en su acepción número ocho con lo siguiente: “Conjunto de disciplinas que giran en torno al

ser humano, como la literatura, la filosofía o la historia”. A través del relato veremos que, en el siglo XX, la medicina necesita de la irrupción de las humanidades. Se lo impone el auge, la explosión, de la tecnología. Incluso en un libro de Bryan Appleyard<sup>3</sup> titulado *Ciencia vs. humanismo*, que luego comentaremos por la polémica que introduce sobre todo entre ciencia y religión, se confunden ambos términos semánticos en la presentación del libro.

Un detalle que no puede escapar es que todas las disciplinas que incumben a las humanidades son todas “blandas”, en contraposición con las ciencias duras que competen a las matemáticas, la física, la geometría, la astronomía, etc. El desiderátum de la medicina es ser parte de esta última y, justamente, lo busca a través de la tecnomedicina.

“Hay una estrecha relación en el significado de todos estos vocablos. Niethammer entendía por ‘humanismo’ la tendencia a destacar la importancia del estudio de las lenguas y de los autores <clásicos> (latín y griego). *Umanista* se usó en Italia para referirse a los maestros de las llamadas <humanidades>, es decir a los que se consagraban a los *studia humanitatis*. El humanista se distinguía, pues del <jurista>, del <legista>, del <canonista> y del <artista>”<sup>4</sup>.

No obstante, Ferrater Mora a quien citamos y lo volvemos a hacer, aclara: “Es cierto que el jurista, el legista, etc., se ocupaban asimismo de *studia humanitatis* y de *res humaniores*, pero se ocupaban de ellos —como ya habían puesto de relieve Cicerón y otros autores, que usaron estas dos últimas expresiones latinas— como <profesionales> y no propiamente como <hombres>, esto es, como <pura y simplemente hombres>. El estudio de las <humanidades>, en cambio, no era un estudio <profesional>, <sino literal>: el humanista era el que consagraba a las artes liberales y, dentro de estas, especialmente a las que las artes liberales más en cuenta tienen lo <general humano>: historia, poesía, retórica, gramática (incluyendo literatura) y filosofía moral”.

Valga esta extensa cita para poner blanco sobre negro, sobre todo cuando resulta tan fácil —nos pasa a veces— nombrar humanismo por humanidades, donde se considera su parentesco pero también su distancia.

Una diferencia conceptual que aleja al humanismo de las humanidades reside en ciertas tendencias filosóficas que buscan el “ideal humano” algo que, para las segundas, no es un propio objetivo. Ferrater Mora expresa: “Tenemos con ello un humanismo cristiano, un <humanismo integral> (o el <humanismo de la Encarnación> en el sentido de Maritain), un humanismo socialista, un humanismo (o neohumanismo) liberal, un humanismo existencialista, un humanismo científico, y otras muchas, casi incontables, variedades. Algunas de estas tendencias humanistas se caracterizan por la insistencia de la noción de <persona> en contraposición a la idea del <individuo>”. En este último caso, como más adelante veremos, esta situación podría enlazarse con algo que ocurre en las humanidades médicas cuando se trata de hacer una medicina de la persona y no de la enfermedad, incluso con críticas para la actual moda —tal vez algo opacada— de la medicina de la evidencia, con una palabra mal traducida al castellano porque indica la búsqueda de la mayor seguridad científica.

El *Diccionario de uso del español* de María Moliner<sup>5</sup> no elude el uso del plural al destacar “humanidades”, sin embargo, la definición es por demás curiosa y sujeta a críticas: “Conocimientos o estudios que enriquecen el espíritu, pero no son de aplicación práctica inmediata; como las lenguas clásicas, la historia o la filosofía”.

Tal vez, como la edición que comentamos era de 1987, las casi tres décadas transcurridas, determinaron —por lo menos— en medicina, un cambio importante en relación, en nuestro caso, con esas disciplinas. Contrasta con las tres definiciones de humanismo del *Diccionario Santillana*<sup>6</sup> (1975): “1. Cultivo y conocimiento de las letras humanas. 2. Doctrina de los humanistas del Renacimiento, que bastaron sus estudios en el hombre, considerándolo

como el centro del universo, 3. Postura de quienes en sus actitudes y doctrina buscan ante todo servir al hombre y a todo lo relacionado directamente con él”. Lo que demuestra cómo a través del tiempo, sin modificar la propuesta inicial, los conceptos con los que se definió “humanidades” fueron variando. Aunque debemos reconocer que en estas últimas definiciones “el hombre” es el centro de interés.

Cuando irrumpió la tecnología de punta en la ciencia el humanismo tuvo algunos críticos. ¿Qué tenía que hacer ese estímulo de las disciplinas blandas en una ciencia que resolvía todo en virtud de las técnicas más avanzadas? Incluso Jamison, profesor Emérito de Tecnología, Mediambiente y Sociedad de la Universidad de Aalborg, Dinamarca, menciona “una imaginación híbrida (que) puede ser definida como la combinación de una competencia en la resolución de problemas científico-técnicos con una comprensión de los problemas que necesitan ser resueltos”.<sup>7</sup> El autor no deja de recrear ciencia y tecnología desde el Renacimiento hasta, como expresa, los movimientos modernistas de inicios del siglo XX, pasando por el Romanticismo y el socialismo del XIX, pero omite a las humanidades aunque sabe que algo las había afectado. ¿Habrán sido, justamente, las mismas humanidades? No fue así.

A través de su relato, Jamison comienza con destacar la labor de los hermanos Wilbur y Orville Wright, que con su fábrica de bicicletas, deciden un buen día fabricar una máquina de volar, no con un fin de lucro, sino como un mandato cristiano de ayudar a los demás.

Culmina cuando irrumpen las humanidades y dice: “Como la ciencia y la tecnología están cada vez más integradas en la economía y en la sociedad ha surgido una brecha, sobre todo en la educación, entre lo que el químico británico reconvertido en escritor C. P. Snow denominó las ‘dos culturas’ en una famosa conferencia en 1959. El argumento de Snow fue que los científicos y los ingenieros por un lado y los humanistas y literatos por otro habían

llegado a formar identidades culturales independientes en la era de la posguerra y existía una necesidad por ambas partes de saber lo que el otro estaba haciendo”.

No se puede colocar agroquímicos en los campos sin conocer qué acción tienen sobre las napas de agua. No se puede lanzar un medicamento al mercado sino se conoce, por ejemplo, su actividad teratogénica, como ocurrió con la talidomida.

Tealdi<sup>8</sup> expresa: “las humanidades médicas surgen para introducir en el conocimiento médico la cuestión de los valores humanos que inicialmente habían sido postulados por las ciencias humanas”, para agregar que “la reflexión sobre el valor humano es esencialmente una cuestión filosófica aunque indisolublemente ligada a la propia fundamentación histórica”.

A pesar de todo lo dicho, queremos terminar el capítulo con la palabra autorizada de Diego de Gracia Guillén que tiene mucho para decir en pocas palabras sobre las humanidades médicas: “Si el término humanidades ha sido y es polisémico y confuso, con más razón pueden aplicarse estos dos adjetivos al de Humanidades Médicas [...] Hay tantas versiones de las humanidades médicas como del humanismo en general”.<sup>8</sup> Para agregar, en otra oportunidad, que la causa de esta confusión “se debe a que el término no es unívoco, sino multívoco, más me atrevería a decir que es equívoco”. Como se puede observar todas nuestras disquisiciones pueden ser tiradas por la borda.

## **Bibliografía**

1. Corominas J, *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Madrid, Gredos, 1990.
2. Ferrater Mora J, *Diccionario de filosofía*, Barcelona, Ariel Filosofía, 1999.

3. Appleyard B, *Ciencia vs. humanismo*, Buenos Aires, El Ateneo, 2004.
4. Ferrater Mora J, *Op. cit.*, cita 2.
5. Moliner M, *Diccionario de uso del español (h-Z)*, Madrid, Gredos, 1987.
6. *Diccionario Santillana*, Madrid, Elfo, 1975.
7. Jamison A, “Imaginación híbrida: una historia cultural de la ciencia y la tecnología”, en: Laspra B y Muñoz E (coordinadores), *Culturas científicas e innovadoras. Progreso social*, Buenos Aires, Eudeba, 2015.
8. Tealdi JC, “Aproximación al estado gnoseológico de las humanidades médicas desde la teoría del cierre categorial”, *Quirón*, La Plata, 21 (2): 26-30, 1990.
9. Gracia D, “Humanismo médico y teología”, *Jano*, 1 (622): 72-73, 2006.

## CAPÍTULO II

### **Ese tan esperado Renacimiento**

Según Sarton<sup>1</sup> el Renacimiento se extendió entre 1450 y 1600 o bien, señalando el hecho con experiencias y actitudes individuales, desde el descubrimiento de la imprenta hasta la muerte de Giordano Bruno.

“Al decir de Michelet, durante el Renacimiento el hombre descubrió al mundo y así mismo.

Para Jacobo Burckhardt (1828-1897), historiador suizo de la cultura, el hombre renacentista se despoja de los conceptos y ataduras medievales, se afirma como ser individual, trata de alcanzar el perfeccionamiento básico de su personalidad y busca en la antigüedad clásica la guía que lo conduzca en la ardua tarea de encontrar la verdad mediante el conocimiento, única forma de alcanzar la inmortalidad. Según el eminente historiador, la sociedad renacentista, secularizada y racionalista, sin apartarse de los cánones teológicos tradicionales e imbricándose incluso con la magia y la superstición, promueve una reestructuración. Este es considerado como una obra de arte, como un precioso mecanismo en donde se inserta el individuo en pos del éxito y la presencia. Este cambio en la actitud mental se acompaña con modificaciones superficiales de la vida social, en el aspecto sensual de la existencia. Debemos convenir que el Renacimiento es profundamente egocéntrico en sus primeros tiempos. La sensación de fugacidad y brevedad existenciales da lugar a una violenta necesidad de vivir. El sentimiento estético rechazó todo criterio moral; la vida era una obra de arte y nada era más importante que la belleza misma, siendo el único pecado de la estupidez”.<sup>2</sup>

Fue también en esta etapa de la humanidad cuando Ariosto (1474-1533) introduce el término humanista, con el sentido, como hemos dicho, de un nuevo hombre, estudioso de los modelos literarios clásicos y todo lo que apreciara del arte. Como diría Terencio: “Soy un hombre y me imagino que nada humano me es extraño”.

Tímidamente, porque no se había extinguido, el dogmatismo daba paso a un nuevo hombre con libertad de conciencia, con mayor sentido moral que religioso y también lo hacían las humanidades con una puja mayor que le llevaría años para establecer una conjunción no ya en los aspectos religiosos sino con la tecnología del siglo XX.

En el fondo ¿cuál fue y es su significado? No lo hemos hecho con anterioridad pero creemos que es necesario señalar que se debe hablar de Renacimiento en “Occidente” porque, sin duda este cambio, que rompe con la Edad Media, se produce en determinada zona de la humanidad.

Como también lo suscribe Ferrater Mora, Hiram Haydn divide al Renacimiento en tres capítulos importantes a los que denomina movimientos: 1. Renacimiento clásico, 2. Contra-Renacimiento, y 3. Reforma Científica. El primero es el humanismo y el tercero, que nos ocupa, es “la reforma del entendimiento”. El segundo tiene dos planos importantes como son las experiencias: interior, religiosa y la científica pero hemos decidido soslayarla porque creemos dar por cumplido el sentido que queremos darle a esta etapa.

De cualquier manera resulta desde el punto de vista filosófico, un período de gran complejidad durante el cual se suscitan ideas que tanto dan por ciertas las creencias aristotélicas sobre la educación como las religiosas o “místicas” que han ocupado las que llegan desde el auge del cristianismo. Lo cierto es que el hombre puede reflexionar y pensar con mayor libertad —su mayor logro— alejándose del dogmatismo.

Es evidente que entramos en terreno cenagoso pero, como dice Chiaramonte<sup>3</sup>: “La voluntad de subordinación del conocimiento

del pasado al del presente se presenta también a veces casi como una postura ética, como si estudiar el pasado sin atender a sus nexos con el presente implicase una falla moral.

Algo de esto se percibe en un ensayo sobre Sthendal del autor de *Il Gattopardo*, Giuseppe Tomasi di Lampedusa que, al destacar que “las referencias de aquel a la historia contemporánea eran continuas”, agregaba: “su autor ‘ha comprendido que tratar de una época pasada sin referirse a la presente es como reducirla a un objeto de museo: algo separado de nuestra vida y sin influencia sobre ella’.” ¿Cómo podemos nosotros no evaluar, comentar, criticar aquello que fuera el Renacimiento que, justamente, inicia el humanismo, que más tarde diera lugar a las humanidades? Ideas que fueron cambiando, nutriéndose y afirmando conceptos que hoy nos llegan lozanos.

Esta *humanitas* fue el retorno al hombre pensante, a lo clásico greco-latino que, lógicamente, sería *aggiornado*. Si lo limitamos a la medicina retornaría gracias a Gondishapur y la escuela médica de Salerno que quisieron y pudieron atesorar esos mismos clásicos antiguos y pudieron ser también actualizados.

Dejamos constancia que el humanismo es solo un enfoque particular dentro de la complejidad de las tendencias filosóficas que, como un volcán en erupción, afloran en el Renacimiento.

Con respecto a la Reforma, que tuvo lugar en esa misma época, dice Appleyard<sup>4</sup>, que ese complejo fenómeno “puede ser explicado o categorizado de muchas formas: político, económico, intelectual o, simplemente, religioso. Pero su mensaje central era evidente: la salvación podía ser alcanzada fuera del rígido sistema de la Iglesia de Roma. En la historia de la humanidad misma, esta es una afirmación decisiva: adjudicó un nuevo significado y nuevas responsabilidades a las elecciones de la sufriente alma individual. El drama de la salvación fue internacionalizado. Esto no se produjo en forma repentina ni fue un fenómeno consistente —sobre todo las sociedades calvinistas se destacaron por su rígido y duro control,

desde afuera, de las vidas individuales—, pero el largo camino del pensamiento protestante es un viaje hacia adentro. Culmina en la larga angustia de Sören Kierkegaard en la supremacía del yo, haciendo elecciones y actuando por siempre bajo la mirada de Dios, una confrontación y una soledad no mediadas por la pomposidad de una fe institucional y por la racionalidad externa”.

Gombrich<sup>5</sup> relaciona al Renacimiento con el arte, y aunque no parezca muy explícito, así dice: “Me concentraré un momento en la relación entre la situación de la universidad y esta idea de que había algo que debía recuperarse, de que la vieja y corrupta rutina debía desecharse, porque aquellos que estaban especialmente resueltos a lograr un buen estilo, aprendiendo un correcto latín y un correcto griego, sentían que no había en verdad un buen espacio para ellos en el sistema universitario. Como sabrán, el sistema de aprendizaje medieval se dividía según las artes llamadas ‘liberales’. Eran siete. Tres de ellas, preliminares: gramática, dialéctica, retórica. Estaban relacionadas con las palabras porque antes de aprender algo tenías que aprender a expresarte, a ser elocuente. Por eso aprendías gramática, por supuesto gramática latina; dialéctica, argumento lógico; y retórica, discurso. Esto conformaba el *Trivium* —las tres vías—, y el término trivial sigue siendo un eco del hecho de que estas eran las materias elementales. Se puede decir ‘esto se aprende en la escuela primaria, esto es trivial’. La etapa siguiente era el *Quadrivium*, las disciplinas más elevadas, basadas en el verdadero conocimiento que se diferencia de las meras palabras, el conocimiento de los números: aritmética, geometría, astronomía y música.

Hoy cuando hablamos de las materias de las artes y de las materias de las ciencias, y del supuesto conflicto entre ambas, de alguna manera aún nos hacemos eco de esta división entre los que se interesan en las formas de expresión elegante y los que se interesan en el conocimiento más que en la opinión. Así es como se consideraba a las ciencias matemáticas en ese entonces. Se ha

dicho, y es correcto, que en las universidades del Renacimiento había una rebelión del *Trivium* contra el *Quadrivium*; una rebelión de los que se interesaban en el lenguaje y ya no querían tener un papel secundario porque las cátedras de las universidades se dividían según principios muy distintos. Según la carrera que se quisiera seguir —derecho, medicina, teología—, había un lenguaje muy técnico y libros de textos consagrados a cada una de ellas. Y los que querían enseñar retórica y las otras materias preguntaban: ‘¿Y a nosotros cuando nos toca?’”.

En otra parte de las conferencias de Gombrich, que fueron publicadas, reflexiona de esta manera con respecto a los “intelectuales” renacentistas: “Muy a menudo no eran teólogos, sino laicos. Y sin embargo es totalmente engañoso pensar en el ‘humanismo’ como un movimiento que reaccionó contra la Iglesia Romana. El término ‘humanismo’ a diferencia de humanista, es una invención del siglo XIX, y veremos que el siglo XIX tendía a exagerar por completo la oposición entre el Renacimiento y los llamados siglos cristianos”.

Disentimos completamente con la opinión de Gombrich. Desde ya que la oposición no podía sea a raja tabla porque el poder de la Iglesia persistía pero si pensamos que Roger Bacon (1214-1294), doctor *mirabilis*, franciscano, fue perseguido y enclaustrado sobre todo por sostener que era la refracción de la luz sobre las gotas de agua las que proyectaban el arco iris y no un anuncio de Dios de que no tendríamos el diluvio universal después de la lluvia. Además decía que la ciencia era un medio para dominar la naturaleza y para acercarse a Dios, como también que el progreso de las técnicas no constituía un fin en sí, sino en medio para la instauración de la república cristiana. Ni con esas últimas palabras fue perdonado.

No olvidemos que fue la Peste Negra<sup>6</sup>, ocurrida en el siglo XIV, la que desacralizó a la Edad Media y como se observó —volviendo al arte— los artistas conjugaron Eros con Tanatos.

Al respecto, adherimos a las palabras de Alain Touraine<sup>7</sup>: “La historia de la vida religiosa, sobre todo en el mundo llamado judeocristiano, ¿no es sobre todo la historia de la separación creciente del racionalismo (surgido de Platón y de Aristóteles y transformado por los teólogos) y de la mística del sujeto, del descubrimiento del sujeto personal perdido en el amor de Dios? En las sociedades modernas, el racionalismo llega a ser organización de una sociedad justa, modelo movilizador social, a la vez pérdida y descubrimiento del sujeto personal. Hoy esa separación es completa y opone a las sociedades que se consideran fundadas en principios religiosos, ya se trate de Estados Unidos, ya se trate de ciertas sociedades islámicas con movimientos sociales que apelan a la libertad personal y colectiva o de esos movimientos que luchan en nombre de una fe contra un poder”.

“Después de la verticalidad de la Edad Media, en el Renacimiento se presenta un orden horizontal que vincula familiares, ciudadanos y fieles entre sí, sin necesidad de pasar en cada caso a través del padre, el rey o la figura de la divinidad. El arte, la literatura y la vida se inclinan hacia el prójimo más próximo, el mundo circundante”.<sup>8</sup>

Lynn White<sup>9</sup> destaca la importancia de la Edad Media en tres aspectos: 1) el estribo y su importancia en la lucha a caballo, 2) el arado pesado y la agricultura, y 3) diseño de máquinas para aprovechar las fuentes de energía (suponemos que molinos). Es curioso: se necesitaron mil años para estos tres adelantos.

Tal vez, como colofón, debemos decir como hace más de un siglo: “Risorgimento o rinascenza prende nome quel glorioso periodo della storia europea che comincia in Italia con Petrarca e col Boccaccio, si sviluppa nel quattrocento, per da poi i suoi più splendidi risultati nel Cinquecento, e nelle altri nazioni é più propriamente occupato dal Cinquecento. Il rinascimento deve considerarsi come una grande rivoluzione compiutasi nelle coscienze, e quindi nell'arte e nella letteratura. In Italia é special-

mente determinado dal risorgimento Della coltura classica, ossia dall'*umanesimo*. L'umanesimo é il fenomeno storico per cui si opera in Italia il risorgimento".<sup>10</sup>

Conste que esta transcripción en el idioma que reemplazó al latín es un homenaje a quienes se animaron a quitarle el dogmatismo a la ciencia.

## Bibliografía

1. Sendrail M, *Historia cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa Calpe, 1983.
2. Pérgola F y Okner OH, *Historia de la medicina*, Buenos aires, Edimed, 1986.
3. Chiaramonte JC, "Imagen literaria de la Historia", *Ñ. Revista de Cultura*, Buenos Aires, Nº 617, pp8, 25 de julio de 2015.
4. Appleyard B, *Ciencia vs. humanismo*, Buenos Aires, El Ateneo, 2004.
5. Gombrich EH, *Variaciones sobre la historia del arte*, España, Edhasa, 2015.
6. Pérgola F, *Miseria y peste en la Edad Media*, Buenos Aires, El Guion, 2006.
7. Touraine A, *Crítica de la modernidad*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1994.
8. Zoja L, *La muerte del prójimo*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2015.
9. White L, *Medieval religion and technology*, Berkeley, University of California Press, 1986.
10. En *Lexicon Vallardi Enciclopedia Universale Illustrata*, vol. IX (R-SOL), Milano, Dottor Francesco Vallardi, circa 1900.



## CAPÍTULO III

### Las humanidades médicas hoy

El título de este capítulo sugeriría que algo está cambiando: y es así. La medicina está entrando en el área tecnológica más sofisticada y el ejemplo más conspicuo de ello lo constituye, amén de numerosos hechos más<sup>1</sup>, el genoma humano.

Para la historia de la humanidad no han pasado tantos años en que Anton van Leewenhoek observó por primera vez en el microscopio a los espermatozoides humanos. Hoy se puede conocer el mapa genético que encierra su núcleo y no solamente eso, definir hasta la pertenencia familiar.

Lo que resulta mucho más difícil es poder controlar este enorme cambio que se avecina y ya ha comenzado en el sentido de que se halle al servicio del hombre enfermo. “Según la filósofa Alice Casagrande, consejera de estructuras hospitalarias (*nota del autor*: Direction de la Santé, Croix-Rouge Française, París), las humanidades médicas es esa fuerza que se interpone en el funcionamiento automático de un equipo (en realidad un grupo), para interrumpir el lógico deterioro provocado por diversas prioridades, con la finalidad de reintroducir al enfermo en el corazón de sus preocupaciones”.<sup>2</sup> Lo que parece palabras fútiles tiene un gran significado: ¿qué otra cosa debe hacer un médico o un grupo de ellos que preocuparse por su enfermo? Pues bien, las humanidades médicas tienden a poner un límite al exceso de tecnomedicina que deje de lado a la persona, a la persona enferma.

Es que la paradoja está planteada: en una época en que el médico dispone de mayores conocimientos —que afluyen y se renuevan día tras día—, que los medios terapéuticos (se anuncia para la mitad de 2015 una vacuna exitosa contra el ébola y otra en estudio

para la malaria) lo hacen de la misma forma, como así también de métodos diagnósticos que nos muestran el organismo por dentro, los pacientes señalan la deshumanización de la medicina y los médicos son agredidos de palabra y físicamente. ¿Qué es lo que está sucediendo? El problema es multifactorial y la pregunta es: ¿podrá frenarlo las humanidades médicas? Pasemos a analizarlo.

### ***1. Cambios en la sociedad***

Con más fuerza en las tres últimas décadas ha hecho irrupción en los servicios médicos la llamada medicina gerenciada que, en estos momentos en la Argentina, comprende una cuarta parte de la población: 10 millones de personas. El germen de esta creación viene de lejos y podemos situarlo en el primer gobierno populista de Juan Perón. En el capítulo XII sobre *Salud Pública del Manual del Peronista*<sup>3</sup>, en su ítem 129 dice: “El Estado debe afrontar la asistencia médica integral en beneficio de aquellos que ganan menos. Será conveniente semisocializar la medicina, respetando el libre ejercicio de la profesión y la libre elección del médico por el enfermo, y fomentar, por otra parte, para las clases pudientes, el desarrollo del régimen asistencial privado. Para el desarrollo del sistema es conveniente contar con el apoyo popular y de los vecindarios, siempre dispuestos a ofrecer su colaboración humanitaria”.

El problema ofreció un sesgo que se acentuó con el paso del tiempo. El paciente pasó a ser para la organización a la que estaba afiliado “un usuario” o “un cliente”, que debía pagar sus cuotas con puntualidad y, según la categoría donde estaba situado, recibía o no tales o cuales beneficios. Se constituyó en la medicina prepaga con fines de lucro.

Según datos de 2015, la población argentina en su sistema de salud, tiene una cobertura distribuida de la siguiente manera: 38,6% a cargo del Estado, 45,9% en la Seguridad Social y 15,5% en la medicina privada.

“Las prepagas tienen a su cuidado la salud de unas 6,2 millones de personas —dice Silvia Stang<sup>4</sup>—, alrededor de un 15% de la población del país. Y gestionan un porcentaje similar de recursos de todo el sistema sanitario que, según datos de la consultora Ken Marquet y proyecciones de Acami, fue de 324.180 millones de pesos en 2014.

No todos los afiliados se notan impactados cuando suben las cuotas, algo que en los últimos años siempre ocurrió en porcentajes menores a los que las prepagas le solicitaron al Gobierno (nunca hubo explicaciones del porqué de los niveles de suba aprobados). Alrededor de un tercio de los afiliados están incluidos en planes corporativos contratados por empresas, un segmento en que se negocian precios al margen de lo que pasa con los contratos individuales. Otra porción está integrada por los ‘desregulados’, es decir, los asalariados que optan por derivar a la prepaga a través de una obra social, sus aportes salariales para pagar parte de la cuota (una intermediación que hay quienes dicen que también requiere un debate).

Dada esta composición de la cartera de afiliados, Federico West Ocampo, abogado del sindicato de la sanidad, afirma que por una parte de sus planes las prepagas sí logran mejores alzas que las autorizadas por el Gobierno”.

En ese contexto tampoco el médico resultó beneficiado. Acostumbrado a darle el tiempo al enfermo para que relate sus problemas se vio asediado —esa es la palabra: asediado— por un número elevado de pacientes que debería asistir en un corto tiempo, siempre refiriéndonos a la medicina gerenciada. Por otra parte el paciente comenzó con sus requerimientos (para eso pagaba su cuota): ¿me repite los análisis?, ¿puede pedirme una tomografía? Y es así que el médico perdió su espacio natural. Amén de recibir pacientes que le comentan el último dato que apareció en Internet o que tal o cual comentarista televisivo aupó enfáticamente los efectos beneficiosos de un nuevo medicamento de venta libre.

El médico, por su parte, perdió aquello de la función apostólica o de que “el médico es medicina”, que en otras épocas definía Michael Balint.<sup>5</sup> Muchos han abandonado el guardapolvo blanco (no la medicina) y son simplemente hacedores de pedidos de análisis o repetidores de recetas.

Es más: “La relación médico-paciente se ha agravado por la multiplicación de agresiones verbales o físicas (920 en Francia en 2010, contra 512 en 2009), dando un agotamiento físico-psíquico en el 53% de los profesionales de la salud, lo que puede conducir al suicidio. En las franjas etarias de 35 a 65 años esta tasa alcanza en Francia al 14%, contra el 6% del conjunto de la población”.<sup>6</sup> Las cifras de nuestro país las reproducimos en otra obra<sup>7</sup>. No obstante, podemos señalar un hecho auspicioso: “Un informe de la Asociación de Médicos Municipales (AMM) —de fines de 2015— que repasa las denuncias por agresiones en los hospitales porteños y los auxilios domiciliarios del SAME desde el 2010, indica que se limitaron solo los ataques con golpes y armas luego de las medidas que se debieron implementar cuando el Ministerio de Seguridad de la Nación retiró a la Policía Federal de los centros de salud.

Los insultos y las amenazas se mantienen, sobre todo contra los residentes, pediatras y las médicas y las enfermeras. Las demoras en la atención, la exigencia de curar a un paciente grave, las adicciones y las demandas indebidas de certificados y recetas son los principales motivos de agresiones. Es tal la preocupación que en el último Congreso de Cardiología hubo un panel sobre el tema.

Hace cinco años, la AMM recibía 100 denuncias anuales de violencia sobre el personal de la salud. Los casos disminuyeron a 50 en 2013, y el año pasado hubo 40 denuncias. Este año se repetiría la cifra”.<sup>8</sup>

El ejercicio de la medicina se ha constituido en una “prestación de servicios” y nada más.

Existe otro agravante. Los servicios sociales “para los que ganan menos”, como habíamos transcrito anteriormente, están des-

bordados. En la ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, con 13 o 14 millones de habitantes en toda la República Argentina hace 70 años, hubo un desplazamiento poblacional muy grande del campo a la ciudad, el número de hospitales no aumentó consecuentemente con el crecimiento de la población, se cerraron algunos hospitales y es así que observamos filas interminables de pacientes para solicitar un turno de atención o también se le postergan prácticas urgentes por falta de quirófanos, o anestesiólogos o simplemente, por el número elevado de enfermos.

## *2. Aumento de los costes de la salud*

Estamos lejos de las cataplasmas o las ventosas o las tisanas de nuestras viejas abuelas (no ocurriría lo mismo con las abuelas jóvenes). El paciente con una bronquitis, afección que habitualmente se autolimita, solicitará jarabe para la tos, algo para “cortar” el síntoma (que no se debe hacer) y antibióticos (que generalmente no son necesarios).

Algo similar ocurre con los dolores: aún los menos intensos y duraderos requieren, por parte del paciente, de tratamiento. No existen dudas que, en el desarrollo inusitado de la industria farmacológica, tiene un pronunciado valor el mismo enfermo, el que reclama. Pero tal vez no sea ello lo que ha encarecido tanto a la medicina.

Las prácticas de imágenes (TAC, RNM, Eco Doppler, etc.) son costosas. Incluso las operaciones como la reparación cardiovascular. Ese aumento redundará en la clase media inferior y en las clases más bajas que no tienen medios para ello.

Es decir que existe nítidamente una medicina para ricos y otra para pobres. Sin abrir juicio de valores comparemos la vida media en los países europeos (que se acerca a los 80 años), con países africanos (que arriban con esfuerzo a los 50 años). ¿No interviene en estos casos la medicina, el confort y la alimentación? Todas

variantes a cargo de la sociología y la antropología médicas. O la educación porque el simple lavado de manos es otro de los factores. Incluso deben existir causas desconocidas porque pareciera ser que también algunas especies de animales han aumentado su longevidad y, otro hecho extraño, los perros de pequeño tamaño viven más que los grandes.

Por otra parte, ese aumento de la longevidad poblacional genera otro incremento del gasto público que deviene de enfermedades, cuidado de personas solas, medicaciones especiales, etc., etc. Acaso, ¿no se nota en los países desarrollados el incremento del alzhéimer, del párkinson, de las cataratas y de las enfermedades cardiovasculares? Es probable que la solución se busque con el aumento de la edad de la jubilación que creemos que, ni siquiera, será un paliativo. La descripción que hemos hecho es un problema que acecha al mundo entero. Las máquinas suplantán un enorme número de trabajadores y, por otro lado, cuando llega el deterioro corporal existen labores que no se pueden realizar.

### ***3. El perfil del médico del futuro***

Con los anteriores ítems que hemos planteado es natural pensar que el perfil del nuevo facultativo debe haber cambiado ya.

Que la mujer constituya en la actualidad casi el 70% de la matrícula tiene dos o tres significaciones evidentes. En primer lugar, no podemos dejar de considerar que, felizmente —con un absoluto dominio del género masculino—, esa ama de casa destinada a cocinar, lavar, cuidar sus hijos y su marido, entre otras labores hogareñas, ha dado paso a aquella que trabaja fuera de su hogar, tiene puestos ejecutivos y universitarios. Por otra parte es cierto que las carreras largas han dejado de ser un atractivo para el hombre y la medicina como medio de vida no resulta redituable para la mayoría de los que la ejercen. Ese es el primer cambio observado.

En segundo lugar, el alumno ingresa en primer año y ya está pensando qué especialidad va a realizar. Incluso sus parientes y allegados lo incitan a la respuesta: ¿A qué especialidad te vas a dedicar?

En épocas pretéritas ingresábamos a la facultad pensando en ser clínicos o cirujanos. Después vendrían las especialidades, muchas veces alentados por las figuras paradigmáticas de nuestros profesores.

Hablando de paradigmas, siempre se buscaba, tiempo atrás, cursar con el médico más famoso. Aquel que fuera nuestro paradigma porque sabíamos que se aprendía con el ejemplo, la postura, la forma de interrogar al paciente, la dedicación a él. De ninguna manera pretendemos generalizar pero, en muchos casos, se busca pasar la materia fácilmente, con el docente menos exigente que no quiere decir el más malo sino el que menos vocación tiene por la enseñanza.

En la Carrera Docente de la Facultad de Medicina (UBA) han menguado las vocaciones con el objeto de interesar a los trabajadores de la salud para que se inscriban en ella. Vigente desde 1937, se realizaron cambios importantes: se redujo el curso de cinco años a dos años y medio, se disminuyó el arancel —que no es elevado— de las materias y se crearon sedes (una de ellas en la provincia de Chubut) para lograr más alumnos. No obstante un grupo de cirujanos hizo la sugerencia de mantener una parte de las clases *on-line*. Quienes estamos desde hace varios años en el tema sabemos perfectamente que, a la mayoría de los médicos, para circunscribirnos en esta materia, no les interesa la docencia. Así como es la medicina una vocación también lo es la docencia.

Otro tema que no podemos soslayar porque hace el perfil del futuro médico es el del estudiante que se inscribe para ingresar en la Facultad. Es real que Internet ha servido para adquirir información. Su enorme establecimiento estadounidense revela que no se escatiman esfuerzos para lograr poner a punto todo conocimiento suelto. Pero información no es razonamiento. Además, la forma de contactarse a través de los medios tecnológicos ha

producido efectos desastrosos sobre el vocabulario y el lenguaje. Para demostrar que este no es un problema argentino reproducimos unas líneas de la Academia Nacional de Medicina Francesa: “Una de las particularidades entre los estudiantes que se inscriben en el primer año es su gran debilidad en el dominio del ‘humanismo’. Consecuentemente a esto es norma que los estudiantes de primer año revelen una gran pobreza en cultura general y literaria en particular. La expresión idiomática paupérrima, el vocabulario restringido, los adjetivos estereotipados a tal punto que ellos no pueden adaptar su lenguaje al de los adultos y menos aún al de los pacientes. Su sentido psicológico se encuentra en general poco desarrollado para lo que denominamos ‘el conocimiento del alma humana’. Las sesiones científicas no les permiten adquirir los útiles filosóficos básicos necesarios para una reflexión ética. No tienen la facilidad necesaria ni el gusto, para leer sin esfuerzos excesivos los artículos sobre la ética médica o los problemas de salud. Pertenecen a las generaciones formadas dentro del dominio de la ética biomédica que privilegian a la emoción sobre la reflexión, tal como lo constatará Georges Bernanos ‘los hombres de este tipo tienen las tripas sensibles y el corazón duro’”.<sup>9</sup>

Otro factor a considerar es el elevado número de estudiantes que ingresan y, pocos años después, abandonan. Es indudable que su vocación médica no estaba firme y actuaron porque alguno de sus amigos inició la carrera o pensó que el estudio era menos académico que lo que suponía. Constituyen un gasto innecesario de tiempo para los docentes que también deben valorarlos mientras transcurran en la facultad.

Finalmente queremos terminar este ítem con algo inquietante. En Estados Unidos, o mejor dicho en algunas escuelas médicas de ese país, se ha implementado una materia referida a la parte contable de los honorarios o qué debería ganar el médico y como administrar los estipendios. No sabemos del alcance de esta materia pero es otra forma de desestimar las virtudes humanas del acto médico.

## Colofón

No es la primera vez que se ha dicho que “la semiología ha muerto” o también que es tan malo como esto, que estamos frente “a la muerte de la clínica”. No creo que este sea el momento para una muerte anunciada. A través de largos años de ejercer la medicina hemos llegado a la conclusión que el mayor número de errores médicos (a fines del siglo pasado se consideraba alrededor del 30% tal como era en sus inicios) se cometieron y se cometen por no ejecutar una buena anamnesis o un buen examen clínico. Todavía estamos lejos de la suprema tecnomedicina que trocará nuestra disciplina blanda en una ciencia dura.

Fuera de este problema que deberá ser resuelto por semiólogos y científicos, es indudable que las condiciones humanas han variado. Grandes pensadores han hurgado en estas ideas y, por ejemplo, Zygmunt Bauman<sup>10</sup> recrea palabras de un colega y expresa: “En el libro *Pulgarcita*, Michel Serres sugiere que ‘sin siquiera darnos cuenta, en el breve periodo que nos separa de la década de 1970 nació un nuevo tipo de ser humano’. Serres propone una larga lista de las diferencias profundas que actualmente separan los adultos de los jóvenes (formateados como tienden a serlo por los medios de comunicación y la publicidad mucho más que por lo que queda de siglos de vieja escuela, que él compara con ‘estrellas cuya luz recibimos, pero que la astrofísica calcula que han muerto hace mucho tiempo’, viviendo en una ‘conectividad’ que ha sustituido sigilosamente las colectividades de antaño, y actuando bajo el supuesto de la competencia, en vez de la incompetencia necesitada de una educación conducida en un ‘marco institucional que resultó de un tiempo que ya no reconocen’). Los jóvenes de hoy ‘tienen su acceso a todo’ con su teléfono celular; con su Sistema de Posicionamiento Global, acceso a todos los lugares. Con Internet a todo conocimiento’. En el inventario de Serres el lugar de honor (o deshonor, dependiendo de la postura

axiológica que uno tenga) en cuanto a cambios cuyas consecuencias, en su opinión, solo comenzamos a advertir y aun no hemos comenzado a estudiar con seriedad, está reservada a ‘desentrañar la pertenencia’. ‘Todo el mundo habla de la muerte de las ideologías, pero lo que está desapareciendo son las pertenencias reclutadas por esas ideologías [...]’”.

## Bibliografía

1. Pérgola F y Pérgola L, *Historia de la medicina del siglo XXI, el del asombro*, Buenos Aires, Eudeba (en prensa).
2. Michel F-B, Loisanche D, Couturier D y Charpentier B, “Un humanisme medical pour notre temps”, *L'Academie nationale de médecine*, Tome 196, Juin, N° 6, pp. 1345-1368, 2011.
3. *Manual del Peronista*, Partido Peronista, Consejo Superior Ejecutivo, Buenos Aires, 1948.
4. Stang S, “Curar es más caro”, *La Nación, Economía*, Buenos Aires, 16 de agosto de 2015.
5. Balint M, *El médico, el paciente y la enfermedad*, Buenos Aires, Libros Básicos, 1961.
6. Michael F-B *et al.*, *Op cit*, supra 2.
7. Pérgola F, *Tratado de bioética para estudiantes de la FM/UBA*, Buenos Aires, Eudeba, 2016.
8. Czubaj F, “Hospitales: bajan las agresiones físicas, pero continúan los ataques verbales”, *La Nación*, Buenos Aires, 24 de noviembre de 2015.
9. Michel FB. *Et al*, *Op.cit*, supra 2.
10. Bauman Z, “Dilemas del vecino contemporáneo”, *Ñ. Revista de Cultura*, Buenos Aires, N° 623, pp. 6-9, 5 de septiembre de 2015.

## CAPÍTULO IV

### La contracara de las humanidades médicas

Aquellos que defienden la tecnomedicina a ultranza tienen otra visión de las humanidades médicas. Y no es nuevo. El ejemplo deviene de la relación médico-paciente —nudo gordiano de las humanidades médicas— que también fue denostada. “Un reconocido clínico alemán de principios de siglo pasado expresaba que el tiempo empleado en ese encuentro y el interrogatorio del paciente era el que se perdía para efectuar un buen diagnóstico, y el Padre de la Fisiología Experimental, Claude Bernard, que suponemos que nunca habrá ejercido como médico práctico, separaba de la entrevista médica los elementos de orden moral y familiar de los llamados aspectos científicos porque los consideraba secundarios”.<sup>1</sup> Conste que estamos hablando de épocas en las que las humanidades médicas recién estaban insertándose como una necesidad de la atención médica.

Todavía nos podemos remontar más, adentrándonos a las civilizaciones antiguas. Aristóteles en su *Ética de Nicómano* llamó “episteme” al conjunto de conocimientos que condicionan las formas de interpretar y entender al mundo en ciertas épocas y “*techné*” al conocimiento técnico-práctico. Las aguas ya estaban divididas. En este libro Aristóteles fundamenta que la facultad más elevada del hombre es la razón (*nous*) y la suprema actividad de la que es capaz es la contemplación o *theoría*, en la que deben incluir no solamente la primera filosofía o metafísica y las matemáticas, sino también la segunda filosofía o *physike*. Esta última consiste en el estudio de los objetos naturales que poseen en sí mismos la capacidad para el cambio o el movimiento incluyen-

do así la física, la química, la medicina y las diversas ramas de la biología. Con las tres primeras apuntaba directamente a las ciencias duras.

Es entendible que la *techne* se hallaba en pañales ya que debieron transcurrir más de dos mil años para que ampliara su competencia. Desde ya que aun no estamos considerando a las humanidades médicas. Es indudable que, como dice Jamison<sup>2</sup>, “la ciencia y la tecnología no existían entonces, o más exactamente, no existían en la misma forma o en el mismo sentido que han tenido durante más o menos los últimos 250 años. Hubo en cambio una gran variación regional y en la mayoría de los lugares tuvo una brecha relativamente grande entre lo que se ha llegado a llamar ciencia y lo que se ha llegado a llamar tecnología”.

Este mismo autor reconoce, como dijimos en un capítulo anterior, que la voz del químico británico C. P. Snow se alzó, en 1959, con lo que denominó “dos culturas” con la necesidad de ubicar conjuntamente, tanto a los científicos e ingenieros por un lado y a los humanistas y literatos por otro. En nuestro caso, el de la medicina, podemos decir que tanto ocurrió con la tecnomedicina (con su relación entre químicos, físicos, nanotécnicos, etc.) como con las humanidades médicas.

El remate del capítulo de Jamison es comprensible y conmovedor y dice así: “Hay una necesidad, en definitiva, de fomentar un nuevo tipo de imaginación híbrida, lo que yo denomino ingeniería verde (*green ingeneering*), conectando nuestra capacidad e ingenio científico e innovador con una comprensión de sus implicaciones sociales, culturales y medioambientales (Jamison, 2013)”.

Con lo cual, pese a su gran compromiso con la técnica y la ciencia, este autor nos abre una ventana a la esperanza.

“El conocimiento científico es percibido siempre y automáticamente —dice Pardo Avellaneda<sup>3</sup>— con una valencia positiva; la crítica y la resistencia ante este, con valencia negativa [...]. La ciencia y su apropiación social caen fuera del más amplio domi-

nio de la cultura en el sentido de ese concepto en las disciplinas científico-sociales”.

Pruebas al canto: ¿qué argumento tendríamos como médicos para darle a un enfermo que solicita una ecografía abdominal para saber si tiene una litiasis biliar? ¿Qué argumentos tendríamos como colegas para decirle a un médico que examine a su enfermo antes de solicitarle una RNM para saber si tiene una hernia de disco? No es un intríngulis fácil de resolver pero, en el primer caso, se puede aducir que “la clínica no ha muerto” y bien se podría primero realizar un examen abdominal porque, en la mayoría de los casos, el paciente desconoce dónde se encuentra la vesícula biliar. En el segundo de los casos el problema es más arduo porque es probable que una lumbociatalgia pueda derivar del hecho mencionado pero, ¿ha muerto la clínica? No se puede previamente ver si el enfermo presenta un signo de Lasègue o es simplemente un fabulador que espera un certificado para no trabajar o bien, un anciano/a donde los dolores que ocasiona la artrosis adquieren un valor psicológico inusitado.

Estos hechos han cambiado la relación médico-paciente como más adelante veremos. Por un lado el paciente, que no carece de responsabilidad, pidiendo al médico exámenes por doquier, muchos de ellos innecesarios o la receta con flebotónicos y vitaminas que pueden calificarse de la misma forma. Por otro lado el médico, habitualmente apurado y evitando escuchar al enfermo que solicita exámenes sin dirigirlos de acuerdo con el padecimiento, porque no debemos olvidar que ese ha sido uno de los motivos del encarecimiento de la medicina. También, como sucede a menudo, el apuro del facultativo depende de que está abrumado por el número de pacientes y por el papelerío burocrático que le espera. No olvidemos que también puede esperar el juicio por mala praxis y ese cuidado es una necesidad perentoria.

Un problema indirecto pero que afecta tangencialmente a aquellos que ejercen la medicina, generando fastidio y malhumor, y que resiste la relación humanística es, como dice Kassirer<sup>4</sup>, el

tiempo “ocupado por papeleo que consideran una intrusión inútil, por reuniones dedicadas a responder cada vez más a los requerimientos de los informes médico-administrativos, por la necesidad de solicitar autorizaciones para utilizar los recursos, por la obligación de telefonar a los pacientes cuando los formularios cambian y por la compleja actividad comercial a la que se ven forzados por un sistema de salud fragmentado”.

En otra parte de su artículo Kassirer agrega: “El financiamiento de la práctica médica es también una fuente importante de frustraciones. Mientras que el costo de la atención médica aumenta como consecuencia de la incorporación de nuevas tecnologías, nuevas drogas y el aumento de la edad de la población, los aseguradores aparecen reduciendo los honorarios médicos, algunas veces en forma brusca y sin aviso”. Ante esta perspectiva es difícil sostener que la relación médico-paciente, como luego analizaremos en un capítulo, mantenga ese equilibrio tan deseado entre las humanidades médicas y la tecnomedicina. E incluso, Kassirer agrega algo más sorprendente y preocupante que ocurre en Estados Unidos: “En los últimos tiempos algunos médicos han complementado sus ingresos convirtiéndose en expendedores de productos tales como vitaminas, suplementos alimentarios, cosméticos y artículos de limpieza para el hogar o practicando técnicas de medicinas alternativas”. La última de estas prácticas ha tenido un desarrollo inusitado en la República Argentina desde años atrás. Cuesta creer que puedan estar convencidos por las prácticas de este tipo que nacieron con la medicina doméstica y se expandieron abiertamente entre 1750 y 1850, siglo que fue demolido por la medicina experimental y sus adelantos científicos de dos franceses: Claude Bernard y Louis Pasteur.

En muy pocas palabras García Díaz<sup>5</sup> nos describe el cuadro: “En esta transición del poder médico al poder económico globalizado, no es posible desconocer los riesgos del ‘eficientismo’ en el desplazamiento de una medicina social a una medicina economista”.

Hemos nombrado a dos investigadores europeos de pura cepa que, es evidente, hoy tendrían problemas con su actividad con los animales de experimentación. Pero la crítica histórica se debe hacer en el momento o más bien, poniéndose el sayo de quien está en ese momento. No podemos dejar de citar (sin mención bibliográfica porque no corresponde) la opinión de un profesor de Medicina Legal de la Universidad de Valladolid, España, Don Ricardo Royo-Villanova y Morales, quien se expresó así: “Se han cometido infinidad de abusos, en los ensayos medicamentosos con los llamados animales de experimentación. Hay verdaderos energúmenos, que experimentan y ensayan hasta los últimos límites, a tontas y a locas, sobre millones y millones de animales, sin más finalidad, que la simple y malsana curiosidad de ver lo que pasa, más sin capacidad para verlo, consumiendo y derrochando lastimosamente tiempo, facultades y dinero, sin que precedan ideas que sean fecundas por los experimentos, sin finalidades auténticamente definidas o con finalidades inconfesables, sin conclusiones viables, sin resultados concretos, sin conquistas apreciables”. El profesor que debería haber considerado la época iniciática que criticaba y que, por otra parte, ignoraba que la investigación fallida también aporta: es un camino que no se debe seguir. Y desde ya que estamos de acuerdo en evitar el maltrato mas, por otro lado, no desconozcamos los logros de la medicina experimental.

Volviendo al tema abierto por Kassirer, en forma similar se manifiesta San Román<sup>6</sup> al decir: “La despersonalización de la práctica médica es un estado actual frecuente: los pacientes ya no confían en los médicos y a estos les resulta difícil disfrutar de la profesión”. O bien, dando la base de esa despersonalización agrega: “[...] una de las causas más importantes es la proletarización de la profesión; médicos mal formados durante décadas y con trabajos precarios dan por resultado una mala medicina global para el subdesarrollo. Menos del 20 % de los médicos que egresan de las universidades

tienen la posibilidad de una adecuada formación de posgrado. Los restantes, a pesar de las excepciones, se convierten en profesionales que, si bien con mucho esfuerzo logran cierta formación autodidacta, favorecen involuntariamente los caprichos del mercado al recibir salarios pauperizados y practicando una medicina llena de riesgos”. Una década y media atrás, el recordado Florencio Escardó, mientras fue decano de la Facultad de Ciencias Médicas (como se llamaba entonces) de la Universidad de Buenos Aires, comentaba que había presentado un proyecto por el cual “la Escuela suspendería por cinco años la formación de médicos para dedicarse íntegramente a la de enfermeros y enfermeras”<sup>7</sup>, debido a la plétora de alumnos, la mala distribución en el país y la preparación inadecuada.

Felizmente el proyecto no prosperó porque caería con crudeza sobre determinadas generaciones y creemos que existen otras formas para lograr ese objetivo.

El problema existió y existe. Fustinoni<sup>8</sup> decía en un reportaje: “En 1973 ingresaron en la Facultad de Medicina catorce mil postulantes y la facultad puede promover bien a mil. Como consecuencia, los estudios se relajan y los estudiantes se reciben con una mala capacitación”.

Eso le hacía expresar a Larguía, con todas las palabras y sin tapujos: “Otro eslogan verdaderamente clásico es el que dice: ‘Los médicos argentinos son extraordinarios. Aun sin recursos hacen maravillas’.

Es una mentira grosera. Los médicos argentinos egresan de la facultad con una formación (¿deformación?) enciclopédica, sin experiencia ni práctica alguna y con escasas condiciones para razonar y pensar. Requieren ingresar luego de los seis años de Universidad en algún sistema de residencia médica por otros tres años si pretenden capacitarse en un corto plazo”.

Aparentemente esto ocurría cuando la oferta de estudiantes de medicina era mucho menor. En la década del 60 del siglo pasado,

Rodolfo Dassen, un eximio internista, sostenía que se era médico después de diez años de ejercer la profesión.

Antes de pasar al último ítem de este capítulo que dedicaremos a la existencia de una actitud poco sociable con el otro, con la alteridad, que viene a desnudar el problema de la deshumanización de la medicina: nos ocuparemos a relacionarlo con el factor médico en estas circunstancias.

No en todos los casos, porque aún quedan médicos que trabajan en forma independiente, pero en muchos otros aquello que era un binomio: médico-paciente se ha convertido en un trinomio médico-paciente-obra social o prepaga. El nuevo factor es administrativo y contable que genera en el facultativo, como decía Kassirer, un papelerío inconmensurable. Y así tiene que ser porque aquello que hace y resuelve tiene que quedar perfectamente aclarado. Este acápite bien podría ir en uno de los últimos capítulos que se refiere, justamente, a la relación médico-paciente. Creemos que ante un problema tan actual y reverberante bien vale la reiteración.

La enorme cantidad de especializaciones (en córnea, en uretra, en talones, etc.), con un cúmulo de pedidos humorales y de imágenes, hace esa relación distante y bien alejada de lo que se postula en las humanidades médicas.

Dice Monnerot-Dumaine<sup>9</sup>: “Estamos muy lejos de la medicina de comienzo de siglo (*nota del autor*: se refiere al siglo XX), donde por la falta de procesos de investigación se interrogaba largamente al enfermo sobre sus antecedentes y sus síntomas, afanándose por encontrar signos ligeros como una respiración ruda, la forma de las lúnulas o la sequedad de la piel a fin de no dejar de lado el menor indicio útil. Las recetas a falta de medicamentos heroicos, eran producto de una reflexión madura, formulando pociones y píldoras cuidadosamente elaboradas. El contacto con el enfermo era de tal forma muy estrecho. No se trata de echar de menos esa época de ineficiencia, sino de constatar que la aceleración del examen clínico

y la estandarización del tratamiento son factores de deshumanización”. Hace bien el autor en aclarar ese punto al final del párrafo, de ninguna manera se puede desestimar el estrecho contacto con el paciente y la minuciosidad del examen clínico y, por otra parte, en cambio de “píldoras cuidadosamente elaboradas”, ahora, en el siglo XXI, se han agregado preparaciones en múltiples formas de placebos. Pruebas al canto.

Un tema que aborda el mismo Monnerot-Dumaine y que, suponemos con fundamento, no hace mucho a la crítica a las humanidades médicas pero queremos destacar, es un punto que incide en el encarecimiento de la medicina y hace que exista una forma de tratar al enfermo pudiente y otra al carenciado. Así lo expresa el autor citado señalando códigos de deontología de su país, que hemos, lógicamente, omitido: “El médico puede dejar de inflar inútilmente la consumición médica tanto en actos como en la prescripción de los medicamentos. Él debe asegurar al enfermo ‘todos los cuidados médicos en su poder y deseables en la circunstancia’; pero debe también limitar a lo necesario sus prescripciones y sus actos` y ‘obligado a observar en el cuadro de la legislación y de la reglamentación en vigor’, la más estricta economía compatible con la eficacia del tratamiento”.

La figura del médico ha cambiado en las últimas décadas. Con omnipotencia a principio de siglo pasado, cuando las humanidades médicas hacían sus pininos, con aspecto cuasi científico cuando se afianzó la investigación médica desde mitad del mismo y con creciente desvalorización a través de las décadas siguientes, como si hubiera irrumpido esa aseveración de Michael Foucault de que no debe existir asimetría entre maestro y alumno y se hubiera generalizado para médico y paciente. Y del reproche o la mirada despectiva y el insulto se pasó a la agresión.

En 2007, Cecilia Draghi<sup>10</sup> daba detalles de la violencia y decía que el grupo de médicos más vulnerable a los insultos y a los golpes era el de 20 a 49 años. Ramiro Sagasti<sup>11</sup> daba testimonio de

hechos similares en el Hospital Interzonal de Agudos de Adrogué en 2012. Ese mismo año Sebastian Laurette<sup>12</sup> comenta el intento de violación de una médica en Florencio Varela. La estadística en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires no era menor y que según Gonzalo Prado<sup>13</sup> cada 48 horas era agredido un médico. Por esa misma época una nota periodística<sup>14</sup> daba cuenta que un médico llegó con su ambulancia a un domicilio y constató la muerte de un hombre de 92 años. Su hijo, posiblemente en el período de ira del duelo de Klüber-Ross, tomó un palo y le rompió una vértebra cervical. Ocurrió en el conurbano bonaerense. Todo en época de las humanidades médicas.

Pero este proceso desgraciado no es argentino exclusivamente. En Francia<sup>15</sup> el panorama es similar. Como se puede ver en el capítulo anterior, en cierto modo, en nuestro país se han mitigado esas agresiones aunque subsisten en forma verbal, lo que no es poco porque es una desvalorización permanente.

Pero la contracara más explícita de las humanidades médicas, la encontramos en la obra del psicoanalista, economista y escritor italiano Luigi Zoja<sup>16</sup> en su obra *La muerte del prójimo*. Para entender su postura debemos hacer un pequeño relato. El hombre comenzó a tomar conciencia de su existencia y lo hizo con el animismo: consideraba mágicos al sol, al árbol, a la fuente, al viento... Luego se institucionalizaron las religiones, sobre todo el cristianismo y se constituyó el estado teológico. Con lo de “Dios a muerto” (Friedrich Nietzsche), según el autor, “en el siglo XIX y en buena parte del siglo XX, los hombres proyectaron el centro de gravedad de su psique sobre las masas (que se convirtieron en el ‘nuevo objeto sagrado’) construyendo utopías sociales cada vez más rígidas. En el siglo XXI, estas se han puesto en liquidación. El vacío, el frío, los problemas interiores ya no pueden ser expulsados fuera de la personalidad y del cuerpo, lo cual crea obstrucciones psicológicas desconocidas previamente en su ferocidad, incluso la violencia de la manada es un intento inconsciente por romper esa prisión”.

La muerte de Dios crea toda esa impronta —según Zoja— porque es un producto cultural más complejo. El hombre como ser social necesita del prójimo pero hoy sus funciones pueden ser sustituidas perfectamente por las máquinas (por ejemplo: la computadora). El prójimo está demás. El prójimo también ha muerto.

## Bibliografía

1. Pérgola F, *La antropología médica en discusión*, Buenos Aires, El Guion, 2008.
2. Jamison A, “Imaginación híbrida: una historia cultural de la ciencia y la tecnología”, en Laspra B y Muñoz E (coordinadores), *Cultura científicas e innovadoras. Progreso social*, Buenos Aires, Eudeba, 2014.
3. Pardo Avellaneda R, “De la alfabetización científica a la cultura científica: un nuevo modelo de apropiación social de la ciencia”, Id., *Ibíd.*
4. Kassirer JP, “Medical discontented”, *New England J of Medicine*, 339 (21), Nov.19, 1998.
5. García Díaz EJ, “Los médicos en la era del mercado”, *La Nación*, Buenos Aires, 22 de enero de 1999.
6. San Román E, “Los médicos y los mercaderes”, *La Nación*, Buenos Aires, 28 de septiembre de 2004.
7. Escardó F, “Plétora, mala distribución y preparación inadecuada”, *La Nación*, Buenos Aires, 13 de noviembre de 1981.
8. Fustinoni O, (entrevista de M. E. Vázquez), “Función e incógnitas de la medicina actual”, *La Nación*, Buenos Aires, 6 de abril de 1980.
9. Monnerot-Dumaine, “Déshumanisation de la médecine” (*Après de Congrès de Morale Médicale*), 75 (3): 157-161, 21 Janvier 1967.

10. Draghi C, “Casi el 55% de los médicos sufrió algún tipo de violencia”, *La Nación*, Buenos Aires, 21 de octubre de 2007.
11. Sagasti R, “Cuando la violencia le gana a la salud”, *La Nación*, Buenos Aires, 24 de septiembre de 2012.
12. Laurette S, “Historia de golpes, balas e intentos de violación”, *La Nación*, 24 de septiembre de 2012.
13. Prado G, “Cada 48 horas es agredido personal médico en los hospitales porteños”, *La Nación*, Buenos Aires, 29 de enero de 2013.
14. Pégola F, *Tratado de bioética para estudiantes de la Facultad de Medicina (UBA)*, Buenos Aires, Eudeba, 2016.
15. Michel FB, Loisançe D, Couturier D y Charpentier B, “Un humanisme médical pour notre temps”, *L'Académie nationale de médecine*, Tome 196, Juin, N°6, pp. 1345-1368, 2011.
16. Zoja L, *La muerte del prójimo*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2015.



## CAPÍTULO V

### De la medicina

### de la persona a la medicina de la evidencia

Numerosos autores, con un sentido práctico y a través de sus propias vivencias, trataron de encontrarle a la medicina un sentido, agregarle un calificativo para hacerla acorde con sus características o el tiempo en que vivían.

Es indudable que pasó el momento de la llamada medicina psicosomática: ¿qué se entendía por esta nominación? Aparentemente, el primero en emplear este término fue J. C. A. Heinroth que lo hizo en 1818. Se trataba de coordinar mente-cuerpo con lo cual nos remontaríamos a las antiguas civilizaciones de Egipto y Grecia. Ya mucho más cercano al tiempo nuestro, B. Travers (1783-1858) escribía: “Todo médico observador admite y aprecia la influencia de la mente en la enfermedad y tiene esta consideración en cuenta para su pronóstico”. Fue también en esa época cuando, en 1840, T. Laycock publicó un famoso libro titulado *Un tratado sobre las enfermedades nerviosas de las mujeres*, tratando indudablemente de otorgarle un valor agregado —que no lo tenía— a las enfermedades llamadas en ese entonces de la mente. Todos estos ejemplos nos hacen apreciar de la dicotomía que existía entre mente y cuerpo a la cual la medicina psicosomática trató de facilitarle su ingreso.

Al comienzo en forma tímida pero luego después de tres o cuatro décadas, en el siglo XX entra en vigencia aquello que sería la medicina científica razonada, no para agregarle un epíteto más porque ese no era el objetivo sino para señalar que, desde las investigaciones de Claude Bernard, Louis Pasteur y otros sabios más, entrábamos en etapas que, a medicina, no había que adscribirle más

ningún otro calificativo. Debía ser, estaba obligada a ser, una medicina de la investigación en todo sentido anatómica, fisiopatológica, farmacológica, etc., etc. En realidad una medicina científica que siempre trata de ser razonada aunque a veces surja la serendipia.

Pero se comenzará —ya solucionado el problema mente-cuerpo— con un defecto en la relación médico-paciente. Se empieza a tratar al enfermo de acuerdo con la enfermedad, ¿y no debe ser así? Efectivamente, pero sin abandonar su sentido de persona. No obstante, el mecanismo se fue acentuando con el transcurrir de los años y se comenzó a curar de acuerdo con protocolos no siempre ajustados a las necesidades del enfermo. Y ya veremos que este proceso retorna de tanto en tanto.

Sigamos. Se inicia la medicina de la persona, es más, ya instalado el más moderno principio de la bioética: el de autonomía, entonces el paciente debe —ya dueño de su persona— aceptar o no lo que sugiere el médico. Fue en la década del 70 del siglo pasado cuando comenzó a tener auge, y a ella adhirieron algunos profesores en Buenos Aires, sobre todo de clínica médica. También su vida fue efímera porque creemos que era una verdad de Perogrullo.

Ya adentrados en el siglo XXI nos conmociona otro calificativo para la medicina: de la evidencia. En realidad el problema es de unos años atrás. Como dice Lucio E Bellomo<sup>1</sup>: “En 1991, surge de un grupo de médicos canadienses en torno a D. Sackett (1992) la ‘*Evidence Based Medicine Working Group*’ o en español MBE, sigla que adoptaremos. La información desciende a través de Internet, chequeadas de manera rutinaria por el médico en su PC y eventualmente aplicada en su práctica. Se define a grandes rasgos la MBE como ‘uso consciente, explícito y racional de lo que se posee en el presente para el cuidado individual del paciente’ (*medscape*-1/30/03). En los EE.UU. representa un Proyecto Nacional para la salud, y allá no existe duda de que la MBE representa el método más racional y científicamente válido para

la consulta especializada (*medscape/450323*). La MBE plantea su jerarquía en la randomización exigida para los trabajos médicos, condición *sine qua non* para que la investigación sea de verdadero peso científico progresista. Dada la infatuación del concepto en cuestión, analizaré, a la MBE desde dos puntos de vista: a) en lo que respecta a la bibliografía o literatura médica, desde el ángulo de la Historia de la Medicina en general y B) del estudio del ‘progreso’ en materia médica”.

En el primer aspecto Bellomo, además de varios ejemplos no vinculantes, advierte sobre la necesidad de la consulta al enfermo que, muchas veces, revela su problema, como en el caso de un “estado comicial no convulsivo”. Y así agrega que “la MBE no toma en cuenta la semántica sino que sus conclusiones provienen de cuestionarios estandarizados de los grupos estudiados”.

A partir del enunciado “progreso en materia médica”, Bellomo con argumentos contundentes refuta esta nueva denominación de la medicina. “En el proceso MBE se practican estudios multicéntricos con innumerables pacientes y médicos, de los cuales solo aparecen algunos nombres en la cúpula de los trabajos, sin mención de miles y miles de médicos actuantes, en su mayoría becados. Sus conclusiones se basan en cuestionarios estandarizados que el enfermo o paramédico debe llenar, dejando de lado el aspecto semántico de las palabras del enfermo pues, no se valida mucho lo que el paciente piensa o siente respecto a lo que toma (placebo/droga)”. Para añadir en otra parte del artículo: “La MBE se proclama como superior por la categoría de los trabajos randomizados y cabe pensar si ello es realmente progreso médico. Según la Biblioteca Stanford se define la ciencia, como un “sistema interactuante de una comunidad aplicada a la búsqueda e investigación usando métodos a fin de producir nuevos conocimientos”. Concluye que el progreso es de todos.

Por su parte, Alberto Carli y Beatriz Kennel<sup>2</sup>, en su obra *El conocimiento en las ciencias de la salud*, abordan el problema desde

otro punto de vista y así dicen: “Por supuesto que no es nuestra intención descalificar una estrategia que intenta paliar el problema de cierta intoxicación informativa. Piénsese lo inaccesible que resultan las casi 25.000 revistas médicas circulantes y los casi 1600 artículos publicados por día. Asimismo lo abrumador que se ha tornado el trabajo médico. Lo que estamos intentando es realizar un llamado de atención acerca del manejo de una herramienta que juzgamos útil pero que nos plantea dificultades epistemológicas, prácticas y éticas.

Lo que la MBE está poniendo en juego en primer lugar es un tema ya tratado en el siglo XVIII y conocido como el ‘dilema de Hume’, por David Hume (1711-1776), filósofo escocés que se ocupó del tema dudando de la validez epistemológica de la inducción. La inducción es un tipo de inferencia que consiste en que si en una gran variedad de condiciones se observa una gran cantidad de A y todos los A observados sin excepción poseen la propiedad B, entonces todos los A poseen la propiedad B. El dilema de la Inducción consiste en que no es lógicamente válida porque entrega más información que la entregada en las premisas y no se justifica desde la experiencia porque necesita la regularidad de la naturaleza.

Para abordar el tema de la inducción podremos recurrir a los tres principios del llamado Trilema de Fries según el cual sería lógico ya que es un razonamiento correcto y trasmite la verdad de las premisas a la conclusión, sería científico por su simplicidad y evidencia y sería empírico porque se justifica por la experiencia. El primer principio nos resulta endeble ya que, como dijimos más arriba, nada impide que de premisas verdaderas se saquen conclusiones falsas; podremos aceptar el segundo pero el tercero nos plantea dudas porque para asegurar que una inducción es exitosa se deberá referir a un número suficientemente grande de inducciones (cosa habitual en la MBE) que la validen, con lo que caemos en una suerte de validación mediante una *metainducción*.

Pero, al margen de estas consideraciones de tipo especulativo, lo que queremos decir es que la MBE está poniendo en acto algo del orden profesional e ideológico. Los profesionales de las ciencias de la salud, con su utilización acrítica, tratamos enfermedades y no enfermos, lo que nos aparta de una visión antropológica del complejo salud-enfermedad y de la complejidad biopsico-social de un ser humano”.

Por lo demás resulta muy llamativo que Carli/Kennel subtutilen este capítulo como “Medicina Basada en la Evidencia o la historia de una ilusión”. Los autores concluyen sus expresiones sobre la MBE recordando que el término “médico” deriva del latín *medere* que significa cuidar e insisten que no recurrían a esta metodología, cuando se realiza “carente del pensamiento crítico-reflexivo propio de la ciencia y usada como un dogma si no se contextualizan las condiciones en que se presenta el complejo salud-enfermedad humano”.

Hemos analizado las críticas de un psiquiatra y de un epistemólogo y una psicóloga. Observemos otra faceta.

Amén de estas críticas aquello que cuesta entender es el porqué de la palabra *evidencia*. Según la primera acepción del *Diccionario de la lengua española* (RAE, 2014) evidencia es “certeza clara y manifiesta de lo que no se puede dudar”. Una evidencia sería entonces aquella que corroboró con la observación Hipócrates cuando dijo que la mujer que menstrúa o el niño púber no padecen de gota. Pero no es así porque *evidence* en inglés significa evidencia, demostración, prueba, testimonio (*Appleton's New Cuyás*, Nueva Jersey, 1972), es decir el uso racional, explícito, actualizado, etc., del conocimiento que se aplica al tratamiento. ¿Cuál sería la diferencia con la medicina científica razonada de tiempo atrás? La denominación debería ser “medicina basada en datos científicos”.

¿Qué médico, en una mirada retrospectiva, obviando el reiterado tema de la talidomida, no recordó el uso de medicaciones inoperantes o, cuanto más, inapropiadas?

La mal llamada “medicina de la evidencia” en castellano se comenzó a vislumbrar en la década del 60 del siglo pasado (en esa fecha se comienza a hablarse de la “medicina científica racional”) por la cantidad de errores que se cometían en las indicaciones farmacológicas y que hoy se siguen cometiendo por mala preparación médica. Y no comentemos las que se producen en las medicina alternativas.

En la mal llamada en castellano “medicina de la evidencia” comienzan trabajando Archie Cochrane en 1972, John Weinberg en 1973 sobre la vulnerabilidad de la práctica clínica, e Iván Illich y Thomas McKeown que en 1976 efectuaron una aguda crítica de la medicina. La idea de basarla en pruebas e investigaciones fue idea de David Eddy en 1982. Sin embargo, el certificado de nacimiento correspondió, casi una década después, como hemos señalado, cuando los canadienses recrearían el *Evidence-Based Medicine Working Group* (noviembre de 1992). Fue el grupo de trabajo de la Universidad de McMaster de Notario, Canadá, que publicó en la revista *JAMA*: “Evidence-Based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine”. La metodología de este grupo fue establecida por David Sackett y Gordon Guyatt.

Tampoco, insistimos, la mal llamada medicina de la evidencia está a salvo de ciertas susceptibilidades que rozan a académicos, médicos y laboratorios. En efecto, Pegoraro<sup>3</sup> reproduce un trabajo aparecido en el diario *La Nación* de Buenos Aires el 24 de abril de 2006 que expresa lo siguiente: “Los que ponen en duda la resistencia a la aspirina, para prevenir infartos, muchas veces tienen vínculos financiados con los fabricantes de medicamentos que, podrán beneficiarse con la idea. Daniel Simon, profesor adjunto de la escuela de medicina de la Universidad de Harvard, advirtió que la resistencia a la aspirina podría afectar hasta el 30% de los 25 millones de estadounidenses que toman aspirina para el corazón. El artículo no menciona que Simon recibe fondos para la investigación de Accumetrics Inc., una compañía que produce prueba

para medir la resistencia a la aspirina. Este es un buen ejemplo de cómo los investigadores académicos con un interés financiero pueden influir en el cuidado médico de millones de personas”.

Suponemos que huelgan los epítetos: la medicina es una sola y su metodología es científica razonada (incluso pensamos que lo de “razonada” no hace más que reafirmar una cualidad de la ciencia). A esta altura de los conocimientos solamente necesitamos médicos bien preparados para que a ninguno se le ocurra recetar a una mujer en sus primeros meses de embarazo talidomida como sedante.

## **Bibliografía**

1. Bellomo LE, “Crítica a la medicina de la Evidencia desde la psiquiatría”. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 118 (1): 23-26, 2005.
2. Carli A y Kennel B, *El conocimiento en las ciencias de la salud*, Buenos Aires, Prometeo. 2012.
3. Pegoraro JS, *Los lazos sociales del delito económico y el orden social*, Buenos Aires, Eudeba, 2015.



## CAPÍTULO VI

### La relación médico-paciente

El auge de las humanidades médicas tuvo un gran beneficiado: el enfermo. Es evidente que, este logro —en este momento acechado por densos nubarrones— en la atención y tratamiento de los pacientes, fue considerado de otra manera. Ayudó en gran forma el principio de autonomía<sup>1</sup> que terminó con la avasallante personalidad de los médicos de inicios del siglo pasado.

Como todo proceso evolutivo social necesita su tiempo para lograr estabilizarse, en la actualidad los médicos se quejan —ya lo hemos señalado— por la agresividad con que se los trata, proceso por otra parte aupado por los mensajes de radio y televisión que señalan las grandes posibilidades que se tienen hoy para lograr la reanimación de los pacientes en grave trance, hecho que no siempre es así pero que el vulgo considera una posibilidad segura.

También ha cambiado en estos momentos un hecho que corresponde más a la división del trabajo: el médico intenta no diferenciarse de su paciente, lo tutea (también lo hacen los enfermos, aún los muy jóvenes), se viste igual —las zapatillas están reemplazando a los zapatos— y hasta abandona el clásico guardapolvo blanco que se estila desde hace más de un siglo. Es un hecho democrático y Michel Foucault dirá que está bien, que no debe existir asimetría. ¿Qué opinaría el otro Michel, Balint<sup>2</sup>, quien decía que “el médico era medicina”? Perderá por ello ese valor placebo que tiene su presencia o será mejor que al médico se lo considere su igual.

Hace tres décadas Laín Entralgo<sup>3</sup>, basándose en estadísticas de universidades estadounidenses, señalaba que el 60% de los pacien-

tes otorgaba gran crédito a las terapéuticas alternativas (herboristería, homeopatía, quiropráctica, etc.), desconfiaban de su médico y buscaban la opinión de otro facultativo y estaban disconformes con la atención de los hospitales públicos. Posiblemente este hecho se mantenga con menor preponderancia, por lo menos en nuestro país, donde los hospitales están desbordados por el aumento de la población y el encarecimiento de la medicina no haga tan fácil la atención de los enfermos no pudientes.

Siempre se ha discutido si entre el médico y el paciente debe existir amistad o una relación alejada, no íntima. Las máximas o los escritos, testimonios de la antigüedad, parecieran afirmar que la primera era una condición indispensable. A Séneca se le atribuye haber expresado —cuando recibió un tibio saludo— que ese médico no lo consideraba su amigo, sino un cliente. Platón, por su parte, decía que la enfermedad daba lugar a la amistad entre el médico y su paciente. Mientras que, muchos siglos después se sostenía que el fundamento de la relación entre el enfermo y su curador era el amor.<sup>4</sup> Nos detenemos en estas últimas palabras. “Pero la relación amistosa médico-paciente no consiste solamente en aprehender estas relaciones secundarias a la enfermedad. Un objetivo no menos importante es crear un espacio de confianza para permitir la apertura del mundo interno del paciente. Quizá por este camino se torne cercana la posibilidad de ampliar y sobrepasar el horizonte biológico del conocimiento médico y esclarecer aspectos que deben tomarse en cuenta a la hora de comprender la evasiva dimensión del enfermar humano [...]

No decimos que esa amistad pueda considerarse cercana a una forma de amor, como si los médicos fueran poseedores de una innata capacidad afectiva de las que otros carecen. Algunos creen que la relación médico-paciente debe encararse en nombre del amor, como si se tratara de una obra de ficción o de una creación poética. Idea, desafortunadamente, muy lejos de la cruda realidad de la cual a diario toman consciencia médicos y pacientes.

Tampoco la visita médica se parece a una idílica, ilusoria y fraternal relación. Amistad médica, en términos sencillos, significa lograr un espacio de confianza entre el médico y el enfermo en el que este pueda, además de buscar soluciones para su dolencia, expresar los sentimientos de angustia y aflicción que acompañan a toda sensación de pérdida de la salud. Se sabe que aliviar el pesar emocional del enfermo forma parte del espíritu humanitario de la medicina”.<sup>5</sup>

No escapa a ningún análisis la importante relación de las humanidades con otras disciplinas, tal como la sociología. Tampoco podemos alejar a las humanidades médicas de ella. Casi simultáneamente con Snow, a mediados del siglo pasado, que hiciera esa conjunción entre las disciplinas blandas y las ciencias duras, fue Talcott Parsons (1902-1979), sociólogo estadounidense que estudió en el Amherst College, la London School of Economics y la Universidad de Heidelberg (Alemania), es decir que no carecía de oropeles, construyó la relación médico paciente como una estructura social. Lo hizo en un capítulo de su libro *El sistema social* (1951) que fundó en un trabajo previo del fisiólogo, bioquímico, sociólogo, biólogo y filósofo estadounidense Lawrence Joseph Henderson (1878-1942), con formación científica en la Universidad de Harvard. Había publicado en 1935 la obra *The physician and patient as a Social System*, cuyo solo título eximiría de todo comentario. Parsons retoma el tema y lo ubica en la teoría de los roles, que representarían tanto el médico como el enfermo, tanto el comportamiento como la desviación de ellos son aspectos sociales que dependen de la sociedad y se les imponen como individuos.

Desde las consabidas palabras de Rudolph Virchow (1821-1902) que dijo algo así como que “la medicina es política, política sanitaria” (permitiéndonos sintetizar una más extensa frase en alemán), al observar el estado de pobreza y contaminación en una epidemia de tifus ocurrida en Alta Silesia y su defensa de obreros

del tejido, no caben dudas de que las ciencias sociales han tenido elevado protagonismo dentro de la medicina con una importancia que se incrementa día tras día. Qué es la salud social sino política sanitaria. Tal vez los pioneros en los prolegómenos de la medicina social fueron dos europeos: el alemán Otto Leopold von Bismarck y el inglés William Henry Beveridge, ninguno de ellos médico.<sup>6</sup> A partir de allí, entre muchas otras cosas, se pudo comprobar que tenía mayores posibilidades de mantenerse sano un recién nacido en un establecimiento sanitario con todos los recaudos de la higiene que aquel que lo hacía con una partera que no se había lavado las manos y en su hogar. Así también una población con cloacas y agua corriente tenía beneficios de salud mayúsculos frente a otra sin servicios sanitarios que bebía agua del río cercano. Tratar globalmente a la población generaba beneficios incalculables. Se ha postulado que, en el último siglo, las ciencias sociales han contribuido a salvar más vidas que las que logró la medicina asistencial. Las vacunaciones masivas, los antibióticos, el diagnóstico precoz y el confort han contribuido al aumento de la longevidad humana.

El papel de enfermo lo libera de ciertas responsabilidades sociales sin culparlo de sus faltas o errores pero, así también, le impone ciertas condiciones —en forma de obligaciones— como ser buscar quien lo cuide o lo cure, tratar de mejorar y seguir exactamente las indicaciones del médico. La propia enfermedad le asegura una relación de dependencia donde la incapacidad le otorga legitimidad a esa pretensión. Un ejemplo que escapa a la relación con el médico, aunque tenga su intervención, es la de otorgarle una patente de disminución física a una persona que le permita estacionar su auto donde otros, sin esa alteración, no lo puedan hacer. Es la sociedad, por medio del médico, quien le da legitimidad a ese rol que de otro modo sería inapropiado, al igual que otras desviaciones que cumplen una función importante según la interpretación de Parsons.

Sociedad y medicina permitió abrir un nuevo campo dentro de la medicina, con un rol del médico moderno que, a través de

los noveles estudiantes de medicina que tuvieron que adaptarse a conceptos que maduraban a través de la tecnología. Esta nueva interpretación de la medicina social se aplicó, en 1957, a través de la teoría funcionalista de Robert K. Merton, junto con G. Reader y P. Kendall, con sus mecanismos de socialización de los estudiantes de medicina. Con una metodología disímil pero con la misma finalidad, fueron continuadores Howard Becker, junto con B. Geer, E. Hughes y A. Strauss. El médico no era más un individuo solitario en la atención de sus pacientes, se hallaba inmerso en los problemas —de todo tipo— que ofrece la sociedad.

Debemos empezar por el inicio. En una esmerada educación teórica donde se combine con la práctica está la preparación moderna del médico que, sin duda, con los avances de la pedagogía, han variado tanto una como otra. No podemos desconocer que esta modificación de la enseñanza influirá en los futuros médicos y en su relación con el paciente. Roberto Glorio<sup>7</sup> se basa en trabajos de Marrero<sup>8</sup> referidas a las teorías explícitas de la pedagogía. Las cinco propuestas son las siguientes:

1) *La teoría tradicional*. Se considera parte de la educación medieval, representada por Juan Amós Comenio y John Locke. Marrero la define como “esencialmente dirigida por el maestro, ajustada en su autoridad moral o física y su dominio sobre el alumnado, siendo este último el que recibe pasivamente el conocimiento”. Es esencialmente la comunicación asimétrica de profesor a alumno de la cual se quejaba, ya en nuestra época, Michel Foucault.

2) *La teoría técnica*. Representada por Eugene Skinner, Franklin Bobbit y Ralph Tyler, ampliamente relacionada con la cibernética y la teoría de los sistemas de la cual dice Marrero que se fundamenta en “lograr diseños avanzados del proceso de enseñanza-aprendizaje y el desarrollo de la taxonomía de los objetivos”.

3) *La teoría activa*. Parte de Jean Jacques Rousseau y se concreta con Joseph Dewey. Surgirá en el Renacimiento y en el humanismo de los siglos XV y XVI y tratará de desarrollar al máximo

las cualidades del niño y del adolescente para su integración a la sociedad y la posibilidad de transformarla. La escuela, con una impronta científica, debe ser un laboratorio social pleno de actividad, interés y libertad.

4) *La teoría constructivista*. También la inicia Rousseau y se consolida bien adentrado el siglo XX con Jean Piaget. Aboga por el constructivismo social con una interacción entre profesores, alumnos y actividades realizadas en conjunto. Marrero expresa que “aprendemos construyendo nuestra propia estructura cognitiva [...] en donde dicho individuo es resultado de la interacción entre factores tanto internos como externos”.

5) *La teoría crítica*. Se inspira en Karl Marx y toma cuerpo en la nueva sociología histórica de Henry Giroux, Michael Apple y Paulo Freire. Vincula a la educación con el momento histórico-social, dinámico, que debe formar la conciencia del hombre. Dice Marrero que “el razonamiento dialéctico es utilizado por estos autores para superar muchas de las supuestas dicotomías existentes en el discurso educativo (escolarización-sociedad, teoría-práctica) tomando como base el principio de la unidad de los opuestos”.

Es muy probable que, tal vez en menor proporción con la teoría tradicional, muchos docentes se inclinen por una u otra teoría, en el mayor número de los casos en forma inconsciente. Así también es de pensar que la tecnociencia abraza la teoría técnica y el resto la constructivista o la crítica. Cada médico formado de tal o cual manera adoptará actitudes diversas frente a su enfermo. Desde la forma de la teoría implícita es habitual que el alumno adopte un paradigma cercano a su docente: en la forma de recibir al paciente, en su acercamiento, en el interrogatorio, etc., etc. Esta actitud fue aprendida por muchos de nosotros ante profesores que se brindaban —probablemente sin saberlo— en un forma empática con su enfermo.

Otros autores han simplificado los tipos de teorías implícitas del aprendizaje en tres: directa, interpretativa y constructiva, aunque agregan una adicional que es la posmoderna (que no consi-

deran una teoría), como lo ha hecho Juan Ignacio Pozo<sup>9</sup>, según el relato, nuevamente, de Marrero.<sup>10</sup>

Según Pozo las teorías explícitas (aquellas mayormente formuladas por la bibliografía que consulta el alumno) varían hasta tomar un sentido implícito.

La teoría directa tiene un aspecto unidireccional y se aprende aquello que se enseña, si el alumno no lo hace es que no ha recibido el estímulo de una información adecuada. Glorio<sup>11</sup> sostiene que es una “postura realista ingenua”.

La teoría interpretativa comparte lo unidireccional de la teoría directa pero involucra al alumno en los procesos con actividades como la atención, la memoria, las asociaciones, etc.

La teoría constructivista supone, como la anterior la necesidad de interpretación por parte del alumno pero, asimismo, con una función psicológica que debe activar el docente para variar el modo y los propósitos para entendimiento del alumno. Como se podrá observar, el nuevo médico debe surgir de esta serie de interpretaciones pedagógicas que están muchas veces lejos del interés del docente.

Todo lo cual nos lleva a formularnos un interrogante: ¿cómo se forma el alumno en esta etapa del siglo XXI?

La relación médico-paciente transcurre en un tormentoso periodo de transición. Está cambiando y lo hace a pasos agigantados, para utilizar una frase hecha. La irrupción de la tecnomedicina, con un médico mucho más preocupado en observar su computadora que al mismo enfermo ha variado esta relación. Nunca ha sido igual. Sin remontarnos a tiempos remotos, hace muy poco, a inicios del siglo pasado la omnipotencia del médico, su autoridad excesiva creaba otras relaciones, tema aprovechado por las series televisivas para destacar lo cruento que era la cirugía, sobre todo, en esa época.

También cambió el paciente que defiende su autonomía, que concurre a la consulta con el recorte del periódico o comentando

lo que leyó en Internet. Hoy es muy frecuente que el enfermo se queje de que el médico, luego de un breve interrogatorio, no se levantó de su silla y se limitó a solicitarle una serie de estudios. Se interroga al cuerpo y no al enfermo. Están también quienes hablan del ocaso del método semiológico y, algo peor aún, de la muerte de la clínica. La especialidad domina la situación.

Hagamos acá una pequeña digresión con respecto a aquello que quiere saber el enfermo y para lo cual se informa en Internet o en algún artículo de un periódico. Aprovechemos la opinión de un periodista, me refiero a José Claudio Escribano<sup>12</sup>, que así dice: “Un paciente informado no es necesariamente un paciente bien informado. El exceso de información, como en todos los órdenes, confunde si no hay capacidad para interpretar los datos. Información y conocimiento no son sinónimos. En palabras del profesor López Otín, la variación de diseño entre el organismo de un hombre y el de un chimpancé es de no más del dos por ciento, pero la diferencia radica en que a pesar de que ambos tenemos casi las mismas potencialidades, nosotros estamos en condiciones de interpretarlas y aprovecharlas de distinta forma, con más plasticidad”.

Como un hecho ciertamente jocoso pero dramático por el grado de ignorancia, comentamos que un paciente —que siempre acertaba por los valores de la presión arterial que expresaba antes de ser controlada— consultó en una oportunidad por la “inflamación de la próstata” de su cónyuge, obviamente mujer. Este es un hecho ciertamente extremo pero, ¿qué razonamiento pueden realizar quienes no tienen conocimientos médicos sobre los datos, síntomas o tratamientos que leen en Internet?

El profesional médico ha visto disminuir su jerarquía, aquella que se obtiene de la división del trabajo que distingue tanto al que maneja un taxi como al que ejerce la función policial. No olvidemos que una vieja definición de intelectual dice que es aquel que cree que todos son iguales a él. Michel Balint<sup>13</sup> —como señalamos repetitivamente— decía, dando valor a su misma cualidad, “el

médico es medicina” y cuánto favor le hace ello a la curación del paciente.

No se nos escapa una situación conflictiva al considerar la división del trabajo en la sociedad. Pegoraro<sup>14</sup> dice: “pasa a ser condición de la existencia de la sociedad y desempeña un papel de mayor importancia que el de la eficiencia, calidad y cantidad en la producción de bienes [...] Y por ello la división del trabajo debe tener un carácter moral ‘pues las necesidades de orden, de armonía, de solidaridad social presente en la sociedad necesita de un hecho externo que la simbolice, y este hecho visible es el derecho reconstitutivo, dice Durkheim”.

Pero luego viene la crítica, Pegoraro expresa: “en la sociedad capitalista lo que existe en la realidad es una *división social del trabajo*, lo que implica una distribución jerárquica y de explotación de las fuerzas del trabajo en su seno: el capital como fuerza dominante y el trabajo como fuerza sometida”. No obstante, el concepto médico que pretendemos es una relación donde el paciente se siente cuidado, complacido, atendido por el curador a quien ve como un verdadero amigo y, algunas veces, como su “salvador”.

Laín Entralgo<sup>15</sup> reconocía dentro de esta relación amistosa a la que denominaba relación de camaradería, cinco pasos perfectamente delimitados, que eran:

1. *Afectivo*: es aquello que más se ha modificado, por lo que venimos anunciando, en la relación entre el médico y el enfermo, sobre todo en el siglo en que vivimos. Buzzi<sup>16</sup> aconsejaba que, en el inicio de la entrevista médica, se debía saludar al paciente nombrándolo por su apellido y presentarse con el propio, evitar el tuteo, estrecharle la mano. Tampoco es aconsejable el otro extremo del abrazo y el besuqueo que no guardan un aspecto formal. Recordemos las palabras de Antón Chéjov, médico y escritor, en su cuento *Una visita a lo del médico*: “He longed to soothe her, not with drugs, not with advice, but with simple, kindly words...”.

2. *Cognoscitivo*: el médico va a proceder a “interrogar” a los órganos, va a inspeccionar, palpar, percudir, auscultar... Pero ¡cuidado! Esta era la medicina clásica, muchas veces criticada. La tecnomedicina indica que debe descargar su batería de estudios de laboratorio y de imágenes. Si no lo hace, lo pedirá el enfermo avisado, que ha indagado en Internet, que confía más en el complejo aparato que estudia el interior de su organismo. Este paso es el que ha creado el mayor conflicto dentro de la relación médico-paciente. No podemos desestimar totalmente al anterior —nos referimos al método semiológico clásico— porque es una realidad el poco tiempo de aproximación que se le otorga al enfermo en la actualidad, pero en el aspecto cognoscitivo, por la cantidad de exámenes que se solicitan o por los que no se piden, la medicina ha modificado su ejercicio. Se pone de manifiesto, por ejemplo, el infrecuente diagnóstico de neumonitis por no auscultar al enfermo. Sin embargo, debemos admitir una verdad categórica: antes de la aparición de la tomografía computada el interior del cerebro era un enigma y los tumores de riñón, sin la ecografía, se diagnosticaban tardíamente. El equilibrio, que no es fácil, se encuentra en no desestimar los métodos semiológicos clásicos y no dejar de apelar a los modernos estudios pero con criterio.

3. *Operativa*: aquí el médico pone manos en la obra: el cirujano interviene, el clínico o el especialista —con la cirugía o la medicación— atacan la enfermedad. Con el diagnóstico en la mano el médico procede. Todos los reparos deben caer sobre el control de los medicamentos: sus interacciones, sus reacciones adversas y el enorme número de placebos que pueden actuar psicológicamente.

4. *Ética*: etapa presente en las actividades anteriores, felizmente después de la Segunda Guerra Mundial y de todas las atrocidades que debieron soportar enfermos y sanos la bioética ganó terreno y el respecto por el sufriente fue una realidad. Tantos vericuetos y meandros tiene la atención médica donde la bioética debe estar presente que hasta la receta de un placebo, a veces con la indi-

cación de un complejo vitamínico que el paciente requiere y su médico sabe que no es necesario, recrea una situación de la mayor complejidad ética. Todos los médicos conocemos aquello que cuando un enfermo se retira de la consulta médica sin una receta con un medicamento se siente frustrado.

5. *Historicosocial*: el hombre es un ser gregario que vive en sociedad por lo cual es justo que su enfermedad complique a quienes lo rodean. Un ejemplo interesante es el del sida: comenzó en las décadas de 80 y 90 del siglo pasado como una enfermedad gravísima que, una vez diagnosticada, producía la muerte en pocos meses. Luego aparecen los antirretrovirales y la vida se prolonga. El efecto es dramático pero, poco a poco, en especial los jóvenes que siempre son los más expuestos, van perdiendo el temor por la afección y las precauciones para evitar el contagio disminuyen o no se toman más. Laín Entralgo llamó también religioso a este paso y dijo, además, que entre el enfermo y su curador se establece un dúo. Un dúo que marcha junto, por lo cual lo calificó la relación-médico-paciente como cuasi-diádica, es decir de ayuda, de volcarse hacia el otro para eliminarle sus males, mitigarle los dolores o consolarlo.

La demostración que la relación médico-paciente es de reciprocidad, de conexión psicológica, está evidenciada en lo que se conoce como el equipo médico. No podemos en este caso señalar a la cirugía porque su base es esa: cirujano, ayudantes, anestesiólogo, pero en el caso de las especialidades clínicas hemos podido comprobar que los pacientes siempre eligen un referente, siempre se basan en las apreciaciones de uno de los médicos. Insistimos la relación médico-paciente ha nacido como una relación diádica. Omitamos los problemas de competencia que pueden existir —y existen— entre los profesionales pero, creemos que día tras día con menor frecuencia, el paciente a menudo se queja que no conoce o no sabe quién es su médico de cabecera, en otras palabras quién es el responsable de atender su enfermedad.

Coulehan y Block<sup>17</sup> en un ejercicio de practicidad dicen que deben existir tres cualidades en la comunicación entre el clínico y su paciente: 1. *Respetar*: Es la habilidad para aceptar al paciente, él o ella, evitando las críticas. 2. *Autenticidad*: Es la habilidad para que uno mismo actúe exclusivamente en un rol profesional. 3. *Empatía*: Es la habilidad de conocer la experiencia del paciente y su sentimiento preciso, y demostrárselo así a él. Es decir: “conozco su problema”.

Hace ya unos años, Schneider<sup>18</sup> realizó una agrupación de los tipos de relación médico paciente que, si se observa atentamente, puede considerar a todas las especialidades y subespecialidades que han aparecido en el último tiempo. Consideró los siguientes tipos: 1) *Relación científica*, 2) *Relación de servicio de reparación*, 3) *Relación de servicio de mantenimiento o la relación “crónica”*, 4) *Relación de consultor*, 5) *Relación de perito*, 6) *Relación pedagógica*, 7) *Relación sugestiva*, 8) *Relación de ayuda*, 9) *Relación de apoyo* y 10) *Relación interpersonal subjetiva*. En todas ellas, como reiteramos, pueden estar representadas varias especialidades.

Si nos referimos a estas últimas veremos que su número adquiere magnitud día tras día. Nos basta con señalar el número que se dictan en el Departamento de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En octubre de 2015 se enseñaban 103 especialidades que se repartían de la siguiente manera: 15 eran de medicina clínica (aeronáutica y espacial, crítica y terapia intensiva, de adolescente, de la industria farmacéutica, del deporte, del trabajo, estética, familiar, física y rehabilitación, interna, interna pediátrica, legal, nuclear, reproductiva, sanitaria); 10 de cirugía (bariátrica, cardiovascular, digestiva, general, pediátrica, plástica, plástica reconstructiva infantil y craneofacial, oncológica de cabeza y cuello, torácica, venosa y linfática); seis de kinesio- logía (deportiva, kinesio- logía y fisioterapia intensiva, kinesio- logía y fisioterapia en ortopedia y traumatología, kinesio- logía y fisioterapia en osteopatía, kinesio- logía y fisioterapia pediátrica y neonatal, auditoría,

kinefisiátrica), tres de hematología (hematología, hemato oncología pediátrica, inmunoterapia e inmunohematología), entre las que presentan mayor diversidad de ofertas.

Se suscita entonces el primer problema: ¿a quién concurre a consultar el enfermo? Se deriva él a una de las tantas especialidades (conste que las que hemos presentado son solamente algunas) o al médico generalista para que lo oriente. No es infrecuente que un paciente declare que consultó con tal o cual especialista antes de hacerlo con el clínico general y no siempre su propia elección resultó desacertada.

Aparece otro interrogante: ¿por qué motivo concurreó a consultar a un facultativo? Una causa puede ser porque ha aparecido una luz roja en un órgano, existe un grito de alarma. El médico diagnosticará. En otros casos, el paciente cuida su salud y periódicamente realiza una visita a su médico quien le solicita los exámenes correspondientes. Puede ser también que sea a requerimiento de familiares o amigos que observan, por ejemplo, la pérdida de memoria de un anciano que se niega a la consulta. En ciertos casos, la consulta guarda un fin espurio: engañar al facultativo para lograr un certificado para obtener algún rédito laboral.

¿Y cuáles serán los objetivos del médico para ejercer su profesión? Una profesión llena de obstáculos, ardua, que requiere gran dedicación y que, en los últimos años, sobre todo en los que realizan guardias hospitalarias o sanatoriales están acosados por los juicios de mala praxis, que no discutimos y que debe ser el arma del enfermo para su defensa pero que habitualmente persigue otros fines. Es indudable que existe una sola respuesta: la vocación médica.

Es difícil de explicar qué es la vocación. Michel Balint la señaló como algo apostólico. Martín Heidegger como “un llamado”. Todo lo cual indica que no es sencillo acertar con una definición puntual. Lo cierto es que si nos colocamos en abogado del diablo es probable que sí, que hallaremos aquellos que tiene especial in-

terés por ayudar, cuidar o curar a sus semejantes con una vocación casi religiosa. Otros lo harán porque desean que se los considere dentro de la tan mentada —de la que nos hemos ocupado— división del trabajo y sentirse estimados por sus semejantes. El ascenso social no deja de ser un atractivo. Tal vez también en estos casos podríamos ubicar a la fama. Otras veces el objetivo médico es el lucro.

La vinculación con en otro, en una situación superior (por el estudio, el rol, la categoría, etc.) es otro atractivo. Los vínculos pueden ser sumamente seductores entre ambos componentes de la relación. Sin haber connotaciones de tipo sexual, puede haber seducción entre el enfermo y el médico. El halago, el afecto, la consideración también cuentan pero es mayor para el médico. No olvidemos que, en ciertos casos, sobre todo en el trato con los niños o las terapias intensivas la situación puede ser totalmente diferente. Hay relaciones hasta incluso sadomasoquistas entre médico y paciente, en otras circunstancias directamente agresiva, como decíamos al inicio del capítulo. En ciertos casos debemos pensar las palabras justas para iniciar un interrogatorio: puede suceder que la respuesta del enfermo a la pregunta “que le pasa o por qué concurre a la consulta”, el paciente responde: “vengo a preguntarle a usted qué es lo que me está pasando”. Es una manera de agredir, de predisponer mal porque, justamente, la concurrencia al consultorio privado o de una institución sanitaria ha sido voluntaria en la mayor parte de las veces. Esa es una contestación agresiva inmediata del enfermo, que lo ve al médico como a alguien a quien tiene que zaherir, a quien le exige un inmediato diagnóstico o curación de su enfermedad.

La participación de ambos, médico y paciente, en el acto médico tiene modalidades señaladas por Szasz y Hollender<sup>19</sup> que, en la época de Schneider, describieron tres niveles o modalidades de relación.

*Nivel 1*, o de “actividad del médico y pasividad del enfermo”. En estos casos el enfermo es incapaz de valerse por sí mismo,

como sucede en las urgencias médicas o quirúrgicas con alteraciones o pérdida de la conciencia, estado de agitación, confusión mental o delirio agudo. El médico asume todo el protagonismo y toda la responsabilidad del tratamiento. Los autores lo han comparado a la relación entre madre y el recién nacido: la dependencia es absoluta.

*Nivel 2*, o de “dirección por parte del médico y cooperación del enfermo”, Se produce en afecciones agudas, traumáticas, infecciosas, etc., donde el paciente coopera e interactúa con el médico que toma la iniciativa de las decisiones. La metáfora sería: progenitor con su hijo en la infancia.

*Nivel 3*, o de “participación muy recíproca del médico y del paciente”. Es el caso de las enfermedades crónicas como índice de tratamiento adecuado, en las rehabilitaciones después de las intervenciones quirúrgicas y traumatológicas, en la readaptación luego de alteraciones físicas o psíquicas y, en términos generales siempre que el paciente pueda colaborar con el médico, por ejemplo, en el diabético con el control de su glucemia o en el hipertenso de su presión arterial y el régimen hiposódico. Como característica general, el prototipo sería el de la relación entre dos personas adultas. Schneider le llamará relación de servicio de mantenimiento.

Con respecto a este último ítem, no siempre es fácil que el enfermo cumpla adecuadamente las recomendaciones del médico. En nuestra larga experiencia clínica descubrimos que, en una estadística sin números pero que creemos que no escapa a la verdad y en donde excluimos a las adiciones por su resistencia a la obediencia, los pacientes con hipertensión arterial, diabetes en sus dos formas clásicas y obesidad nos generan los mayores dolores de cabeza. El enfermo hipertenso (sucede algo parecido con los que padecen insuficiencia cardíaca) no excluye el cloruro de sodio de su alimentación, tal como lo hace el diabético con la reducción de los hidratos de carbono. Quien tiene exceso de peso corporal rara vez puede adecuar su régimen y excepcionalmente suspender la ingesta de pan.

Desde ya que todas estas etapas y especulaciones podríamos reducirlas a una primera que establece el contacto entre médico y enfermo, de mutuo reconocimiento, donde se establece empatía (o rechazo) que permite que la relación se consolide o aborte. Cuántas veces hemos escuchado: fui a consultar a tal o cual médico pero no me gustó o no me convenció. Una etapa siguiente sería de la exploración del órgano o del aparato enfermo que, en la actualidad, goza de un sinnúmero de estudios de imágenes o laboratorio para permitirnos acercarnos al mal. Finalmente, la etapa operativa, de Laín Entralgo, que cuando el médico indica la terapéutica adecuada para controlar la afección. Es indudable que, con el número de especialidades y subespecialidades que existen en la actualidad ese médico “personal”, ese médico “de uno”, está en vías de extinción. Ya son pocos los médicos que señalan que tienen “sus enfermos”, situación que se mantiene en algunas especialidades como la ginecología, la pediatría o la relación de servicio de mantenimiento.

Tal vez, la relación entre el enfermo y el psiquiatra entre dentro de otro parámetro porque el término afectivo-intelectual adquiere un nexa más intenso. Lo hemos dejado fuera de la crítica anterior porque es un lazo fuerte y es común hallar que el enfermo lo hace siempre compenetrado de cuánto lo une a su psiquiatra con quien desnuda su propio yo y se vincula a través de los problemas psicológicos que, a veces, lo abruman. La otra parte, a la que nos hemos referido anteriormente comprende lo que en la actualidad está en manos de la tecnomedicina que, en todo momento, encuentra nuevos métodos con imágenes y laboratorio que invaden el interior del paciente pero que excluyen sus problemas psicológicos.

En esa medicina del siglo pasado que, en cierta forma, está en franca declinación, Buzzi<sup>20</sup> indicaba una técnica para hacerlo con pacientes ancianos bien podríamos generalizar y servirá para comprender la evolución de las humanidades médicas:

“1. Se tratará de elaborar la pregunta basándose en lo que acaba de decir el paciente, utilizando sus mismos términos.

2. Se empleará un lenguaje comprensible para el enfermo, evitando términos técnicos con implicancia diagnóstica (‘tumor’, ‘cáncer’) o pronóstico (‘grave’, ‘serio’).

3. Las preguntas deben enunciarse de modo tal que induzcan al enfermo a hablar libremente (preguntas indirectas con respuesta abierta).

4. Las preguntas deberán ser cortas y simples.

5. Cada pregunta debe referirse a una sola cosa.

6. La forma, la enunciación de la pregunta o inflexión de la voz no deberán influir sobre la respuesta del paciente.

7. Se tratará de profundizar cada tópico con una secuencia progresiva de preguntas indirectas abiertas, que gradualmente se harán más específicas o directas.

8. Evitar la sucesión de preguntas directas, y las preguntas sobre aspectos íntimos con tono acusador.

9. Avisar al paciente y solicitar su acuerdo para hacer preguntas sobre aspectos íntimos de su vida (por ejemplo: historia sexual).

10. Guardarse de repetir siempre la misma pregunta o confundir los datos en las preguntas subsiguientes”.

Observamos que la pregunta número dos genera un problema bioético importante por la necesidad de no ocultarle al enfermo las características de su afección. Se podrá optar por un eufemismo o una calificación menos dura pero ¿no vulnera la autonomía del paciente? Como podrá comprenderse, los cambios han llegado apresuradamente.

Sin embargo, creemos que la apreciación del paciente ante ciertas circunstancias ha cambiado. Hace medio siglo, refiriéndose al enfermo, Demibicke<sup>21</sup> tenía una visión casi ilusoria sobre la enfermedad o así lo interpretaba el médico. Decía este autor: “Claro que la palabra enfermedad constituye una abstracción que no existe en sí; solo el hombre enfermo despierta nuestra

atención, solo se contesta a la pregunta: ‘¿Qué es un hombre enfermo?’ La respuesta deja transparente un íntimo sector del ser, y hasta en una época en que la mecánica amenaza el centro de todo lo humano, hace posible una reflexión que sirve a la vez de reorientación.

La adversidad no asienta nunca en el hombre, no tiene en este su punto de apoyo. Tampoco le hace variar, sino que se limita a embarullar las relaciones de las cosas con la persona. El enfermo estaba resuelto a vivir su enfermedad como infortunio, pero se encuentra con algo inesperado: se siente expulsado de la estructura de su propia personalidad, tal como la conocía, y pasa la enfermedad como un episodio elemental que le incumbe como ninguno de los ya vividos.

Para el enfermo se detiene el tiempo, pues solo aquel que se mueve y atiende a sus ocupaciones y mantiene a su familia, vive en el tiempo. El enfermo no es capaz de participar en el movimiento de todos. Aunque todo se mueve en derredor suyo, el movimiento se ha convertido en él en algo infinitamente extraño: el movimiento visto y el vivido están separados por mundos. Todas las demás personas, todos los que se mueven, no se sienten ligados a él, al enfermo. El problema de este no es el suyo; en su fuero interno no conciben lo que puede inmovilizar a alguien, cómo alguien puede enfermar”.

No deja de ser cierto que en determinadas circunstancias y en muchos casos este sentido de la vida, porque debe ser así, lo deben padecer muchos enfermos insertos en su medio ambiente o en la sociedad.

Todo lo antedicho revela que la medicina puja por ser una ciencia dura, no una disciplina blanda, pero parte de un hecho fundamental tantas veces dicho: muchas de las verdades de la ciencia son provisorias. Pero el fin primordial debe ser siempre encontrar la verdad. Jenofonte (historiador griego, 430-355 a.C.) propone para su teoría del conocimiento humano los siguientes puntos:

1. “Nuestro saber consta de enunciados.
2. Los enunciados son verdaderos o falsos.
3. La verdad es objetiva. Es la correspondencia del contenido de los enunciados con los hechos.
4. Incluso si expresamos la verdad más acabada, no podemos saberlo, esto es, no podemos saberlo con certeza.
5. Así pues ‘saber’, en el pleno sentido de la palabra es ‘saber seguro’; por lo tanto no hay ningún saber, sino solo *saber conjetural*: ‘Todo está entreverado de conjetura’.
6. Pero en nuestro saber conjetural hay un progreso hacia lo mejor.
7. El mejor conocimiento es una aproximación a la verdad.
8. Pero el conocimiento conjetural permanece siempre, entreverado de conjetura”.

Quien también incursionó en este tema, en una conferencia pronunciada el 26 de mayo de 1981 en la Universidad de Tübinga, que denominó *Tolerancia y responsabilidad intelectual*, fue Karl Raimund Popper (británico de origen austriaco, 1902-1994), quien así lo dijo:

1. “Nuestro saber conjetural objetivo va siempre más lejos del que una persona puede dominar. *Por eso no hay ninguna autoridad*. Esto rige también dentro de las especialidades.

2. *Es imposible evitar todo error* o incluso tan solo todo error en sí es evitable. Los errores son continuamente cometidos por todos los científicos. La vieja idea de que se pueden evitar los errores, y de que por eso es obligado evitarlos, debe ser revisada: ella misma es errónea.

3. *Naturalmente sigue siendo tarea nuestra evitar errores en lo posible*. Pero precisamente, para evitarlos, debemos ante todo tener bien claro cuán difícil es evitarlos, y que nadie lo consigue completamente. Tampoco lo consiguen los científicos creadores, los cuales se dejan llevar de su intuición: la intuición también nos puede conducir al error.

4. También en nuestras teorías mejor corroboradas pueden ocultarse errores, y es tarea específica de los científicos el buscarlos. La constatación de que una teoría bien corroborada o un proceder práctico muy empleado es falible puede ser un importante descubrimiento.

5. *Debemos, por tanto, modificar nuestra posición ante nuestros errores.* Es aquí donde debe comenzar nuestra reforma ético-práctica. Pues la vieja posición ético-profesional lleva a encubrir nuestros errores, a ocultarlos y, así, olvidarlos tan rápidamente como sea posible.

6. El nuevo principio fundamental es que nosotros, para aprender a evitar en lo posible errores, *debemos precisamente aprender de nuestros errores.* Encubrir errores es, por tanto, el peor pecado intelectual.

7. Debemos por eso esperar siempre ansiosamente nuestros errores. Si los encontramos debemos grabarlos en la memoria; analizarlos por todos lados para llegar a sus causas.

8. La postura autocrítica y la sinceridad se tornan en esta medida, deber.

9. Porque debemos aprender de nuestros errores, por eso debemos también aprender a aceptar, sí, a aceptar agradecidos el que otros nos hagan conscientes de ellos. Si hacemos conscientes a los otros de sus errores, entonces debemos acordarnos siempre de que nosotros mismos hemos cometido, como ellos, errores parecidos. Y debemos acordarnos de que los más grandes científicos han cometido errores. Con toda seguridad no afirmo que nuestros errores sean habitualmente perdonables, no debemos disminuir nuestra atención. Pero es humanamente inevitable cometer siempre errores.

10. Debemos tener bien claro que *necesitamos a otras personas para el descubrimiento y corrección de errores* (y ellas a nosotros); especialmente personas que han crecido con otras ideas en otra atmósfera. Es casi tan buena como la autocrítica.

11. Debemos aprender que la autocrítica es la mejor crítica; pero que *la crítica por medio de otros es una necesidad*. Es casi tan buena como la autocrítica.

12. La crítica racional debe ser siempre específica: debe ofrecer fundamentos específicos de por qué parecen ser falsas afirmaciones específicas, hipótesis específicas o argumentos específicos no válidos. Debe ser guiada por la idea de acercarse en lo posible a la verdad objetiva. Debe, en este sentido, ser impersonal.

No podemos negar que la ciencia es nuestra religión. Pero conocemos sus limitaciones. Appleyard<sup>22</sup>, un escritor de temas científicos que ya hemos citado y que se refiere en su libro tanto a religión como a ciencia y mucho menos a humanidades, dice en el “Prólogo” de su libro: “Mi propósito era de contrarrestar una nueva ola de propaganda científicista haciendo hincapié en dos puntos básicos: que los beneficios de la ciencia no dejan de tener un cierto costo y que no deberíamos dejarnos encandilar por dichos beneficios, pensando que la ciencia puede ofrecer la solución mágica a todos los problemas y a todas las dificultades de la humanidad. Ambos puntos me parecían tan patentes y manifiestos en aquel entonces como me lo parecen hoy. Y si en 1992 me pareció fundamental exponerlos, hoy, en 2004, considero imprescindibles reafirmarlos. Si acaso, para algunos, los argumentos planteados en *Ciencia versus humanismo* parecían abstractos y remotos en aquel entonces, hoy se han vuelto urgentes y personales. Se siguen haciendo afirmaciones extravagantes. Increíblemente, al cabo de una década —en que la clonación, el descubrimiento del vasto proyecto soviético de armas biológicas, los misterios de la Encefalopatía Espongiforme Bovina o BSE (acrónimo de *Bovine Spongiform Encephalopathy*), el increíble daño que se inflige al medio ambiente, la irreductible complejidad del mundo posterior a la Guerra Fría y el advenimiento del terrorismo tecnológicamente capacitado—, que han expuesto muy claramente la ambigüedad del rol de la ciencia y, en última instancia, su incapacidad de resolver los problemas más importantes que

enfrentamos, sigue habiendo científicos y filósofos de alto perfil que predicán que nos salvaremos si —y solo si— ponemos toda nuestra fe en la ciencia.

Este libro nunca tuvo la postura de asumir una postura anti-científica, de ser un panfleto de Luddite, ni es su propósito negar el poder creativo e intelectual de la ciencia. La ciencia siempre ejerce gran fascinación para mí, como lo hace para todos que poseen cierta imaginación. Pero me fascinó como una actividad humana más entre muchas otras [...].”

Otorgarle su exacto sentido a las humanidades médicas cuando se trata de la relación entre el médico y su paciente es poner en su justo valor tanto a la ciencia como al buen trato.

## Bibliografía

1. Pérgola F, *Tratado de bioética para alumnos de la Facultad de Medicina (UBA)*, Buenos Aires, Eudeba, 2016.
2. Balint M, *El médico, el paciente y la enfermedad*, Buenos Aires, Libros Básicos, 1961.
3. Laín Entralgo P, *Antropología médica*, Barcelona, Salvat, 1986.
4. Pérgola F, *La antropología médica en discusión*, Buenos Aires, El Guion, 2008.
5. Pérgola F y Ayala JM, *Antropología médica*, Buenos Aires, CTM, 2005.
6. Pérgola F, *Historia de la Salud Social en la Argentina*, Buenos Aires, Superintendencia de Servicios de Salud, 2004.
7. Glorio R, Los saberes pedagógicos en el docente universitario, presentado al premio “José E. Burucúa (2013-2014-2015)”, Facultad de Medicina (UBA).
8. Marrero J, “Las teorías implícitas del profesorado: vínculo entre la cultura y la práctica de la enseñanza”, en Rodrigo MJ,

- Rodríguez A y Marrero J (edit.), *Las teorías implícitas. Una aproximación al conocimiento cotidiano*, Madrid, Visor Distribuciones, 1993.
9. Pozo JI, Scheuer N, Mateos M y Pérez E, *Nuevas formas de pensar la enseñanza y el aprendizaje*, Madrid, Grao, 2006.
  10. Marrero J, *Op. cit.*, cita 8.
  11. Glorio R, *Op. cit.*, cita 8.
  12. Escribano JC, “Hacia el siglo XXII, la ciencia va en avión y el humanismo a pie”, *La Nación*, Buenos Aires, 22 de octubre de 2015.
  13. Balint M, *Op. cit.*, cita 2.
  14. Pegoraro JS, *Los lazos sociales del delito económico y el orden social*, Buenos Aires, Eudeba, 2015.
  15. Laín Entralgo P, *Op. cit.*, cita 3.
  16. Buzzi A, “La entrevista médica en geriatría”, *Geriatría Práctica*, Buenos Aires, 4 (Nº 8): 3-10, 1994.
  17. Coulehan JL and Block MR, *The Medical Interview* (3º edición), Filadelfia, Davis Company, 1992.
  18. Schneider PB, “Los diferentes modelos de la relación médico-paciente”, *Psicología médica*, Buenos Aires, 5 (Nº 3 /4): 363-379, 1980.
  19. Szasz TS y Hollender MH, “A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor patient relationship”, *AMA, Archives of Internal Medicine*, 97:585-592, 1956.
  20. Buzzi A, *Op. cit.*, cita 16.
  21. Demibicki L, “Sentido y valor de la enfermedad”, *Eco médico*, Nº 8, pp. 3-8, 1960.
  22. Appleyard B, *Ciencia vs. humanismo*, Buenos Aires, El Ateneo, 2004.



# ÍNDICE

Introducción ...9

## Capítulo I

Origen y culminación de las humanidades ...17

## Capítulo II

Ese tan esperado Renacimiento ...23

## Capítulo III

Las humanidades médicas hoy ...31

## Capítulo IV

La contracara de las humanidades médicas ...41

## Capítulo V

De la medicina de la persona a la medicina de la evidencia ...53

## Capítulo VI

La relación médico-paciente ...61

Se terminó de imprimir  
en el mes de enero de 2016  
en los talleres de Bibliografika  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Argentina.

Profesor Consulto Adjunto de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Miembro de Número de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires.

Miembro de Número de la Academia de Ética en Medicina.

Director titular del Directorio de Eudeba.

Publicó 70 libros de medicina, historia de la medicina y antropología médica y más de 700 trabajos en revistas especializadas.

Dirigió y dirige más de 30 Tesis de Doctorado y fue jurado en 27 de ellas.

Entre otros premios recibió los siguientes:

Faja de Honor de la Sociedad Argentina de Escritores ENSAYO 1986 por el libro *Brujos y cuasi médicos en los inicios argentinos*.

Premio Hipócrates de la Academia Nacional de Medicina (2003).

Maestro de la Medicina de la Academia Nacional de Medicina (2011).

Reconocimiento a la trayectoria de la Universidad de Buenos Aires en su 90° aniversario (2011).

 **El Guion**

ISBN 978-987-25118-7-6



9 789872 511876