



CULTURA, GLOBALIZACIÓN Y MEDICINA

Federico Pégola

El Guion Ediciones
EGE

Cultura, globalización y medicina

Federico Pégola



El Guion Ediciones, 2002
Acassuso 267 (1642) San Isidro
e-mail: elguionediciones@gmail.com
Hecho el depósito que marca la ley 11.723
ISBN: 987-20238-0-8
Impreso en Buenos Aires - Argentina

Este libro no puede ser reproducido total ni parcialmente en ninguna forma ni por ningún medio o procedimiento. Cualquier reproducción sin el permiso previo por escrito de la editorial viola derechos reservados, es ilegal y constituye un delito.

A la memoria de mi madre
Ana María Tettamanti de Pégola
(1911-2000)
Y su cultura de trabajo

...La obligación de una universidad no puede ser solo la de formar buenos profesionales y menos en un país con los problemas básicos de la civilización y la modernidad sin resolver. Es igualmente imprescindible que contribuya a formar buenos ciudadanos, hombre y mujeres sensibles respecto a la sociedad en que viven, alertas a sus retos, a sus abismales disparidades, y conscientes de su responsabilidad cívica. Una universidad que evita la política es tan defectuosa como aquella donde solo se hace política.

Vargas Llosa, Mario, "Regreso a San Marcos", *La Nación*, Buenos Aires, 5 de mayo de 2001.

CULTURA, GLOBALIZACIÓN Y MEDICINA

Una visión histórico-cultural de los últimos tiempos

(versión corregida y aumentada)

Federico Pérgola

INTRODUCCIÓN

El inicio del milenio encuentra al hombre ante la disyuntiva de profundos cambios estructurales en su vida social: explosión demográfica, novedosa distribución de los bienes de capital en un proceso denominado globalización, amenaza cierta de cambios climáticos generados por la actividad humana, firmes efectos letales del sida en el sur del continente africano, auge impensado de los medios de comunicación, descomunal desarrollo de la ciencia en general, guerras religiosas en épocas de generalización de arsenales de armas atómicas. Ninguno de estos hechos dejará de tener graves implicaciones: hasta el acelerado incremento de las comunicaciones, puesto que hará que los Estados tengan que destinar fortunas para conseguir que sean pocos los ciudadanos marginados del sistema (sí, del sistema electrónico).

Todas estas modificaciones inciden sobre los distintos grupos lingüístico-culturales y comienzan a dejar huellas en las relaciones interpersonales, sobre todo en las atinentes a la familia, a los afectos, a los grupos de poder... La relación médico-paciente y así también la misma actividad médica, que corría por los carriles moldeados por el Positivismo donde la ciencia se había constituido en el nuevo Dios, sufren el cimbronazo. El médico actual se maneja con códigos disímiles al de décadas atrás. Los que sufrieron la transición sienten el cambio como un despojo. Las nuevas camadas se adaptan a la condición de médicos que no reciben la estima de antes (ellos no lo saben porque no pueden comparar) y aún perciben –en la gran mayoría– magros ingresos que apenas sustentan las necesidades básicas.

Este cambio es profundo e implica que las reglas de juego han variado. No habrá retroceso. Son procesos que acompañan a las diferentes cualidades de la función del médico en relación con el enfermo, el Estado, la Iglesia o los reyes de turno. Esta tal vez sea la modificación más importante desde que se reglamentó el ejercicio de la profesión, ameritando que, desde ese entonces, su prestigio había ido *in crescendo* hasta las primeras décadas del siglo XX.

La medicina ha perdido sus misterios. Muchos (no todos) de los enigmas que la hacían más mágica, más metafísica, fueron desvaneciéndose con la investigación y la curación de las afecciones o su control, tal como fue el caso de la diabetes mellitus, muchas otras endocrinopatías (hasta el enanismo hipofisario), las insuficiencias cardíaca o renal, una buena parte de las enfermedades infecciosas... Los que detentaban poderes mágicos (así aceptados) eran los magos o los brujos, aquellos que invocaban la curación a través de sus propios dioses. Lo tangible, lo que tiene cuerpo, lo que se toca, principia a perder su misterio. Se esfuma el pensamiento mágico. Prescindimos de los brujos.

Capítulo 1

EL POSMODERNISMO EN MEDICINA

En el curso de su evolución la medicina experimentó cambios profundos tanto en los sistemas de implementación como en su condición humana más importante: la relación médico-paciente. Las modificaciones que sufrió en los últimos cien años fueron las más acentuadas. También los intervalos entre crisis y crisis vieron mermar su tiempo (todo indicaría que este estado es permanente). Desde épocas pretéritas se consideró que la medicina más que una ciencia era un arte. En su desempeño, el médico siempre apeló a la imaginación y a la artesanía con el objeto de poder comunicarse fluidamente con sus semejantes. Los más capaces –o los que tenían más éxito entre los enfermos– eran, en cierta forma, los que dominaban el arte de la comunicación; obviamente que el arte sin sólidos conocimientos científicos conducía (y conduce) casi irremediabilmente al fracaso (decimos “casi” porque existen ejemplos en que los pacientes fueron engañados durante todo el tiempo).

Surge de inmediato aclarar algunos conceptos meneados en la actualidad y, a veces, sin un basamento profundo. Kovadloff¹ hace una síntesis perfecta de lo que supone ameritar sobre modernidad y posmodernidad:

Moderna fue la confianza en el progreso como cura de todos los males. Moderno, el sueño de un Occidente ejemplar como modelo de civilización. Moderno, incluso, el ideal de una revolución redentora capaz de disolver las desigualdades. Moderna, asimismo, la sacralización del arte, la apoteosis de la ciencia, la exaltación de la democracia representativa.

A todos estos fervores se opuso el posmodernismo decretando su inconsistencia. A todos los denunció; a todos los dio por extenuados. Al hombre rebosante de coherencia del que habla la Modernidad le antepuso un espejo que lo reflejaba vacío, vaciado, consumidor y consumido; habitante sin rumbo del orden y el cálculo. Donde antes se decía unidad, la denuncia posmoderna sostuvo que no había sino dispersión. Donde imperaba el absoluto, ella desnudó el auge ingobernable de lo relativo. Donde se afirmaba el saber, descubrió que no había otra cosa que creencias. A la prédica que enfatizaba las jerarquías morales la decretó sin vida oponiéndole la prosaica horizontalidad de los hechos: múltiples, contradictorios, equivalentes.

De acuerdo con las reflexiones de Lyotard resulta más sencillo explicar la posmodernidad desde el arte que desde las ideas filosóficas.

El pensamiento del fin del siglo XX, como el de este nuevo que se inicia, ha sufrido insospechadas variaciones tanto en lo que atañe a las ciencias como a las artes, tanto en lo que respecta a la economía como a la política. Los cambios involucran todos los estamentos de la cultura. En lo artístico, dado su carácter tangible, podemos apreciarlo con mayor claridad. La aparición del daguerrotipo (en la primera mitad del siglo XIX), la fotografía y la cinematografía, el desarrollo de nuevas teorías sobre el color y algunas expresiones artísticas que trataban de reproducir sobre la tela la *cinesis*, el momento, como los célebres trabajos de Carrá o el famoso cuadro de Duchamp *Mujer bajando una escalera*, presajaron en cierto modo lo que luego sería llamado el arte cinético. La gran cantidad de escuelas pictóricas surgidas después del impresionismo, aseguraban que no sobrevendría un nuevo manierismo. También lo afirmaba quien había revolucionado el arte pictórico: Pablo Picasso, con su genio polifacético, capaz de pintar con diversos estilos y saltar de la pintura a la escultura o al grabado. Tuvo ilustres antecesores en Miguel Ángel, tan excelente pintor como escultor, y en Leonardo, notable inventor y excepcional pintor, que ensayó todo tipo de técnicas que, de acuerdo con estas concepciones, corresponderían a una lejana prehistoria.

Las expresiones artísticas empiezan a ser analizadas no solamente por los críticos sino también por los sociólogos, psiquiatras e historiadores, que ven reflejadas –en la paleta del pintor– épocas, estilos y modos de vida. La literatura sufrirá el cimbronazo del ordenador, de la videocinta, del grabador. Programas de *software* sobre traducción o corrección de textos, como así también novelas con finales programables, llegan para complicar todavía más al desvalido

escritor. Hauser² es terminante cuando expresa que *a pesar del distinto ritmo en la evolución de las diversas artes no puede dejar de reconocerse la relación de los estilos con las formas correspondientes de la sociedad. Incluso la relativa independencia de una u otra forma de convención general tiene sus razones sociológicas determinantes*. En forma casi subrepticia, el arte introduce el posmodernismo en el pensamiento del hombre del siglo XX.

El auge de la literatura sudamericana del último tiempo (que pareciera que llega a su ocaso) conoció su estímulo y fue reconocido en el mundo entero a la sombra de las diversas corrientes ideológicas (de uno u otro sector) y de los gobiernos de facto, de las dictaduras y de las efímeras o inmaduras democracias. Sin ignorar las condiciones innatas de los escritores, estos elementos fueron las vidrieras donde los contempló el mundo, como en los casos de Vargas Llosa, García Márquez, Cortázar, Borges, Haroldo Conti, Isabel Allende, Ernesto Sábato, Octavio Paz...

Hubo cuestionamientos. Algunos exigiendo más cambios, otros preocupados por la crisis. Romero Brest, conocido crítico argentino de arte, pregonaba en la década del 60 del siglo pasado y en el Instituto Di Tella, la muerte de la pintura de caballete, recreando la funesta sensación que a veces acomete al pintor frente a la tela en blanco. Esa misma muerte le decretaban los iconoclastas del posmodernismo a la ciencia clásica. Por su parte, una investigación realizada por la Cámara Argentina del Libro (1990) llegaba a la conclusión que este se ve en cierta forma reemplazado por los medios audiovisuales y por las formas alternativas del registro del conocimiento. La aplicación directa de esta merma se ve reflejada en que *comienzan a aparecer signos que denotan un deterioro en el manejo de la propia lengua, faltas de ortografía, vicios gramaticales, pobreza de vocabulario, problemas de redacción*. Las historias clínicas que confeccionan muchos médicos residentes y la presentación de trabajos científicos a la redacción de las revistas médicas para su publicación no hacen más que confirmar esta observación general. Nos habilitan para estas observaciones la dirección ininterrumpida –durante diez años– de la *revista Geriátrica Práctica*, por espacio de cinco años de *Médicos y Medicinas en la historia*, y de la supervisión de las Historias Clínicas, en un lapso de una década, en el Instituto de Semiología “Gregorio Aráoz Alfaro” del Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Eugenio Pucciarelli, médico y filósofo argentino, decía que el director de una revista es su principal corrector.

Según el citado informe de la Cámara Argentina del Libro, mientras que en Japón y en España los alumnos del primario y del secundario adquieren anualmente 9,8 y 6,5 libros por alumno respectivamente, en la Argentina la cifra llega a 0,7. Agreguemos a ello el constante deterioro económico que viene padeciendo nuestro país y reconozcamos que los datos son alarmantes.

Lo poco que le queda de arte a la medicina también padece cuestionamientos. Se lo puede observar en la habitual desestimación del examen clínico del enfermo frente al estudio instrumental o de imágenes que subyuga al médico novel. El mecanicismo o la robotización, como quiera llamársela, aunque se le pueden encontrar sutiles diferencias, es la impronta de la época y estamos seguros que tiene ganado el futuro. Esa posición de las jóvenes generaciones de médicos está fundamentada. Sin embargo, el acercamiento del médico a su paciente lleva implícito un importante paso de la relación que ha caracterizado a la medicina. Es que no existe en lo artístico un pensamiento apocalíptico. Creemos como Ernst Fischer³ que *todo arte está condicionado por el tiempo y representa a la humanidad en la medida en que corresponda a las ideas y aspiraciones, a las necesidades y esperanzas de una situación histórica particular*.

La vanguardia imita el proceso del arte [...] –dice Glusberg⁴–. Pero las masas critican la cultura superior solo cuando cuestionan el orden social. Vattimo⁵ aclara que cuando hablamos de la muerte del arte, y conviene decirlo desde el principio aun cuando más adelante no desarrollemos el discurso en estos términos generales, hablamos dentro del marco de esa afectiva realización pervertida del espíritu absoluto hegeliano o, lo que es lo mismo, dentro del marco de la metafísica realizada, de la metafísica que ha llegado a su fin en el sentido en que nos habla de ella Heidegger y tal como la vemos anunciarse filosóficamente en la obra de Nietzsche. Agregando luego que la muerte es una de esas expresiones que designan o, mejor dicho, constituyen la época del fin de la metafísica tal como la profetiza Hegel, la vive Nietzsche y la registra Heidegger. En esta época, el pensamiento está respecto de la metafísica, en una posición de Verwindung: en verdad no se abandona la metafísica como se abandona un traje viejo porque ella nos constituye como nuestro destino, nos remite a ella y nosotros nos remitimos a ella como a algo que nos ha sido asignado.

En lo que atañe a la posición histórica de este análisis, no deja de ser relevante nuestro concepto de “pensamiento occidental”. Todos los grandes pensadores de este sector del globo

así lo han interpretado. Vattimo⁶, refiriéndose al arte posmoderno, dice que *el mundo Occidental tomó conciencia de la multiplicidad de las culturas. Ahora, efectivamente se puede explicar en eso el paso de la autopía a la heterotopía* (“*términos acuñados por el mismo Vattimo*”). *Es decir, por un lado, nuestra tradición nos hablaba de un ideal de humanidad que siempre era un ideal unitario que nos presentaba a nosotros como utopía, como ‘telos’ muy lejano. Ahora esta utopía se transformó en un ideal heterotópico, en el sentido de que la verdad humana parece ser la de un hombre que puede vivir entre diferentes horizontes, asimilar diferentes formas de vida.* Ello no significaría –para Vattimo– el riesgo de la pérdida de toda posibilidad de criterios definidos de juicio sino más bien de una riqueza, un incremento de las posibilidades de existencia. Ejerceríamos más, de esta forma, la *libertas minor*, la libertad de escoger.

La medicina ha tenido la virtud y el goce de que siempre tendió a la universalización, tal como lo señalaron pragmáticamente la escuela de traductores de Gondishapur o la creada por Federico II en el sur de Italia. La historia nos ha enseñado que la medicina siempre ha querido ser una sola al servicio del hombre enfermo. Sin embargo, no podemos desconocer que el desarrollo de ese aspecto unitario lo hacemos con un pensamiento occidental que se fragmenta con las diferencias con el ayurvedismo o la medicina china, por ejemplificar con dos ejemplos solamente.

Ambigüedades y certezas del pensamiento científico

El pensamiento del mundo contemporáneo tiene características únicas dentro de su historia, por lo menos en lo que se refiere al mundo Occidental. Conviven, se contraponen, se atacan ideas diversas y se cuestiona a la ciencia –el dios moderno desde el positivismo– como no ha ocurrido en otras etapas del devenir de la humanidad. Múltiples ideas, alarmante diversidad de creencias y cierta tolerancia (tampoco nunca vista), conforman el panorama.

Establecidas las controversias, un rasgo las distingue: todos los cimientos son socavados. Aun los valores más firmes de la constitución de la sociedad como, por ejemplo, los afectos familiares –sobre todo a partir de Freud y Cooper– son colocados en el objetivo de un microscopio que escudriña el alma. Eso que llega al meollo de las relaciones interpersonales se acentúa y expande en progresión geométrica en lo que se atañe a las clases sociales, los letrados y los iletrados, los hombres y las mujeres, los jóvenes y los senescentes...

Lo expresamos. Se convulsionó el arte: se reniega de la pintura de caballete, se tilda de prehistórico al arte clásico o se lo desestima como ocurrió con la obra del escultor Giulio Monteverde, surgen nuevas formas de expresión (*happenings*, arte pop, arte gestual, *assemblage*, etc.) que reducen aún más al número de personas que pueden apreciarlas. Por otra parte, a esa mayoría incapaz de absorber la evolución artística se la nutre –en una forma también cuestionada– con el arte *kitsch*. En medicina, cuando no debería ser así, existe una medicina clásica que afina conceptos y pule sus aristas, y otra burda que, como en el arte, también podríamos denominar *kitsch*, que a veces encuentra más difusión y aprecio en los medios.

La ciencia y la tecnología, como brazos ejecutores de numerosos cambios materiales, que inciden en la modificación humana del arte y de la forma de pensar, también se convulsionan. Entran en escena quienes pretenden desandar los esquemas clásicos o torcer su rumbo.

Todas estas ideas –como también lo han hecho muchas anteriores aunque con menor intensidad– no dejan lugar a las certezas, a las verdades incólumes y, si bien no siempre presentan ambigüedades, porque la hipótesis tiene un derrotero exacto para quien la formula, dejan resquicios para las críticas y la confrontación. Cientos de libros se han escrito con el solo propósito de refutar una tesis de otro autor. Hegel sostenía que toda tesis tiene sus contradicciones y a ella apuntan, es evidente, muchos críticos epistemólogos del siglo pasado. En lo que a la ciencia respecta, siempre que la metodología (ahora en la diana del cuestionamiento) fuese la correcta, la hipótesis que se trató de probar –positiva o negativa– dejó un saldo útil. Cuando la ciencia tomó un camino espurio, como en el caso de los fraudes científicos más recientes, tales los de Lysenko, con el dudoso valor de la “genética socialista”⁷, o Benveniste, para no acordarnos del aficionado Charles Dawson y el cráneo de Piltdown, no se trató de ambigüedades o certezas, sino simplemente de hechos que buscaban algún rédito personal o el del sistema político imperante.

En una propuesta difícil de resumir y ordenar, tratamos en un epítome de convertir el caos en orden, definiendo los pensamientos humanístico, artístico, científico y tecnológico.

Estas cuatro vertientes se unen para conducir al hombre a un desafío que le impone la

entrada al nuevo siglo, en este caso un nuevo milenio, con todo el sentido mágico que Occidente le asignó a cada centuria, cargado de expectativas y de sombras. En este caso, para mayor magia, se trata del milenarismo. Tal vez, para muchos, acordes con la emoción, el más grande desafío de toda la historia reciente; aunque bien sabemos que la cronología del tiempo es solamente una creación humana que sirve para aumentar la angustia existencial y para recalentar la mente de los filósofos y de los aficionados.

El mundo escéptico

Un denominador común del pensamiento del hombre en esta etapa de inicios de siglo es el escepticismo. Si las ideas estuvieran dispersas en una gama de marchas y de contramarchas, progresismo y conservadurismo, es probable que poco provecho podríamos obtener con la puesta en la picota de las lucubraciones de sociólogos y filósofos, científicos o librepensadores de distinto calibre y valor.

No ha sido este un escepticismo de una época donde las ideas religiosas poco se cuestionaban, como aquel de Francisco Nuñez⁸, cuya duda se enfocaba más sobre los conocimientos y la existencia misma del hombre, enmarañado tal vez en su dualidad de fe: judía y cristiana. Tampoco es un escepticismo parcial que se vuelca especialmente sobre una parte de las comunidades de las naciones (aunque justo es reconocerlo, incide en algunos países más que en otros). Pensaba Alexis de Tocqueville⁹, sobre el destino del continente americano al sur del Río Grande, con que no tenían futuro promisorio porque *estas tierras, a diferencia de las del Norte, fueron ocupadas por aventureros sin familia*. O bien como escribía, entre 1824 y 1832, el cónsul general de Inglaterra en Buenos Aires, Woodbine Parish¹⁰:

Pero los gobiernos establecidos de ese modo, con una independencia en embrión, inciertos sobre su éxito, débiles e inestables, un día democráticos y otro despóticos, divididos y discordes por opuestos bandos, y con muy poco conocimiento o experiencia para la tarea que se les había encomendado, pronto se reconocieron demasiado débiles para hacerse respetables, o para sostener su autoridad siempre que esta en sus dictados fuese opuesta a las miras de los caudillos que en los primeros años de la revolución obtuvieron una importancia efímera en algunas de las provincias y ciudades remotas del interior.

Estas eran formas de expresiones comunes entre quienes arribaban a estos pueblos y encerraban una realidad palpable, pero no perdamos de vista los intereses económicos habituales de estos representantes de gobiernos extranjeros a quienes les convenía enfrentarse con Estados débiles, los mismos que ellos criticaban.

El escepticismo está implícito en las actitudes ciudadanas, en ocasiones con la renuencia a emitir un voto (recuérdese el episodio del grupo 501 en las elecciones argentinas de octubre de 1999), en otras a participar –aunque sea marginalmente– en la vida del país. ¿Cómo actúa el escepticismo? En base al individualismo, al tratar de defender el núcleo social mínimo, fundamento de su propia nacionalidad: la familia. Ruy Barbosa decía que la patria es la familia amplificada. Fukuyama¹¹ a una actitud de esta naturaleza le asigna un sello de progreso y también menciona a Tocqueville, sin caer en la cuenta de que esa miniparticipación, ese salir del todo nacional para caer en la partícula social (las sociedades de Fomento serían el ejemplo), lleva el germen mismo de la atomización que fue el paso anterior, la sala previa, a la organización de las naciones. No obstante, cuando Fukuyama avanza en sus ideas no se encuentra totalmente convencido de sus afirmaciones y vuelve a efectuar el análisis de situaciones controvertidas por este tipo de simplificación. Así opina que los liberales *lockeanos* de Estados Unidos, como Jefferson o Franklin, creían tanto como Lincoln que la libertad de esa democracia “requería la creencia en Dios”. De esa forma el individualismo adquiriría un tipo de desarrollo universal por la metafísica.

Nada de ello pondera Mari¹² cuando dice:

Objetividad, neutralidad política, impersonalidad valorativa y ética, separación del conocimiento científico de sus relaciones con las estructuras políticas y económicas de la sociedad; he aquí las características esenciales del modelo de la modernidad, modelo al que llamaremos en este estado actual de la evolución de las ideas, el modelo

tradicional moderno.

¿Cómo se manifiesta el individualismo en el hombre actual? Ese reencantamiento del mundo –en una indudable búsqueda introspectiva– hace que cada persona tenga su ídolo para idolatrar (valga la redundancia) y haga fructificar sus ideas en un altar personal. Esta etapa inicial del siglo XXI nos lo muestra –aun no desconociendo los adelantos científicos– concurrendo masivamente para su atención médica a las medicinas alternativas, o suaves, o marginales, entre algunos de los tantos sinónimos con que se las nombra; con la credulidad creciente que impulsa a lo esotérico. En estas circunstancias, también pululan las sectas religiosas que se apartan de alguna manera de las religiones tradicionales (cristiana, judía, musulmana, budista). El monoteísmo, que había inaugurado en la evolución natural de las religiones el faraón Akenatón, pega una vuelta de 180 grados y aparecen dioses de todo tipo y color. Esa óptica puede ser consecuencia de la duda religiosa, o de la búsqueda de una “tabla de salvación”, pero también resultado del escepticismo generalizado, ante la insatisfacción de las expectativas creadas, como ocurre en el caso de la medicina tradicional. El filólogo italiano Umberto Eco¹³ reconocido popularmente por sus exitosas novelas (tal vez no tan leído en profundidad como indicaría la pronta desaparición de sus *best-sellers* de las librerías), viene pregonando –aunque en el último tiempo pareciera haber perdido ímpetu en ese sentido– que *recientemente, y desde muchas y diferentes posiciones se ha empezado a hablar de nuestra época como de una nueva Edad Media. El problema –dice– reside en saber si se trata de una profecía o de una comprobación. En otras palabras, ¿hemos entrado ya en la Nueva Edad Media? ¿o bien, tal como lo ha expresado Roberto Vacca en un libro inquietante, se producirá una Edad Media en un futuro próximo? La tesis de Vacca se refiere a la degradación de los grandes sistemas típicos de la era tecnológica; estos, por ser demasiado vastos y complejos como para que una autoridad central pueda controlarlos e incluso pueda hacerlo individualmente un aparato de administración eficaz, están destinados al colapso y, a consecuencia de su interdependencia recíproca, a producir un retroceso de toda civilización industrial.* Esto que parece una digresión en el hilo conductor del pensamiento inicial, tiene los siguientes puntos de contacto:

a. Si queremos ejemplificar el sentido religioso de la Edad Media (por otra parte, nunca cuestionado), no tenemos más que recordar que el camposanto (y su nombre lo indica) se encontraba a la vera de las iglesias e, incluso, los prelados importantes moraban en su sueño eterno dentro de las mismas. La carne era lo putrescible: los médicos famosos aconsejaban a sus discípulos no asistir a los pacientes afectados por graves enfermedades o a los moribundos. Esta práctica desprestigiaba al galeno.

Eco¹⁴ volvería a referirse al Apocalipsis. Una revista italiana convocó al semiólogo a debatir con el cardenal Carlo Maria Martini, de gran predicamento en la península, por un tema que preocupa por igual a laicos y religiosos, y entre otras cosas dijo:

La vulgata histórica nos dice que los últimos años del primer milenio estuvieron obsesionados por la idea del fin de los tiempos. Es cierto que los historiadores ya señalaron como leyenda los famosos “terrores del Año Mil”, la visión de las locas gimientes que esperaban una aurora que nunca se mostraría. Pero nos dicen también que el pensamiento del fin precedió algunos siglos ese día fatal y, lo que es más curioso todavía, lo siguió: y a partir de aquí cobraron formas los distintos “milenarios” del segundo milenio, que no sólo fueron los movimientos religiosos, ortodoxos o hieráticos que hubo: porque ahora se tiende a clasificar como formas de supuesta reaparición milenaria de Jesucristo también a muchos movimientos políticos y sociales de impronta laica, y además atea, que tenían la intención de acelerar violentamente el fin de los tiempos, no para realizar la Ciudad de Dios, sino para una nueva Ciudad Terrenal.

b. Vacca, como lo mencionamos, nos señala su idea de la ausencia de control central para las actividades industriales y podemos hallar una similitud analítica con las grandes religiones que parecen fragmentarse en sectas que escapan a una acción integradora, universal, que tienda a evitar lo que se ha llamado “el reencantamiento del mundo”¹⁵.

Las comparaciones

En un sentido también general y con una oración de esperanza lejana, Cernuschi¹⁶ dice que *los problemas que debe enfrentar la humanidad hoy para encontrar el camino de la supervivencia y de una vida digna son tremendos. Ojalá pueda convertirse en realidad el ideal de la antigua Grecia de que los gobernantes sean sabios.* Pero la ecuación sería otra: los gobernantes sabios necesitan pueblos dignos y sin esa conjunción no podrá existir ni lo uno ni lo otro.

El comienzo de lo que podríamos llamar una época venturosa, que declina en el siglo XX, se remonta mucho más atrás. Según expresa Burucúa¹⁷, *aún cuando el programa de la modernidad haya pactado con muchas desigualdades del "Ancien Régime" hasta el siglo XVIII y luego las haya engendrado, nunca vistas y oídas, durante la Revolución Industrial, de todas formas ese proyecto moderno comenzó a constituirse cuando los europeos permitieron la posibilidad de erigir una sociedad sin privilegios en la tierra, tras la derrota del milenarismo en la "Bauernkrieg" y en el apocalipsis de la ciudad de Münster.* Cinco siglos después, Chomsky hablará del sentido pérfido de las concesiones y de una imagen de desigualdades pundorosamente fabricadas. Esas mismas situaciones tampoco escapan a la visión crítica de Burucúa¹⁸:

A pesar de que los mitos del racionalismo y del progreso han otorgado a los tiempos modernos unidad y coherencia en el plano de las representaciones mentales, las propias ideas que subyacen en tales mitos y las actitudes que de ellos se desprenden instalaron a los 'hominis novi', desde el lejano comienzo de la modernidad clásica en el siglo XVI, sobre una situación conflictiva de paradojas múltiples. Pues ocurre que el ejercicio permanente de la razón crítica y el sentimiento generalizado de confianza en el avance continuo de las sociedades hacia la perfección y la felicidad mundanas han hecho del cambio y de la mutación los desiderata de las civilizaciones modernas, a contrapelo de cuanto ha sucedido antes en la historia. Por ello, sobre todo los europeos y los americanos de los últimos cinco siglos, y los demás hombres de las tierras afroasiáticas desde la centuria pasada, hemos vivido una existencia agonal, cuyo desgarramiento crece a medida que nos acercamos a la presente, buscando sin cesar equilibrios nuevos e inéditos en los campos de la economía, de la política, de la cultura, con la conciencia cada vez más arraigada de lo efímero y precario de esas soluciones. Hemos construido con ahínco, sabedores de que, a poco de finalizada, nuestra obra estaría envejecida y sería necesario volver a empezar. He aquí la raíz de las paradojas que han impregnado todas las creencias de la modernidad y que pueden asumir formas muy variadas, algunas inclusive lejanas, en apariencia, respecto de la cuestión de la metamorfosis ilimitada en el núcleo íntimo y dominante de la vida moderna.

Ese volver a empezar de que habla Burucúa se está tornando utópico. Existen algunas imitaciones biológicas ejemplificadoras. Las colonias microbianas actúan –no todas ellas ciertamente– en una forma estúpida: su desarrollo termina con la vida del huésped y así generan su propia destrucción. Las más exitosas conviven con quienes las albergan, como en el caso de la *Escherichia coli* en el intestino humano y ese equilibrio, al que no podemos calificar de simbiótico aunque logramos algunos beneficios (por ejemplo, la formación de vitamina K), le asegura la supervivencia. En el último tiempo, la biomasa humana, incontrolable en su crecimiento, está generando en quien lo hospeda, la Tierra, tal cantidad de modificaciones que pueden hacer peligrar –entre otras cosas– la constante composición del aire que respiramos¹⁹. En forma permanente se mencionan la contaminación del agua, la tierra y el aire, sin hacer hincapié en hechos puntuales, tales como que las alteraciones del porcentaje del nitrógeno, oxígeno y anhídrido carbónico –como sucedió en épocas ahistóricas– alterarían y harían mutar (aniquilando a los grandes animales) a una buena parte de las especies de la fauna y de la flora del planeta. El hombre, actuando en forma asaz estúpida, está atacando a quien lo ha albergado. Ese es el mensaje que debe replantearse la ciencia actual.

Aquí se nota una característica que se acentúa en la sociedad del nuevo orden: el individualismo. La psicología trata de desentrañar las causas por las cuales el hombre, un ser

gregario, comienza a subestimar las relaciones interpersonales, a no extrañar los afectos y a constituirse en un animal huraño y solitario. la cantidad de hombres y de mujeres que marchan solos por los caminos del mundo sigue aumentando.

En cierto sentido, Bau, Viera y Vattuone²⁰ situarían al individualismo en otra época del pensamiento humano. Con Castoriadis creen que el período moderno (1750-1950) se caracterizó *por la lucha y el encabalgamiento de dos significaciones imaginarias: autonomías individual y social de un lado y expansión ilimitada del dominio racional por el otro.*

El período actual (postmodernismo) está caracterizado por evanescencia del conflicto social, político e ideológico. Fromm ha planteado que, para comprender la conducta del hombre en la sociedad actual hay que examinar un factor importante que es la necesidad estructural humana de "certidumbre"; sabemos que el hombre no está guiado como el animal por una legalidad interna de lo instintivo; por lo tanto, vive acosado por lo incierto"

Esto lo lleva a la creación de ídolos (políticos, religiosos, artísticos, deportivos, etc.) con los cuales se identifica para poder encontrar un lugar donde "garantizar" sus decisiones, un espacio que obtiene la carencia.

Podemos agregar que los estudios de mercado y la tecnología han puesto otros ingredientes en la búsqueda de los ídolos: en primer lugar el poder de seducción del candidato, donde se mezclan finos trabajos de *marketing* con la necesidad de ocultar algunas verdades (no podría un postulante transmitir al electorado, por ejemplo, las dificultades que conoce insalvables sin perder votos) y disfrazar con optimismo su discurso. La historia de la medicina puede encontrar inconvenientes en la caracterización de un personaje que haya tenido gran capacidad para vender su imagen mientras que su labor –en el campo de la medicina– haya sido prolífica. Los médicos también venden su imagen. Coincidimos con Touraine en que existe una gran cantidad de personas desinteresadas en informarse o incapacitadas culturalmente para hacerlo que, lógicamente, no tienen sentido cabal para analizar propuestas y darán respuestas más acordes con la emoción que con la reflexión o simplemente pueriles. Los enfermos también se encantan con cualidades no profesionales del médico: su pulcritud en el vestir, su coche último modelo, su lujoso consultorio o los decorados de la clínica. Los últimos años han demostrado que esta imagen ha perdido valor: difícilmente el médico de la actualidad se despega del común de la gente fuera de sus conocimientos profesionales.

Esa segunda reflexión de Touraine, además, no es la que presentó el grueso de los enfermos de fin del siglo XX. Atiborrado por una información mediática (sobre todo por los periódicos y la televisión), ante la imposibilidad de que la expectativa fuera cubierta por la medicina, comenzó a cuestionar el diagnóstico y el tratamiento médicos y pronto pasó a ilustrarlo (al médico) sobre medicamentos y procedimientos. Nunca esto había ocurrido antes.

Es habitual que cualquier síntoma –generalmente ocasionado por la misma afección– que suceda durante la terapéutica medicamentosa, sea atribuido por parte del paciente a efectos de la misma. El mentado *efecto placebo* se ha constituido en *efecto nocevo*. A esto mucho contribuye la lectura de los prospectos, con sus recomendaciones y advertencias, que acompañan a los medicamentos, sabiamente colocados por la industria a requerimiento estatal no solamente para instruir al médico sino para aventar potenciales juicios que deriven de la droga administrada. El enfermo se transforma en un contralor no idóneo que desecha medicaciones, se entusiasma con otras y sigue acotando la capacidad del médico para desarrollar su profesión en forma adecuada.

Una indicación clara del escepticismo en el pensamiento del mundo actual puede vislumbrarse en los trabajos de Prigogine y Morin y, repetimos, en ese "reencantamiento" que menciona Eco cuando, a pesar de la acumulación de conocimientos médicos, y como contrapartida de lo que fuera el positivismo, el hombre –sin distinción de clase social ni de grupo intelectual– busca ayuda en las terapéuticas alternativas, cuyas bases científicas no resisten los análisis menos exigentes. Hasta la medicina clásica, reiteramos, es víctima del escepticismo.

En un viaje por Buenos Aires, Ilya Prigogine²¹, respondiendo a una periodista, usó un lenguaje menos técnico que el acostumbrado. Ante la siguiente pregunta: *Los íconos de la sobremodernidad son la fragmentación, el aislamiento y el caos. ¿Qué punto de contacto tienen con su trabajo?*, contestó: *Mi trabajo es totalmente opuesto a esto. Se relaciona con la unificación entre varios campos de la ciencia, entre una visión biológica del mundo y una visión estrictamente física. Por supuesto estas cuestiones se han discutido filosóficamente desde hace cientos de años. Pero lo que me interesa a mí es discutirlo en forma matemática y probar cosas, no solamente decir las. Mi meta es mostrar que los sistemas estables son muy pocos y que el caos y la complejidad tienen un enorme papel en la construcción. El caos no es algo*

negativo sino muy positivo, muestra que las leyes deterministas fallan y que hay que recurrir a leyes probabilísticas. Cuando se habla de probabilidades se habla de innovación, de evolución. El caos es una fuerza unificadora y no un elemento de fragmentación. Para mí ese es uno de los puntos principales sobre los que avanzará la ciencia en la década próxima. La complejidad es el modo de acción favorito de la naturaleza y la irreversibilidad es un elemento común en la diversidad del universo.

Tendríamos que admitir, como Pucciarelli²², en la inseguridad esencial de todo conocimiento, a pesar de una paradoja ineludible:

el reconocimiento de la fatalidad de la evidencia y la imposibilidad de prescindir de ella.

La inestabilidad de los sistemas no solamente caracterizó al Prigogine de la física sino que dio base a pensamientos filosóficos y al funcionalismo de estructuras anatómicas, como en el caso del corazón.

Le Fanu²³, médico generalista y periodista científico, admite en cierto modo el escepticismo que invade al pensamiento universal y afecta al médico al sostener que, luego de grandes avances de la medicina después de la Segunda Guerra Mundial, esta ha caído en una declinación notoria. Criticado en sus conceptos añade que la medicina de la mitad del siglo pasado ha tenido doce grandes momentos para entrar en un choque sobre lo novedoso y una verdadera desilusión por los tratamientos. Menciona como esos grandes momentos a descubrimientos de drogas y terapéuticas diversas: penicilina, corticoides, estreptomina y ácido paraaminosalicílico, la prueba de que el tabaquismo produce cáncer de pulmón, la cirugía a corazón abierto, la clorpromazina, el reemplazo de cadera, el trasplante renal, el control de la presión arterial en la prevención del accidente encefalovascular, la curación de la leucemia en los niños, la inseminación *in vitro* y el descubrimiento de que la úlcera péptica está causada por una bacteria (descubrimiento cuestionado por algunos investigadores científicos). Podríamos establecer controversias con cada uno de estos hallazgos, aunque unos sean más firmes que los otros, pero en algo estamos de acuerdo con Le Fanu: las expectativas desmedidas con respecto a la ciencia médica terminan en el escepticismo y en un discurso que se supone vacío de contenido.

Hasta la relación médico-paciente se debate en un juego entre expectativas y escepticismo. El enfermo cuestiona la receta del médico pero también el médico duda del aluvión de novedades de la industria farmacéutica; el paciente requiere una cura rápida y *ad integrum* (ha leído en el periódico que así debe ser), mientras el médico titubea sobre la razón ética del placebo; el anciano desconfía del profesional que le suprimió un medicamento: le está quitando la posibilidad de bañarse en la Fuente de Juvencia; la expectativa que se ha creado en torno a la medicina abruma al galeno y, en su angustia, agrega uno y otro medicamento. En este último caso, creemos que la labor más importante del médico moderno es poner coto a la desesperación del paciente e indicarle el medicamento preciso, la dosis justa y durante el tiempo necesario. No debe dejarse manipular.

Las objeciones al método científico

Las objeciones al método científico no están vinculadas al escepticismo ni a la desconfianza individual ni a la incredulidad del individuo o de los *mass-media*. El tema que abordamos es el de un fenómeno discursivo, crítico, sobre metodología de la ciencia. Invita a suponer que también compete a la medicina que tanto aprecia –desde que el paradigma occidental es la metodología científica de Estados Unidos– las estadísticas y su fría lógica.

El método científico está basado, simplemente, en el pensamiento lógico, y ello constituye la estructura de la mayor parte de las teorías. En el siglo XX, los pensadores que objetaron el método hipotético deductivo, la emprendieron contra él sosteniendo que su cauce estaba delimitado por la sociedad que rodeaba a los investigadores y que, además, no daba respuesta a los problemas sociológicos que se le reclamaban. El físico Thomas S. Kuhn, que escribió –en 1957– *La revolución copernicana*²⁴, y que luego hizo un giro en sus ideas y dio a luz, en 1962, a *La estructura de las revoluciones científicas*²⁵, objetó el desarrollo de las ciencias y a los epistemólogos clásicos como Popper, Hempel, Nagel y muchos otros. Kuhn sostenía que las investigaciones las realizaba el científico aislado, inmerso en su lenguaje y su cultura, que le otorgaban un sello a sus logros. Sería esta una etapa de anarquismo entre personas y escuelas. La segunda etapa, la del objetivo científico cumplido, significaría la conversión,

donde el resto adoptaría ese postulado que actuaría como “paradigma”. Para Kuhn, todos los descubrimientos son triviales excepto cuando estos implican el cambio de la teoría existente. Todos los procedimientos utilizados por los métodos clásicos concurrirían a una acumulación de información y serían útiles hasta el momento del cambio o sustitución de la teoría. Preveía también el colapso o la crisis del paradigma, que durante el proceso de desarrollo del conocimiento no puede ser articulado con el mismo.

Tal vez convendría aclarar sucintamente, con la respetable ayuda de Klimovsky²⁶, en qué consiste esta controversia que generan los pensadores de la “nueva epistemología”. Así dice el científico argentino: *Estos dudan de que la descripción fáctica de lo que realmente hacen los científicos, en el seno de una comunidad social, se corresponda con la práctica del método hipotético deductivo; creen, más bien, que es necesario poner el centro de gravedad del análisis en cuestiones sociológicas, en especial las atinentes al comportamiento de la comunidad científica frente a los problemas que la sociedad le demanda o las propias opiniones, divergencias y creencias que adoptan.*

Kuhn²⁷, en ese mismo sentido, ya que fue uno de los “nuevos epistemólogos” denomina paradigmas al conjunto de creencias, valores, técnicas, etc., que comparten los miembros de una comunidad dada. Pero también debemos darle valor al término comunidad, que define como la escuela o cenáculo que impulsa todos los esfuerzos en una misma dirección. Foti²⁸ señala que –en ciencia y humanidades– los nuevos paradigmas son caos y fractales.

En los finales del pasado siglo la ciencia había sido cuestionada. Feyerabend piensa que fue Kant quien, aconsejando al hombre liberarse de su propia inmadurez y adquirir conocimientos, hizo que éste cuestionara –en especial– las propuestas de la Iglesia.

Luego aparecería un nuevo dogmatismo: el de la Ciencia. Sus verdades serían inobjetables y por su intermedio lograríamos omnipotencia. La Ciencia era el Dios moderno. Se había creado la expectativa. Pero, como pasó en el siglo XVIII con las creencias religiosas, en las últimas décadas del siglo pasado y en los inicios del siglo XXI comienzan a criticarse esas verdades que la ciencia postuló y que siempre, como lo demuestran temas tan antiguos como el atomismo y la rotación de la tierra, tantas veces modificadas desde la Grecia clásica, fueron provisorias.

La ciencia, en los prolegómenos de la modernidad –dirá Díaz²⁹–, comenzó a librar una dura lucha contra el dogmatismo. Salió victoriosa. Pero, finalmente, se contagió los defectos de sus viejos enemigos. Hoy los defensores de la ciencia pura se han convertido en dogmáticos epistemológicos [...] En otro orden de cosas, la ciencia actual asiste a su propia metamorfosis. La física tradicional pretendía establecer leyes inmutables, racionales y universales. No dejaba resquicio para los sucesos inesperados [...] A partir de teorías contemporáneas sobre termodinámica, cuántica y caos se patentiza que no es posible descartar el azar y la irreversibilidad temporal entre los componentes de una organización [...] Se flexibilizan los límites entre las ciencias “duras” y “blandas”.

Otros no prefieren llamarlas así, sino ciencias y humanidades.

El método de la investigación alcanzó a emerger después del darwinismo a través de los científicos que lo emplearon a rajatabla. Monod fue, creemos, con su famosa tesis que desarrolló en *Del azar y la casualidad*, quien con mayor entusiasmo adhirió al “método” y su trabajo es un ejemplo de una natural deducción científica donde no hay resquicio posible para las dudas. Luego aparecerían los grandes temas de hoy tales como la expansión del Universo y la teoría del “big bang”. Acotemos que, por razones teológicas, en 1999, la teoría darwiniana fue prohibida en el Estado de Kansas, Estados Unidos (entiéndase bien, en 1999), reeditando –esta vez con éxito– el pleito de la década de los años 20 del siglo pasado. Tal como fue formulada es probable que las críticas sean acertadas pero, en esencia, la evolución de las especies goza de bases firmes y sirvió como verdadera renovación antropológica.

El método clásico de investigación, con toda su rigidez, no arroja resultados irrevocables. La mismísima teoría de la evolución de las especies –seguimos con el ejemplo– que en la actualidad conocemos, está reformada. Cuando los biólogos se refieren a ella lo hacen con su reformulación efectuada en las décadas del 30 y del 40 del siglo pasado. Suponemos que esa fue la cuestionada en Kansas. Es decir que, neodarwinismo primero, teoría sintética después, *la evolución tiene lugar por selección natural de las diferencias hereditarias que surgen*

aleatoriamente en cada generación, de manera que aquellos que confieren a sus portadores una mayor adaptación al medio se multiplican y, las perjudiciales, se eliminarán. Al igual que el darwinismo, la teoría sintética pone de relieve la naturaleza oportunista de la evolución por selección natural, en cuanto que las diferencias aludidas se generan por azar y son seleccionadas en respuesta a las exigencias del medio, y por otra parte, postula la condición gradual de ese proceso³⁰. Las mutaciones serían la causa de la variabilidad.

Weinberg³¹, Premio Nobel de Física 1979 y autor de *Los tres primeros minutos*, una visión moderna del origen del Universo, criado y “estudiado” con el “Método”, reflexiona sobre sus dudas y sobre un importante punto de inflexión que halla en su incesante búsqueda de la verdad científica:

Cada vez que hemos sido capaces de explicar un fenómeno natural por medio de principios universales y de accidentes históricos, ha sido posible, llevando lo suficientemente lejos la explicación de los principios universales, remontar la cadena explicativa hasta llegar al modelo tipo y a la relatividad general. Por más que se lo pueda decir, no hay en biología o química un principio universal que sea enteramente suficiente, sin que necesite una explicación que repose en principios más fundamentales.

Ni el modelo tipo ni la relatividad general representan un punto final: los dos contienen demasiadas informaciones arbitrarias para poder dar una explicación satisfactoria [...] Además, nuestras teorías actuales adolecen de falta de unidad. En el modelo tipo, hemos logrado unificar en gran medida ciertas fuerzas naturales, pero hoy en día se revela difícil poder integrar la teoría de la gravitación en el seno del modelo tipo de manera matemáticamente coherente.

Weinberg no cuestiona el modelo clásico de investigación. Carga las tintas sobre la escasez de conocimientos previos y la falta de unidad de los mismos. Si los esquemas estuvieran completos se lograría la unidad y viceversa. Si la unidad fuera factible posiblemente se contaría con valores exactos.

Bunge³² también reflexiona sobre el estado actual de la ciencia pero fundamentalmente cuestiona sus alcances y la confusión frecuente, por parte del lego, que se hace con la tecnología.

La ciencia contemporánea es una empresa demasiado compleja para que le convenga alguna de las fórmulas simples imaginadas por filósofos tradicionales o por especialistas científicos. Sólo un generalista puede esperar captar los rasgos esenciales de la ciencia, pero es imposible que lo logre si se limita a algunos resultados de la investigación, que es lo que puede aprender en los libros de texto.

Más adelante reconoce el fracaso de una metodología clásica, estricta, pero apunta sus cañones (lo había hecho ya en una conclusión parcial que tituló “ni anarquismo ni autoritarismo”) contra Feyerabend. Así se expresó:

El fracaso de la metodología empirista radical (o de cualquier otra metodología igualmente restrictiva) sugiere el reemplazarla por otra, más abierta a la teoría, aunque no menos rigurosa respecto de la contrastación empírica. Sin embargo, cuando se carece de alternativa es tentador al abrazar el escepticismo radical y proclamar el necesario fracaso de toda metodología, o aun de la inexistencia de todo método. Este es el caso de Feyerabend (1975), el metodoclasta de moda.

La impronta del escepticismo vuelve a ocupar la escena.

Feyerabend³³, uno de los detractores del método clásico, inicia su hipótesis partiendo de la base de que *la idea de un método que contenga principios científicos, inalterables y absolutamente obligatorios que rijan los asuntos científicos entra en dificultades al ser confrontados con los resultados de la investigación histórica*. Con esos conceptos inicia la búsqueda de la verdad metodológica. Ataca a los cánones clásicos de la investigación científica sosteniendo que *la experiencia -contra lo que se creía- no es necesaria en la ciencia*

en lo que respecta a la contrastación, la asimilación de los resultados de la contrastación y el entendimiento de teorías. Critica al ideal de racionalidad que está de moda entre los metodólogos.

También Edgar Morin³⁴, a través de su inspiración y de sus conversaciones con Jacques Monod, John Hunt, Jacques Sauvan, Gregory Bateson, Henri Laborit y otros médicos, biólogos y cibernéticos, cuestiona el método y podríamos considerarlo, junto con Kuhn, Lakatos y el mencionado Feyerabend, uno de los que más ha cimentado la fama del antimétodo. Morin discute –en lo fundamental– la incapacidad de la ciencia para utilizar racionalmente el poder que surge de los propios conocimientos, de su propio saber; de su propia incapacidad para tomarse como modelo de praxis social.

Otro aspecto interesante de su trabajo es el análisis del pensamiento complejo de la ciencia cuya ambición es *rendir cuenta de las articulaciones entre dominios disciplinarios quebrados por el pensamiento disgregador (uno de los principales aspectos del pensamiento simplificador); este aísla lo que separa, y oculta todo lo que religa, interactúa, interfiere. En este sentido el pensamiento complejo aspira al conocimiento multidimensional.*

La misma complejidad genera un fenómeno inédito de apertura epistemológica. Dice Morin que *el esfuerzo teórico..., trabajando naturalmente sobre la relación sujeto-objeto, trabaja, al mismo tiempo, sobre la relación entre el investigador (en este caso yo mismo) y el objeto de su conocimiento: al traer consustancialmente un principio de incertidumbre y de autorreferencia, trae consigo un principio auto-crítico y auto-reflexivo; a través de esos dos rasgos, lleva ya, en sí mismo, su propia potencialidad epistemológica.* Eso coloca al individuo en un sitio, en un locus de privilegio que tiende a ser el centro del mundo: el egocentrismo.

Ser sujeto, es ser autónomo siendo, al mismo tiempo, dependiente. Es ser algo provisorio, parpadeante, incierto, es ser todo para sí mismo, y casi nada para el universo.

Es la claudicación del espíritu universal, zahorí, abierto para todo conocimiento, que caracterizó –y que en ciertas ocasiones deformó– durante mucho tiempo al pensamiento científico. No obstante el cúmulo de conocimientos científicos alcanzados en las últimas cinco décadas da fundamentos para no desautorizar el método científico clásico. En medicina, los endebles y escasos argumentos de las terapéuticas marginales (no clásicas) para imponer sus verdades, son otra peripecia para aupar a la ciencia occidental clásica.

A pesar de los logros de la ciencia, de la creencia en que vivimos en la Edad de la Ciencia, como señala Bunge, el método con que se obtuvieron los mayores triunfos (al comienzo con la observación, luego con el método experimental) resulta así cuestionado. Es ese mismo método que, después de los sistemas médicos, de los iatrofísicos y de los iatroquímicos, abrazó el método cartesiano, el método hipotético deductivo, el de la investigación científica. Aunque pareciera socavar bases que parecían sólidas en física y en química, todavía la historia de la medicina fundamenta la mayor parte de sus conocimientos actuales en el método clásico.

Estos cuestionamientos no pueden llegar al hombre común y, a través de él, a la sociedad toda. El objetivo primordial es hacia adónde apunta la ciencia o hacia adónde debe apuntar. Cuando se logró el control de la fisión atómica, el uso bélico del átomo motivó que muchos científicos y físicos atómicos, con Albert Einstein a la cabeza, expresaran su opinión desfavorable a su utilización como arma de guerra, que quedaría impresa en un libro memorable: *Un mundo o ninguno*. Es que la ciencia siempre plantea sus desafíos y nos reclama la posición ética. En biología, la clonación y las técnicas modernas de fecundación con conservación del óvulo fecundado durante largos años, plantean a diario observaciones éticas.

El avance tecnológico multiplica las tribulaciones. Un respirador de treinta mil dólares que contribuyó a salvar vidas durante la catástrofe de la AMIA en 1994, puede servir para prolongar la existencia penosa y sin futuro de un organismo semiparalizado, que no se comunica ni desea vivir así, de un hombre de 85 años, como opina Del Bosco³⁵. La relatividad de los mayores logros de la ciencia están siempre relacionados de una misma manera: objeto-sujeto.

En forma terminante y casi admonitoria, Jaim Etcheverry³⁶ expresa que *confiamos ciegamente en que la tecnología solucionará todo, hasta la escasez del tiempo que se dedica a la escuela. Parecería haberse perdido el sentido de la proporción, pues, si bien la tecnología puede contribuir con herramientas interesantes al aprendizaje, el motor central del aula sigue siendo un buen maestro, encargado de dar testimonio del valor humano del conocer.* Por su parte Gould³⁷ dice que las ciencias versus las humanidades están en el icono de la segunda mitad del siglo XX. Recuerda que C. P. Snow habló de “dos culturas”, en su famosa charla –en

1959– que tituló *The Two Cultures and the Scientific Revolution*.

Entre tantas otras cosas, entre beneficiosas y complicadas para el hombre, el posmodernismo nos aportó la institucionalización de los senescentes y de los dependientes (traducido en el criticado “geriátrico”), el pañal desechable para el anciano incontinente y la medicina prepaga (*debes pagar antes de enfermarte*). Esta última merece mayor comentario. Según Bosch³⁸ en Estados Unidos se verifica otro tipo, no tan novedoso pero sí generalizado, de atención médica. Ellos *llevan más de setenta años buscando eficiencia y calidad. Durante esas siete décadas, a través del análisis minucioso de los aciertos y errores en lo que en ese país se denomina “managed care”, se ha ido acumulando toda una serie de conocimientos en esta materia.*

Se entiende por “managed care” (“atención médica gerenciada”) cualquier intervención sistemática, sostenida y organizada que afecte favorablemente la calidad y los costos de la atención de la salud de un grupo de población, vinculando responsablemente entre sí a los prestadores de servicios. Con ello buscan medir y mejorar la calidad de la atención médica. Es probable que en estos estudios no entre el estado y la calidad de vida de los verdaderos cuidadores de la salud: los médicos.

Aunque según Mackay³⁹ existen en el mundo 5 millones de médicos, medio millón de dentistas y 4 millones de auxiliares de la salud diplomados, la desigualdad de su distribución es manifiesta y discriminatoria.

En los países ricos la medicina puede ser altamente calificada y utilizar equipos extremadamente complejos, como por ejemplo en los servicios de terapia intensiva. En las regiones rurales de los países pobres, la ausencia de médicos puede resultar la regla.

Todas estas lucubraciones, simplificadas al grado máximo, solamente un tallo de un frondoso vegetal, sirven para mostrarnos un panorama complejo, cambiante, y que define al hombre moderno. La multiplicación de los conocimientos, la universalidad de los mismos, la cibernética, el ordenador, Internet, los descubrimientos que van más allá de nuestro sistema planetario han cambiado el pensamiento del hombre. Todavía no sabemos que ocurrirá más adelante. Dirá Massuh⁴⁰ que *la tecnociencia es expansiva, cautiva a la misma ciencia que la creó.*

La concepción, tal vez un poco pueblerina de nuestra historia y de la evolución de la medicina, podrá ser apreciada en el futuro como una circunstancia simple de individuos comunes. La historia cronológica, aquella que describe los hechos en forma apilada, sucesiva, nunca fue valorada como la historia crítica^{41, 42}, pero resulta dificultoso realizar una historia crítica donde existieron hombres de blanco tratando de mejorar la calidad o salvar la vida de sus semejantes. Esta es una historia menuda pero impregnada de lo más sagrado de la especie humana: el amor al prójimo. O bien dicho en las crudas palabras darwinianas: el instinto de conservación de la especie.

Bibliografía

1. Kovadloff S, “Adiós a la posmodernidad”, *La Nación*, Buenos Aires, 3 de octubre de 1999.
2. Hauser A, *Fundamentos de la sociología del arte*, Madrid, Guadarrama, 1975.
3. Fischer E, *La necesidad del arte*, Barcelona, Planeta-Agostini, 1994.
4. Glusberg J, *Moderno Post Moderno*, Buenos Aires, Emecé, 1993.
5. Vattimo G, *El fin de la modernidad*, Barcelona, Planeta-Agostini, 1994.
6. López Anaya J, *El arte-arte en la sociedad de los medios de comunicación*, Entrevista a Gianni Vattimo, *La Nación*, Buenos Aires, 6 de febrero de 1994.
7. Solís C y Sellés M, *Historia de la ciencia*, Madrid, Espasa Calpe, 2005.
8. Nuñez F, *Que nada se sabe*, Buenos Aires, Aguilar, 1977.
9. García Puga A y Pégola F, “Sudamérica en la visión de Tocqueville y Mantegazza”, *Historia*, Buenos Aires, 17 (N° 66): 73-91, junio-agosto 1997.
10. Woodbine P, *Buenos Aires y las Provincias del Río de la Plata*, Buenos Aires, Hachette, 1958.
11. Fukuyama F, *El fin de la Historia y el del último hombre*, Barcelona, Planeta-Agostini, 1995.
12. Marí E, “La mirada del arqueólogo”, *Clarín. Cultura y Nación*, Buenos Aires, 9 de junio de

- 1994.
13. Eco U, Colombo F, Alveroni F y Sacco G, *La nueva Edad Media*, Madrid, Alianza, 1984.
 14. "Hablando del apocalipsis. Diálogo entre Umberto Eco y Carlo Maria Martini", *Clarín. Cultura y Nación*, Buenos Aires, 27 de abril de 1995.
 15. Pérgola F, *Miseria y peste en la Edad Media*, Buenos Aires, El Guion, 2006.
 16. Cernuschi F, *Ciencia, técnica y sociedad*, Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires Tomos XV/XVI, pp. 179-192. Años 1981/82.
 17. Burucúa JE, "Comunicación epistolar del 7 de febrero de 1995".
 18. Burucúa JE, "Corderos y elefantes. Un estudio sobre la paradoja de la erudición popular en la historia de la cultura moderna clásica", Trabajo publicado en forma extractada por *La Nación*, Buenos Aires, 27 de noviembre de 1994.
 19. Prather MJ, "A change in the air", *Science*, 285:1498, 3 Sept. 1999.
 20. Bau ME, Viera MV y Vattuone NH, "La sociedad fálica", *Revista Argentina de Medicina Psicosomática*, Buenos Aires, 31 (N° 63): 13-15, setiembre de 1994.
 21. Bär N, "El caos es una fuerza unificadora / Entrevista con Ilya Prigogine", *La Nación*, Buenos Aires, 31 de octubre de 1994.
 22. Caturelli A, *La filosofía en la Argentina*, II° Congreso Nacional de Filosofía, Buenos Aires, Sudamericana, 1971.
 23. Le Fanu J, *The rise and fall on modern medicine*, Little, Brown, 1999.
 24. Kuhn TS, *La revolución copernicana*, España, Planeta-Agostini, 1994.
 25. Kuhn TS, *La estructura de las revoluciones científicas*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica (5° ed.), 1996.
 26. Klimovsky G, *Las desventuras del conocimiento científico. Una introducción a la epistemología*, Buenos Aires, AZ editora, 1994.
 27. Id. *Ibidem*.
 28. Foti A, "Caos y fractales. Nuevos paradigmas en ciencias y humanidades", *Idea viva*, Buenos Aires, N° 6, pp. 10-12, junio 2000.
 29. Díaz E, *Posmodernidad*, Buenos Aires, Biblos, 1999
 30. Ledyard Stebbins G y Ayala FJ, "La evolución del darwinismo", *Investigación y Ciencia*, Madrid, N° 108, pp. 42-53, setiembre 1985.
 31. Weinber S, *Los tres primeros minutos del Universo*, Barcelona, Salvat, 1993.
 32. Bunge M, *Seudociencia e ideología*, Madrid, Alianza Universidad, 1989.
 33. Feyerabend PK, *Contra el método*, Barcelona, Planeta-Agostini, 1994.
 34. Morin E, *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona, Gedisa, 1990.
 35. Del Bosco CG, "Los médicos y la muerte", *Geriatría Práctica*, Buenos Aires, 5 (N° 1): 16-17, 1995.
 36. Jaim Etcheverry G, *La tragedia educativa. Argentina*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1999.
 37. Gould SJ, "Deconstructing the 'Science Wards' by Reconstructing and Old Mold", *Science*, 287 (N° 5451): 253-261, 14 Jan 2000.
 38. Bosch S, "Atención médica prepaga", *La Nación*, Buenos Aires, 4 de setiembre de 1999.
 39. Mackay J, *Atlas de la Santé dans le Monde*. París/ Hong Kong, Autrement, 1993.
 40. Massuh V, "De la ciencia a la sabiduría", *La Nación*, Buenos Aires, 4 de junio de 2000.
 41. Pérgola F y Okner OH, *Historia de la medicina*, Buenos Aires, Edimed, 1985.
 42. Pérgola F, *La ciencia en la posmodernidad*, Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, 27 (1): 5873, 1993.

Capítulo 2

GLOBALIZACIÓN Y MEDICINA

Tanto los conocimientos científicos como las ideas económicas han experimentado cambios nunca pensados debido al auge de las comunicaciones. Todo se ha acelerado. En el orden científico, una muestra del gran cambio son los estudios sobre el genoma humano, la clonación, la posibilidad de vida en Marte, los misterios de las gigantes rojas del Universo con compacta y densa materia desconocida para el hombre, los plásmidos y los priones. Concomitantemente, el tiempo ha devorado las concepciones de “el fin de la Historia” de Fukuyama y lo está haciendo también con las ideas del achicamiento del Estado que tienden a su eficiencia. En base a las teorías del director de la *London School of Economics*, Anthony Giddens, calurosamente acogidas por Tony Blair, hoy estamos a punto de emprender la Tercera Vía. Pronto, alguna otra concepción se encargará de reemplazarla. Viene a cuento repetir las palabras de poeta alemán Friedrich von Schiller cuando expresaba que el tribunal del mundo es la historia del mundo.

Como no podría ser de otra manera, la medicina sufre las consecuencias del cambio, de la crisis. En casi medio siglo, estamos –no podemos decir disfrutando– viviendo otra medicina. Las comunicaciones que acercan a las diversas sociedades que habitan la Tierra han dado cuenta de su real dimensión. El telescopio Hubble nos dice –día tras día– que nuestro planeta es más y más pequeño. Dentro de su misma pequeñez, las comunicaciones lo han globalizado. Finalmente se cumplió lo que había esbozado en la década del 60 del siglo pasado el canadiense McLuhan: vivimos en la aldea global.

¿Cómo nos conmueve la globalización a los argentinos, a los que habitamos el “arrabal del mundo”, según una justa denominación del editor Peña Lillo?

La mayor parte de los descubrimientos, de las ideas, de las modas llegaron al Río de la Plata con considerable retraso, aunque ello no haya ocurrido –felizmente– en 1810. Y decimos Río de la Plata puesto que nuestro país estuvo siempre centralizado en esta región por razones del comercio y ni aún la *Internet* puede sacarlo –por lo menos en su periferia– del adormecimiento de la lejanía.

Este arrabal, este barrio fuera del recinto de la población mundial, fue estatista –del tipo de los nacionalismos europeos– cuando aquellos caían o estaban a punto de caer, planteó una sociedad marxista cuando el mundo asistía a la endebles y las miserias del comunismo, adoptó el “tacherismo” cuando las ideas de la Dama de Hierro hacían agua por todos los costados. En medicina, como no podía ser de otra forma, nuevos adelantos se consolidaron –por lo menos hasta las primeras décadas del siglo pasado– con un considerable retraso. Un ejemplo de lejanos años es por demás demostrativo. El Hospital de Clínicas, que se habilitó en 1882, tenía grandes claraboyas en las salas de internación de cirugía que se abrían para aventar a las miasmas, cuando ya hacía 30 años que Luis Pasteur había formulado la teoría microbiana. Defendemos nuestra tesis arguyendo que hubieron excepciones: formamos nuestra república casi simultáneamente con los Estados Unidos y mucho antes que la unificación de Italia; en nuestro país se filmó –por primera vez en el mundo– una película médica que mostraba una operación llevada a cabo por Alejandro Posadas; asimismo, al autocateterismo cardíaco de Forssmann –en 1929– le respondieron con el empleo de este método, Cossio y Berconsky, pocos meses después.

Demás está aclarar que la salud es un bien social y de tal manera es imposible separar a la medicina de los avatares de la política. La influencia sobre las campañas sanitarias, la construcción de hospitales, el cupo de médicos, la introducción de medicamentos tienen una íntima ligazón con los sistemas políticos.

Las comunicaciones

Otro factor a tener en cuenta es la evolución de las comunicaciones que se encargó de variar el panorama que nos delataba. Quien vaticinó su importancia por el auge de la tecnología y, viceversa, aunque también lo hiciera con el fracaso finisecular de los políticos en lo que respecta a la salud y educación de los pueblos, es decir en nuestra precisa época, fue Marshall McLuhan¹, sociólogo devenido periodista al que hemos nombrado. Escribió junto con Fiore y Angel (olvidados luego) *Guerra y paz en la aldea global* donde –sin definir claramente el final–

dicen que *el medio planetario electrónico dramatizará diariamente la difícil condición de los desposeídos y de los muertos de hambre y se atacará en todas partes la posición objetiva y cuantitativa del alfabetismo*. Ponen el curioso ejemplo de la Organización Cultural, Científica y Educativa de las Naciones Unidas que, al proporcionar radios gratis en toda África y Medio Oriente, hizo tambalear las bases de la escritura y la lectura en donde, pacientemente, durante 300 años, los blancos misioneros –tratando de destribilizar etnias enteras– habían impuesto el alfabeto Occidental. En este caso las comunicaciones habían actuado echando por la borda, al priorizar la base auditiva de las tribus, un trabajo sólido e intelectualizado. ¿No harán algo parecido los estímulos de la televisión y los vídeo-juegos?

Evolución o simplemente cambio, las comunicaciones tendrían en el mundo por venir una enorme importancia en la economía. Parafraseando la teoría del caos, para no denominarla académicamente teoría de los sistemas dinámicos no lineales, se caía una moneda en Hong Kong y su retintín se oía en Buenos Aires. El mundo se había globalizado. No ocurría solamente con la economía, aunque esta lograra los mayores beneficios. Las epidemias también se comunicaban rápidamente de país a país, como en el caso del último brote de cólera en nuestra frontera norte. Tal como asevera Sendrail² que una de las causas de la caída del Imperio Romano fueron sus propias carreteras por donde rápidamente se trasladaba su ejército. Con menor velocidad tal vez, pero con mayor seguridad, los peregrinos transportaron –por esas mismas rutas– a las pestes.

Las empresas también se globalizaron. Una vez manufacturados, los descubrimientos médicos efectuados en los países desarrollados se venden tan prestamente en el resto del mundo –por la natural necesidad de engrosar arcas y sacar un rédito al esfuerzo– que, a veces, ni siquiera han sido aprobados por las oficinas madres de control. No es todo malo. El medicamento suele resultar bueno. Otro beneficio de la aldea global: los médicos pueden usar un plan de educación médica continua y perfeccionar sus conocimientos por medio de la comunicación satelital, el correo electrónico o la *Internet*. Las distancias científicas se han acortado.

En una simplificación extrema de las ideas del catalán Manuel Castello (autor del libro ***La era de la información. Economía, sociedad y cultura***), el nuevo capitalismo, que ha dado origen a la globalización, se caracteriza en ser *informativa* (el conocimiento y la información son la base de la productividad), *global* y *funciona en red*, es decir, organizado en forma horizontal por asociaciones empresarias.

En este punto entra en crisis la profesión médica: han variado las características de su labor. Pero no nos debemos asombrar: siempre ha ocurrido así. Cuán lejos estamos de ese práctico médico de la antigua Grecia que reducía fracturas y atendía completamente desnudo. Cuán lejos estamos de los desdichados médicos de los faraones que debían acompañarlos en su muerte para cruzar a la otra orilla del Nilo. Cuán lejos estamos de las sanguijuelas, las sangrías y los clisteres... Sin embargo, la brecha se ahondó en la actualidad porque la ciencia aceleró su marcha en el último medio siglo. La aceleró tanto en biología como en astronomía, tanto en física como en medicina. Como los conocimientos en el campo universal se encadenan, no ha quedado ninguna disciplina fuera de este avance incontenible.

Globalización es la contracción de la historia. Esta empezó a escribirse más rápidamente. Por supuesto que lo mismo le ocurrió a la historia de la medicina. Hablar de los cambios es hacer historia. Historiar es comparar.

El gran cambio ha tenido lugar en la medicina y ha repercutido sobre todo en el médico y en el manejo de su profesión. Aquel que repicaba las campanas, repartía las hostias y encabezaba la procesión, aquel que se ocupaba de todo, nos referimos al viejo médico clínico, al que hoy se le quieren copiar las virtudes para transformarlo en el médico de familia, ese tipo de médico ha sido el gran sacrificado por el cambio. Se lo quiere revitalizar en parte, pensamos que se lo debe rehabilitar en todas aquellas virtudes que justifiquen su accionar.

Los dos grandes motivos del cambio que tratamos de esbozar en esta introducción, son la fuerte inserción de la economía en la medicina y el extraordinario avance de los conocimientos.

El mercado de la medicina globalizada

García Díaz³ expresa que *desde los años 80 los inversores* (se refiere a los de la medicina) *vienen del campo del capital, el mismo que actúa en el libre mercado de servicios y productos con la mira puesta en la ganancia (legítima porque está regulada por el Código de Comercio), constituyendo lo que Arnold Relman denominó, con seria preocupación, el “complejo médico-industrial”*.

La década del 90 presencia el cuadro de la desregulación de las instituciones de la seguridad social (las obras sociales), del mercado abierto en el que el paciente deviene en cliente, del avance de las intervenciones privadas con la intervención de los grandes "holdings" internacionales que abarcan varios y distintos rubros de actividad económica, entre las cuales las empresas de la salud no son sino una inversión más que se suma a las otras, según las conveniencias del "merchandising". En la defensa de su cliente, frente a cualquier cimbronazo económico, estas empresas no trepidan en colocar al médico como elemento de ajuste presupuestario. Sus honorarios, de tal forma, resultan cada vez más magros. En la preparación científica del médico no existe el valor agregado, se le asignan honorarios similares a un obrero levemente calificado. Al margen queremos decir que Séneca se quejaba de su médico que pasaba a su lado y no lo saludaba. Pensaba que no lo consideraba su amigo. Sería un cliente y no su paciente. Ningún médico –con mayúscula– llama cliente a su enfermo. Para ciertas instituciones el enfermo no es nada más que un cliente.

El problema es intrincado. *Las palabras no son moralmente neutras* –dice Sanguinetti⁴–. No lo es, por ejemplo, la palabra globalización, aunque defina una realidad objetiva –el "achique" del mundo, sus distancias y tiempos, la universalización de modas, datos, informaciones, poder, pautas– su significado entronca con una concepción hipercapitalista, crematística, crudamente mercantil: todo fenómeno cultural se mide en moneda, el objetivo último de cualquier cosa es el dinero, las divisas, las cuentas bien cerradas [...]

Las especulaciones que podemos y vamos a efectuar sobre la globalización del mercado y sus efectos sobre la medicina, estarán esbozadas en forma desordenada, dispersa. No es fácil estructurar un tema con tantas variantes. Las conclusiones, no obstante, serán las mismas.

Son los medios de comunicación quienes dan la idea de que el hombre que habita y se desarrolla en un planeta azul que asombra a los astronautas por la escasa película gaseosa que lo rodea, está viviendo en un hábitat que se está tornando pequeño. Cualquier evento científico en un remoto país puede reunir, simultáneamente, en una comunicación ínter satelital, a relatores de Dusseldorf con los de México, Tel Aviv o Buenos Aires. En otro orden de cosas, en el de las enfermedades, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida pudo eludir en forma acelerada las barreras geográficas y expandirse por todos los continentes, gracias a la posmodernidad. Es probable que el sida, sin el beneficio del hombre que se entromete en todos los ecosistemas y acelera sus comunicaciones, hubiera permanecido largo tiempo en el aparato inmunitario del *Pan troglodytes troglodytes*, chimpancé que habita en Gabón, Camerún y Guinea Ecuatorial, tal como se piensa que es su origen.

Consecuentemente con la rapidez de las comunicaciones aparece la globalización de los mercados. Surge también la aceleración de esa globalización. Globalización es velocidad. Felipe de la Balze⁵, asesor económico argentino, decía que el Fondo Monetario Internacional se enfrentaba con una crisis de identidad y que uno de los objetivos históricos del organismo había sido la liberación de los flujos de capitales de todo el mundo, pero la velocidad con que se globalizaron los mercados financieros excedió su poder de alcance. Concluía reflexionando que *el Fondo Monetario requiere mayor autonomía, para adecuar la velocidad de sus reacciones a los repentinos movimientos de capital que son usuales por estos días*. La aceleración conmueve todos los estamentos. Este simple hecho, pero de extrema complejidad que requiere de técnicos avezados, está revelando que la globalización del mercado de consumo no llega a solucionar todos los problemas. Las noticias del mundo entero así lo atestiguan. Esto daría pie al escritor y diplomático Abel Posse⁶, a inicios de 1995, para decir que *el signo de la inquietud (obviamente de los mercados) es la fragilidad. Todo en la economía mundial parece haberse tomado extremadamente frágil. Es como habitar un sistema de crónica inestabilidad. La enorme masa de capitales financieros, desarraigados y casi metafísicos, pone en jaque a la economía real, la del comercio, de los bienes, de las cosas*.

Más explícita resulta la opinión de de la Parra y Talone⁷ cuando expresan que *desde el punto de vista macroeconómico el sistema social de salud se halla confrontado con dos funciones contradictorias. Por un lado brindar una asistencia mínima adecuada para toda la población y por el otro controlar el constante aumento de los costos de salud [...] la sociedad macroeconómica, economicista, no da rédito de armonía ni de paz espiritual ni siquiera en las grandes naciones que la imponen*. Qué decir de aquellas donde es impuesta.

Virtudes y defectos de los adelantos en comunicación, tan ligados a la globalización económica, científica, educacional, lingüística y muchas más. En ocasión del denominado Año Mundial de la Mujer, en un número de la revista *El Correo de la Unesco*⁸, se mencionaba que la televisión (una foto ilustrativa mostraba a una familia árabe viviendo en una caverna natural con su aparato electrónico) había cambiado a tal punto la idiosincrasia de la mujer de ciertas

regiones del Tercer Mundo, que los índices de natalidad habían descendido. Tal circunstancia, como un tipo de traspaso cultural, podría significar un adelanto en zonas donde la mujer, sumisa por circunstancias sociales, estuviera sujeta a un mínimo protagonismo. Tal vez sea una apreciación simplista de un problema de fondo.

La globalización planteada como está en la actualidad constituye una utopía. No es para todos. Conste que no entramos a clasificar las clases sociales, como lo hace Noam Chomsky (a quien en una paráfrasis cinematográfica llamamos un marxista en Nueva York), en aquellos que habitan casas grandes y están llamados a manejar el poder y en la chusma, nutrida con los deportes y la violencia. Los diversos grupos lingüístico-culturales o etnias, como quiera llamárselos, están acuciados por problemas muy diferentes: las minorías pobres que, al decir de Friedmann y Sandercock⁹, *no sólo carecen de recursos económicos, sino también de poder*, están *por definición excluidos del desarrollo* y su objetivo primordial es comer. Otros sectores, ligeramente más privilegiados, batallan por los electrodomésticos y, todavía, a fines del siglo XX, muchos otros pueblos luchan por su libertad.

Una nota aparecida en *The Economist* en setiembre de 1999 ratifica –como no podría ser de otra forma– la relación entre pobreza y salud aunque el editorialista, en un juego de palabras, no acierte a asegurar si la pobreza refuerza la mala salud o viceversa. Es tajante, sin embargo, cuando expresa que el cuidado de la salud por parte de los gobiernos debe concentrarse en la atención primaria de los pobres y no edificar clínicas lujosas para uso de personas pudientes y pone el ejemplo del presidente y sus “amigotes”. En torno a ello, Rundle, Binkley y Lanusse¹⁰ aseguran que hospitales de América Latina y de Estados Unidos ofrecen tratamiento VIP en sus pabellones pero, en la lectura de la nota, se cae en la cuenta de que el servicio es particularmente de hotelería.

Esta tendencia a complacer a la clase más pudiente ha enfurecido a ciertos pacientes que sostienen que los hospitales deberían estar invirtiendo dinero en mejorar los servicios para todos y no solo para una elite. Pero los hospitales responden que necesitan pacientes que puedan pagar en efectivo, ya que recientemente se han hecho reducciones en los programas de atención médica para ancianos, financiados en gran parte por el gobierno estadounidense.

Sociedad de consumo y medicina

Una breve aclaración servirá para ubicarnos adecuadamente en el problema. Sociedad de consumo no es aquella donde el hombre compra un abrigo por necesidad sino la que hace que compre más de uno acicateado porque lo hizo el amigo o porque sabe que las características del mismo lo distinguirán de los demás. Habitualmente las modas vienen de las clases altas y se difunden sobre las demás. En la mejor sociedad porteña, los grandes peinetones los llevaban las damas de las clases pudientes pero no eran imitadas por las demás mujeres. No existía la sociedad de consumo. En medicina el fenómeno también aparece en la franja de la sociedad que cuenta con cobertura médica privada: deben efectuarse el famoso chequeo que va haciéndose día tras día con menor frecuencia. ¿Medicina preventiva o sociedad de consumo? El límite entre uno y otro concepto es sutil y hasta peligroso comentar desatinadamente. ¿Cuántas enfermedades potencialmente curables tratadas a tiempo puede detectar la medicina preventiva? ¿Cuánto gasta lo público y lo privado en prácticas innecesarias?

En este difícil rompecabezas en que se ha constituido la aldea global, con piezas faltantes que hacen imposible completarlo, existen alegatos tan disímiles que ponen en tela de juicio el nuevo orden económico mundial. Aung San Sun Kyi¹¹, premio Nobel de la Paz, confinada en Myanmar desde 1989, expresa que *el concepto de desarrollo humano está convirtiéndose en una categoría fundamental para los economistas y los dirigentes internacionales, son muchos los gobiernos que consideran la “Economía de Mercado”, con esas mayúsculas que le prestan un aura casi mística, como el camino infalible y rápido para la prosperidad material*. Es que nuestro pensamiento está encuadrado (cerrado en un cuadro) en lo que es la civilización Occidental, con todas sus particulares características, con su etnocentrismo. Foucault¹², lo comprende claramente y le agrega incertidumbre, cuando dice que *es muy posible escribir una historia del pensamiento clásico tomando como puntos de partida o como temas esos debates. Pero con ellos no se hará más que una historia de las opiniones, es decir, de las elecciones hechas según los individuos, los medios, los grupos sociales; y va implícito en ello todo un*

método de investigación. Si se quiere intentar un análisis arqueológico del saber mismo, no son pues estos célebres debates los que deben servir como hilo conductor y articular del propósito. Es decir que la aplicación de los conocimientos que determinado grupo considera clásicos, sin un panorama general en un mundo globalizado, sin un amplio debate entre todas las tendencias –sean económicas o de otro tipo–, sin lobby, siempre circulará por carriles tendenciosos o, sin llegar a ese extremo, incompletos porque no contemplan todas las necesidades.

A tal punto llegan las ambigüedades de las ideas económicas que Bustelo¹³, de la Universidad Complutense de Madrid, recoge la duda sobre si se justifica la concesión de premios Nobel de economía y luego de reflexionar sobre los aciertos de los economistas en el devenir histórico expresa que *la labor del economista sigue siendo artesanal*. Concluye su nota diciendo que, *tal vez, en los albores del tercer milenio, tengamos que confesarnos humildemente la insuficiencia de nuestros actuales instrumentos intelectuales para prever y ordenar cabalmente el discurrir económico*.

El análisis de estos temas ofrece múltiples variables. En una especulación estrictamente económica, la privatización masiva de los servicios del país –como afirma Solanet¹⁴– fue la causa de que, ante el temor de nuestros empresarios de no poder competir, que la mayor parte de nuestras empresas quedaran en manos extranjeras. Solanet agrega que, *además, los argentinos tienen una arraigada y tradicional preferencia por las marcas extranjeras o las denominaciones comerciales en idiomas inglés o francés. Esto implicó un factor adicional de extranjerización cuando se dieron las demás condiciones. Ha sido común el impulso de vender por parte de productores nacionales de bienes de consumo masivo, por el solo temor de verse desplazados del mercado por grandes marcas internacionales*. Aunque no en forma generalizada, los laboratorios argentinos de especialidades farmacéuticas no escaparon a esta modalidad y las ventas y fusiones fueron la impronta del último tiempo.

De la situación de los países periféricos y de su economía, así como de las ambigüedades de las doctrinas económicas en general, da cuenta Aron¹⁵ en su trabajo *Los últimos años del siglo*. Analizaremos sus generalidades puesto que, cuando avanza en el artículo, se introduce –con gran primacía– en temas políticos.

En este momento –decía en 1984–, la representación del sistema económico mundial desempeña el papel del sistema interestatal de los institutos que se consagran a la peace research y que prefieren este término al de relaciones internacionales o sistema interestatal. El sistema económico se divide entre centro y periferia; a saber, los países industrializados se sitúan en el centro, los países subdesarrollados o en vías de desarrollo se distribuyen en la periferia. El centro comprende, a un tiempo, a los Estados Unidos y a los demás países industrializados: los primeros explotan a los segundos, unos y otros explotan a la periferia. Nada impide aplicar la misma dualidad al interior de cada país: los Estados ricos dejan subsistir en su periferia una pequeña parte de su excedente que han sacado de ella. Estos, por su parte, comprenden un centro, los privilegiados, las burguesías nacionales, que están de acuerdo con el capitalismo extranjero, con el centro del sistema económico.

Evidentemente –continúa Aron– esta representación se inspira en ideas marxistas. Toda fortuna se crea y se nutre de la plusvalía sacada por los explotadores a los trabajadores del propio país y de los trabajadores de la periferia. Entre la estructura interestatal y la estructura interna surge una analogía. Esta teoría implícita no se encuentra, al menos bajo esta forma, ni en Marx ni siquiera en el Lenin de El imperialismo, estado superior del capitalismo, pero deriva de ahí. Pasa en silencio las rivalidades o los conflictos propiamente interestatales. Extiende al mundo entero el análisis por la lucha de clases de las sociedades en que reina el capitalismo.

Aron es claro. Tiene la certeza de la ambigüedad de los sistemas económicos que aparentemente son contrapuestos y, sin embargo, emplean el método de sus adversarios. El Río de la Plata sigue siendo el centro económico de nuestro país.

Algo similar ocurre en la medicina. Existe una medicina espectacular, extraordinaria, para

elegidos, para los del centro de la economía, y una medicina tosca, primitiva, escasa, para los desvalidos. ¿Dónde se ubican mayormente los desvalidos?

Tal como en la Regla de Oro de Darwin debemos hacernos una crítica. Justamente la crítica sin propuesta ha sido criticada como una forma de resentimiento y hasta una conspiración. La solución –en medicina– no es fácil y la dejaremos para el final. En lo que respecta a la economía, Fuentes¹⁶ nos da esperanzas cuando expurga las ideas de Norberto Bobbio, el pensador italiano, que encara las cuestiones de las soberanías nacionales:

Por un lado vivimos en el “saint simonismo” tecnocrático de empresas trasnacionales que significan el triunfo del “Homo economicus” sobre el “Homo sapiens”. Por el otro, resurgen los fundamentalismos y los localismos. Yo considero –continúa en su análisis– que la única postura viable ante este dilema es separar los aspectos negativos de la globalización (especulación, inversiones golondrina, privilegio de la circulación de mercancía sobre la circulación del trabajo, información dispensable, darwinismo global) de sus aspectos positivos (transparencia y abundancia de la información, circulación y aplicación de las tecnologías, inversiones productivas, universalización de los derechos humanos) y radicar éstos en las políticas locales de educación, salud, comunicaciones, ahorro y empleo.

Pero el futuro siempre tiene un pasado. Hace casi un milenio, Santo Tomás de Aquino liberó a la sociedad y al Estado de su connotación pecaminosa y los convirtió a contracorriente de las verdades adquiridas de la cristiandad, en encarnaciones del propósito moral e instrumentos para la realización de la justicia y la virtud.

Con todos los tropiezos que conocemos, la sociedad y el Estado han cumplido, en gran medida, esa función en la modernidad que acaso previó Santo Tomás. La sociedad y el Estado no deben ser vistos como instrumentos del mal, sino del bien común.

Pero ese bien común debe tener características muy particulares: conocer de antemano y separar –de esta manera– lo público de lo privado, términos absolutamente definidos que deben tabicarse para evitar tentaciones; asegurar por parte del Estado, los mínimos derechos de los ciudadanos (sino la democracia carece de sentido), como son, además de la libertad, la justicia, la salud, la seguridad y la educación. Cuando el país tuvo una población de inmigrantes casi superior a la nativa, la ley 1.420 supo educar a los hijos de una mayoría analfabeta, hasta el extremo de que accedieran a la universidad e inculcarle una idea que homogeneizara en el sentimiento patriótico a una masa totalmente heterogénea. El Estado no puede deslindarse jamás de la educación de sus hijos.

El crecimiento de la ciencia médica

Ernst Gombrich, historiador inglés de arte, tal como lo cita Hobsbawn¹⁷, dijo que *la principal característica del siglo XX es la terrible multiplicación de la población mundial. Es una catástrofe, un desastre y no sabemos como atajarla*. Este incremento trae el consiguiente aumento de la polución, de los desechos, de los que el hombre es un gran productor. El planeta en su totalidad sufre la contaminación. ¿Quiénes son los responsables de este fenómeno? Nadie más que la higiene y la medicina. Ni las dos grandes guerras mundiales, ni los genocidios, ni las hambrunas, ni las epidemias o las modernas endemias, pudieron frenar el crecimiento poblacional. Esta idea sobre la superpoblación es realmente nueva: siempre una gran cantidad de habitantes tenía el significado de poder económico y militar.

La población humana, a lo largo de 40.000 años, estuvo constituida por un escaso número de seres en proporción a un gran planeta con inmensas regiones inexploradas. Desde hace tres o cuatro siglos la población humana aumentó en forma extraordinaria en proporción a un pequeño planeta con escasas zonas inexploradas. El hombre ha penetrado y dejado su impronta en todos los ecosistemas. Ni las altas cumbres escapan a la polución humana. Harvell y col.¹⁸ investigaron que la emergencia y el aumento de enfermedades en la fauna y la flora marina actual dependen –amén de los cambios climáticos– de factores antropogénicos.

La medicina, derrotados el tétanos y la diarrea infantil y amenguados los efectos de los partos

distócicos, pudo conservar los frutos humanos y apoyarlos –con sus medicamentos– para que pasaran a constituir los 6.000 millones y pico que pueblan el globo. No podemos dejar de señalar que algunos investigadores sostienen que esto que pasa con la especie humana (nos referimos al aumento de la expectativa de vida), está sucediendo con otras especies animales sin que se conozca la causa.

Sería redundante, tedioso e inoportuno reseñar los logros de la medicina de los últimos 50 años. La medicina llamada molecular –aunque en realidad lo es la biología– ha cambiado el panorama de estructuras durante mucho tiempo estáticas y ha avanzado en el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades. Día tras día van desapareciendo las afecciones de origen desconocido, aquellas que recibían el título de idiopáticas, y que revelaban la ignorancia de los investigadores. Se devela como actúan los medicamentos y como se ingenian los microbios (la biomasa más cuantiosa del planeta) para eludirlos. El empirismo de la curandera inglesa y de Withering en el uso de la digital se ha trocado en una suerte de limitación de las indicaciones de esta planta portentosa que durante tanto tiempo prolongó la vida de los enfermos cardiopatas.

El genoma humano, el xenotrasplante y el estudio del recóndito almacenamiento de la memoria esperan turno para otorgar frutos.

En 1973, adelantándose 25 años a la finalización del siglo XX, Laín Entralgo¹⁹ reflexionaba sobre la medicina moderna y la encontraba regida por cuatro factores fundamentales: **1.** Tecnificación extrema que hacía adoptar una consecuente actitud por parte del médico; **2.** Introducción de la “persona” como tal dentro del corpus científico (prevalencia de la opinión del paciente); **3.** Colectivización (parte del proceso de globalización que aparecería después) casi universal de la atención médica; y **4.** Prevención, promoción y mejora de la salud con la intención de obtener una respuesta acerca de si es realmente posible mejorar la naturaleza humana.

El médico se convertirá, con el transcurrir de los años, en un técnico en cibernética que calculará y ejecutará a distancia las más riesgosas intervenciones y las medidas más exactas de las drogas indicadas. La brecha entre la medicina espectacular y costosa y aquella otra burda y económica aumentará aún más. La grieta entre el médico aislado en la comarca lejana y un escaso deseo de progreso intelectual (en este último caso, aún en los mismos centros científicos), es decir el médico de la periferia tanto social como intelectual, y el superespecializado será la mayor que recuerde la historia. No será la del otrora médico de familia y el especialista de cualquier disciplina.

El generalista no tendrá otra misión que derivar.

Cuán difícil será evitar la tecnociencia. Prescindir de la tecnociencia será imposible. Escalante Gonzalbo²⁰ da cuenta de la preocupación:

Hemos venido a pensar que la tecnología deshumaniza como consecuencia del mismo movimiento espiritual que recelamos de la racionalización, del solitario horror de la libertad. Las máquinas han sido siempre una bendición ambigua: aumentan la producción y reducen el empleo, ofrecen comodidades variadísimas y generan, por su parte, otros tantos inconvenientes. No obstante, no es eso lo que se tiene en mente cuando se habla de la deshumanización, se teme, para empezar, que las máquinas impongan su propia lógica, por encima de las necesidades humanas, y se teme que la capacidad de control, el uniforme rigor de la técnica, esterilice la imaginación, la sensibilidad. Punto más o menos, que también hagan de nosotros máquinas.

Los antropólogos sociales denominan “observador participante”, o simplemente viajero atento, a quien se basa en el conocimiento acumulado, en los recuerdos y en las opiniones, de quien ha vivido los hechos. Más de medio siglo ejerciendo sin interrupción esta profesión nos permitieron observar el panorama cambiante de los conocimientos, pero también qué sucedió con la práctica de la medicina y la necesidad de adaptación.

Los médicos, ¿somos víctimas o protagonistas asépticos del incremento de los conocimientos y de la globalización del mercado?

La globalización no tiene solamente un sentido social, amplio, abarcador, también tiene una veta individual. El hombre trata de manifestar su condición social por medio de los símbolos que siempre existieron en las sociedades: la túnica romana, el uniforme militar, la peluca de los magistrados, la esclavina de los obispos, el bastón con empuñadura de oro de los médicos

franceses del siglo XIX...

La práctica de la medicina ha engendrado múltiples símbolos. Cuando las clases sociales tienden a igualarse, dice Dorfles²¹ que tiene gran importancia el automóvil, aunque no es solamente este *lo que vale como "status symbol": la vivienda, como ejemplo su especial ubicación (especialmente en los Estados Unidos), su tamaño, novedad, antigüedad, el tipo de mobiliario, etcétera, son sin duda "status symbols" de primera clase, como lo son las otras propiedades inmobiliarias, las villas, los palacios, los castillos, las fincas, o bien la pertenencia a determinados círculos o clubs <exclusivos> o como (en países como Italia) una simple saca de golf e incluso –hasta hace pocos años– una raqueta de tenis o un par de esquís (ahora convertidos en distintivos de deportes de masas y por lo tanto ya no de clase), o como son aún los caballos (propios, naturalmente), o los yates o cualquiera de las vistosas embarcaciones deportivas. Ser <in> o <out> por lo demás, puede depender, como es sabido de infinitos elementos.* Es decir que la globalización no ha podido igualar las necesidades y los protagonismos individuales de todos los habitantes del país. Los hay con la más alta condición social y, en el otro extremo, los que se encuentran en la mayor de las precariedades.

López Gil y Regnasco²², comentando la obra de Edgard Morin, hablan de la necesidad de un replanteo de la racionalidad dentro de la sociedad:

Se trata de responder a una crisis que ya se ha producido, y que afecta a la idea de ciencia, de progreso, de civilización. Como plantea reiteradamente, estamos en la Edad Media planetaria. Edad Media significa época de transición, pero lenta y prolongada. Nuestra posibilidad de salir de esta etapa es incierta: no estamos en el momento final de una temporalidad que lleve en sí un porvenir radiante.

La globalización nos sumergió en la era planetaria, pero muchos habitantes de la Tierra no están viviendo la planetización ni por su condición social ni por su pensamiento ni por su cultura. Se verán arrastrados –sin remedio– a protagonizar situaciones que no soñaron vivir. Si a ellos llegaron algunos medios de comunicación que se lo propusieron como una lucubración de ciencia-ficción, es muy difícil que comprendan su cercanía con la realidad.

La globalización –como dijimos– tiene aspectos positivos: muchos habitantes han mejorado su estándar de vida. Así también negativos: son muchos los que han sufrido la merma de sus salarios, como otros han sido expulsados del mercado de consumo.

Morin a menudo se cuestiona el verdadero significado de la ciencia y el hiato de comprensión que existe entre ella y la sociedad. Mientras una llega hasta los límites del conocimiento, que en todo momento son los máximos que puede lograr el hombre, es decir el que su mismo reconocimiento le impone, la sociedad pugna por logros que, en el fondo, son siempre elementales pero imprescindibles: alimentos, vivienda, higiene, abrigo...

La ciencia, como producto de su misma creación, siempre re-naciendo de sus propios procesos de crisis, siempre en camino hacia una verdad que, una vez alcanzada, muchas veces debe ser renovada, tiene una meta: ella misma. Es por eso que este cambio, esta globalización, no hinca el desconcierto en su médula.

Los matices de las reflexiones que se suscitan sobre la aldea global generan alternativas. La posmodernidad acarrea otro fenómeno al que no fueron ajenos momentos ya pasados de la historia de la civilización, llámense la caída del Imperio Romano, la Reforma Protestante o la Revolución Francesa. En estas crisis se cuestionó la legitimidad del poder estatal y, paradójicamente, se exigió cada vez más la intervención del Estado en ayuda tanto de los partidos políticos como de los programas a cargo de los particulares. Sotelo²³, ensayista español y docente de Ciencias Políticas en la Universidad Libre de Berlín, encuentra en la novedad del equilibrio de fuerzas un nuevo problema:

El igualitarismo democrático, teniendo a su disposición toda la fuerza del Estado, arrincona al individuo libre, al hombre de cultura, al intelectual que para Burckhardt es el verdadero aristócrata de nuestro tiempo, en un recinto cada vez más estrecho y asfixiante. En la pérdida continua de espacios de libertad consistirá en último término, "la gran crisis de la cultura moderna".

Allí está la clave de la inconsistencia semántica de nuestras llamadas "profesiones liberales", siempre esclavas de una responsabilidad infinita, siempre en el ojo de la mira de la ética y de

sus límites, siempre necesitadas de una afinación permanente, producto de la competencia y de la necesidad. No obstante, la realidad dice que esa denominación es obsoleta.

Este ensayista hispano también opina que *el nuevo autoritarismo que se nos viene encima resulta de una conversión pública de lo privado a la que corresponde una privatización de una buena cantidad de funciones públicas. En Italia, esta doble tendencia de privatización de lo público y de semiestatización de lo privado se ha hecho con el gobierno, inaugurando tal vez esa anunciada Edad Media en la que se difuminan las fronteras entre lo público y lo privado, para terminar por prevalecer tan solo la corporación económica con un carácter ambiguo: privado por el control y público por la función y el "status".*

Hasta los mismos alcances de los logros de la industria farmacéutica pueden generar dudas sobre si sus beneficios se harán extensivos a toda la humanidad y cómo puede influir lo privado sobre lo público. La *International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations*²⁴, en un estudio prospectivo de los próximos 25 años, pronostica que, para las enfermedades cardiovasculares, los agentes farmacológicos prevendrán nueve millones de casos y salvarán cinco millones de vidas; evitarán 662.000 casos de cánceres de pulmón y colon y de leucemias; habrá 49.000 casos menos de pacientes con enfermedad de Alzheimer; con un lógico significativo ahorro de recursos. Nos preguntamos: ¿los Estados pobres podrán enfrentar el costo de los medicamentos?

El control de lo público sobre lo privado –y muchos otros factores– obligaron al médico a un cambio en la actitud. Nadie puede imaginar en la actualidad, tal como se lo veía antaño, a un médico visitando a sus enfermos, con un andar lento y majestuoso, impecable en el vestir y con su coche último modelo (cuando el grueso de la población carecía de él, y recordemos a Dorfles). Establecía así la gran diferencia social²⁵. Hoy se escucha el ulular de las ambulancias, de las que se apean sus médicos –nerviosos ante la mirada curiosa de los transeúntes– con chaqueta y un estetoscopio que, a manera de medio collar, les circunda el cuello.

La relación médico-paciente, hasta ahora paternalista con la ayuda benefactora mediante, que algunos sostienen que es propia de la medicina hipocrática aunque es más probable que derive de la ayuda médica a los menesterosos del cristianismo medieval, se ha trocado en otra donde el paciente tiene participación y muchas de las decisiones –antes autoritarias– son consensuadas.

Lázaro²⁶ se apoya en Laín Entralgo y Diego García para examinar la categoría social de los médicos en el pasado milenio. Mientras el primero afirma que la consideración del médico logró su aceptación más amplia durante el Romanticismo, García sostiene que esta cambió más en los últimos 35 años que en las pasadas 25 centurias. Cuando en el siglo XI la Iglesia prohibió ejercer la medicina a los monjes, la era monástica sufrió un proceso de secularización y ejerció poder sobre el microcosmos: el cuerpo humano. Luego aparecerá el paternalismo médico, fruto de los principios de la beneficencia que culminan –en el siglo XX– con su lenta desaparición, a través del trabajo en equipo, la vulnerabilidad jurídica y los sistemas de cuidado de la salud, públicos y privados. Sin embargo, el prestigio del médico no está perdido pero tal vez necesite un refuerzo de atributos personales, tales como la eficiencia y la ética. La figura paternal del médico se ha esfumado.

El médico moderno está luchando denodadamente frente a las exigencias económicas, menguadas sus entradas, y contra una información creciente y abrumadora. La vocación, no obstante, los muestra fanáticos en su combate contra el dolor y la enfermedad. Algunos desertan ante la magra retribución económica pero el grueso se obstina y sigue con su labor. El conflicto entre la vocación intelectual y lo económico está establecido. Las quejas son habituales y constituye un tipo de descarga frente a la ansiedad contenida. El consuelo de que ya llegarán tiempos mejores resulta imposible frente a la realidad de un presupuesto cada día menos adecuado para la salud. Tenemos que aclarar que Katz²⁷ dice que no es bajo sino que está mal empleado. A esto tenemos que agregar un número cada día mayor de médicos, entre los que egresan de la universidad estatal y de las facultades privadas –numerosas– que renuevan su oferta diariamente. Las matemáticas dirán que el trabajo profesional escaseará.

Los médicos comienzan a vivir una etapa de gran competencia técnica. En la actualidad existen técnicas quirúrgicas que han sido patentadas para acotar su uso por parte de otros colegas. Otro cambio importante es la feminización de la profesión médica, sobre todo en el este de Europa y en Israel. Dunning²⁸ se pregunta si en el futuro los médicos serán mujeres y los enfermeros varones.

La docencia, la investigación y la asistencia –dice Piñeiro²⁹–, que en un momento se desarrollan equilibradamente, adquieren una magnitud tal que se vuelven competitivas. Las escuelas de Medicina se transforman en parte del sistema de prestación de salud, mientras

que la educación y la investigación pierden terreno ante la necesidad de una actividad asistencial que permita la viabilidad económica y financiera de las instituciones. La investigación pasa a ser conducida por la industria farmacéutica o por las organizaciones de investigación clínica y los estudiantes se transforman paulatinamente en autodidactas. Al mismo tiempo hace su aparición la medicina administrada con el intento de optimizar la ecuación económica pagando lo mínimo posible por la actividad asistencial, con el consiguiente deterioro de la vida académica. Se impone una atmósfera comercial donde la visita más corta es la mejor visita, los pacientes se transforman en clientes o consumidores y los médicos en proveedores o prestadores [...] El "contrato" entre la sociedad y los médicos se encuentra cada vez erosionado: la sociedad no está dispuesta a proveer sustento financiero y político a las instituciones académicas y los médicos no encuentran un medio que permita ejercer una práctica de excelencia.

En su faceta asistencial la medicina sufrió un rápido proceso de desprofesionalización. En la docencia tuvo también un cambio sustancial. Se produjo la tecnificación de los métodos y los procedimientos. Un técnico aprende un oficio y lo ejecuta –si está capacitado– a la perfección. No iría en desmedro del médico ser un técnico preparado. Es más, lo habilitaría idóneamente en su labor de curar. Pero la profesión une su bagaje técnico al humanismo, que es fundamental en su afán permanente por la gran cultura o la cultura general, si es que podemos establecer diferencias entre una y otra. Este es el *desideratum* de las llamadas en la antigüedad profesiones liberales, tales como la medicina, la jurisprudencia, la ingeniería y otras, que se oponían a la llamada *opera servilia*. Esta distinción cultural permitió, durante la Organización Nacional y por espacio de un tiempo posterior, que los que poseían un título de médico pudieran acceder –con cierta facilidad– a cargos en el Poder Legislativo o aún a la gobernación de alguna provincia. Obtenían gran prestigio. Presentaban proyectos habitualmente referidos a la salud pública y a la higiene. Basta recordar a Juan B. Justo, Nicolás Repetto, José P. Tamborini, Arturo Illia. Luego vendrían etapas de mayor dedicación profesional: los conocimientos se modificaban apresuradamente y la política se tornó menos diáfana. La figura del médico no encajaba con comodidad en ese esquema. Tampoco se lo consideró capaz de una participación en los complejos temas de un país. Empezó la era del sindicalismo.

La medicina fue insensiblemente saliendo de su etapa social para entrar –como refería García Díaz³⁰– en la economicista. El Estado, con sus hospitales públicos y centros asistenciales de tipo caritativo, criticados mucho tiempo atrás por Bernardo Houssay³¹, que vislumbraba que conduciría a la hecatombe financiera, fue dejando todo en manos de los inversores de capitales, lo que se denominó –como una triste ironía– el *complejo médico-industrial*. El médico debió abandonar su práctica privada y pasar a ser un empleado de ese complejo. ¿Habrán ganado la medicina en eficiencia? ¿Será una consecuencia lógica del aumento de su complejidad? De cualquier forma esto determinó la muerte, el sepelio y la incineración del llamado médico de barrio o médico de familia, aunque esta última constituya hoy la última de las especialidades.

Pero destacamos la gran diferencia entre este médico, también llamado clínico general, y el especialista en medicina interna. Solamente enumeramos las condiciones que Wortmann³² le atribuye a este último: acentuado interés por el diagnóstico, dedicación al cuidado de pacientes muy enfermos con problemas clínicos complejos, papel de consultor y curiosidad intelectual. Wortmann dice que el internista se deleita resolviendo diagnósticos, en una labor detectivesca de investigación. Su curiosidad lo lleva a indagar en la fisiopatología. Este perfil no condice con el llamado médico de barrio que, aunque establece vínculos muy apretados en la relación médico-paciente, no lo hace en términos tan científicos.

Manrique³³ argumenta otro elemento para la reflexión. Expresa que *en la atención médica individual se observa que en aras del eficientismo el médico no dispone de suficiente tiempo para interrogatorios o exámenes físicos completos. La habilidad diagnóstica [...] está siendo suplantada por la realización de procedimientos, no siempre inocuos ni baratos, y muchas veces impertinentes. El paciente suele carecer de médico de cabecera y muchos pacientes operados ignoran quienes han sido sus cirujanos.* Y agrega que *el flujo constante de nuevas técnicas y drogas se traduce en modas compulsivas que presionan sobre el accionar médico y la conciencia pública, estimulando una conciencia consumista que pone en serio riesgo la financiación de los sistemas de atención.*

De una profesión totalmente liberal -dice Hurtado Hoyo³⁴, presidente de la Asociación Médica Argentina, ha pasado a ser una actividad bajo dependencia de algo: Estado, obras sociales, pagadas, etc. De una medicina verticalista donde el médico estaba en la Cima del poder y

respeto social, pasó a mitad del siglo a la horizontalidad bajo la tutela de la Declaración de los Derechos del Hombre, luego de los juicios de Nüremberg, cuya intención era lograr el bienestar de todos los seres humanos. En el campo de la salud se comprendió que la misma era responsabilidad de todos. El médico aceptó cediendo las alturas para integrarse a la comunidad; pero no estaba preparado para la realidad cotidiana de la lucha por la existencia, por lo que fue absorbido progresivamente por el **mercado**. Difícil de dirimir para el Equipo de Salud los caminos entre lo cotidiano existencial del plano de lo trascendente. Tal es así que comienza el siglo no comprendiendo que ha pasado. Ha perdido capacidad en la toma de decisiones; se encuentra atrapado por la **industria de la salud**, donde es un ejecutor de lineamientos empresariales; se ha convertido en un vector, gesto que asume con responsabilidad técnica y legal, para que **alguien** obtenga beneficios.

Finalmente arribamos al meollo de la cuestión. ¿Cómo se encuentra el médico en esta nueva función? ¿Cómo se desenvuelve en esta firme inserción de la economía de la medicina de la era global? ¿Cuánto le cuesta mantenerse al día en este cúmulo abrumador de nuevas experiencias, diagnósticos, drogas y tratamientos? Kassirer³⁵, en un editorial que titula *Descontento médico*, nos da la pauta de que lo que sucede en el extremo sur del continente americano, en el arrabal del mundo, también ocurre en Estados Unidos.

La sola mención de algunas causas del descontento servirá para establecer las coincidencias. Los médicos norteamericanos se quejan por no poder ofrecer una atención ideal, por restricción de los tiempos que le quedan para su persona, por el inmenso papeleo a que lo obligan los servicios sociales, por la frecuencia de las reuniones informativas, por los incentivos financieros (entiéndase costo-beneficio en la atención médica) a los que están sometidos. La frustración y el descontento -según la encuesta- comprende al 75 % de los médicos. No todo está perdido: el 25 % está satisfecho.

Ante el encarecimiento de los costos del consultorio, muchos de ellos lo han levantado y se han asociado a clínicas o grupos de multiespecialidades. Este proceso no es nuevo, en un estudio retrospectivo³⁶ llevado a cabo entre 1931 y 1957, también en Estados Unidos, se pudo observar como disminuía ostensiblemente el número de médicos que ejercían en su consultorio privado. En nuestro país, este hecho es de diaria apreciación: a menudo los consultorios se alquilan por escasas horas semanales, demostrando palmariamente que este es un medio pronto a desaparecer en el ámbito del ejercicio profesional.

Ese médico satisfecho por el ejercicio de su profesión liberal, que gozaba del aprecio del paciente y de su familia, ha pasado a ser un trabajador asalariado, con remuneraciones que recibe mucho después de haber cumplido su labor, tal como ocurre en otras partes del mundo globalizado. Se encuentra controlado, encuadrado por cuatro paredes que acotan su desarrollo y, lo que es más preocupante, descontento con su trabajo. Ese descontento lo conduce a la insatisfacción y al escaso estímulo para la educación médica continua, útil método -el más idóneo- para que sea eficiente en su profesión.

Fustinoni³⁷ en un editorial sintetiza el problema. Expresa que el médico se encuentra indefenso. La díada médico-paciente, como la definiera Laín Entralgo, se ha convertido en un trinomio: médico, obra social (con exigencias para ambos) y enfermo.

Hemos dicho que no tiene consistencia la crítica sin soluciones. Expresa Bobbio³⁸ que *el neocontractualismo, o sea, la propuesta de un nuevo pacto social, global y no parcial, de pacificación general y de fundación de un nuevo ordenamiento, una "nueva alianza" propiamente dicha, nace precisamente de la constatación de la debilidad crónica de la que da prueba el poder público en las sociedades económica y políticamente más desarrolladas, y digamos también, por usar una palabra corriente, de la creciente ingobernabilidad de las sociedades complejas*. El cuidado de la salud pública en las sociedades modernas da diarias muestras de su complejidad y de los recursos que se pierden en el camino y no arriban al destino deseado. Aunque tal vez considerarlos estamentos ingobernables resulte excesivo, no deja de llamar la atención los intereses económicos que se han volcado sobre los sistemas de salud. Todo hace presumir que en un tiempo no muy lejano ocurrirá esa ingobernabilidad por parte de las autoridades nacionales en su función del cuidado del bien común. Los médicos deben tener ingerencia en las estructuras que solamente ellos -en contacto permanente con los enfermos- conocen a la perfección.

Dice Savater³⁹:

Las libertades son capacidades de acción que se pierden en cuanto no se emplean y en cuanto no se amplían. Nuevas libertades deberían unirse cada día, al menos como reclamaciones democráticas, al

catálogo de las ya existentes: deberíamos pedirles los ciudadanos sin esperar que todos los gobiernos se pongan de acuerdo por encima de nuestras cabezas. Por ejemplo, la libertad de no llevar obligatoriamente armas contra la propia voluntad que hoy exigen los objetores e insumisos; o la libertad de información sobre usos y abusos de sustancias que pueden llegar a resultar nocivas pero que nadie tiene derecho a prohibir simplemente por tal razón, condenando a perpetua minoría de edad a ciudadanos adultos; y desde luego la libertad de quienes huyendo de la dictadura o la miseria se instalan en nuestra vecindad a que sus derechos sean eficazmente respetados.

Bibliografía

1. McLuhan M y Powers BR, *La aldea global*, Barcelona, Planeta-Agostini, 1995.
2. Sendrail M, *Historia cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa Calpe, 1983.
3. García Díaz CJ, "Los médicos en la era del mercado", *La Nación*, Buenos Aires, 22 de enero De 1999.
4. Sanguinetti H, *La educación argentina en un laberinto*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2006.
5. De la Balze F, "El FMI enfrenta una crisis de identidad", *La Prensa/Economía*, Buenos Aires, 19 de marzo de 1995.
6. Posse A, "La crisis mundial del economicismo", *La Nación*, Buenos Aires, 27 de marzo de 1995.
7. de la Parra J y Talone G, "Reflexiones sobre la bioética y costos en el actual sistema de salud", *Geriatría Práctica*, Buenos Aires, 10 (N° 4): 26-28, 2000.
8. El Correo de la UNESCO, París, marzo de 1995.
9. Friedmann J y Sandercock L, "Los olvidados", *El Correo de la UNESCO*, París, pp. 14-18, marzo de 1995.
10. Rundle RL, Binkley C y Lanusse A, "Cuando el enfermo pide mimos de cinco estrellas (*The Wall Street Journal Americas*)", *La Nación*, Buenos Aires, 8 de setiembre de 1999.
11. Aun San Suu Kyi, "La democracia, patrimonio común de la humanidad", *El Correo de la UNESCO*, París, pp. 5-8, marzo de 1995.
12. Foucault M, *Las palabras y las cosas*, México, Siglo XXI, 1991.
13. Bustelo F, "Ciencia económica. Final de siglo", *Investigación y Ciencia*, Barcelona, pp. 39-41, abril de 1999.
14. Solanet M, "Empresas extranjerizadas", *La Nación*, Buenos Aires, 31 de marzo de 1999.
15. Aron R, *Los últimos años del siglo*, Barcelona, Planeta-Agostini, 1994.
16. Fuentes C: "La sangre del nuevo orden internacional", *La Nación/Enfoques*, Buenos Aires, 25 de abril de 1999.
17. Hobsbawn E, *Historia del siglo XX*, Barcelona, Crítica, 1996.
18. Harvell CD, Kim K, Burkholder JM, Colwell RR, Epstein PR, Grimes DJ, Hofmann EE, Lipp EK, Osterhaus ADME, Overstreet RM, Porter JW, Smith GW and Vasta GR, "Emerging marine disease - climate links and anthropogenic factors", *Science*, 285: 1505-1510, 3 Sept 1999.
19. Laín Entralgo P, *La medicina actual*, Madrid, Seminarios y Ediciones, 1973.
20. Escalante Gonzalbo F, *Una idea de las ciencias sociales*, México, Paidós, 1999.
21. Dorfles G, *Sentido e insensatez en el arte de hoy*, Valencia, Fernando Torres, 1973.
22. López Gil M y Regnasco MJ, en Lóizaga P, *Breve diccionario de pensadores contemporáneos*, Buenos Aires, Emecé, 1994.
23. Sotelo I, "La mezcolanza de lo público con lo privado", *La Nación*, Buenos Aires, 9 de octubre de 1996.
24. "Investigación innovadora en la industria farmacéutica", *Issues Handbook. International*

- Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations*, Suiza, mayo de 2000
25. Pégola F, *La ciencia en la posmodernidad*, Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, 27 (N° 1): 58-73, 1993.
 26. Lázaro J, "Doctor's status: changes in the past millennium", *The Lancet. Suppl.*, 2000, 354: 17, Dec 1999.
 27. Gilbert A, "Sin sistema no habrá acceso equitativo a la salud. Entrevista a Ignacio Katz", *La Nación/Enfoques*, Buenos Aires, 4 de abril de 1999.
 28. Dunning AJ, "Status of the doctor - present and future", *The Lancet. Suppl.*, 2000, 354: 18, Dec 1999.
 29. Piñeiro DJ, "Pacientes o clientes, médicos o prestadores", *Revista de la Sociedad Argentina de Cardiología*, Buenos Aires, 73 (N° 5): 402-403, setiembre-octubre 2005.
 30. García Díaz CJ, *op. cit.*
 31. Rojas N, Aráoz Alfaro G y Houssay B, *La formación del espíritu médico*, Buenos Aires, Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina, 1928.
 32. Wortmann RL, "The clinical philosophy of internal medicine", *The American Journal of Medicine*, 104: 323-326, 5 Ap 1998.
 33. Manrique J, "Problemas éticos de la Medicina en la cultura actual", *Revista Fundación Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires*, 6 (N° 22), dic. 1996.
 34. Hurtado Hoyo E, "Recibiendo el 2000", Editorial, *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 113 (N° 1): 3-5, 2000.
 35. Kassirer JP: "Doctor discontent". *New England Journal of Medicine*. 339 (N° 21): 1543-1544, 19 Nov 1998.
 35. "El médico, el individuo y la sociedad", *Documenta Geigy*, Basilea (Suiza), 1963.
 37. Fustinoni O (Editorial), "El médico en la actualidad y la Fundación", *Revista Fundación Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires*, 7 (N° 23): 5 de marzo de 1997.
 38. Bobbio N, *El futuro de la democracia*, Barcelona, Planeta-Agostini, 1994.
 39. Savater F, "Europa y sus libertades", *La Nación*, Buenos Aires, 19 de marzo de 1995.

Capítulo 3

LA CULTURA DE LOS MÉDICOS

Reflexionar sobre la cultura general de los médicos es un tema espinoso, sobre todo en época de cambios, de crisis, donde las características de lo que hasta hace poco se denominaban *profesiones liberales* (creemos que algunos todavía las llaman así) han variado sustancialmente. Reflexionar sobre su cultura o, más bien, la cultura que debieran poseer los médicos, es un tema comprometido, máxime cuando la crítica proviene del mismo sector profesional y el mayor compromiso actual de estos es poder lograr el sustento adecuado y mantener a la familia.

Existen innumerables ejemplos de médicos que, debido a sus inclinaciones artísticas o filosóficas, se han destacado en el ámbito cultural. Rodolfo Dassen, eximio clínico de la mitad del siglo XX, exhibía importantes conocimientos generales y era un capacitado intérprete del violín. Eduardo Wilde o José María Ramos Mejía, entre tantos otros, destacados en la literatura. Eugenio Pucciarelli, uno de nuestros más lúcidos filósofos del siglo pasado, nunca ejerció la medicina, a la inversa de Alejandro Korn, filósofo, criminalista y médico, que emprendió todas esas disciplinas. La lista sería interminable. Entre los extranjeros mencionemos a Anton Pavlovic Chéjov, en la cumbre de las letras y médico práctico; Karl Jaspers, filósofo, y a Ingmar Bergman, excepcional director cinematográfico. Todos ellos se distinguieron del resto de los médicos por su avance en campos habitualmente poco transitados por estos y escasamente se dedicaron a la profesión.

La pregunta sobre si el médico debe ser una persona culta nos persigue desde nuestra época de estudiante de medicina. En los estamentos inferiores de la educación no dudábamos: era culto. Hasta mediados del siglo XX se pensaba de otra manera; hoy los conocimientos abruma por su cantidad y calidad, amén de sus rápidas características cambiantes. Pero, ¿el médico debe ser un hombre culto? En ese caso, ¿cuál debería ser el modelo de su capacitación? Valga una idea: aunque muchos educadores dudan de las vocaciones tempranas, aquellas que se despiertan en estratos de la educación secundaria o aún antes, no revelan la modulación de un tipo de personalidad que inicie y conforme al individuo para este tipo de estudios. Tal vez sean acertados los planes de estudios que impulsan el contacto del alumno universitario con los enfermos desde el inicio de sus actividades en la facultad. De esa manera podrán configurarse una mejor idea de la profesión médica. No obstante, cuántas objeciones se le pueden hacer a este método.

El estudiante universitario sufrirá una primera decepción cuando observe que la imagen que él había creado de las facetas íntimas de la medicina no se corresponde con la realidad. Su expectativa no habrá sido satisfecha: estará decepcionado. Eso puede ocurrir tanto por las enfermedades en sí (que motiven su angustia), como por el proceder y el manejo del médico encargado de la enseñanza y sus conocimientos, como también de sus propias dudas. La decepción puede encuadrarse dentro de un concepto axiológico: aquel no es quien yo creía que era.

El concepto de cultura es vasto, tiene diversas interpretaciones y existen gradaciones o escalones que conducen a él.

Por definición, *cultura* es el cultivo de los conocimientos humanos, o sea para explicitarlo, es afinar intelectualmente los medios con que cuenta el hombre –desde el punto de vista de los conocimientos, de lo cognitivo– para conocer y protagonizar su función dentro de la sociedad. Estos conceptos, ciertamente inflados semánticamente, harían reflexionar sobre que una buena parte de la masa de habitantes que están por debajo del límite de pobreza ha sido eliminado totalmente de la posibilidad de acceder a ella. Su función primordial, en estos casos, será la de poder comer. No le podemos pedir que ansíe ser culto.

Corominas¹ dice que el sustantivo **culto** aparece hacia 1440, tomado del latín **cultus**, con el sentido de una “acción de cultivar, o practicar algo”. Casi un siglo después, hacia 1530, culto, **cultus**, cultivado, se usaban como participios pasivos de dicho verbo. Luego aparecerá la interpretación antropológica de la cultura. Es que la antropología puede estudiar al hombre y a su cultura en interrelación con sus medios biológico, geográfico o histórico. Así es posible entender una antropología cultural, que estudia las diversas culturas de una sociedad; una antropología física que estudia los caracteres físicos del hombre y de los homínidos, su variación temporal y los relaciona con los aspectos historicoculturales y, finalmente, aunque existen muchos tipos más, una antropología social que estudia las instituciones y los

comportamientos de los individuos dentro de la sociedad. Todos estos tipos concurren a denotar que existe otra interpretación de la palabra *cultura*. Es la que lo hizo definir a Gordon Childe² que cultura es el conjunto de elementos materiales e inmateriales con que el hombre se desenvuelve en la sociedad.

Los elementos “materiales” serían, por ejemplo, su morada, sus vestimentas, los utensilios de cocina, las herramientas de labranza, los animales que ha domesticado, etc. Los del bagaje “no material” están formados por el lenguaje, la escritura, la religión, los mitos, las expresiones artísticas, etc. Unos y otros lo acompañan en la sociedad.

Para Malinowski³ *el mérito de haber establecido los cimientos de un estudio antropológico de la religión pertenece a Edward B. Tylor*. Este antropólogo inglés que vivió entre 1869 y 1945, además de esa virtud, tenía una concepción particular de la cultura: ponía en un mismo saco a la moral, la religión, la vivienda, la forma de comercializar los alimentos, el papel que desempeñaban los ancianos, en fin, los elementos materiales junto con los inmateriales.

Como la ideología y la técnica aprendida resultan elementos que se agregan para definir la relación del hombre con su entorno total, la ecología en él adquiere una expresión inédita en el marco de la naturaleza animal⁴.

Fue también Bronislaw Malinowski quien impuso la idea de que cada cultura era una expresión única, de tal forma que había que estudiarla en sus propias pautas sin compararla con las demás.

La historia del hombre puede seguirse a través de cualquier manifestación importante de la cultura. La vivienda o la alimentación, o el proceso de domesticación de los animales son factores que pueden resultar útiles, aunque tal vez obtendríamos una recreación parcial. Con mayores elementos, a través de la medicina y de los sistemas terapéuticos podríamos aproximarnos más a una realidad objetiva. Hauser⁵ lo ha realizado por medio de las cambiantes escuelas de la pintura o de la literatura. También, con ricos testimonios, se podrían utilizar las religiones, como a menudo se ha logrado con el análisis del Antiguo Testamento para la milenaria cultura hebrea.

La misma definición de cultura nos hace reflexionar que el hombre vive afincado a su paisaje, a su entorno; incluso también las tribus nómades tienen su cultura. La vivienda es un elemento cultural, y eso lo conocen bien los arquitectos paisajistas que tratan de no modificar con sus construcciones el entorno del medio. El hombre de la llanura argentina habita una casa construida con adobe —el característico rancho— puesto que a su alcance tiene barro y pastos duros. Esos elementos mimetizan el hábitat con el paisaje. El esquimal utiliza la nieve compacta para construir el iglú, mientras que el habitante de la región serrana usará la piedra y el de la zona tropical la levedad de las cañas y la paja. El hombre vive en su paisaje que es su cultura, mientras que el habitante urbano se adapta al cemento y al vidrio, al ruido y a las luces multicolores de los letreros luminosos, a la información constante y a los cambios inevitables de las ideas políticas. Este es el concepto antropológico de la ubicación espacial del hombre.

En algunos aspectos, tal vez en la parte más apreciada de la sociedad hedonista de la actualidad, la cultura es algo concreto, porque buena parte de los elementos que utilizamos lo son: barro, pastos duros, cemento, vidrio, plásticos, automotores, nieve compacta, piedras... Todos estos elementos concretos están al servicio del grupo, o mejor dicho del hombre en sentido grupal, comunitario. Teniendo en cuenta la diversidad de los grupos lingüístico-culturales no se la puede globalizar, porque primero pasa por el individuo que la delimita, le deja su marca. Se definen así grupos sociales: horda, tribu, comunidad, nación. Pero el individuo, el hombre, está insito en la cultura de ese grupo, en la cultura de su sociedad. Un médico de Pekín actuará, estudiará, tendrá conceptos de enfermedad y de muerte muy distintos a los de un médico de Buenos Aires. Algo similar ocurrirá con un chamán hindú y un hechicero de una tribu amazónica.

Bien lo dice Escalante Gonzalbo⁶:

Todas las culturas son distintas, todas igualmente formadas por la costumbre, todas contingentes y artificiales; por lo tanto, no hay razón para preferir una a otra ni punto de comparación entre ellas. La conclusión, sin embargo, no es forzosa. De la diferencia de las culturas ha de sacarse como consecuencia, en principio, tan solo esto: que son diferentes.

Lo cual viene a reafirmar las palabras de Malinowski, justamente, y valga la redundancia, con otras palabras. Revela asimismo lo equivocada de las actitudes de algunos gobiernos en nuestro siglo al querer –como un acto mágico– transmutar culturas foráneas.

El creciente desarrollo de las comunicaciones tenderá siempre a la generalización de los conocimientos humanos, aún cuando los grupos sociales y los individuos que pertenecen a los mismos sigan conservando su identidad cultural. La aculturación (con menor intensidad que la transculturación) irá modificando lentamente –en un efecto *feedback*– las características de cada una de ellas. En medicina, al otorgarles a los otros pueblos una versatilidad de conocimientos que así se aprecia desde tiempos inmemoriales hizo que siempre los grupos étnicos consideraran más capacitado al curador foráneo, al extranjero. En estos casos la globalización lleva hecho un ensayo de miles de años.

A través del tiempo al término cultura se le fueron agregando adjetivos calificativos. Se definieron términos como *cultura de masas*, *cultura universal*, *cultura popular*. La cultura de masas deviene de la sociedad de consumo, del “*merchandising*”, de los medios de comunicación y de la producción masiva.

Desde hace unos siglos y en forma creciente a partir de Gutenberg los beneficios de la cultura (en concordancia con la ilustración o el conocimiento que puede adquirir el individuo) tienden a expandirse por todas las sociedades humanas, aunque en algunas de ellas llegue por cuentagotas. En épocas remotas, una parte de esa cultura, la inmaterial que se lee en los libros y la de los conocimientos abstractos sobre todo, estaba manejada por una elite que poco o nada dejaba escapar de su núcleo. El hombre culto habitualmente era un aristócrata que, además de tiempo libre, tenía acceso a los libros, a las expresiones del arte o de la ciencia y, fundamentalmente, a la posibilidad de la reflexión sabia. Esto le permitía cultivarse. Hoy, en forma permanente, los medios de comunicación –con producciones masivas– vierten información. Todos los voluntariosos pueden tener acceso a la cultura. Existen diferencias entre educación y cultura (quizá, mejor dicho, entre información, erudición y cultura) que luego analizaremos. Sin previa preparación básica no será fácil meterse en la filosofía de Kant o de Hüsserl.

La banalización cultural, la que llega masivamente por los medios de comunicación y no puede ser seleccionada por el individuo debido a su propia incapacidad, aquella que día tras día se critica, como en el caso de la televisión, que por chabacana, está destinada al consumo de una población semianalfabeta, orientada –obviamente– hacia una cultura de masas, los *mass-media* (término apetecido por los norteamericanos y los medios de comunicación). A la cultura que se adquiere por intermedio de la lectura de los periódicos se la ha llamado *cultura de bolsillo* y se han publicado libros denostándola. Otro término peyorativo que circula en los medios intelectuales es la definida como *cultura de suplemento literario*: no se adquiere con los libros sino con el comentario del suplemento cultural de cualquier diario o con la lectura de las contratapas de los mismos. Ambas, cultura de bolsillo o del suplemento literario, confieren un fino barniz cultural que permite salir airoso en los medios seudointelectuales.

Una sólida cultura general se logra con la profundización de conocimientos comunes que no se pueden ignorar y que se encuentran insertos en el contexto social del momento, con lo cual estamos dando asidero a quienes, como José Ortega y Gasset, nos criticaron diciendo que nuestra cultura era ornamental y vagamente educativa. Las definiciones, como se puede apreciar, son generales, poco precisas y de ninguna manera orientadoras para quien desee emprender una empresa de esta naturaleza.

Las definiciones sobre cultura llegaron a tener connotaciones políticas y se entablaron grandes polémicas que no fueron semánticas sino ideológicas. No quedaron encerradas en los ambientes culturales. El eclecticismo máximo llegó con Marcel Mauss, quien definió a la cultura como la civilización proyectada en las obras del hombre, con un estilo diferente para cada grupo social. Juntó los términos (civilización y cultura) que, desde principios del siglo pasado y hasta la mitad del mismo, trajeron los mayores conflictos a la humanidad de esa época. Ambos fueron emblemas de extremismos, uno de derecha y otro de izquierda, respectivamente.

Marcuse opinaba que la cultura es la humanización del hombre a través de las obras colectivas que tienden a protegerlo del frío, a mantenerlo alejado de las agresiones físicas, a tratar de reducir la frecuencia y mitigar los efectos de las guerras, la miseria y las pestes. Esta definición se acerca al concepto de cultura como expresión de los medios materiales e inmateriales con los que cuenta el hombre, asignándole un contenido humanístico en lo que respecta al sufrimiento. Nada dice del aspecto individual del cultivo del intelecto. Las dos vertientes de la palabra cultura quedan francamente delimitadas.

Otra circunstancia digna de análisis: al prescindir, por definición, de todo elemento técnico (aunque haga irrupción en la vida del hombre desde sus primeros días en el planeta), ningún grupo cultural queda desmerecido. Cada cultura tiene su valor intrínseco y no puede ser ni comparada ni juzgada con las demás por su menor manejo de la tecnología. Antropológicamente no existen culturas superiores y culturas inferiores. La evolución de la tecnología creó abismos en la apreciación global y esta es una realidad que no se puede negar. Las culturas existen en su contexto social, en su momento histórico y en relación con el paisaje. Cada cultura tiene un valor *per se*, un valor por lo que representa ella misma, y ninguna puede ser juzgada peyorativamente. En el siglo pasado W. E. Muhlman denominó *pueblos naturales* a los que –sobre todo por el etnocentrismo europeo– fueron llamados primitivos. Así Margaret Mead estableció etapas en la cultura de los pueblos: *prefigurativa*, *cofigurativa* y *posfigurativa*. Sostuvo que la cultura es un conjunto lógico de elementos coherentes que posee un grupo humano que cuando cambia, modifica a los demás. Estaba introduciendo el sentido de la aculturación o de la transculturación. Si la cultura de un pueblo cercano comienza a sufrir cambios, generará influencias a su alrededor. Estas modificaciones serán lentas pero ostensibles. Un ejemplo típico es la cultura del Mediterráneo: los viajes circulares por las costas del Mare Nostrum ocasionaron tonos vagamente similares en la música, la alimentación, el arte, la vestimenta, entre otros aspectos culturales, de los pueblos que habitaban sus costas. En medicina, a diario vemos las influencias de las diversas escuelas médicas, sean estas de cirugía, de psiquiatría, de clínica médica. Cuando observamos las referencias bibliográficas de diferentes orígenes en antiguos tratados de medicina tenemos que comprender que, en este caso, los cambios no son lentos aunque hayan llegado, en épocas anteriores, a países tan periféricos como el nuestro con considerable retraso.

Los pueblos se resisten fieramente a modificar su cultura. Kuchhohn denomina “factor implícito de la cultura” a esta resistencia que trata de evitar el cambio; Leví-Strauss, aunque reconoce su fuerza, su poder, la considera dentro de los “factores secundarios”. Los hechos posteriores a la caída del Muro de Berlín, así como el ingreso no voluntario de todos los países al mercado globalizado, otorgan crédito al primero de los autores nombrados, a causa de la resistencia enconada a ser modificadas que tienen las pequeñas culturas, casi tribales. No obstante, la transculturación, obstinada y constante, como se observa en el lenguaje, la vestimenta y las diversas costumbres, sigue provocando cambios relevantes.

En los procesos de intercambio culturales (aculturación) los sociólogos distinguen cuatro categorías: “competencia, conflicto, acomodación y asimilación”.

La modificación cultural tiene dos vertientes: el campo grupal y el individual. Las costumbres del individuo pueden ser modificadas por la cultura y este, a su vez, ejercerá su influencia en la cultura del grupo. Las reglas higiénicas que la maestra enseña al niño en la escuela, como ocurre también con la defensa de los preceptos ecológicos, pueden introducirse en la familia y cambiar los hábitos. Los hijos aportan cultura a los padres. Un ejemplo cercano a los médicos es la actitud, generalmente imitada, de quienes lideran los grupos: un cirujano que impone el sello de su técnica quirúrgica a sus discípulos, “hace escuela”; lo mismo sucede con el profesor que, desde su cátedra, o fuera de ella, genera inquietudes intelectuales en sus alumnos o tiene un “estilo” austero de vida que suscita admiración y es tomado como paradigma por las generaciones jóvenes. Actitudes paradigmáticas son las que escasean en el ámbito educacional (en los tres o cuatro estamentos, si incluimos el postgrado).

La educación en la Argentina ha perdido jerarquía en sus tres ciclos. La decadencia académica universitaria argentina se debe, entre otras cosas, a que se jerarquizaron –por amiguismo o endogamia, como le dicen Daniel y Martín Bes– individuos sin la formación intelectual adecuada. No merecieron ser imitados, no fueron paradigmáticos y en consecuencia –como habitualmente se expresa– nivelaron hacia abajo. Otro peligro acecha. El prestigioso educador argentino Jaim Etcheverry⁸ señala que *el privilegiar criterios de eficiencia empresarial en el ámbito universitario amenaza con despojar a estas complejas instituciones sociales de su “alma”, que no siempre es medible. La educación pertenece a la esfera del ser, no del tener. Así como una nación es más por lo que produce, la tarea de la Universidad no debería medirse solamente por el debe y el haber de sus graduados.*

Una buena universidad es la que ejerce una influencia cultural decisiva en su país. La acción de las modernas élites burocráticas, que están tomando aceleradamente el control de todas las actividades humanas –incluyendo las educativas, científicas y culturales–, amenaza con dejar

exánimes a nuestras débiles instituciones mediante la aplicación de criterios que poco tienen que ver con nuestra realidad y tradición.

Avanza el proyecto de generar entre nosotros 'MacUniversidades' o 'Universidades S. A.

Queda tácito, por la trascripción, que existen universidades con distinto grado de excelencia y lo que es peor, con diversos tipos de intereses –no culturales– en un proceso inacabable y de tanto en tanto acelerado, de transculturación. Otro problema enraizado es un activismo político pertinaz, nihilista, que elude el diálogo, que se aprecia como mácula que se expande. Sin estas nefastas prácticas de la Argentina podríamos sostener, con orgullo, que la Universidad modifica el pensamiento y las costumbres de los hombres y los hace mejores.

Un ejemplo más global y aparentemente menos doloroso de integración cultural, en el sentido de los resultados posteriores, es el de la inmigración en nuestro país que tuvo enorme relación con la reforma universitaria de 1918. Esa inmigración –descontando la xenofobia inicial– recibió la influencia del grupo humano donde se insertó pero también generó cambios entre los autóctonos. Como ejemplo cultural alejado de lo universitario, el tango, nuestra música ciudadana más popular del siglo XX, que le diera un sello muy particular al Río de la Plata, tuvo un origen mixto, donde se fundieron la milonga con la habanera, el tano cocoliche con el compadrito orillero, el proxeneta con la "lora". Más tarde, entraría triunfal en los salones de la gente pudiente de Buenos Aires⁹. Nadie podrá jamás atribuirle una única paternidad a este fenómeno también impulsado por el paisaje y la lejanía de nuestro puerto más importante con el resto del mundo. Con la aculturación, los pueblos –como le ocurre al lenguaje– se van enriqueciendo. Cambian y paulatinamente adquieren nuevos hábitos, nuevos conocimientos. La papa, alimento del Nuevo Mundo, tardó mucho en imponerse en Europa donde se la consideraba tóxica quizá por su glucósido, la papaína, que aparece en sus brotes. Sin embargo, una vez aceptada palió varias hambrunas en ese continente. No ocurrió lo propio con el tabaco, que penetró con celeridad y sus efectos tóxicos todavía se sufren. Estos son ejemplos aparentemente "descolgados" del tema principal pero con ellos queremos demostrar los vínculos entre el medio ambiente, la gente y la cultura.

La cultura de masas es una consecuencia directa del "taylorismo", método de organización científica del trabajo, iniciado por Frederick W. Taylor (1856-1915). El considerable aumento del rendimiento de las máquinas permitió la producción masiva. Surgió así la necesidad de una venta masiva, de un mercado capaz de absorber esa producción. Consecuentemente se hizo necesario que los medios de comunicación informaran al hombre, eventual adquiriente del producto, de su aparición en el mercado. La propaganda y la comunicación debieron hacerse también masivos. Dan cuenta de ello la difusión –sobre todo en la clase media– a principio del siglo XX, de noticias y reclames de productos de todo tipo que aparecían en revistas semanales como *Caras y Caretas* y *P.B.T.*

La rapidez de los cambios obliga a que esa cultura de masas –auspiciada por la misma propaganda– sea poco homogénea y oponga menor resistencia a los cambios. No obstante, tiene bolsones de cultura marginal, la de aquellos que no la reciben o es escasa cuando la obtienen de los medios de comunicación o por su ubicación habitacional o por sus características personales. Quedan así al margen los que carecen de medios de comunicación, los analfabetos si la expresión brindada es escrita y, como es lógico, los infradotados. En los mismos medios urbanos la cultura de masas tiene islas de subculturas que se niegan a ser modificadas. Las prédicas estatales –no muy frecuentes por cierto– en la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o el cólera, por poner dos ejemplos, fracasan en ciertas áreas. En un sentido menos dramático por sus consecuencias, nuestra cultura "orillera" es un producto de la marginación.

Todos estos tipos de manifestaciones de la cultura obedecen a clasificaciones que tienden a generalizar el problema. Sin embargo, la cultura (exceptuando esos aspectos sociales que hacen a una de sus definiciones) se elabora individualmente. Cada hombre forma su propia cultura, lo cual no quiere decir que lo comunique con los demás componentes de la sociedad: así lo hacen el lenguaje, las profesiones, las manifestaciones artísticas, entre otros. No existen "productores" de cultura que la suministre a otros "consumidores" de cultura. Existen maestros, paradigmas, quienes transmiten el conocimiento; también lo hacen el libro, la videocinta, las revistas, es decir todos las herramientas rutinarias para formación intelectual.

Una abarcadora definición de cultura, que va desde lo individual a lo social, partió de Kluckhohn y Kelly –en 1945– y se puede leer en ***The Science of Man in the World Crisis***:

La cultura es un sistema históricamente derivado de explícitos e implícitos proyectos de vida que tienden a ser participados por todos los

miembros de un grupo o de los especialmente designados.

Estas reflexiones efectuadas sobre el sentido de la cultura en general pueden ser relacionadas con la educación médica. ¿De cuántas maneras, deliberadas o no deseadas, puede un médico de inicios del siglo XXI quedar al margen de la enorme cantidad de información que le llega por tan variados medios?

Refiriéndose a la cultura de masas, Max Weber¹⁰ vaticinó que la industrialización iba a crear una “cultura de la industria”, que el mundo entraría en una etapa de una cultura distinta. En la misma forma que se afirma que el árbitro de la cultura es el mercado, sobre todo en lo que se refiere al hábitat, a los medios de movilización, a las vestimentas, a las bebidas, etc. La moda nos brinda un ejemplo típico: produce la vestimenta o el calzado y lo cambia temporada tras temporada (como denominan a las diferentes estaciones del año), con ello originan un consumo masivo en ciertos sectores de la población. Tienen incidencia con distintas modalidades para cada clase social: a unas llegan con exposiciones de moda con el desfile de jóvenes hermosas (a veces anoréxicas) que imponen sus características corporales a las adolescentes con un mensaje de practicidad y desenfadado, a otras –como en el caso de los pantalones de *jean* que usan hombres y mujeres– a través de la propaganda visual en revistas, periódicos y televisión. Así han logrado un amplio espectro de aceptación, desde los más jóvenes a los más viejos, desde los más pobres a los más pudientes, aunque las marcas de pantalones establezcan las diferencias adquisitivas.

La economía de la globalización utiliza a la cultura de masas para penetrar en el mercado. Chávarri¹¹, un crítico de arte que se refiere al mercado de la pintura, dice que *la incorporación de los esquemas comerciales a los valores culturales hace que estos sean considerados como “productos” cuya visión fundamental no es ya establecer una referencia de espíritu, sino obtener un precio por su valor de venta. En este sentido, ya no se atiende a una evolución de las artes plásticas congruente con el tiempo en que vivimos sino a la posibilidad de que la pintura encuentre un fácil acceso en el gusto más o menos mal sensibilizado del público.*

La cultura de masas o cultura masiva no es una cultura de elite. Se maneja fundamentalmente con estereotipos que mezquinan la capacidad de reflexionar. Es un producto escaso en sus vertientes culturales, elaborado con un sentido definido que determina no pensar demasiado. Ha

recibido despectivos mote, tales como anticultura, subcultura o antiilustración. Boldori de Baldussi¹², luego de inspirarse en las opiniones de Eco y de Jauss, expone un interesante cuadro donde propone argumentos en contra o a favor que especifica por áreas. En el ciclo productivo, critica la manipulación invisible de la información, el facilismo y el apresuramiento en realizarla, y valora que así se la imponga al pueblo. Indica que este no es un proceso nuevo en la historia de las comunicaciones. El mensaje –argumenta en su contra entre otras cosas– no estimula la creatividad, es homogéneo y no selectivo, superficial, acentúa lo efímero y se apoya en falsos estereotipos impuestos “desde arriba”; en su favor sostiene que, bien elaborado y dirigido, aunque cuantitativo, puede llegar a ser enriquecedor y de calidad. Finalmente, analiza la recepción y encuentra como condiciones negativas que fomenta la recepción pasiva y acrítica, homogeneiza la audiencia e impide la lectura reflexiva por el choque de imágenes y titulares. No obstante, la considera que puede ser beneficiosa en otro sentido, porque son factores de progreso, de crítica y de movilización, difundiendo pautas de “cultura superior” a los que no tienen acceso a la cultura.

Rodríguez Bustamante¹³ sostenía que había existido una “gran cultura” totalmente alejada de la cultura de masas. Se refería a una época de la historia de la humanidad que no era, ciertamente, la nuestra. Era la cultura de la aristocracia (del griego **aristokratia**, compuesto de **áristos** ‘el mejor’ y **krátos** ‘fuerza’), que podía acceder a ella a través de los medios que poseía: rango social y dinero. Eran aquellas personas que, a principios del siglo XX, antes de la Primera Guerra Mundial, apreciaban en lujosos salones la música de Beethoven o Chopin, las pinturas de David o Ingres y luego de los impresionistas, que pasaron a ser de consumo masivo con el auge de los medios de comunicación. Años más tarde, otro estilo de vida, la fuerte irrupción de la modernidad, inclinaría los gustos hacia grupos más liberales y la preeminencia se volcaría por músicos como Mahler o Schönberg y pintores como Carrá, Kokoschka o Picasso. La aristocracia iba perdiendo la exclusividad de esa cultura abarcadora y esta, a su vez, con horizontes día tras día más amplios escapaba a la posesión individual. Ese reducido número de aristócratas, a los que se refería Rodríguez Bustamante, poseían conocimientos acabados en tópicos específicos, no obstante completaban sus carencias con lecturas globales. Tiempo libre y capacidad de profundizar en temas artísticos y científicos

lograban un milagro que pocas veces se daría posteriormente.

Oswald Spengler dice que *la cultura elevada va indisolublemente ligada al lujo y la belleza*.

En el otro extremo se encuentra la cultura popular, también denominada cultura *folk*. Del cuño de la cultura popular son las canciones que escucha o canta el pueblo, las pequeñas, y muchas veces intrascendentes, obras de literatura, las artesanías u otras habilidades materializadas en logros difíciles de encasillar como obras de arte. El arte totémico de los canadienses, las pinturas sobre corteza de árboles de los mejicanos o los recuerdos de las costas marplatenses confeccionados con conchillas de mar entran dentro de esta categoría.

Si en la gran cultura impera la exquisitez, en la cultura *folk* existe cierto grado de arte ingenuo. Esta no es una opinión generalizada y existen antropólogos que le otorgan a estas expresiones un elevado sentido artístico aunque esto se vuelque preferentemente a las manifestaciones del arte de los pueblos naturales, como en el caso de la cerámica de los tobas primitivos.

También, desde un punto de vista filosófico, se puede hablar de cultura del saber y cultura del ser. El valor de la adquisición de conocimientos debe considerarse en razón de la formación del ser y no como formación del saber, para evitar caer en la erudición, que sería el amplio conocimiento de documentos relacionados con una ciencia o un arte. Julián Marías atribuye al erudito la manía de acumular datos.

Sin embargo, lo más importante es que el hombre es culto por una actitud frente a la vida y no solo por sus conocimientos. Cultura es un modo de vivir donde tiene primacía el ser.

Snow¹⁴ –en 1959– planteó una curiosa hipótesis. Describió dos tipos de cultura: humanidades (“literatura”) y ciencia (“tecnología”) y comentó la inhabilidad de los miembros de una comunidad para comunicarse con la otra. Señaló la clara ignorancia de los que se dedican a la literatura o a la historia para entender a la tecnología. Por otra parte, algo similar le ocurre a los de la ciencia y la tecnología para hacerlo con los conceptos de las humanidades y las ciencias sociales. El gran crédito de Snow fue considerar que desde hace 50 años, personas de ambas culturas –enteradas de los mutuos conocimientos– comenzaron a dialogar. Este esfuerzo lo llevaron a cabo profesores de todo el mundo. Las dos culturas pueden converger por intereses comunes: los genetistas, por ejemplo, tienen especial interés en aplicar el análisis del genoma humano en cuestiones de historia de la humanidad. Desde allí, a través de las posibilidades que ofrece el estudio del ADN se suscitarán múltiples preguntas sobre historia que la ciencia puede responder. En la formación médica, las conversaciones entre una y otra cultura deben ser permanentes.

La cultura –dijo Mallea¹⁵– es indivisible de la creencia fértil y central en el hombre como ente dueño de sus facultades de ser y opinar. La cultura defiende al hombre proporcionado por su ingénita condición y no desproporcionable por ningún poder humano. La cultura define a los hombres más allá de toda ficción o apariencia, se les resiste y los resiste, les sobrevive; y a través de todos los tiempos conoce hasta en sus variaciones menos perceptibles las falsificaciones del mundo, la vicisitud de conciencia, los reclamos de la justicia, las anomalías de los físicos, el curso de los astros y la dirección de los ríos.

El médico, ¿es o debe ser un hombre culto?

La mayor parte de los individuos, cuando definen a la cultura, la asimilan a los que poseen una profesión liberal, a veces con el aditamento de tiempo libre para cultivar otra disciplina. Desde ya que no deportiva. Estas pueden ser las bellas artes o la paleontología o la biología o la economía, pero siempre escapando al encierro intelectual que significa una licenciatura o determinado doctorado. Por lo menos esa fue la idea que prevaleció durante muchos siglos. Pero en la actualidad, ¿es el médico un hombre culto?

La educación médica determina la formación de eruditos en esa ciencia –en el estricto sentido que le hemos otorgado a este término– y ello se debe en gran parte al incremento de los conocimientos sobre esta materia. Esto derivó en la creación de especialidades y superespecialidades, con mayores posibilidades de profundizar y adquirir destrezas en porciones delimitadas de la medicina. Tal vez, una mejor distribución del tiempo podría facilitar la incursión por otros senderos de la ciencia y de las artes. Lo cierto es que el erudito, por definición, no es un hombre culto.

Hace una década, mientras dictábamos Antropología Médica para uno de los módulos de la

Carrera Docente de la Facultad de Medicina de Buenos Aires de la Universidad *ad hoc*, un médico traumatólogo, valientemente frente a una pregunta que lo descolocaba ante sus pares, me espetó: *¿Para qué quiero yo ser culto si es mucho mejor que conozca a la perfección las técnicas quirúrgicas de mi profesión?* Una cosa no excluye la otra y el espíritu universitario está reñido con esa posición. La universidad es la gran moduladora de las conciencias, “cambia la cabeza”, y no lo hace solamente por la información que en ella se adquiere.

El médico está educado para ejercer la medicina y tal es así que, en el momento de su graduación y salvo honrosas excepciones, es un técnico. Sobre todo en este momento de la evolución de la ciencia dominada por la tecnología y el mecanicismo. A través del tiempo, si media interés –cuando se “humanice”, al decir de Marcuse, y se forme como ser–, se convertirá en un hombre reflexivo, maduro, y será realmente un médico, sin que esta afirmación sea peyorativa sino que está indicando una modificación lenta y costosa en el perfeccionamiento humano. Deberá luchar, eso sí, contra una labor agobiadora, contra una frecuente escasez de medios económicos (tanto de los propios como de los enfermos), contra un ambiente universitario poco propicio y contra una enorme competencia profesional. Eso lo templará pero incidirá con frecuencia en desalentar una labor cultural paralela. La cultura exige un esfuerzo sin par.

El cultivo de las artes (música, pintura, literatura) u otras ciencias mientras se cursa la carrera médica atrasan, habitualmente, el ritmo normal del estudio y, en su mayor parte, los estudiantes optan por abandonarlo. Inmersos en la amplitud y complejidad de los conocimientos que deberán adquirir, dejan una actividad que consideran secundaria.

La información sin formación lleva a conocimientos o habilidades carentes de contenido humanístico. Muchas veces los pacientes son las víctimas de profesionales que actúan como autómatas, fríos, completamente sinceros (cruels) en el momento de codificar un diagnóstico o un pronóstico. Es habitual que esto ocurra en una relación médico-paciente de las denominadas por Pierre Schneider “científicas”. En otros casos, el acercamiento entre el médico y el enfermo es gélido y distante. Es el prototipo de una medicina que generalmente no convence al paciente que pretende ser “contenido”, por adoptar una palabra de moda. Este tipo de relación es grave cuando se trata de una relación médico-paciente de las llamadas “de mantenimiento”.

En otro sentido encontramos el vitalismo, en darle valor al enfermo, donde se toman conductas que, aunque regladas de antemano, se compatibilizan con el contexto cambiante de la personalidad de cada paciente. Es la búsqueda de un conocimiento cabal de ser a ser, como lo proponía Jaspers^{16, 17}.

En uno y en otro caso, el médico puede aspirar a la cultura. En el primero, con tiempo libre y una mejor organización del trabajo; en el segundo, con una mayor sensibilidad que probablemente lo inclinen hacia las actividades artísticas. El conjunto de vectores que influyen en estas reflexiones pueden ser conceptualizados como audaces e inconsistentes. Tal vez, incursiones dentro de la subjetividad de cada persona, de esa misma subjetividad que reclamaba Sören Kierkegaard para hallar la verdad. Esa subjetividad permitirá que, al adquirir los conocimientos, pueda evaluarlos, sopesarlos, meditarlos. De lo contrario, seguirá el simple camino de la erudición.

Si le damos una primacía excluyente a la ciencia, al símbolo, nos haríamos esclavos del científicismo, que es una deformación. Un objetivismo lógico, del tipo hegeliano, nos deshumaniza. No obstante, debemos admitir con Hegel que para ser médicos tenemos que partir del amor por la ciencia. No pensar –como creyó el positivismo– que la ciencia todo lo puede: que curará todas las enfermedades, que controlará el hambre de los pueblos, que solucionará los problemas higiénicos... La realidad, en los inicios de este nuevo siglo, nos muestra una peligrosa disminución de la capa de ozono, una escasez de agua potable, un efecto invernadero creciente, una contaminación de mares y ríos, entre otras catástrofes que la ciencia ha previsto pero no pudo detener, impotente frente a la decisión política.

Un subjetivismo formativo debería apuntar al objetivismo lógico. Un conocimiento cabal, sin hipocresía, donde un valor éticoantropológico sea un objetivo común. Un concepto puramente humanístico. Para ello el médico deberá gozar, como sostenía Sciacca¹⁸, de libertad creadora. El “yo personal”, el hombre entero con libertad. Sin libertad no se puede crear, no se podrá cultivar ni adquirir cultura. Yocasta, el personaje de *Las fenicias* de Eurípides, madre de Edipo, como recreando esos mismos términos dice: *Propio de un siervo es lo que dices, no decir lo que piensas*.

La verdadera formación del hombre es la de la cultura en libertad. Las pautas impuestas, los caminos indicados con autoritarismo (no paradigmáticos), el dogmatismo, no generan cultura,

la oprime.

Podrá el ser humano confiar con todas sus fuerzas en el progreso civilizador y técnico, podrá urdir cuantas hipótesis pueda sobre una doctrina evolutiva, pero en el momento en que descarte el centro espiritual del hombre, el principio mismo de su carácter de persona y el “primuns movens” de su libertad, estará privando al existente humano de la nota que más íntimamente lo define y estará con ello al mismo tiempo, prohiendo una noción falsa de la cultura¹⁹.

Situándonos en el terreno del quehacer científico y de las erróneas predicciones del cientificismo, podemos reformularnos la pregunta de este subcapítulo: ¿Es el médico un hombre culto? Habíamos convenido que el simple ejercicio de una profesión liberal no lo determinaba. Desde el punto de vista científico, el médico busca la verdad, tal como puede ser un diagnóstico correcto o una terapéutica acertada. Si fuera filósofo estaría en la búsqueda de una verdad general; si fuera poeta trataría de hallar una expresión del espíritu a través del significado de un conjunto de palabras. Ni el médico, ni el filósofo, ni el poeta, son hombres cultos, aunque el segundo se acerque más a ese prototipo. El hombre culto debe dominar una totalidad de conocimientos generales, aunque no alcance gran profundidad de erudición.

El tiempo libre es la piedra fundacional sobre la que asienta la posibilidad de ser culto. El médico de nuestros días carece de tiempo libre. Una sociedad agrícola casi pretécnica debe realizar tareas disímiles como las de preparar su propio jabón, carrear y producir subproductos para la época invernal, llenar las trojes en verano, levantar sus propias casas y tener siempre cercana a una matrona para atender a las parturientas. La era industrial ha solucionado todos esos problemas con la tecnificación y una adecuada división del trabajo. El médico actual – dentro de esa sociedad– debe trabajar en forma incesante para subsistir. El tiempo del ocio, que podría emplear útilmente, se ha recortado.

A pesar de ello, cuando existe el tiempo libre para adquirir cultura debe cumplir con otra labor llena de subjetividad: apagar el aparato de televisión, cerrar el periódico para abrir el libro, postergar el momento del deporte...

Lo culto en el hombre –dice Pera²⁰– se nos muestra ya como la posesión de una autoexigencia, de un estilo que informa su acción y su pensamiento –acción dirigida a la adquisición de un saber con la subsiguiente articulación del mismo en el pensamiento–. Este saber, al hacerse constitutivo de la persona –como ha señalado Peter Wust– se hace existencial, se convierte en una “exigencia” y en una “servidumbre”. Exigencia de mantener contacto no solo con sus propios asuntos médicos, jurídicos, etc., sino con los asuntos de los demás, queriendo ser consciente de las incumbencias de otros hombres. El hombre culto trasciende de su situación y se hace testigo de otros círculos vitales que para el resto de los hombres permanecen cerrados. “Servidumbre” de intentar continuamente –cual nuevo Sísifo– la articulación de todo el saber obtenido en una síntesis coherente, a sabiendas de su carácter problemático y transitorio.

La cultura partirá de un interés personal: un espíritu zahorí de búsqueda y amor por los conocimientos y, en segundo lugar, de la posibilidad de captar el momento histórico que vive el grupo y obviar las deformaciones que pudiera producir sobre las mismas expresiones de la cultura. Sábato²¹ escribía que, *con siniestra simetría, en la Rusia stalinista que prohibía a Kafka y Picasso, el crítico Kemenov acusaba al arte burgués como un triunfo del misticismo, la subconciencia y la paranoia, agregando en su artículo “La literatura soviética”: “Pasarán los años y las generaciones venideras que, al estudiar la historia de la cultura en la época del imperialismo, y tengan que trabar conocimientos con la obra de Picasso y de Sartre, de Henry Moore, Joan Miró y otros por el estilo invitarán a un psiquiatra y no a un crítico de arte para que sistematice su producción. Pero hoy, para vergüenza de la humanidad, son aceptadas con grandes manifestaciones esas obras degeneradas. El arte soviético se desarrolla por el camino del realismo socialista, genialmente definido por J. Stalin”. Y el destructivo delirio se extendió a la propia ciencia, cuando se proscribió la lógica matemática y la genética “burguesa”, castigando y exonerando a sus culpables. Así como en la Alemania nazi se impugnó la teoría*

de Einstein como típica manifestación de la mentalidad judaica. El momento histórico debe entenderse en su justa realidad y sin dogmatismos ni ideologías que lleven a deformaciones como las mencionadas.

La práctica de la medicina

Otra actitud perniciosa es la de la moda en medicina. El médico debe tener, frente a ella, una posición filosófica de duda, resuelta por el camino del juicio crítico o del entendimiento, a la manera kantiana. La crítica de arte –también podríamos poner el ejemplo de la crítica literaria– se encarga periódicamente de gloriar a determinado pintor, en el caso de las artes plásticas, en detrimento –veladamente– de otros. Todo pasa por las preferencias del crítico o, lo que es deleznable, por el valor económico de lo que se quiere impulsar, entendiéndose que tal o cual nombre dejan un rédito mayor. En el caso de la medicina, las modas están fomentadas por la **industria** farmacéutica o por los mismos médicos que, por razones espurias, encaraman determinados tratamientos, los promocionan por diversos medios y así obtienen pingües ganancias. La información que poseen los pacientes es tan escasa y deformada que pueden ser fácilmente manipulados en una actitud francamente antiética.

Paradójicamente, el médico se mueve entre la teoría y la práctica, entre la ciencia y el arte. Está sometido al vaivén permanente entre aquello que estudia y lo que se le presenta cotidianamente. Entre lo que sabe sobre las enfermedades y lo que es el enfermo. De ahí nació el clásico “no hay enfermedades sino enfermos”. Eso llevó a la formación de postulados, de axiomas, que se mantuvieron incólumes durante muchas generaciones de médicos.

La clínica es soberana, escuchábamos diariamente exclamar a médicos avezados, pero ¿sigue siéndolo a esta altura de los conocimientos? Habitados desde la época de estudiantes a considerarlo un axioma, resulta cada vez más difícil conjugarlo con la realidad. Reflexionamos sobre el sentido que le otorgaban los viejos clínicos –que consideraban explícita– a esta postulación. Actualmente se manejan conceptos como los de enfermedad subclínica, curación incompleta, curación con déficit e, incluso, existen entidades mórbidas – como el infarto silente– donde hasta los exámenes complementarios más comunes resultan ineficaces para su diagnóstico.

Es decir que (¡cuidado!) también el médico de la posmodernidad debe saber interrogar los hallazgos de laboratorio y a las imágenes. En su metodología encontraremos algo equiparable a la diferencia que existe entre las religiones y las prácticas mágicas: en las primeras, con la oración, se invoca directamente a Dios; en la magia aparece un intermediario: el brujo o el chamán. A veces este nos engaña.

Que la clínica era soberana, era carne y sangre del pensamiento del médico de hasta mediados del siglo XX. Rodolfo Dassen, destacado clínico, le discutía a Eduardo Machado sobre la veracidad de los estudios anatomopatológicos, durante los Ateneos Anatomoclínicos de la Sala 4 del viejo Hospital del Clínicas. No podía aceptar que la histología (a veces la macroscopía) le asestara un duro golpe a su razonamiento clínico. Ambos se hallaban en busca de su verdad. Sin duda, primaba más el sentido académico que el de una amplia practicidad²².

Teoría y práctica: equilibrio que cuesta lograr. Loudet²³ dice que *en clínica médica, donde se entevera el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, los problemas son más arduos y difíciles. Lo cierto es que la medicina tiene su psicología, su lógica, su moral y, aún, su metafísica. No es impropio hablar de clínica y filosofía. Los grandes médicos de todos los tiempos y todas las escuelas fueron médicos y filósofos de su ciencia. No contemplaron únicamente los efectos, sino que buscaron las causas; no se perdieron en el mar movedizo de los síntomas y buscaron la explicación íntima de los mismos; no fueron recetarios impresionistas sino prácticos experimentados; no dejaron de respetar la acción curativa de la propia naturaleza y no la perturbaron con impertinencias terapéuticas; fueron clínicos prudentes, antes de ser audaces innovadores. ¿Dimanará de ello la soberanía de la clínica? El desequilibrio se produjo por la cantidad de conocimientos acumulados durante los últimos cincuenta años. Tanto esto como la proliferación de posturas metodológicas y filosóficas nos arrastran a la duda.*

Mucho se habla de la deshumanización de la medicina. No sabemos si el sayo le cabe a la medicina interna pero, ante la sospecha de quienes la ejercen (cada día menos médicos), tanto como el cirujano (así, sin aditivos, el cirujano general), sean los prototipos médicos, debemos abrir el paraguas. ¿Atiende a su paciente el internista de hoy en forma distinta al clínico de ayer? Friedmann²⁴ expresa, refiriéndose a los curanderos:

Dado que, el cumplimiento del “propio don” se encuentra en la fusión con el enfermo, el curandero debe fundirse -por decir así- con el “daño” y, en consecuencia, el proceso terapéutico es necesariamente patógeno para él mismo, no pudiendo de otra forma tener lugar la relación terapéutica fusional. El curandero, con esta relación terapéutica con el paciente, obtiene un resultado positivo y no solo recibe en cambio la plusvalía del capital sino también el “daño” de su cliente: el “propio don” no es gratuito e implica riesgo...

Las cosas en claro. No pretendemos darle carta de ciudadanía a las prácticas espúreas, empero, como lo demostraron Balint y su equipo, el médico -la presencia del médico- es medicina. Pone en marcha el pensamiento mágico de la autocuración, aspecto inherente a la relación médico-paciente²⁵. ¿Cuál es la clave? El médico clínico en su relación de *mantenimiento* (según la clasificación de Pierre Schneider) está más cerca de su paciente, corre su propio riesgo, se “funde” con él en las maniobras semiológicas clásicas: observación, palpación, percusión y auscultación. Establece un *con-tacto* y ese contacto genera el más elevado sentido de solidaridad. Cuando el paciente aprecia deshumanización en el trato, lo hace percibiendo la falta de acercamiento semiológico.

Los estudios complementarios también son parte del examen médico, sin embargo, en su sentido lato, el “olfato clínico”, el “ojo clínico”, la perspicacia del clínico, hacen suponer al enfermo que, con sus métodos semiológicos clásicos, se arribará a un diagnóstico. Pero está certificado. Ese tipo de medicina entró en el ocaso. El fenómeno de la pérdida de vigencia de los generalistas no es solamente de la medicina. Seltz²⁶ aclara que es universal, que afecta a todas las profesiones. Enfáticamente sostiene que ese afán reduccionista afecta al conocimiento y que, en un intento de paliar esta carencia, las grandes empresas tienen grupos de generalistas encargados del control y de la iniciativa. Las primeras cabezas -en el estudio y la función- tienen una mentalidad con tendencia totalizadora.

En el otro extremo está el deslumbramiento que produce la máquina cibernética que profundiza una medicina que podemos llamar mecanicista. La superespecialización y el “super” aparato -a la vez de significar un enorme avance en la medicina del diagnóstico y de la terapéutica- alejó al médico de una práctica que podríamos llamar vitalista, donde interesaba el hombre enfermo en su totalidad (psico-físico-social). La ciencia médica finisecular parece orientada hacia las investigaciones parcelarias y fragmentadas, más inclinadas al análisis que a la síntesis. La magnitud que han adquirido los conocimientos médicos así lo ha determinado.

Tomás de Aquino dijo *Habet homo rationem et manum*. El hombre se distingue por la razón y por su mano. Fischer separó los términos cuando expresó que *la mano liberó a la razón y produjo la conciencia humana*. Razón y mano. Racionalismo y empirismo. Ciencia y tecnología. Aunque estos conceptos sean nada más que simplificaciones, se pueden diferenciar o amalgamar.

El cambio fue tan excesivo (no cabe otro calificativo) que nadie puede imaginar en la actualidad a un médico clínico -tan cercano en el tiempo cronológico y tan alejado en el tiempo psicológico- (e insistimos con la imagen que la patentiza), con su paso lento, vestido impecablemente, luciendo su coche último modelo en la puerta de la casa del enfermo (se podía estacionar en Buenos Aires), casi con exuberancia de paternalismo, estableciendo una diferencia intelectual y de poder (para Ferrater Mora sinónimo de potencia y de posibilidad) con su paciente.

No dejemos de apreciar la cultura, la cultura humanística. Que no sean las máquinas las nuevas soberanas. Florencio Escardó dijo muy bien que “el progreso sin cultura es el éxtasis de los papanatas”.

El intelectual

En el curso de la historia de la humanidad, un hilo conductor guió los medios o los estudios necesarios para que un individuo pudiera constituirse en un hombre culto. Todo comenzó con Platón, quien decía que el hombre griego debía ser formado por la educación. Era lo primigenio, aunque Platón nada expresaba sobre las humanidades ni sobre la cultura. Los romanos trasladan el helenismo a su civilización y es Cicerón quien se ocupa de las humanidades. Configura al *Homo romanus*, el ciudadano culto, el de la *humanitas*. Quien no era romano era bárbaro, sinónimo de persona inculta.

Las Humanidades, en su sentido más lato, no son más que las letras humanas, en contraposición de las letras divinas, que en la Baja Edad Media formaron una disciplina alrededor de la Teología y las Sagradas Escrituras. Luego las Humanidades comprenderían las obras poética, retórica, pedagógica, histórica y jurídica de los grecolatinos. Es decir, que las Humanidades primitivas fueron simplemente escolásticas: los monjes leían textos antiguos a un selecto grupo de oyentes. Los comentarios eran peligrosos.

Un célebre educador bávaro, Niethammer, usó -en 1808- el término *humanismo*, considerando al hombre epicentro del Universo en su libro ***Filantropismo y Humanismo***, publicado en Alemania.

Ríos²⁷ dice que Humanismo es filosofía y Humanidades, educación.

Los siglos XIV y XV asistirán a la *renascencia romanitatis* (el renacer del hombre romano). El representante más conspicuo de ese nuevo hombre culto fue Leonardo Da Vinci: hombre de pensamiento universal, escritor, pintor, inventor... Los mecenas ayudaban a esos hombres para que no trabajaran y dedicaran todo su tiempo a las artes o a la ciencia. Da Vinci incursionó en unas y otra. En la actualidad quien no trabaja para adquirir cultura, si puede sobrevivir, deberá entrar en la bohemia.

Durante la Ilustración, cultos eran considerados aquellos que poseían una profesión que los alejaba de los trabajos manuales: abogados, sacerdotes, médicos, militares... El uso de las manos o de la herramienta burda condenaban a la *opera servilia*. Las artes liberales (de allí viene lo de profesiones liberales) se contraponían con esta última. Cuando finalizaba el siglo XIX, K. Kautsky rechazaba esta dicotomía entre trabajo intelectual (*Kopfarbeit*) y trabajo manual (*Handarbeit*).

En la Edad Moderna era culto quien tenía una profesión liberal. El médico era un hombre culto. En ese período, ni la astronomía ni la economía formaban parte de las humanidades. Aquí podríamos introducir el término *intelectual*. Dice Maldonado²⁸ que *bajo otros nombres y con características diferentes, la figura del intelectual como la entendemos hoy tiene una genealogía que, aunque compleja y accidentada, es muy antigua. Sus antepasados (o precursores) los encontramos a lo largo de la historia. Sin querer remontarnos a épocas más lejanas, no hay duda que los "philosophes" del siglo XVII y los "idiologues" de los primeros decenios del XIX se pueden considerar, por el tipo de problemas que afrontaban y las reacciones que suscitaban, los primeros intelectuales modernos. También estos han sido objeto de exaltación o condena, dependiendo de sus relaciones, a menudo cambiantes, con el poder.*

¿Debe ser el médico un individuo culto? Así formulada, la pregunta parece ser descalificante para nuestra profesión. Las reflexiones anteriores parecen indicar que no lo es y que llegar a serlo tiene un enorme costo. Quien arriba a un alto grado académico, persiste unido a la casa de estudios, con una sostenida actitud docente, tiene la obligación natural de aspirar a ser culto. Debe adquirir un necesario y somero conocimiento filosófico y estar asomado a todas las ventanas abiertas (cerradas están las de los estudios más complejos y especializados) de la ciencia y de las artes. ¿Por qué motivo? Porque la cultura le otorgará amplitud de criterio, una ancha base de saber para adquirir más conocimientos, un mayor sentido de la justicia y la facultad de hablar muchos idiomas que, en rigor, no son lenguas diferentes.

Siempre será una minoría dentro de la población aquel que cultive su intelecto con una visión totalizadora, pero será una minoría que no debe y no puede desaparecer. Que no desaparezca el hombre que piensa, el hombre que tiene criterio. Que no se pierda el *Homo romanus* que tanto se alejaba del bárbaro.

La formación cultural cuesta mucho. No es fácil ser paradigma de cultura para beneficio de la juventud. Informarse es más sencillo: lo hacen la videocinta, el libro, la revista, *Internet*, la clase magistral. Formar exige mayor dedicación y un afán permanente de darle primacía a la cultura por sobre todas las cosas.

Ese profesor todavía tiene otra misión más importante: encender una chispa creativa en sus alumnos. La creatividad está considerada la última -en el sentido de evolución cognitiva- actividad humana; un proceso altamente complejo, tan difícil de formalizar como de controlar. El mismo proceso que le permitió a Alan Turing, en 1935, idear la primera computadora, como también facilitar la aparición de nuevas ideas, obras plásticas, poemas y tantas otras expresiones del espíritu. No obstante, Goldenberg, Mazursky y Solomon²⁹, en una visión reduccionista, consideran al producto creativo resultado del pensamiento ordinario, solamente diferente desde un punto de vista cuantitativo. Sea cual fuere la causa, el hombre culto debe estimular las ideas creativas y permitir que ellas florezcan en su propio intelecto, ya que la chispa creativa es un producto individual³⁰. Todo indicaría que para ella no existe método,

aunque no podemos desdeñar el estímulo del paradigma. La libertad creadora, hasta con cierto sentido similar al pensamiento de Alejandro Korn, demostrará que la llave, la solución, se encuentra en la misma estructura del proceso cognitivo que tenemos al alcance de la mano.

Expresa Carpio³¹ que *cuando se habla de dependencia cultural se habla como si la cultura pudiera convertirse en traba para la libre creación. Ni el estudio ni la riqueza de tradición y de saberes impiden la originalidad; por el contrario, habrán de fecundarla...*

Creación, cultura, erudición, temas que el médico de inicios del siglo XXI no puede soslayar puesto que hacen al conocimiento humano y al espíritu universitario.

Para una sociedad amenazada por una crisis ideológica, por el mercantilismo de la globalización, por el resquebrajamiento de los cimientos de la unidad nacional y por la corrupción, es fundamental el equilibrio y la serenidad que aporta la cultura. Esta debe ser la cultura de la democracia: no la de la masificación de los gustos, no la del facilismo y el hedonismo, no la que cambia el pensamiento por el eslogan, no la que se nutre con la violencia y los deportes, sino la que infunde a cada individuo la superación cognitiva y moral. Tal como escribiera Adelmo Montenegro³² que *la cultura de un pueblo es un todo coherente que debe ser defendido de parciales y persistentes deterioros, conservando intactas sus fuentes entrañables, pues ellas aseguran su continuidad. Esta es la tarea que no debe ser abandonada, y con ello volvemos al punto de partida: la cultura como bien social.*

Bibliografía

1. Corominas J, *Diccionario etimológico de la lengua castellana*, Madrid, Gredos, 1990.
2. Childe G, *Qué sucedió en la historia*, Buenos Aires, Leviatán, 1956.
3. Malinowski B, *Magia, ciencia y religión*, Barcelona, Planeta-Agostini, 1993.
4. Palma NH, "Ecología y geopolítica", *La Nación*, Buenos Aires, 26 de marzo de 1978.
5. Hauser A, *Historia social de la literatura y el arte*, 3 tomos, Madrid, Guadarrama, 1969.
6. Escalante Gonzalbo F, *Una idea de las ciencias sociales*, México, Paidós, 1999.
7. Pereda Valdés I, "Aculturación y sincretismo", *La Nación*, Buenos Aires, 8 de julio de 1979.
8. Jaim Etcheverry G, "En la cornisa", *La Nación*, Buenos Aires, 6 de octubre de 1999.
9. Fustinoni JC y Pérgola F, *Arte y medicina*, Buenos Aires, Macchi, 1996.
10. Weber M, *Sobre la teoría de las ciencias sociales*, Barcelona, Planeta-Agostini, 1994.
11. Chávarri R, "La industria cultural", *La Nación*, Buenos Aires, 3 de setiembre de 1978.
12. Boldori de Baldussi R, "El debate sobre la cultura masiva", *La Nación*, Buenos Aires, 13 de diciembre de 1988.
13. González Lanuza E y Rodríguez Bustamante N, "Los mitos de la cultura", *La Nación*, Buenos Aires, 5 de diciembre de 1976.
14. Snow CP, "The two cultures and the scientific revolution", (Cambridge, 1959), Citado por Owens K y King M-C: "Genomic views of human history", *Science*, 286: 451-452, 15 Oct. 1999.
15. Mallea E, "Pasaje sobre la cultura", Buenos Aires, *Realidad*, N° 1, enero-febrero 1947.
16. Jaspers K, *La práctica médica en la era tecnológica*, Barcelona, Gedisa, 1988.
17. Pérgola F y Ayala JM, *Antropología médica*, Buenos Aires, CTM, 2005.
18. Sciacca MF, "El acto libre como creación personal", *La Nación*, 5 de febrero de 1967.
19. García Bazán F, "La cultura y los bienes culturales", *La Nación*, 17 de febrero de 1980.
20. Pera C, "Nueva anatomía del hombre culto", *Quirón*, 3 (N° 2): 6-17, mayo-agosto de 1972.
21. Sábato E, "Menosprecio y elogio de la cultura", *La Nación*, Buenos Aires, 31 de diciembre de 1989.
22. Pérgola F, "¿Es la clínica soberana?", *Editorial, Revista de la A.M.A.*, 109 (N° 4): 3-4, 1996.
23. Loudet O, *Filosofía y Medicina*, Buenos Aires, Emecé, 1977.
24. Friedmann D, *I guaritori*, Palermo, Italia, Flaccorio Editore, 1993.
25. Pérgola F, *Brujos y cuasi médicos en los inicios argentinos*, Acassuso, El Guion, 2008.
26. Seltz F, "Decline of the generalist", *Nature*, 403 (N° 6769): 483, 3 Feb 2000.
27. Ríos B, "¿Podrán las Humanidades salvar al hombre?", *Revista de la Universidad de Zulia*,

- 41: 97-109, abril-junio de 1968.
28. Maldonado T, *¿Qué es un intelectual?*, Madrid, Paidós Ibérica, 1998.
 29. Goldenberg J, Mazursky D and Solomon S, "Creative sparks", *Science*, 285: 1495-1496, 3 Sept. 1999.
 30. Weisberg RW, *Creativity beyond the myth of genius*, New York, Freeman, 1992.
 31. Carpio AP, "Una falsa alternativa", *La Prensa*, Buenos Aires, 6 de enero de 1980.
 32. Montenegro A, "La cultura nacional y regional en la crisis", *La Nación*, Buenos Aires, 2 de octubre de 1982.

Capítulo 4

La formación del médico

Los repetidos temas sobre la cantidad, distribución y formación intelectual y ética de los médicos no son novedosos ni actuales, se remontan a sus orígenes. Sin embargo, debemos establecer grandes diferencias entre nuestra época y las anteriores: la explosión demográfica, el aumento de la expectativa de vida, la polución ambiental, la suma de los conocimientos científicos, la existencia de una terapéutica compleja y realmente efectiva en muchos casos, y la presencia de una diversidad y excelencia de elementos diagnósticos (imágenes, radioinmunoensayo, dosaje de anticuerpos, etc.), que han puesto al hombre frente a un panorama alentador pero acechado por perspectivas sombrías. Se han catalogado y caracterizado a las enfermedades humanas de tal forma que parecería que nada queda librado al azar. Pero la osada entrada del hombre en todos los sistemas ecológicos han hecho posible la aparición de afecciones desconocidas y de difícil tratamiento. Así también esta multiplicidad y complejidad de recursos ha dado lugar a la potenciación de problemas éticomorales, antropológicos y jurídicos.

Ocupémonos del aspecto de la formación de nuevos médicos. Es un desvelo permanente de las autoridades de las altas casas de estudios universitarios dotar a sus alumnos con planes adecuados para su buena preparación. El ejemplo más conspicuo lo da la rapidez -a veces excesiva- con que se modifican, o se intentan modificar, los planes de estudio, debido a la necesidad de adaptarse a las circunstancias cambiantes de los tiempos. La supresión o el agregado de materias han sido moneda corriente en el devenir de las décadas pero, debemos admitirlo, nunca se efectuó -existen muchas resistencias para ello- una modificación de fondo, conceptual, que altere una relativa armonía en los claustros. También se podrá debatir: ¿será necesario hacerlo?

Muchos temas son insoslayables. Están encadenados a la posibilidad de que el médico acceda a una formación integral.

En primer lugar, debemos tener en cuenta la relación médico/habitante, relación con frecuencia bastardeada por la forma en que se distribuyen en el territorio. De esta ecuación surge la notoria falta de equilibrio que existe entre los que se desempeñan en las zonas urbanas y los que lo hacen en las zonas rurales. En la variable también influye el número de médicos especialistas. Esto origina una competitividad profesional que, eventualmente, puede disminuir -por desaliento- cuando la plaza se satura.

Hace un cuarto de siglo, en nuestro país, con una población de 31.500.000 habitantes había un médico cada 648 personas. Otras estadísticas¹ de 1984 indicaban que la cifra era de uno cada 370 habitantes, aunque es probable -frente al análisis y la disparidad de los guarismos- que en ella estuvieran incluidos otros asistentes de la salud, tales como odontólogos y enfermeros diplomados. Si nos atenemos a los datos que proporcionó el decano de la Facultad de Medicina de Buenos Aires en 1991, es posible que estas cifras se hayan modificado rápidamente. En el año citado, cursaban la carrera de medicina en esa casa de estudios 12.687 alumnos y, aunque la posibilidad de llegar a recibir su título rondaba en un exiguo 15 %, era dable esperar que en pocos años un mayor número de médicos compitieran en la plaza. Se decía en esa época: *la Argentina, junto con Israel, Alemania Occidental y los Estados Unidos, tiene la más alta relación de médico por habitante*². Para completar el cuadro de ese momento, la expectativa de vida en la primera de las estadísticas citadas era, en nuestro país, de 67 años para los hombres y de 74 para las mujeres³. No obstante, en el último informe de la Organización Mundial de la Salud⁴, mientras los japoneses encabezan el *ranking* de expectativa de vida saludable con 74,5 años, la Argentina registra 69,6 años para las mujeres y 63,8 para los hombres, con una salvedad, el agregado de los años vividos con incapacidad que deben sumarse a los anteriores y son de 8,2 para las primeras y de 6,8 años para los varones. Por este nuevo análisis, donde interviene la calidad de vida, en nuestro país, las mujeres viven 10,6 % años con incapacidad mientras que los hombres 9,6.

Muy distinta fue la apreciación en la época en que no reinaba la estadística. En agosto de 1899 se leía en *La Nación*⁵ que *a pesar de las malas condiciones higiénicas en algunas partes del municipio -se refería al de Buenos Aires- y de la viruela, escarlatina, fiebre tifoidea, tuberculosis y otras enfermedades que figuran en nuestra estadística demográfica, vivimos en la mejor ciudad del mundo en materia de salud pública.*

Este dato bien elocuente lo demuestra: anteayer en el cementerio del Norte solo se inhumaron dos cadáveres. La causa del fallecimiento, uno fue por senectud y otro enfermo fue artero-esclerosis (sic). Las víctimas tenían 94 y 80 años, respectivamente. Lo cual habla a las claras de cómo se pueden sacar conclusiones de datos excepcionales y de la petulancia que siempre -desgraciadamente- nos caracterizó.

En 1999, cien años después de esa nota optimista, se realizó en Buenos Aires la Primera Jornada del Congreso Argentino de Salud⁶ donde se señaló que existía un médico cada 268 personas y que, mientras la población aumentaba en 1,2 % anual, la cantidad de médicos lo hacía en un 4 % en el mismo lapso. En la oportunidad, el cardiocirujano René Favalaro agregó que la Argentina adolece de falta de enfermeros: mientras los países del Primer Mundo tienen 90 cada mil habitantes, nuestro país tiene solamente nueve. Dando pie a lo que muchos denominan la deshumanización de la medicina, en ese congreso se explicó que los pacientes pasan el 5 % de su tiempo con los médicos y el 95 % con los enfermeros. No se aclaró, pero pensamos que se referían a enfermos institucionalizados.

También en ese evento, Héctor Moguilevsky, otro médico panelista, expresó que la Argentina tenía 85.000 médicos, pero lo alarmante era que cada año se graduaban 3.800 más.

En este año, el decano de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, el profesor Salomón Schächter⁷ dirá casi dramáticamente:

Nuestra facultad ha superado los 36.000 estudiantes que concurren a sus aulas. Resulta absurdo pensar que se pueden hacer carreras serias con esta masa de estudiantes.

Podemos comparar. Brasil, volviendo a las estadísticas de hace 25 años, con una población cuya expectativa de vida era algo más baja, tenía un médico cada 2.402 personas (veremos que en poco tiempo triplicó el número de profesionales). En esa época su población era de 150 millones de habitantes. Estados Unidos, con más de 250 millones de habitantes y elevada expectativa de vida, tenía un médico cada 593 habitantes.

El *Almanaque Mundial 1997*⁸ ofrece cifras diferentes, fruto de distintos años de muestreo y análisis poblacionales disímiles. Como promedio de expectativa de vida y cantidad de médicos por habitantes otorga, respectivamente, para la República Argentina, 72 años y uno cada 328 habitantes; Brasil 67 y uno cada 848; Chile 74 y uno cada 889; Italia 78 y uno cada 193; España 78 y uno cada 257; Kenia 58 y uno cada 7.313, y para Congo 52 y uno cada 15.584 habitantes.

La situación se invertía dramáticamente, como se deduce de los datos del *Almanaque*, en el continente africano. Según Mackay⁹, en países como Nigeria, Etiopía, Chad, Guinea, Mozambique y algunos otros, existía un médico cada 25.000 habitantes. Zaire (República Democrática del Congo), con mejor suerte ya que contaba con 2.000 médicos, en estadísticas de 1991, tenía uno cada 17.140 habitantes. Kenia, con 2.842 médicos, alcanzaba la cifra de uno cada 8.567 habitantes. Uganda, en el otro extremo, contaba con sólo 700 médicos, cada uno a cargo de la salud de 24.297 individuos. Cantidades ínfimas de médicos con una necesidad suplida, en cierto modo, por los hechiceros tribales y sus terapéuticas alternativas. La expectativa de vida, en esa zona, raramente supera a los 50 años, la misma que poseía la India, región superpoblada con cerca de 1.000 millones de habitantes, que aproximadamente posee un médico cada 3.000 personas.

La globalización no ha sido pareja para todos. Menos en materia de salud pública. Existen 5 millones de médicos en el mundo, medio millón de dentistas y 4 millones de auxiliares de la salud de distinto rubro, algunos calificados por su paso por la universidad, como los kinesiólogos y otros, que en ciertos casos, proceden de escuelas de salud, sin ese rango, como los enfermeros. (Por razones prácticas, mencionamos todo en género masculino pero, obviamente, también nos estamos refiriendo a las mujeres que ejercen estas profesiones). Casi la mitad de

todos ellos viven en el continente europeo que cuenta con solo el 20 % de la población mundial. En el sudeste asiático, donde habita la cuarta parte de la población del planeta existen menos del 8 % del total de médicos. Estas diferencias pueden incrementarse notablemente si consideramos país por país.

El mundo industrializado cuenta con un médico para algunos centenares de personas; en las regiones subdesarrolladas este debe ser compartido por más de 20 mil personas.

Las políticas sanitarias de los distintos países, no obstante, han logrado avances relativos en algunas zonas, importantes en otras, pero las desigualdades se observan sobre todo en aspectos básicos, tales como las mortalidades materna e infantil y expectativa de vida. En América Latina *las diferencias -dice Kliksberg¹⁰- tienen que ver con el acceso a servicios de salud (el 46 % de la población no tiene cobertura de seguridad social en salud, y el 17 por ciento de los partos no son atendidos por personal capacitado), pero también con factores externos a los sistemas de salud, como la disponibilidad de agua potable (152 millones de latinoamericanos carecen de ella), de instalaciones sanitarias y de electricidad (hay grandes déficit), y con las insuficiencias en educación (la tasa de escolaridad general es de solo 5,2 años).*

Nos hemos ocupado de los países centrales y periféricos, circunscribiéndonos también a las zonas centrales y periféricas de un mismo país. Los datos obtenidos indican que en los países muy pobres, donde el 80 % de la población vive en regiones rurales (periféricas), el 80 % de los médicos lo hace en las zonas urbanas (centrales). Algo similar ocurre con los hospitales: tanto en número como en tamaño están mejor dotados en las zonas centrales.

La situación no mejora en lo que respecta a la enfermería. En los países desarrollados los enfermeros se encuentran en valores de uno cada 150 habitantes; en las naciones pobres la proporción es de uno cada 5 mil personas. En este último caso, con menores recursos e instrumental, ante la carencia de médicos a menudo tienen que asumir responsabilidades que exceden los cuidados básicos.

La tendencia de los grupos humanos después de la Segunda Guerra Mundial, atraídos por el industrialismo ya afianzado, fue su agrupación en las grandes ciudades, asiento además de todo tipo de polución ambiental que atenta contra la calidad de vida. Ecuador, en la década del setenta en el siglo pasado, fue un ejemplo típico de ello. Lo mismo sucedía en conglomerados urbanos, como la ciudad de Méjico, a punto de colapsar por la superpoblación. Dividida en tres zonas: una central, otra intermedia y una tercera periférica, la población ecuatoriana se concentró en Guayaquil y Quito. Vining¹¹ reprodujo una imagen preparada con ordenador por Wilkie y John Montgomery que era sumamente demostrativa. Comparaba esta última con la distribución poblacional de nuestro país. Aquí no ocurría lo mismo. Las zonas centrales fueron consideradas Buenos Aires, Córdoba y el sur de Santa Fe; las periféricas: la Patagonia, Chaco, Formosa, Jujuy, Salta y Misiones; el resto, las intermedias. El gráfico efectuado con ordenador por Wilkie y Thomas Gallagher mostraba que, a excepción de un pico que se registraba en el Gran Buenos Aires, la población argentina se asentaba en las zonas periféricas. Es probable que, a fines del siglo pasado, por los problemas de desocupación creados por la globalización económica y el colapso de la industria argentina ante los monopolios extranjeros, este beneficioso desplazamiento haya cesado.

Otra variable a analizar es la de la especialización de los médicos. Tomó fuerza a inicios del siglo XX y siguió profundizándose en forma acelerada. En Alemania Occidental (en esa época Alemania todavía estaba dividida) la especialización aumentó en el término de un año -entre 1958 y 1959- de 32,3 a 38,3 %. Mientras que en el Reino Unido, durante el período que abarca desde 1948 hasta 1960, de 21 a 38 %¹². Como consecuencia lógica, disminuyeron los médicos generalistas. En Estados Unidos, en 1931 estos superaban el 70 % del total de médicos, mientras que en 1957 apenas estaban por arriba de la mitad de ese porcentaje¹³. Esto favorecía en los números al incremento del médico especializado que, mientras apenas sobrepasaba el 15 % en 1931, se había encaramado al 35 % en 1957.

Diversas causas llevan al médico a trascender la especialización y llegar a la superespecialización. Una de ellas es la abrumadora acumulación de datos y conocimientos médicos que desaniman a poder lograrlos. Ambas prácticas (especialización y superespecialización) delimitan un campo de acción más reducido aunque exijan introducirse en

aguas más profundas. Consecuencia: un mayor tiempo libre. Por otra parte, la relación médico-paciente del especialista, más laxa, generará menor costo emocional, aunque a menudo el enfermo se queje y diga que la medicina se deshumaniza. Es la regla de juego que impone una sociedad con mayor división del trabajo. Se conjugan factores económicos determinantes: el especialista, mejor remunerado, obtiene honorarios hasta cuatro veces superiores a los del médico clínico. Desde el punto de vista de su autoestima, está mejor considerado por los pacientes que le confieren un rango superior.

Otra modalidad en la atención médica que ha sufrido un abrupto cambio, consecuencia del notorio retroceso económico, es la del consultorio privado que subsiste escasamente en virtud de la oferta propuesta por las organizaciones de la medicina privada. Hemos señalado el retraso con que nuestra sociedad recibe los cambios que se van sucediendo en el mundo. En este caso ocurrió un hecho similar. En 1931, en los Estados Unidos, la cantidad de médicos que poseían su propio lugar para ejercer la profesión superaba al 85 %. En 1940 descendió a poco más del 80 %, mientras que en 1949 llegó al 75 %. Cuando los resultados de esta estadística dejaron de controlarse -en 1957- la cifra se encontraba por debajo del 70 %. Transcurrieron cuatro décadas y esos valores siguieron en un acelerado descenso. Como contrapartida, mientras que en 1931 el 10 % de los médicos no poseían consultorio propio; en 1957, esta cifra ascendió al 30 %. En la Argentina este proceso fue idéntico aunque existen fuertes argumentos para pensar que se inició recién pasada la mitad del siglo XX. Al comenzar el siglo XXI, cabe suponer que estos valores deben ser ínfimos.

El ámbito para el ejercicio de la medicina se ha ido concentrando en los medios institucionales que proporcionan las grandes organizaciones. Es el resultado de la globalización, de la macroeconomía. El médico en su propio lugar de trabajo, en su consultorio privado -una pequeña organización, remedo acaso de una industria familiar- dejó de tener vigencia y entró en una lenta pero inevitable caducidad.

Muchas veces se ha dicho que el médico se deshumaniza y, en verdad, ello obedece a múltiples causas, con la concurrencia de variados factores. Uno de ellos es que, cuando el médico entra a formar parte de la gran organización (casi como un grano de arena en un médano) no se ve acuciado por mantener sus propios pacientes y puede despegarse un poco de las relaciones interpersonales. No todos los profesionales médicos cuentan con el temperamento necesario para conservar su estado de ánimo frente a un acoso que dura las 24 horas del día. El enfermo requiere que su médico -casi como el médico personal de un presidente- no claudique en ningún momento y se fastidia tanto con el contestador telefónico como cuando se entera de que está de vacaciones. A esto se debe agregar que aparecerá otro factor para la deshumanización: el trabajo corporativo. Un elevado número de consultas en escaso tiempo no le otorgarán tiempo para una adecuada anamnesis.

La formación profesional del médico (las humanidades asociadas a la tecnología) es un desvelo que se inició con la creación de la misma universidad medieval.

En 1928, el Centro de Estudiantes de la facultad homónima de Buenos Aires, reunió en un opúsculo¹⁴ sendas conferencias pronunciadas por Gregorio Aráoz Alfaro, Nerio Rojas y Bernardo Houssay. En el mismo se referían a la formación del espíritu médico universitario y se acentuaban más las tintas sobre las humanidades.

El sentido de la búsqueda de una metodología de la formación universitaria, la parte sumergida del iceberg, puede estar dado por las palabras de Rojas, en ese momento hombre muy joven y, por ende, con relativamente pocos años de médico. Dice así:

Me ha sucedido con gran frecuencia en mis quince años de médico, plantearme problemas morales e intelectuales relacionados con nuestra profesión, y me los he planteado con motivo de cuestiones técnicas, de un enfermo grave, de la muerte de algún paciente, de la inmoralidad de un colega, de la incultura de otro, de los odios entre médicos, de algunas conversaciones con estudiantes, de mis propios recuerdos y hasta de esos conflictos que de tiempo en tiempo, con una regularidad cronométrica, agitan la vida de nuestra Facultad. En presencia de todas

esas cosas, hechos o personas, fenómenos morales e intelectuales, me he planteado a menudo la pregunta de lo que debe ser el espíritu médico.

(No llama la atención que mencione tanto a los conflictos entre médicos, porque el primer tratado de ética médica publicado en el mundo en 1803, como luego veremos, se refería exclusivamente a ello.)

En esa tarea de observación reflexiva, he ido encontrando el hilo conductor sobre lo que me parece la formación del espíritu médico, lo que debe ser y las fallas que muchos tenemos.

Transcribimos las palabras de Rojas porque la serie de problemas que analizó en ese enunciado, son las mismas que todos hemos comprobado en el ejercicio profesional de la medicina. Los conocimientos científicos cambian y se incrementan con el paso del tiempo. Los problemas que suscita la convivencia humana, las relaciones interpersonales, siguen siendo los mismos. A estos grandes médicos no se les escapaba que, en la formación médica, existían fallas. Hacían hincapié en cuestiones éticomorales.

Fue en esa época cuando Bernardo Houssay formuló una metáfora que trascendió: cuando un médico recibe su título para ejercer su profesión y no la conoce a fondo, el enfermo está más desprotegido que frente a una fiera salvaje, a la cual teme y, entonces, toma sus recaudos.

Cincuenta años después de esa publicación, en 1978, en ocasión de recibir su premio como Maestro de la Medicina Argentina, Ignacio Maldonado Allende¹⁵ dirá que a la medicina hay que ejercerla siguiendo los dictados de lo que denominó *pentalogía*. En primer lugar, con *vocación*; que definió como algo que aparece sin conocerse su sentido profundo. Postula una interesante metáfora al respecto: *la vocación es como un casamiento: puede hacerse por amor o por razón*. Quien tiene vocación quiere a la medicina por amor. La razón puede albergar un fin espurio: lucro, ascenso social, codicia...

El segundo componente de la pentalogía es la *conducta*. Mecanismo tipo *feedback*, donde el médico razona consigo mismo y hace para el enfermo aquello que haría para él. La buena medicina debe ser acompañada por una conducta de tipo ética.

El tercer elemento es el *entusiasmo*. Esta palabra tiene una raíz griega que significa éxtasis. El entusiasmo hace que los médicos, recibiendo toda la congoja, el sufrimiento y el dolor de los enfermos, y encontrándose en forma permanente frente a las enfermedades mortificantes y la muerte, mantenga el espíritu necesario para consolar. El médico que asiste a personas senescentes, por ejemplo, escuchará a diario sus quejas y el sinfín de preguntas que le formulan sobre las enfermedades e incluso los más desinhibidos se atreven a reflexionar sobre la muerte que han incorporado a su vida cotidiana.

La *capacidad de trabajo*, para la formación del buen médico, es la cuarta premisa de Maldonado Allende. Eduardo Capdehourat, otro destacado médico argentino, decía que era *preferible ser víctima del trabajo y no un protegido del ocio*. A su vez, Rodolfo Dassen, eximio clínico, escribía que *el internista debe ser en primer término un estudioso. Y debe serlo por predisposición, no por ambición de alcanzar merecer distinciones, felicitaciones, premios, becas, etc.*

Las personas deben valer por sí mismas y poco importan los premios en los que a menudo intervienen múltiples factores para otorgarlos. No precisamente preside siempre un espíritu de justicia en los jurados.

Por sobre todas las cosas, agrega Maldonado Allende -refiriéndose al trabajo-, debe tener una profunda admiración por los estudios biológicos y por llegar, en cada caso, a conocer a fondo el estado de todo el organismo. No despreciar el estudio de ninguno de sus aparatos y tener, en forma tan amplia como sea posible, una visión del estado de la medicina como ciencia y como arte. Todo esto significa que la consagración al estudio de la medicina será absoluta.

A mediados del siglo pasado, cuando iniciábamos nuestro estudio de medicina, Juan José Cirio, profesor de anatomía normal de la época, nos daba la bienvenida diciendo vehementemente que para llegar a ser un buen médico no solamente hacía falta vocación e inteligencia, sino también dedicación al trabajo.

Para obtener su título de médico, a diferencia de otras carreras universitarias, un estudiante

curso 6.000 horas de clase. Debe concurrir a trabajos prácticos, observar intervenciones quirúrgicas, diseccionar cadáveres (por lo menos en otras épocas), realizar guardias hospitalarias, etcétera.

La pentalogía referida finalizaba con la necesidad por parte del médico de *formar discípulos* y dedicarse a la *investigación*.

Tantas recomendaciones indican que el camino para organizar esta profesión no fue fácil. En Hispanamérica data de la época de los Reyes Católicos quienes, dentro de la formación del Estado moderno, trataron de estructurar la política sanitaria y el control del ejercicio profesional. La Pragmática de 1477 se limitaba al principio solamente a Castilla¹⁶.

Lepp y Martín¹⁷ dicen que *el verdadero profesor universitario -refiriéndonos a la enseñanza- no puede ser un mero docente, el cual se contenta con dictar la clase apoyada solo en la literatura proveniente de verdaderas universidades dinámicas y producida por verdaderos profesores universitarios, alias, por investigadores científicos*. Más adelante agregan que los forjadores de nuevas personalidades científicas deben ser, en forma *eminente y dinámica, pensadores honestos y cuidadosos, o lo que es lo mismo, originales y creadores*.

Una rápida digresión con respecto a la vocación. Martí¹⁸ emite conceptos interesantes sobre la elección de la carrera universitaria, tan relacionada con la vocación médica:

Existen algunas circunstancias en las cuales se puede uno equivocarse creyendo de buena fe que puede ser médico, por lo que es necesario realizar un examen más profundo cuando estas situaciones se presentan. Una de estas circunstancias es pensar en la Medicina como una profesión de prestigio, y en el médico como una persona dueña de decisiones sobre la vida de las demás personas. En primer lugar conviene recordar que el prestigio del médico disminuye en forma considerable en las sociedades industrializadas y, casi más aún en las sociedades comercializadas, tales como las que nos toca vivir.

En segundo lugar, el médico no decide sobre la vida de los demás, sino que tiene responsabilidad sobre la salud y la vida de las personas que confían en él. Esta responsabilidad es intransferible y no debe involucrar decisiones que estén en contra de la vida o de la ley moral, por lo cual constituye la mayor carga del ejercicio de la profesión. Lo que puede atraer a los ojos profanos no es sino una actitud de servicio permanente con responsabilidades concretas en un campo perfectamente delimitado y cuyo fundamento es la humildad.

Otra posibilidad de errar la constituye la elección de la profesión por imitación o contigüidad. Nos referimos a aquellas personas con parientes cercanos médicos o con grandes cargas familiares en el sentido de la Medicina. En otras profesiones en las cuales la vocación y las aptitudes no son tan necesarias, este error puede no traer aparejados inconvenientes mayores. Pero en la Medicina, el llegar a un título por imitación familiar o por presiones ambientales puede constituirse en una carga imposible de sobrellevar.

Otras virtudes adornan la figura del médico. Los candidatos a integrar la más antigua de las sociedades doctas de Estados Unidos debían contestar a esta pregunta: *¿Ama Ud. la verdad por sí misma y trataría Ud. desinteresadamente de hallarla para sí y para comunicarla a los otros?*¹⁹. Con las ideas de Descartes²⁰, la irrupción del modernismo y del positivismo y en medicina con las investigaciones del sabio francés Claude Bernard²¹, el máximo desvelo del hombre de ciencia fue hallar la verdad. Lo había sido desde épocas remotas pero ahora había encontrado el método, la forma adecuada. Dejaba atrás a la improvisación y los desvíos que le ocasionaba la emoción, el sentimiento (es indudable que los que están o estuvieron contra el método -encabezados por Kuhn- o los mismos posestructuralistas del posmodernismo nos tomarán como dogmáticos). Tenía el cuasi deber de esforzarse por lograr la verdad y comunicarla a los demás. Desde entonces, con el avance de la tecnología se pudo asistir al

apuro del hombre de ciencia por realizar una rápida comunicación de su hallazgo y la reticencia manifiesta del tecnócrata para hacerlo. En el último tiempo se ha podido comprobar que algunos médicos, imitando a estos últimos, sacan patente a sus descubrimientos para que se les reconozca -por su utilización- una participación económica. Pero no es habitual. Un hallazgo médico puede retacearse en su comunicación preliminar pero generalmente siempre, siempre, termina por ser conocido por el resto de los colegas. Lo que constituye un rasgo de nobleza y de amor al prójimo por parte de los médicos.

No podemos profundizar en la cuestión sin mencionar a Houssay²². El Premio Nobel argentino decía que *el hombre de ciencia propiamente dicho es el que se dedica a la investigación original; no lo es el que practica un arte aplicado: ingeniería, medicina, abogacía, mecánica o química, o electricidad. Sin embargo, estos profesionales serán hombres de ciencia cuando realicen investigaciones originales y no busquen solamente las aplicaciones prácticas o inmediatas. Entendiendo por investigación original el buscar verdades aún desconocidas.* Establecía diferencias entre el médico investigador (como puede ser cualquier clínico) y el investigador médico. Además aupaba a la investigación básica, tan alicaída en nuestro país.

Houssay establecía algunas premisas que deberían adornar al investigador.

El verdadero hombre de ciencia es el que se dedica a ella en forma exclusiva y preponderante, para investigar verdades nuevas y no el simple erudito que repite o transmite lo ya conocido, ya que la ciencia vive y progresa por la investigación”.

Se reconoce el hombre de ciencia auténtico por una serie de rasgos característicos. En primer lugar por su entusiasmo por la ciencia, pues está enamorado de la verdad y dedica su vida a hacerla triunfar. Su gloria es verla resplandecer respetada por todos”.

Se aprecia al que es un investigador auténtico porque está dedicado todo el tiempo disponible a la investigación, y si la suele interrumpir de noche es por obligación de horarios o de familia, o por la necesidad de descanso. La investigación es siempre su tarea principal y se dedica a ella con perseverancia.

Estamos en época de cuestionamientos. Franck²³, economista y arquitecto vienés que incursionó por la filosofía, en un ensayo sobre sociedad y ciencia, analizó los problemas de esta última y se preguntó si la comunicación científica no es una clara vanidad de los investigadores. Consideró a la ciencia (y ciertamente lo es) producto de un esfuerzo colectivo y que la industria apoyándola, siempre lleva una impronta parcial y especializada. Podemos agregarle: interesada. Para Franck, la vanidad de los científicos dificulta el avance en los campos del conocimiento. Muchos científicos compiten por llamar la atención y lograr suculentas recompensas. La asistencia que le proporciona la industria, sigue diciendo, es una forma de recompensa.

Retomando el último punto de la pentalogía de Maldonado Allende, en lo que atañe a la *formación de discípulos*, creemos que es consecuencia de la comunicación, de la conversación entre científicos. No de la mediática, pero sí de la comunicación entre médicos, o entre médico y estudiante de medicina. El médico forma discípulos porque no esconde sus conocimientos sino que, de manera abierta, busca que los demás los compartan. Esto tenía vigencia mucho antes que existieran las escuelas médicas de Cos y de Cnido. El mismo hechicero tribal prepara a su sucesor. Lo hace con contenido histórico y, al carecer de equipos técnicos, se introduce en un tiempo anterior a Hipócrates y su *Corpus*.

La palabra médico, castellana en 1490, deriva del latín **mederi**, con el significado de cuidar, curar, medicar. El prefijo **med** forma parte también de **meditari**, reflexionar, estudiar. Doctor (de mediados del siglo XIII), a su vez, también del latín **doctor**, significa maestro o el que enseña, derivando de **docere**, enseñar. El médico medita para efectuar su diagnóstico y establecer el tratamiento, enseña a su paciente y trata de curar. Ortega y Gasset ha dicho que *la medicina no es ciencia, es una profesión. Su fin es curar o prevenir las enfermedades.* Su preocupación mayor no es la ciencia, sino la curación. La curación por cualquier medio. De ahí cierta tolerancia médica con el “efecto placebo” de las medicaciones y la aquiescencia para con los

sistemas terapéuticos marginales, no comprobados científicamente por medio de las pruebas doble-ciego, ni una adecuada casuística cuidadosamente documentada, como en el caso de la acupuntura, la herboristería, la homeopatía, la osteopatía y tantas otras que se producen y cobran auge con cierta periodicidad. Están al margen de la medicina clásica pero, frecuentemente por sugestión, consuelan, mejoran o llegan a curar enfermedades psicosomáticas. Tanto el academicismo exagerado como las terapéuticas espúreas, muchas veces realizadas con fines inconfesables, deben desterrarse de la práctica médica. La angustia y la desesperación de los enfermos y de sus familiares, son campo propicio para embaucadores sin sentimientos.

El mismo ejercicio profesional modela al espíritu del médico. De ser un médico puramente técnico pasa, a través del ejercicio profesional, a constituirse en un médico humanista. Tampoco se deben extremar estas características porque se puede llegar a conformar un consejero social, un médico que todo lo resuelva con la charla paternalista y caiga en la falta de ejecutividad y en la carencia de conocimientos.

El sentido común es indispensable y una sólida virtud. Significa un orden imaginario, una "creencia" como la llama Ortega y Gasset. Se pone a prueba a diario y con más razón en la medicina.

El sentido común es un sistema de obviedades en los que no repara nadie, salvo un extranjero o un profesional de la antropología, de la sociología (que son, en cierto sentido, extranjeros). Se forma a partir de tipificaciones, esto es, caricaturas que simplifican el mundo y lo reducen, lo hacen menos complejo; nombres, relaciones, reglas que son precisamente prejuicios, gracias a los cuales vemos un mundo ordenado y hasta cierto punto previsible, como dice Escalante Gonzalbo²⁴.

Mazzei²⁵ reconocía cuatro condiciones para formar un buen médico: científico-técnico, cultural, espiritual y moral.

En el sector científico-técnico insistía con aquello de que la medicina no es una ciencia sino una profesión, una actividad práctica, como sostenía Ortega y Gasset. En la primera etapa del aprendizaje se obtenía información, luego vendría la formación.

La formación del espíritu médico se iniciará con los paradigmas, los ejemplos éticos, humanísticos, de los profesores; la calidad pedagógica y los conocimientos actualizados de los encargados de la enseñanza serán, obviamente, de enorme valor. Luego vendrán el contacto con los enfermos (en los nuevos planes de estudios que se proyectan, este encuentro debe ser inmediato), la lucha contra el dolor, las decepciones ante la falta de respuesta a los tratamientos instituidos, las alegrías por la salvación de otros... Todo esto le otorgarán una templanza difícil de igualar en otras situaciones de la vida.

Ampliará así su panorama filosófico sobre el valor de la vida y de la muerte; obtendrá una filosofía de vida. La diaria experiencia le dará la posibilidad de investigar la realidad de los textos y las mentiras de los medicamentos inservibles, la exageración sintomatológica de algunos pacientes y el estoicismo de otros. Irá adquiriendo experiencia que no es lo mismo que sapiencia científica. Así verá caer verdades que parecían sólidas como el granito. Las verdades biológicas actuales no son absolutas en esta etapa de los conocimientos.

La rapidez con que las investigaciones médicas se modifican, su real movilidad, harán necesaria la educación médica continua. Cuando se producen cambios en los conocimientos, como con tanta frecuencia ocurre en la actualidad, veremos el abismo que separa, el desfase que se produce entre un médico entrenado en la educación médica permanente y aquel que ha dejado de estudiar. Mazzei sostenía que, en el caso del médico internista, no se podía hablar de especialidad. Si conocía algo de neumología, cardiología o gastroenterología, no lo hacía con el profundo contenido de la especialidad sino acercándose al generalista. Los conocimientos de ese médico internista no pueden ser superfluos puesto que, en ese caso, no tendrá siquiera capacidad para derivar a sus enfermos -cuando sea necesario- al especialista correspondiente.

La Organización Mundial de la Salud, reunida en Ginebra en 1973, definió a la *educación médica continua* como *aquella que emprende el médico al final de su educación médica y, en ocasiones, al finalizar cualquier otro tipo de formación general o como especialista, con el objeto de mejorar su competencia en su calidad de médico práctico y no con la intención de obtener un*

nuevo título o licencia habilitante. Esto que se sintetizaba tan formalmente hace treinta años, hoy no se discute y nos atrevemos a afirmar que es un mecanismo adoptado unánimemente por los médicos. El fundamento de este proceso es bien claro: Appleberry da cuenta de la progresión geométrica con que los conocimientos humanos se incrementan: en 1750 se duplicó por primera vez el disponible desde los tiempos de Jesucristo, fenómeno que se repitió en 1900 y luego en 1950; hoy se duplica cada cinco años y en el 2020 lo hará cada 73 días²⁶. Esta inquietante circunstancia -para el cerebro humano- determinó un profundo cambio en la mentalidad del médico que no se resigna a quedarse con el bagaje de conocimientos que obtuvo en su carrera médica básica sino que insiste en su perfección. La competencia, por su parte, lo obliga a ello.

Una apreciación realizada hace ya más de dos décadas (1979) por Bernier y Yerkier señalaba que anualmente se publicaban dos millones de artículos científicos. Las posibilidades para entrenar a los médicos -sobre todo a los generalistas- han motivado la adopción de distintos métodos (como el que se presenta con el acrónimo READER), cuyo objetivo primordial es seleccionar y asegurarse de la veracidad científica de los trabajos²⁷.

Instruyéndose permanentemente efectúa una labor de erudición continua, tratando de capacitarse en forma adecuada para servir a sus pacientes y evitar que los sanos caigan en la enfermedad. Es primordial en este sentido, que el Estado adecue y facilite los recursos de acuerdo con la distribución poblacional, la expectativa de vida, la relación urbana y rural de la ecuación médico/habitantes y un sinfín de problemas conexos. En otros casos, son instituciones privadas las que llevan adelante estos programas, como lo hemos hecho a través de la Sociedad Argentina de Neurogeriatria, institución sin fines de lucro, llevados por el afán de acercar conocimientos básicos a médicos, estudiantes de medicina y otros integrantes del equipo de salud.

El punto de reunión para el perfeccionamiento de los médicos debe ser la Facultad de Medicina de la región donde se ha establecido. Hemos dicho que esta es la madre de la práctica y de los conocimientos médicos y nunca debe perder o abandonar tal carácter.

Existen otros modelos para la capacitación del médico que fueron definidos -en 1972- en el Primer Seminario de Recursos Humanos e Investigación de la Secretaría de Estado de Salud Pública²⁸:

Especialización: se sitúa entre la educación médica básica que se recibe en la facultad y la educación médica propiamente dicha. Para otros educadores forma parte de esta última. Se la define como la modalidad educativa mediante la cual el médico adquiere y desarrolla en profundidad y en grado suficiente, conocimientos, destrezas, habilidades y hábitos correspondientes a un área circunscrita y diferenciada de su propia disciplina y actividad profesional, de manera tal de quedar habilitado para ejercer esta, dentro del área elegida con la máxima solvencia y eficiencia.

Perfeccionamiento: modalidad educativa mediante la cual el médico profundiza en un sector restringido de su disciplina o profesión, los conocimientos que ya posee y los mejora, en forma tal de alcanzar un alto nivel de excelencia y una máxima eficiencia en la aplicación de dichos conocimientos y técnicas en la práctica.

Actualización: modalidad educativa mediante la cual un integrante cualquiera del equipo de salud, pone al día sus conocimientos, habilidades, destrezas y hábitos, ya sea refrescando los que poseía y en alguna medida había olvidado, o adquiriendo otros nuevos que han aparecido en su especialidad o disciplina relacionada, de tal manera de conservar permanentemente un grado satisfactorio de eficiencia en el desempeño de sus tareas específicas.

Descontamos los inconvenientes del grupo de educadores que definieron estos tres tipos, agregando a ello la educación médica continua, un sector distinto que a veces se separa y en otras ocasiones se imbrica con la especialización, el perfeccionamiento o la actualización; a estas deberíamos sumarle el postgrado.

La investigación médica es otra metodología incorporada a todos estos tipos de educación, caracterizada por la seriedad, la veracidad y el trabajo. Ortega y Gasset decía que la falta de cultura hacía del médico un bárbaro que manejaba una técnica pero, además y esto es lo más destacado, aconsejaba a la universidad no hacer investigación puesto que con ello lograría personas más sabias pero más que nunca incultas: sabrían mucho de muy poco y no tendrían la

visión totalizadora del hombre culto. Cierta ironía y, tal vez, una perspectiva o una interpretación particular del espíritu universitario deben haber motivado al filósofo español para realizar estas apreciaciones. Osler, por su parte, sostenía que la medicina era una profesión para un caballero cultivado. Es muy conocida la respuesta de Sydenham al médico Richard Blackmore cuando inquirió sobre qué debía consultar para perfeccionarse en su arte; el llamado "Hipócrates inglés" dijo: *Lea "Don Quijote"; es un libro muy bueno que yo leo todavía*²⁹. Acotemos que Sydenham prosiguió aconsejando leer sus libros, admitiendo su propia capacidad de renovador de la medicina.

Es conocida la referencia de Marcel Proust quien, en uno de sus libros hace decir a su personaje, el Dr. Cotard, un médico en la ficción: *aquel imbécil era, sin embargo, un gran clínico*.

Ningún educador duda de que la formación del médico debe ser integral. Kohn Loncarica³⁰ dice que *debe desarrollar un espíritu crítico, analítico, y lo debe hacer desde el comienzo de su carrera, porque eso deberá mantenerlo durante todo el tiempo que ejerza su profesión. En cambio, las materias que dan información muchas veces son transitorias. Lo que se aprendió hoy en una especialidad, en diez años caduca. En cambio, el estilo de pensamiento que genera la filosofía y las humanidades, eso no caduca. Eso vale siempre. En ese sentido pensamos que la historia de la medicina es fundamental en la formación del médico; no solo la historia de la medicina, sino un amplio espectro de asignaturas sociales y humanísticas. No para que el médico aprenda datos de historia, es poco importante que el médico recuerde en qué siglo vivió Galeno o cuáles fueron las obras de Paracelso, o que importancia tenía en la historia de la medicina Ambrosio Paré. En el fondo es anecdótico, lo importante es que el médico, leyendo la historia de la medicina, comprenda la transitoriedad del conocimiento científico, la provisionalidad del saber médico, que debe desarrollar actitudes analíticas, que en el fondo la clínica es lógica, razonamiento; este tipo de asignaturas son básicas, formativas.*

La revalorización de los factores humanos en la medicina alcanzó gran incremento hace cerca de medio siglo, como si ese tiempo fuera una etapa de renovación de las ideas, de autocrítica. David Staffieri, un médico formado en Buenos Aires pero que realizó casi toda su labor docente y asistencial en Rosario de Santa Fe, escribía:

si yo tuviera que elegir entre hacerme curar por Hipócrates, que creía que el aire circulaba por las arterias, o por ciertos especialistas de hoy que yo conozco, no tendría un minuto de vacilación.

Aclaraba, aunque resultaba obvia su elección, que no quería a ese especialista al que el árbol no le dejaba ver el bosque. Tal vez no descreía de la especialización sino del especialista, desnudando un problema habitual pero que penetra en el terreno de lo individual. Staffieri también se ocupaba de las cualidades morales y espirituales de los médicos. Estaba convencido de que el médico "tenía el deber de cultivar su propio mundo espiritual junto con su capacidad técnico-científica". Estaba acercando las humanidades a la ciencia. También le asignaba al buen médico la grandeza de rectificar errores frente al enfermo, frente a sus pares y, fundamentalmente, frente a sí mismo, recreando esa figura del subjetivismo que pedía Kierkegaard. El secreto médico debe mantenerse a rajatabla y el profesional debe poseer la capacidad de orientar, aconsejar y ubicar con palabras autorizadas y completamente desinteresadas³⁰.

¿Qué ejemplo puede dar quien tiene una mala conducta privada, pública o política, o quien ejerce el dolo, el engaño o la mentira para obtener ventajas dentro de la profesión?"(Egidio Mazzei).

Afortunadamente, en nuestra cultura latina todavía prevalece el humanismo sobre la tecnología médica: el enfermo nunca (o casi nunca) recibe por parte de su curador la crudeza de un pronóstico ominoso a corto plazo, sin derecho a la alentadora esperanza. En otros grupos lingüístico-culturales no decir la verdad sobre la futura evolución de la enfermedad puede ser considerada una falta grave.

Emile Eugenio Sergent, médico francés cuya vida cabalgó entre los siglos XIX y XX, decía "ciencia, conciencia, caridad y moral", elementos imprescindibles para ejercer la medicina.

Maldonado Allende mencionaba como último punto de su pentalogía a la *formación de los futuros médicos*. Sánchez Zinny³¹ expresaba que deberían tener una formación médica *de primera calidad -condición indispensable- para aspirar a la docencia. Y debe serlo en todos los aspectos: deontológicos, humanísticos, científicos y profesionales. El conocimiento de su materia debe haberlo adquirido en buena parte por el camino de la investigación y de la creación*. No puede existir una investigación exitosa sin capacidad de creación, que debe ser permanentemente estimulada en las nuevas generaciones de médicos.

La investigación y la formación del cuerpo docente tienen, como la mayor parte de los problemas universitarios, los peligros de sus dos caras típicas, tal como fue expresado por un periodista³²:

por un lado está lo universitario, lo académico. Por el otro la puja escasamente disimulada de ganar espacios y obtener dominios en un ámbito donde los intereses no son siempre de la mejor ley. La universidad pública argentina, mientras tanto, y casi misteriosamente, sigue adelante.

Por desgracia para nuestra medicina quienes ganan espacio, amén de sus intereses espurios, no siempre son los más idóneos, los más inteligentes y los más dedicados al bien común.

Hemos mencionado a la educación médica continua, el perfeccionamiento, la especialización y la actualización. En la actualidad, sin llegar a delimitar sus fronteras con estas, debemos agregar al postgrado que, ex profeso, queremos que consolide este aporte. Es el método educativo más apetecido por los universitarios y los médicos actuales y en esto debemos ver otro avance de la aculturación: el *master*. En Estados Unidos una forma de prestigiar los conocimientos. Pese a que no todos aquellos que han efectuado un posgrado han logrado reputación o, dicho de otra manera, no todos han obtenido réditos del esfuerzo realizado. Sin duda han profundizado su capacitación aumentando las posibilidades en el terreno profesional.

Oliver Hobert³³, investigador alemán que contribuyó enormemente al mejor conocimiento del verme *Caenorhabditis elegans*, destacó ocho atributos fundamentales para triunfar en un postgrado. Utiliza títulos con las siguientes frases: *gane la delantera, siga a su corazón, recuerde a las grandes figuras, contactese con algún investigador prominente, trabaje en su casa, produzca rentas, no coloque avisos, encuentre un equipo amable*. Es evidente que no todas son frases hechas, aunque suenen como tal. Un denominador común las agrupa: un pragmatismo exagerado que va más allá del espíritu universitario. Es que se aderezan con un condimento que no hemos tenido mucho en cuenta: la competencia. Es la competencia, que nunca dejó de existir, pero que en la globalización está acuciada por el factor económico, la que modifica la relación del médico con sus pares.

El paciente ya no busca el médico omnipotente, protector, cuyas decisiones eran inapelables. Todo es consensuado: el enfermo quiere saber y sino son sus familiares quienes lo requieren. La protección se extiende -y con más razón- a los que son sometidos a prácticas o tratamientos con nuevas drogas, algunas todavía en fase experimental, circunstancia que hace un cuarto de siglo raramente ocurría. En la investigación clínica se destinan enormes sumas de dinero y una buena parte de ellas es para tomar recaudos legales para el uso de nuevos medicamentos. Esto llevó a que, en 1972, en Estados Unidos se creara la *Office for Protection from Research Risks (OPRR)*³⁴, destinada a regular estas actividades, que habitualmente opera junto con la *FDA (Food and Drug Administration)*. Los protocolos de investigación que llegan a nuestro país, dan cuenta de la minuciosidad y cuidado de estos organismos.

Todos estos conceptos desarrollados sobre el escepticismo de los enfermos, la cultura de los médicos, su número y distribución, la formación del espíritu universitario, la globalización del siglo finisecular, aspiran sólo a despertar la imaginación, abrir el debate o crear motivos para el disenso. No profundizan en una metodología que probablemente dominen los educadores o los pedagogos o, aún, los sociólogos. En tiempos de la globalización, cuando la economía se ha introducido -y no subrepticamente- en todos los estamentos del quehacer humano, debemos defender los principios del individualismo creativo orientado a lo social. Entiéndase bien que no gloriamos al individualismo que disgrega, que disocia y que poco hace por el bien común. Interesa el individualismo en función del perfeccionamiento y la cultura personal del hombre; del

hombre libre y creativo, superado por su sentido de justicia.

Superación con lealtad. En un momento de la vida del hombre sobre el planeta donde tiene primacía lo individual sobre lo social, donde tanto cuesta mantener la palabra empeñada. En nuestra profesión cuántas felonías (deslealtad, traición, acción fea, según el *Diccionario de la Lengua Española*), cuántas promesas de trabajos, cuántos títulos de profesor cuya única finalidad es lucirlo sobre una pared o que faciliten el incremento pecuniario de la consulta médica, cuántas solidaridades naturales desvirtuadas, cuántos barcos abandonados ante una suave brisa... Desde todos los ámbitos, laicos y religiosos, se escuchan voces que intentan corregir los errores de nuestra corrupta sociedad, que ha perdido el sentido de justicia, el respeto hacia los demás y sufre una enorme situación de inequidad.

Los médicos debemos comprender que estamos tan comprometidos con la lealtad como cualquier otro ciudadano. Lealtad para con el enfermo y sus parientes, el colega, el docente... Respeto y lealtad. No olvidemos que el primer tratado sobre ética médica, publicado por Thomas Percival en 1803, fijaba las normas que debían regir entre los profesionales del *Manchester Royal Infirmary*³⁵. Es decir que estuvo destinado a regular las relaciones entre los médicos, aquellos que se traicionaban.

Algunos médicos están convencidos de que este cambio que ha experimentado la medicina debe ser consolidado en la práctica. Martí Tusquets³⁶ plantea que la medicina actual debe ponderar el componente lego de la relación médico-paciente. Este debe tener pleno conocimiento de los entretelones de la práctica médica. Lo denomina *cambio metodológico de la medicina científica* y consiste en divulgar la pedagogía de la medicina. A su fundación la define como *cognitivismos psicológico*. Considera qué papel pueden cumplir las expectativas de curación por parte del enfermo y se expresa de esta forma:

La contradicción entre lo esperado y aún exigido, frente a lo que puede ofrecer el médico de hoy que, siendo cada vez más potencialmente alto, se aleja también, cada vez más de lo "milagroso" por el mismo imperativo de la metodología científica, debe cuando menos aclararse.

Solo así podremos evitar la decepción del enfermo y de la misma sociedad ante la pérdida de la acción curativa personal y el incremento fabuloso de la participación de la técnica, en el proceso exploratorio y terapéutico.

Los procesos cognitivos de carácter mágico y sugestivo son cada vez más rechazados por el médico, que desea ser un científico y le avergüenza que le identifiquen, ni de lejos, con un chamán.

En el primer capítulo establecíamos la controversia medicina-arte o medicina-ciencia. En 1892, William Osler había dicho que *si no fuera por la gran variabilidad de la medicina individual, esta podría ser una ciencia y no un arte*. En base a ese aserto, Roses (37) expresó que ese pensamiento reflejaba su punto de vista de la medicina de los últimos 100 años, agregando a continuación que *el rol de los médicos de hacer un juicio necesario acerca de la medicina que ellos prescriben es comúnmente referido como un arte, reflejando el objetivo que les permite tomar decisiones dedicadas a pacientes individuales. Solamente cien años después estamos al borde de poder identificar las diferencias heredadas (se refería al desarrollo del genoma humano) en las que se puede predecir la respuesta de cada paciente. Esta capacidad va a producir muchos beneficios en los descubrimientos y el desarrollo de la medicina. Si Sir William Osler estuviera vivo, reconsideraría su punto de vista de la medicina como un arte y no como una ciencia*. Esta evidencia es el mayor desafío de toda la historia de la medicina: su cambio de categoría.

Bibliografía

1. Mackay J, *Atlas de la santé dans le monde*, París, Autrement, 1993.
2. "La enseñanza de la medicina", *La Nación*, Buenos Aires, 15 de agosto de 1995.
3. Pérgola F, "El anciano: problemática poblacional. La relación médico-paciente senil" (1° parte), *Geriatría Práctica*, 1 (N° 3): 10- 14, 1991.
4. "¿Qué calidad de vida tenemos los argentinos? Informe de la OMS", *Clarín*, Buenos Aires, 5 de junio de 2000.
5. "Municipales. La salud de Buenos Aires", *La Nación*, Buenos Aires, 26 de agosto de 1899.
6. "Hay muchos médicos y poca capacitación", *La Nación*, Buenos Aires, 23 de junio de 1999.
7. Schächter S, Reunión del Claustro de Profesores del 11 de abril de 2000.
8. *Almanaque Mundial 1997*, México, Ed. Televisa S. A., 1997.
9. Mackay J, *op. cit.*
10. Kliksberg B, "Bases sociales de la salud", *La Nación*, Buenos Aires, 16 de marzo de 2000.
11. Vining DR Jr., "Crecimiento en las regiones centrales del Tercer Mundo", *Investigación y Ciencia*, N° 150, pp.12- 20, junio de 1985.
12. "El médico, el individuo y la sociedad", Basilea, Documenta Geigy, 1963.
13. "U.S.Department of Health, Education, and Welfare", *Public Health Service*, 1957.
14. Rojas N, Aráoz Alfaro G y Houssay BA, *La formación del espíritu médico*, Buenos Aires, Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina, 1928.
15. "Maestros de la medicina argentina (1977-1988)", Buenos Aires: *Coedición La Prensa Médica Argentina/ Fundación Alberto J. Roemmers* (sin fecha de edición),
16. López Terrada ML, "El Protomedicato", *Investigación y Ciencia*, N° 275, pp. 32-33, agosto de 1999.
17. Lepp FH y Martin G, "El nómeno de la Universidad", *Revista de la Universidad de Zulia*, 37: 125-133, enero-junio 1967.
18. Martí ML, *Carta abierta a un estudiante de medicina*, Buenos Aires, Nebal, 1985.
19. "La ética del hombre de ciencia", *Ciencia e Investigación*, 9 (N° 1): 49, febrero de 1953.
20. Descartes R, "Discurso del método. Reglas para la dirección de la mente", Buenos Aires, Hyspamérica Ediciones Argentinas, 1983.
21. Pi-Sunyer J, *El pensamiento vivo de Claude Bernard*, Buenos Aires, Losada, 1965.
22. Houssay BA, "La investigación científica", *Conferencia en la Universidad Nacional de Cuyo*, 19 de abril de 1942, en Barrios Medina A y Paladini AC (compiladores), *Escritos y discursos del Dr. Bernardo A. Houssay*, Eudeba, Buenos Aires, 1989.
23. Franck G, "Scientific communication - a vanity fair?", *Science*, 286: 53-54, 1 Oct 1999.
24. Escalante Gonzalbo F, *Una idea de las ciencias sociales*, México, Paidós, 1999.
25. Mazzei ES, "La formación del médico", *La Prensa Médica Argentina*, 58: 1146, 1971.
26. Pérgola F y Fustinoni JC, *Trastornos neurológicos y psiquiátricos del anciano*, Colombia, Atlante, 1998.
27. MacAuley D, "El método *Reader* facilita la apreciación de la bibliografía", *Salud i Ciencia*, 9 (N° 1): 21-25, 1999.
28. Aguilar OL, "Educación médica continua", *Revista de la Asociación Médica Argentina*, pp. 166-169, noviembre- diciembre 1979.
29. Escardó F, *Sydenham y Don Quijote*, Buenos Aires, Rueda Editor, 1958.
30. Kohn Loncarica A, "Médicos destacados", Entrevista de Enrique Albano, *Geriatría Práctica*, (inédito), julio de 2000.
31. Sánchez Zinny J, "Formación del docente médico", *Revista de la Asociación Médica Argentina*, pp. 169-170, noviembre -diciembre 1979.
32. Gómez G, "¿Quién apoya el CBC?", *La Nación*, 15 de enero de 1992.
33. Holden C, "Eight attributes of highly successful posdocs", *Science*, 285: 1527-1529, 3 Sept 1999.

34. Snyderman R and Holmes EW, "Oversight mechanisms for clinical research", *Science*, 287 (N° 5453): 595-597, 28 Jan 2000.
35. Scorer G y Wing A, *Problemas éticos en medicina*, Barcelona, Ed. Doyma, 1983.
36. Martí Tusquets JL, *El descubrimiento científico de la salud*, Barcelona, Ed. Anthropos, 1999.
37. Roses AD, "Pharmacogenetics and the practice of medicine", *Nature*, 405 (N° 6788): 857-865, 15 Jun 2000.

Índice

Introducción.....5

Capítulo 1

El posmodernismo en medicina.....6

Capítulo 2

Globalización y medicina.....19

Capítulo 3

La cultura y los médicos.....32

Capítulo 4

La formación de los médicos.....46

Este libro se terminó de imprimir en marzo de 2002,
en los talleres gráficos de Asking S.A., Acassuso 2020,
Olivos, Buenos Aires, Argentina

Superadas largamente las expectativas que generó la modernidad, el mundo occidental entró en una etapa que artistas y literatos llamaron posmodernismo (“palabreja” -así la bautizaron- que no fue del agrado de todos). Tiempo después, tras la caída del Muro de Berlín, aunque ya comunicación e informática incipientes hacían lo suyo, aparecería la globalización. Los estados críticos se suscitaron en todos los campos: económico, cultural, social, educacional, etc., y a ellos no pudo escapar la medicina como acto interpersonal y como bien social.

Federico Pégola, profesor de la Facultad de Medicina y Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, analiza -bajo una óptica desprejuiciada- la influencia de la cultura y de la globalización sobre la medicina de nuestro país.

Se produjo un cambio profundo que implica que las reglas de juego hayan variado.

Esta obra obtuvo el Premio Bial 2000/2001 de la Sociedad Argentina de Historia de la Medicina, de la Asociación Médica Argentina.