Humanidades médicas

Hacia la optimización de la práctica clínica

Ricardo Teodoro Ricci

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

Humanidades médicas

Ricardo Teodoro Ricci

Humanidades médicas

Hacia la optimización de la práctica clínica

UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA

Ricci, Ricardo Teodoro
Humanidades médicas: hacia la optimización de la práctica clínica / Ricardo Teodoro Ricci.- 1ª ed.- Mendoza : Universidad del Aconcagua, 2022.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-4971-47-0

1. Medicina. 2. Medicina Clínica. 3. Educación Sanitaria. I. Título.
CDD 610.1

Diagramación: Arq. Gustavo Cadile.
Diseño de tapa: Arq. María Lea Ricci.
La imagen que ilustra la portada pertence a María Lea Ricci.

Copyright by Editorial de la Universidad del Aconcagua.
Catamarca 147(M5500CKC) Mendoza.
Teléfono (0261) 5201681.
e-mail: editorial@uda.edu.ar.
Queda hecho el depósito que marca la ley 11723.
Impreso en Mendoza – Argentina.

Primera edición: abril de 2022.
I.S.B.N.: 978-987-4971-47-0

Miembro de



Reservados todos los derechos. No está permitido reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir ninguna parte de esta publicación, cualquiera sea el medio empleado –electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.–, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de propiedad intelectual.

Para vos,
para ustedes y
para todos ellos.

Índice

Prefacio 11

Prólogo 13

Capítulo 1: Humanidades médicas y competencias clínicas 21

Capítulo 2: “Ambiente de fronteras” 33

Capítulo 3: “La importancia de las Ciencias Sociales en el cuidado de la salud” 39

Capítulo 4: ¿Podrá hablarse de ‘ninguneo’ académico? 63

Capítulo 5: Neuroética. ¿La identidad acechada? 73

Capítulo 6: La injusticia epistémica en la educación médica ... 79

Capítulo 7: La relación médico–paciente, escenarios y personajes 87

Capítulo 8: Educación médica. Una reflexión desde las humanidades 93

Capítulo 9: “Los famosos 18 segundos” (relación médico–paciente) 105

Capítulo 10: La relación médico-paciente y los valores 113

Capítulo 11: “Conditio sine qua non” Las humanidades médicas y las competencias clínicas 125

Capítulo 12: La índole metafórica de la relación médico–paciente 135

Capítulo 13: Entre genes y moléculas, las metáforas 141

Prefacio

La enorme alegría que me deparó la invitación de escribir un Prefacio para el último libro de mi querido amigo Ricardo Ricci, es muy especial y llega en el momento justo. En primer lugar, porque considero que el texto "Humanidades médicas", es en realidad, en sí mismo, todo un riquísimo prólogo… como lo es la vida humana: "¡caminante no hay camino, se hace camino al andar!"

Y, además, cuando ese camino lo ha construido un médico en la práctica de una vida dedicada con amor a su profesión, a la investigación y a la enseñanza, no queda más que agradecerle la generosa donación que nos ha hecho de sus talentos, fatigas, alegrías y dolores. ¡De tantas décadas dedicadas a hacer bien al prójimo y a la ciencia! Empezando, por su queridísima familia, sus amigos de todas partes, la histórica universidad en el lugar donde nació nuestra patria, sus rigurosos estudios en la Facultad de Medicina, sus innumerables trabajos científicos y humanísticos, su compromiso con las personas de toda condición, su pasión por los libros y los paisajes y, sobre todo, ese don muy especial que despliega, sin darse cuenta, tal vez, en todo lo que nos transmite en historias de su vida médica y docente, con una modestia y sorpresa que asombran. Nos hacen reflexionar y, muchas veces, a cambiar de parecer. No son muchos quienes logran hacerlo por efecto de un libro, pero éste se parece más bien a un bellísimo paseo con un amigo donde recordamos experiencias comunes y exploramos otras nuevas...

Ante todo, somos colegas, yo me doctoré en la facultad de Medicina de Buenos Aires y, siguiendo la corriente de las neurociencias experimentales, me doctoré también en Psicología en la Universidad de París. Viajé por muchos continentes con responsabilidades institucionales y programas científicos interdisciplinarios y en todos ellos, sin excepción, me encontré también

con las preocupantes tensiones, dicotomías y contradicciones que menciona Ricci en su libro en las relaciones entre las humanidades y las ciencias…

Su libro me ha hecho muchas veces vibrar en la misma onda y no puedo menos que agradecerle haber puesto, con tanto coraje, el dedo en la llaga… es allí donde debemos trabajar si queremos vivir en una sociedad digna de ser vivida. Para ello, es imprescindible una nueva educación. De este inmenso, e indispensable tema, trata el libro en sus más variadas formas. Todo el texto nos impulsa a reflexionar y de hacerlo en grupo de equipos interdisciplinarios en transformación permanente. En suma, leyendo este libro caminaremos juntos un gran trecho por el futuro que aún no existe…Pero ya no se puede volver atrás. Mil gracias Ricardo por tu coraje, tu compañía y tu ejemplo.

Antonio M. Battro

Prólogo

Llamándole prólogo a esta introducción

Con todo respeto, te digo, estimado lector, que deseo que este prologo sea una presentación, una declaración de intenciones y sobre todo una invitación a una alianza entre los dos. Ciertamente, en toda obra escrita se propone tácitamente un vínculo de aceptación y tolerancia de ambos protagonistas de la lectura. En este caso deseo hacerlo explícito, para plantearte algunas proposiciones básicas que faciliten la exposición del texto y la lectura que hagas de él.

Lo medular de esta propuesta es que tomes todo lo escrito como proveniente de experiencias particulares, de ideas construidas durante mucho tiempo y, sobre todo, como una perspectiva particular que acaso reúna los suficientes criterios de veracidad. Con esto, deseo advertirte que, aunque tiendo a expresar mis afirmaciones con vehemencia, te ruego que me tengas un poco de paciencia ya que no aspiro a ser el poseedor de la verdad. A pesar del énfasis puesto en algunas exposiciones, soy consciente de que solo se trata de exponer un punto de vista, de una perspectiva observacional, de una opinión personal, por mucha argumentación que la acompañe. Insisto, no pretendo poner a tu consideración La Verdad; sería imposible hacerlo, aunque lo intentara. Deseo hacerte proposiciones para que, con tu espíritu crítico, hagas como con las lentejas: Si te gustan las tomas y si no las dejas.

La cuestión de las Humanidades Médicas se halla en un terreno difuso, por momentos resbaladizo. En algunas oportunidades, se trata de un verde prado en donde todos celebramos el encuentro y las coincidencias. A veces, se transforma en un terreno de duras luchas, de acalorados debates y de complicidades intrigantes. Generalmente, el terreno de las humanidades carece de la

nitidez metodológica y de la delimitación del campo que gozan las especialidades médicas en general. Por el contrario, el de las humanidades aplicadas a la medicina es un terreno muy vasto, polifacético, de fronteras porosas, de instancias multidisciplinarias. Todas estas características hacen de él un espacio propicio para encendidas discusiones, en algunos casos hasta de extremos de difícil conciliación.

La alianza que deseo celebrar contigo es esta: aepta de que nada de lo que afirmo en el texto tiene pretensiones de verdad absoluta, ni de postura canónica, sí que es un intento muy serio de exponer mis convicciones al respecto. Por mi parte, me dispongo a considerar con atención y mente abierta todo disenso, toda proposición contraria debidamente argumentada acerca del tema, toda crítica que se me haga personalmente o en reuniones de grupos de trabajo o discusión. Para eso, comparto contigo una dirección electrónica sólo dispuesta para recibir tus devoluciones: ricardo.ricci@webmail.unt.edu.ar

Si las Humanidades Médicas logran encontrar un lugar y un tiempo respetable en las instituciones educativas, o en aquellas que nuclean a médicos y personal de la salud en general, mi objetivo está cumplido.

Se han intentado varias definiciones de Humanidades Médicas. Muchas de ellas son similares, otras más restrictivas, algunas más inclusivas. A los efectos del presente texto, comparto, en términos aproximados, la que durante años usamos en nuestra cátedra de Antropología Médica de la Facultad de Medicina de la UNT:

> Forman parte de las humanidades médicas todos aquellos saberes que, provenientes de las ciencias sociales, del arte y de otras expresiones del espíritu humano, se hallan implicadas en el acto médico y están en condiciones de complementar y optimizar la praxis médica. Resultan gravitantes en el acto médico, pues son de capital importancia en la visión de la vida de aquellos que cuidan de la salud, como la de quienes recurren en estado de vulnerabilidad e indefensión, en busca de ella. Explícitamente tenemos en cuenta el estado de intemperie existencial de ambos integrantes del encuentro terapéutico.

Nuestro propósito consiste, en intentar equilibrar el desbalance provocado por la hegemonía del modelo bio-médico imperante, con contenidos y experiencias debidamente seleccionados para construir una vertiente socio-médica po-

derosa y gravitante. Aquellos que nos encontramos interesados en participar de la cruzada de las humanidades, estamos convencidos de que hay modos humanos de vivir y de enfermar que el paradigma "bio" deja a un lado y hasta desmerece. Por ese motivo, hablamos de complementarlo, con el fin de colaborar para que la aproximación al paciente tenga un carácter holístico, proponiendo instancias superadoras de lo reduccionista, lineal, simple y analítico.

Todas aquellas cuestiones propiamente humanas implicadas en el proceso salud-enfermedad-atención atañen directamente a las humanidades médicas. Podemos considerar al arte en sus diferentes manifestaciones, a la sociología, la lingüística y la comunicación, la economía, la antropología, el pensamiento crítico, las creencias, los mitos, la fe y lo lúdico, sólo para hacer un listado breve y resumido.

Creo que es útil aportar lo que la literatura médica actual a nivel internacional, considera como Humanidades Médicas:

> De esta manera, las nuevas humanidades médicas constituyen un campo interdisciplinar en el que concurren humanidades clásicas como historia, filosofía, ética y religión; ciencias sociales contemporáneas tales como antropología, estudios culturales, psicología y sociología; y artes que incluyen literatura, teatro, cine y artes visuales. Y todas pretenden ser aplicadas a la educación y al perfeccionamiento de la práctica médica. Estas humanidades médicas abarcan, en realidad, todas aquellas disciplinas que buscan una comprensión estimativa de los hechos más que una mera explicación científica. De modo que el objetivo último de estas disciplinas no es el mero registro neutral de los hechos y de los valores. Las nuevas humanidades médicas aspiran más bien a estudiar los valores como tales valores, detectando su origen, comprendiendo sus peculiaridades y contribuyendo a su elucidación, perfeccionamiento y aplicación práctica.

Lo útil y lo inútil

¿Son útiles las humanidades médicas para la formación de un médico? ¡Es inútil para un profesional tan ocupado distraer tiempo en las humanidades! ¡Con tanta carga horaria en los planes de estudios es un desperdicio destinar horas cátedra a saberes inútiles!

Estas y otras expresiones similares son moneda corriente en los ambientes en los que se piensa y discute acerca de la educación médica. Es que la cuestión es precisamente esa: determinar la utilidad de las humanidades en la formación y en la praxis médica. El asunto es, como comprenderás, que no puedes comparar en términos de utilidad la técnica del uso del termómetro con la lectura de un poema. Los criterios a utilizar son muy diferentes, los propósitos también lo son y las áreas de la persona implicadas son otras. Es un verdadero problema que depende, como la mayoría de los problemas con que nos enfrentamos en la vida, de la perspectiva observacional que logremos adoptar.

En este libro nos proponemos, además, sostener que la utilidad de las humanidades en medicina responde a otros parámetros y deben ser evaluadas con criterios diferentes de los que nos tiene acostumbrados la formación científico-tecnológica predominante.

Pareciera que las humanidades médicas, como el arte, existen "con el fin de vestir la desnudez metafísica que padecemos, y alegrarnos la vida" . Si en el contexto de sufrimiento al que los médicos estamos acostumbrados, "alegrar la vida" suena algo exagerado, convengamos en que las humanidades pueden colaborar para que el padecimiento se sobrelleve con mayor contención, acompañamiento y dignidad.

> El oxímoron evocado por el título La utilidad de lo inútil merece una aclaración. La paradójica utilidad a la que me refiero no es la misma en cuyo nombre se consideran inútiles los saberes humanísticos y, más en general, todos los saberes que no producen beneficios. En una acepción muy distinta y mucho más amplia, he querido poner en el centro de mis reflexiones la idea de utilidad de aquellos saberes cuyo valor esencial es del todo ajeno a cualquier finalidad utilitarista. […] Si dejamos morir lo gratuito, si renunciamos a la fuerza generadora de lo inútil, si escuchamos únicamente el mortífero canto de sirenas que nos impele a perseguir el beneficio, sólo seremos capaces de producir una colec-

> tividad enferma y sin memoria que, extraviada, acabará por perder el sentido de sí misma y de la vida. Y en ese momento, cuando la desertificación del espíritu nos haya ya agostado, será en verdad difícil imaginar que el ignorante homo sapiens pueda desempeñar todavía un papel en la tarea de hacer más humana la humanidad.

Considero que es en el libro "La utilidad de lo inútil" de Nuccio Ordine, donde mejor y más frontalmente se encara la idea de utilidad que estamos considerando, la que, de alguna manera, aspira a ser el leit motiv de esta corta introducción.

Son aquellos textos, que hasta podemos considerar imprecisos porque no persiguen ningún fin práctico ni comercial, que al abordar temas relacionados con el fenómeno humano desde distintas perspectivas, tienen relevancia en el cultivo del espíritu y en el desarrollo de esa argamasa social que llamamos cultura humana. Es allí donde Ordine considera "útil a todo aquello que nos ayuda a hacernos mejores."

Las humanidades médicas han sido consideradas inútiles, o de escasa utilidad, en diversos contextos médicos, entre ellos, el que para mí tiene una importancia capital: la educación médica.

> Las humanidades médicas han sido proclamadas como esenciales en la educación y en la práctica de la medicina, a pesar de lo cual tienen una posición muy frágil en el currículo médico, siendo consideradas como materias "blandas" frente al currículo nuclear y las asignaturas "duras". El auge de la biomedicina ha enfatizado el carácter cientificista y basado en la evidencia, marginando aún más las disciplinas de las humanidades.

En el libro que tienes en la mano se insiste, de una y otra manera, en la vital importancia que tienen para aquellos que se ocupan de la salud del semejante, los valores que no se pueden medir y pesar con instrumentos cuantitativos. Esos valores de los que no se puede esperar un resultado inmediato, una renta, un logro medible en dineros o en prestigio.

> En el universo del utilitarismo, en efecto, un martillo vale más que una sinfonía, un cuchillo más que una poesía, una llave inglesa más que un cuadro: porque es fácil hacerse cargo de la eficacia de un utensilio

> mientras que resulta cada vez más difícil entender para qué pueden servir la música, la literatura o el arte.

Es que, si sólo nos dedicamos a cultivar lo útil, a darle importancia sólo a aquello que pueda redundar en un beneficio inmediato, pronto nos hallaremos inmersos en una sociedad desabrida y desvalorizada, en una especie de colectividad enferma, sin memoria, extraviada, que al decir de Ordine acabará perdiendo el sentido de sí misma y de la vida.

La música, la literatura, el arte, las ciencias sociales, la espiritualidad permiten al ser humano ponerse ante un espejo en donde puede verse a sí mismo sin cosméticos, sin caretas. Las humanidades desgarran los velos de lo trivial, de lo insignificante, de lo baladí. De un modo u otro, facilitan –he allí una de sus "utilidades"– que el ser humano se halle a sí mismo y se encuentre genuinamente con un otro que contribuya a completarlo. Con un otro que favorece decididamente a la propia identidad.

> Dellson puts aside the stereotypical doctor's 'mask' and embraces the greater closeness with her patients. She breaks free from the predetermined drama, which seems to fit badly with her new idea of doctoring, and instead lets herself be moved by the patients' stories in a way that permits reflection and introspection.

Las ciencias sociales y el arte, pueden ayudarnos a dar una respuesta a la pregunta por el sentido. Por el sentido de una profesión, por el sentido del servicio, por el sentido del compromiso, en fin: por el sentido de la vida.

> En todas las grandes ciudades del mundo es lo mismo. El hombre moderno, universal, es el hombre apurado, no tiene tiempo, es prisionero de la necesidad, no comprende que algo pueda no ser útil; no comprende tampoco que, en el fondo, lo útil puede ser un peso inútil, agobiante. Si no se comprende la utilidad de lo inútil, la inutilidad de lo útil, no se comprende el arte. Y un país en donde no se comprende el arte es un país de esclavos o de robots, un país de gente desdichada, de gente que no ríe ni sonríe, un país sin espíritu; donde no hay humorismo, donde no hay risa, hay cólera y odio.

Coincido plenamente con aquellos que en el universo médico nos tildan de "blandos", con aquellos que insisten en que las competencias "soft" que cultivamos y pregonamos, no son lo más importante en la formación de un

médico. Sólo anhelo instalar la idea de que tampoco son lo menos importante. Aspiro a un estado de equidad, ya que está plenamente comprobado que un médico carente de sentido de su profesión, es un médico sin alma y sin identidad.

> Podemos perdonar a un hombre que haga una cosa útil, con tal de que no la admire. La sola excusa de hacer una cosa inútil es admirarla inmensamente.

No es otra cosa la que me ha animado durante más de cuarenta años de profesión, admirar inmensamente los contenidos de las humanidades aplicables a la formación de médicos fascinados con el ejercicio de su profesión, enamorados de la compasión y del servicio.

> La felicidad no consiste en hallar placer, sino en lograr conectar el propio corazón con el de un semejante. Sólo el encuentro entre dos seres efímeros nos permite atisbar el abrazo de lo imperecedero.

Cómo se construyó el texto

Los textos que se incluyen en este volumen tuvieron originalmente otros destinos. Algunos formaron parte de libros en calidad de capítulos, otros se publicaron en diferentes revistas como artículos originales, artículos de opinión o contribuciones editoriales. Otros fueron textos de charlas o conferencias desarrolladas en diferentes foros. Todos son originales y en ningún caso cedí los derechos de autoría. Eso me permite compilarlos con libertad en este volumen, aunque quizás algo desordenadamente.

Los rescaté del archivo de mi computadora y los revisé detalladamente. Si bien es cierto que mantienen en líneas generales el formato y el contenido original, todos fueron adaptados para ser publicados en este libro.

Sí, podrían ser unos dos o tres más. También podrían ser uno o dos menos. La selección es absolutamente arbitraria y el único criterio que los vincula es el de tener a las humanidades médicas en su conjunto, o en alguno de sus aspectos, como contenido principal.

Es posible –desde ya pido disculpas por ello– que haya quedado en alguno de ellos cierto perfume a su propósito original. Te pido que para eso y sólo para eso, hagas caso omiso de los detalles que detectes.

Me permito recordarte nuestra alianza: más allá del énfasis puesto en el texto para hacer algunas afirmaciones, insisto en que sólo se trata de proposiciones que responden a mi modo de ver e interpretar las humanidades médicas. Es obvio que el tema elegido, este de las humanidades médicas, excede con mucho las pretensiones del presente texto.

A propósito, recordemos a Hamlet:

> En esta obra, la más profunda de Shakespeare, Horacio y Hamlet -estudiantes en la Universidad de Wittenberg- conversan sobre quiénes somos y cuánto sabemos. Horacio estudia Filosofía Natural (lo más parecido a la "ciencia" de aquellos tiempos). Con la arrogancia que caracteriza a algunos estudiantes cree que el Universo está bien conocido y entendido. Hamlet, en cambio, no está tan seguro...

En ese momento (Hamlet, Acto 1 Escena 5), dice estas famosas palabras: "Hay más cosas en el cielo y la tierra, Horacio, que las que sospecha tu filosofía."

Salvando las siderales distancias, deseo afirmar estimado lector, que hay muchas más cosas en el universo de la Humanidades Médicas, que las que ambos sospechamos.

Que la lectura te resulte provechosa.

Capítulo 1:
Humanidades médicas y competencias clínicas

Nos preguntábamos en el equipo docente de nuestra cátedra Antropología Médica: ¿cuáles son las Ciencias Sociales y las Humanidades que pueden favorecer y potenciar las habilidades y las competencias clínicas?

Hace un tiempo, luego de prolongadas charlas y argumentaciones, hemos llegado a una conclusión que hoy consideramos de un valor casi axiomático: "Los contenidos de las ciencias sociales y de las humanidades que se enseñan en las facultades de medicina deben potenciar las habilidades clínicas". Nos hemos hecho conscientes de que, si ello no ocurre, los citados saberes carecen de real implicancia para los demás docentes de la facultad, por un lado, y para los alumnos por otro. Estamos convencidos de que, a partir de ese axioma, se abre el camino a la consolidación de las llamadas "Humanidades Médicas" en el ámbito de las facultades de medicina.

Está suficientemente demostrado que las humanidades no deben ser valoradas por su utilidad inmediata. En general, las mismas, se van sedimentando en el complejo aparato cognitivo y emocional del estudiante, de modo que sin darse él cuenta, favorecen su desempeño general, y sobre todo gravitarán oportunamente en su práctica profesional. Sin embargo, a la hora de transmitirlas, es necesario que se justiprecie la pertinencia de estas disciplinas denominadas *"soft"* en la carrera de formación de los médicos, y que se visualice nítidamente el modo en que pueden optimizar la práctica clínica. Ambas cualidades las volverán deseables, necesarias y apetecibles y, eventualmente, imprescindibles.

Hemos consultado infinidad de libros y artículos relacionados con la temática que nos ocupa. La lista de disciplinas y saberes es extensa, también lo son las

justificaciones de su inclusión en la formación de los médicos. Las experiencias anglosajona, europea y latinoamericana, son, en algunos aspectos, muy similares y en otros francamente disímiles. En los últimos años, nuestro trabajo ha consistido en identificar las propias necesidades y los modos de responder a ellas, sin dejar de valorar las experiencias efectuadas por colegas de diversas partes del mundo, incluso de nuestro país. Se ha intentado de manera creativa, se ha logrado mucho, hay experiencias de excelente calidad y, sobre todo, se aprecia mucho esfuerzo bienintencionado. A pesar de ello, la realidad nos advierte que las humanidades no terminan de consolidarse en el currículo de nuestras facultades de medicina. Compartimos una misma mirada con los colegas de otras universidades, y coincidimos en esta apreciación fundamental: Los contenidos de la Humanidades Médicas, continúan ocupando un lugar periférico y de importancia cuestionada en los currículos de nuestras facultades'.

Experiencia down–up

Los docentes implicados en la enseñanza de las humanidades, nos formulamos y reformulamos la cuestión acerca de cuáles son, o deberían ser, los contenidos que los estudiantes de medicina debieran incorporar necesariamente, para desarrollar competencias clínicas que resulten potenciadas por nuestras disciplinas. Como dije, la vasta literatura al respecto resulta válidamente orientativa, sin embargo, recientemente sucedió en nuestra cátedra un evento altamente valioso y clarificador. Una vez más se confirma que el mejor modo de aprender es haciendo, y que el acierto y el error son dos de los grandes docentes de la vida.

Se trató de una experiencia educativa que permitió que los mismos estudiantes, en instancias clínicas, demandaran conocimientos de humanidades con el fin de optimizar los encuentros con los pacientes. A esto lo llamo información down–up (desde la base a los organismos de gestión), en contraposición, o mejor como complemento, de las instancias top–down (desde la autoridad académica a los estudiantes), en las cuales los docentes determinamos los lineamientos y los contenidos que los estudiantes deben adquirir.

Alumnos de tercer y cuarto año de la carrera de médicos, integrantes de la Unidad de Formación de Recursos Humanos en Docencia de la cátedra de Antropología Médica (Ex Escuela de Ayudantes), recibieron la misión de efectuar entrevistas a pacientes internados en la sala de cuidados intermedios del Hospital del Niños. La consigna fue: "Conociendo la razón clínica de la internación, deben recabar información acerca de la realidad familiar y social del paciente que pueda ser relevante para explicar la ocurrencia de la patología, y/o dar indicios acerca de las posibilidades de desarrollar estrategias de prevención para el propio paciente y para la comunidad a la que pertenece".

Nuestros estudiantes realizaron la tarea, y resultaron fuertemente conmovidos por las realidades humanas a las que se tuvieron que enfrentar. Además, se reconocieron a sí mismos, carentes de habilidades y competencias que los habilitaran para acceder a la realidad profunda de los pacientes, y para proponer cursos futuros de acción que resulten eficaces. Del mismo modo, tuvieron la valiosa oportunidad de efectuar una mirada crítica del sistema de salud en el que se hallan inmersos los pacientes entrevistados. Reconocieron que, tanto los médicos como las enfermeras, carecen de competencias humanísticas que los ayuden a abordar los problemas de sus enfermos de una manera integral. "Hay mucha buena voluntad, pero se carece de recursos genuinos que respondan a un diseño racionalmente preestablecido", nos dijo una de las alumnas. Así mismo, advirtieron una desarticulación en la complejidad del sistema hospitalario, apreciaron que en oportunidades hay cosas que quedan sin hacerse, cuando en otras se hacen de manera reiterada e ineficiente.

Tuvieron la experiencia de ver cómo éxitos clínicos o quirúrgicos: cirugías mayores de múltiples perforaciones intestinales por heridas de arma de fuego o armas blancas, curaciones de grandes quemados, tratamiento de enfermedades pulmonares crónicas específicas, cuadros de deshidratación o desnutrición extremos, por citar algunos ejemplos, corren el riesgo de repetirse a la brevedad o potenciarse, si las causas sociales de fondo no son enfrentadas convenientemente o acaso, mínimamente conocidas por el equipo de salud. Tuvieron la oportunidad de apreciar la falta de coordinación de los diferentes actores y acciones realizadas, fueron testigos del agotamiento de miembros del personal del hospital, como así también de la decepción profesional conducente a una indiferencia letal.

Dadas estas experiencias, los estudiantes propusieron una serie de aspectos que debieran ser cuidados y potenciados por los conocimientos humanísticos. Dijeron: "necesitamos médicos más humanos". Debido a frecuentes comentarios mordaces y algunos malos entendidos, es conveniente aclarar que, 'ser humano', no significa necesariamente "ser buenito", no es lo mismo a ingenuidad. Ser humano, en el contexto específico de la profesión médica, significa actuar empáticamente comprometido con el otro que sufre, contar con las competencias necesarias para que la intervención médica sea científica y profesionalmente impecable, y tener una comprensión cabal del entorno socio–cultural, para que sea posible actuar sobre el mismo modificándolo positivamente.

Sobre la base de esta experiencia, y confrontándola con el actual diseño curricular, se nos ocurrió destacar algunos ítems particularmente problemáticos y proponer modos de acción que pudieran ayudar a subsanarlos. Somos conscientes que se trata de una mirada parcial, que una íntegra intención de hacer un diagnóstico de situación acabado, requiere más sistematización y estudio. Sin embargo, la vivencia de nuestros alumnos es muy valiosa, sus hallazgos son significativos y probablemente las propuestas puedan ser útiles. Teniendo esto en cuenta nos atrevemos a destacar cuatro aspectos que consideramos relevantes.

1. Desarrollo de habilidades comunicacionales

Debido a las frecuentes y variadas deficiencias comunicativas que se ponen de manifiesto en las interacciones entre los médicos y los pacientes, la enseñanza de las habilidades de comunicación es un imperativo. Naturalmente, el problema se hace extensivo a la relación entre el alumno y los pacientes, a los alumnos entre sí y con sus docentes. Suelen ser las primeras habilidades y competencias que intentan encontrar un espacio significativo en el currículo. No dejemos pasar la oportunidad de advertir algo básico: somos propensos a hablar de competencias comunicacionales con los pacientes, cuando aún no hemos logrado desarrollarlas y optimizarlas en nuestras interacciones cotidianas, ¡no las ejercemos entre nosotros! Un primer paso reflexivo, nos permitirá admitir nuestros déficits comunicacionales en las interacciones que, incluso a nivel doméstico, llevamos a cabo cotidianamente.

Es menester desarrollar un serio programa de instrucción de las habilidades comunicacionales en las facultades de medicina. La seriedad reclamada al programa se vincula con un abordaje integral de los aspectos comunicativos ya estudiados de manera exhaustiva en la Teoría de la Comunicación Humana, y en la filosofía y la praxis del lenguaje humano. La lingüística, en sus aspectos sintácticos, semánticos y pragmáticos, se ha desarrollado sólidamente a lo largo del siglo XX. Los conceptos a tener en cuenta en las entrevistas entre el médico y sus pacientes, están consolidados como campo de estudio, y su pertinencia en la formación de los médicos ha sido inmensamente valorada en relación con temas como: la adhesión al tratamiento, satisfacción del paciente, prevención de demandas de mala praxis, el *Burn Out*, etc.

Hoy hasta lo leí en un tweet[1]

> En Medicina es importante saber, pero también escuchar mirando a los ojos y tratar de comprender. "Comprender es aliviar". La habilidad de leer entre líneas el relato, solo aparece en el "currículum oculto", ese que solo conocen los pacientes.

A pesar de que esos avances tienen décadas de anunciados, en las facultades de medicina se continúa enviando a los estudiantes a hacer sus primeras historias clínicas armados con las competencias comunicacionales que utilizan, a todo efecto, en su vida diaria. Dicho de otro modo, se acercan al paciente con las mismas herramientas de comunicación que utilizan para comprar un chicle en un kiosco o para pedir una pinta de cerveza en el patio cervecero. Eso redunda en deficiencias graves en las interacciones con personas en estado de vulnerabilidad, y lo que es peor, antes de corregirlas, resulta más fácil atribuirle al paciente una 'falta de colaboración'.

La mayoría de nuestros estudiantes no saben que existe un lenguaje verbal y uno no verbal, ambos utilizados diariamente en el nivel coloquial. No distinguen con claridad uno del otro, ni conocen cómo valorar las faltas de coincidencia y coherencia entre ambos. No son capaces de reconocer, que los lenguajes o los actos del habla, tienen una íntima relación con los medios culturales a los que pertenecen ellos mismos y sus pacientes. Son incapaces de interpretar gestos, posturas, movimientos corporales, y apenas perciben los énfasis en la conversación y la coherencia interna de los argumentos. Las

1 https://twitter.com/Infomedicos/status/1436091886607998976

habilidades comunicacionales insertas en un todo lingüístico, percibidas en una totalidad sistémica, deben ser consideradas seriamente a la hora de instruir convenientemente a nuestros estudiantes.

Lo hemos afirmado en numerosas oportunidades: si un estudiante de medicina no sabe palpar un hígado o no es capaz de reconocer el murmullo vesicular, no aprueba semiología. Sin embargo, si no ha desarrollado la competencia de la escucha atenta del paciente, por ejemplo, aprueba la materia sin ningún inconveniente. De ese modo –lo hemos escuchado en foros importantes– no resulta sorprendente que un médico descubra, tras veinte años de profesión, que es necesario escuchar al paciente porque haciéndolo ha aprendido mucho.

Los modos de enseñanza de estas habilidades son muchos y variados, en nuestra experiencia, las metodologías de implicación corporal como el 'juego de roles' o la dramatización, son altamente efectivas. La narrativa es otro modo óptimo de poner al estudiante en situación de valorar el lenguaje en su precisión, y a la vez en su equivocidad. La instrucción de estas competencias, tan directamente relacionadas con la clínica, no puede ser considerada una actividad optativa en la carrera de médicos. Está claro que, dada su importancia, deben tener un espacio curricular obligatorio, concreto, y preferentemente incorporado a las materias clínicas, y contando con una integración con las humanidades médicas.

Algunos, de manera escandalosamente reduccionista, han definido al hombre como un conjunto de órganos y funciones, otros lo definen como un conjunto de historias y narraciones. Es menester que ambas perspectivas sean integradas con el fin de desarrollar una imprescindible visión holística del ser humano que sea más próxima a la realidad.

2. Desarrollo de competencias para trabajar en equipo

Cuando en medicina se habla de trabajo en equipo, se piensa inmediatamente en el funcionamiento de un quirófano o en una unidad de cuidados intensivos. El funcionamiento en equipo implica, además y, sobre todo, la colaboración multidisciplinaria tendiente al logro de un fin común. Podemos describirlo como la orquestación organizada de funciones provenientes de las miradas de distintas especialidades médicas y de otros trabajadores de la salud.

Lo cierto es que en las múltiples instancias de atención médica –ambulatoria o en internación– el equipo asistencial resulta ser mucho más amplio y exige la concurrencia organizada de un número significativamente mayor de actores.

La carrera de medicina se caracteriza, según la opinión de los mismos alumnos, por un alto nivel de competencia que estimula el individualismo y la autosuficiencia. Ello atenta gravemente contra la noción de equipo o grupo de trabajo. Mal que nos pese, tradicionalmente se tiende a formar médicos totipotenciales y autosuficientes. Nuevamente, como en el caso del ítem anterior, parece conveniente comenzar por casa. Estimulamos a los médicos para ocupar roles de liderazgo, sin embargo, no les decimos cómo hacerlo, no conocen cómo desempeñar la función sin incurrir en la disfuncionalidad del autoritarismo o la falacia del que lo sabe todo y lo puede todo.

Los equipos que los médicos constituimos son necesariamente multidisciplinarios, e involucran a numerosas profesiones relacionadas con la misión de prevenir y curar. Los enfermeros, fonoaudiólogos, terapistas ocupacionales, psicólogos, agentes sanitarios, kinesiólogos, fisioterapeutas, asistentes sociales, bioquímicos, técnicos en imágenes, entre otros, deben ser incorporados al universo asistencial. Cada uno, desde su perspectiva, tiene algo que aportar; por lo tanto, ha de tener voz y voto para participar activa y responsablemente de las decisiones y conductas a seguir. No debemos olvidar que estos equipos se encuentran en el marco de un sistema mayor, un suprasistema, constituido por los servicios públicos de salud, por las obras sociales y las prepagas. En este contexto, las decisiones médicas nunca pueden ser unilaterales ni incondicionadas. El accionar médico necesariamente es producto de una articulación de las diferencias, de una negociación de numerosos factores de poder, y de instancias variadas de decisión. Estas realidades inherentes a la práctica profesional resultan para nuestros estudiantes absolutamente desconocidas, en ningún momento de la carrera adquieren estos conocimientos. La tarea instructiva se le deja, erróneamente, al currículo oculto.

Si bien no cabe atosigar a nuestros alumnos con demasiados detalles que son inherentes al desarrollo profesional futuro, algunas ideas deben tener acerca del mundo en el que desarrollarán gran parte de su vida.

Específicamente respecto de la actividad en grupos o equipos de trabajo, el estudiante debe tener la experiencia del intercambio constructivo de opi-

niones fundamentadas. Debe conocer el espectro completo de las profesiones sanitarias con cuyos exponentes tendrá que interactuar en un marco de respeto mutuo. El estudiante de medicina, debe conocer que los liderazgos genuinos no vienen incluidos con el diploma de egreso, ni se imponen a fuerza de costumbres o decretos. El liderazgo se gana con testimonio, conocimientos, convicciones y argumentos sólidos en el seno de grupos humanos complejos y críticos.

Las condiciones básicas del trabajo en equipo son el respeto y la valoración de los conocimientos y experiencias de los otros integrantes del grupo operativo. Ello implica una formación adecuadamente contextualizada de los médicos, de modo que perciban que el cuidado de la salud de las comunidades incluye, además de su desempeño profesional, la concurrencia de otras especialidades que necesariamente deben ser consideradas y valoradas.

Hacer jornadas de interacción con estudiantes de otras facultades, anoticiarse acerca de cómo otras disciplinas construyen su conocimiento, percibir en grupos multidisciplinarios el esfuerzo realizado por otros alumnos en el diseño de sus propios perfiles. Este puede ser un modo efectivo para favorecer, desde el ámbito mismo de la facultad, la sana integración de equipos de trabajo.

La realidad actual es que no hay absolutamente ningún contacto entre un estudiante de medicina, uno de enfermería, uno de kinesiología y uno de fonoaudiología, a pesar de que los cuatro desarrollan sus tareas en los mismos ámbitos físicos. Es una situación que debe ser corregida con premura.

3. Detección y gestión de situaciones de riesgo social

Durante el cursado de la materia Salud Pública nuestros estudiantes son capacitados para evaluar las condiciones sanitarias de una determinada población o comunidad humana. Son instruidos en los modos de prevención de enfermedades endémicas, en la detección de situaciones de vulnerabilidad social, necesidades básicas insatisfechas, y la evaluación de factores de riesgo ambientales. Así mismo, están capacitados para conformar un cuadro de situación global, teniendo en cuenta los distintos factores que determinan el estado de la salud poblacional.

Sin embargo, frecuentemente, en el trato concreto con el paciente, los alumnos, se enfrentan a situaciones para las cuales no cuentan con recursos diagnósticos ni procedimentales. Tal es el caso de eventos de violencia familiar, violencia de género, contextos en los que se desarrollan adicciones, situaciones familiares de abandono escolar, desprotección de los ancianos, trabajo infantil, embarazo adolescente, comunidades vacías de sentido de la vida, comunidades sin expectativas de realización de los más jóvenes, hacinamiento en las periferias de las grandes ciudades, etc. Nuestros estudiantes se enfrentan a casos como los detallados, y resultan prontamente invalidados por la crudeza de los mismos y por la impotencia para prestar un servicio efectivo.

Concretamente, ante aquel caso de multiperforación intestinal por arma de fuego, sienten la impotencia de reintegrar a esa persona a la cual costó mucho sacar de una situación crítica, al mismo entorno social que determinó la patología. Dicen: "Después de lo que costó recuperarlo vuelve a su barrio, a su comunidad hacinada, a su grupo de amigos adictos a drogas, y en una semana está de nuevo en el hospital con otro cuadro de gravedad o directamente muerto". Los estudiantes resultan anulados por la crudeza de una realidad desconocida y atroz, y carecen de recursos para intervenir con cierta posibilidad de cambio.

El trabajo multidisciplinario expresado en el punto anterior, es una alternativa para hacer un enfoque integral de este tipo de realidades humanas. La participación de los agentes de salud puede ser de extrema utilidad en la reinserción social del paciente y, lo que es más importante, en la prevención de la reincidencia o de la aparición de casos similares. Los alumnos de medicina pueden ser instruidos en los múltiples recursos que los gobiernos, las ONGs, y la sociedad en general, poseen para gestionar situaciones como las que hemos enumerado. Está claro que el médico no es, ni debe ser, un asistente social, sin embargo, forma parte de un equipo sanitario en el cual, cumpliendo su función, debe ser capaz de iniciar estrategias de cambio, de detonar acciones tendientes a la solución de los graves flagelos sociales a los que todos estamos expuestos.

Para eso debe estar formado convenientemente para advertir que sus enfermos son los emergentes críticos de una sociedad enferma. Son los grupos humanos los que sirven de caldo de cultivo a innúmeras situaciones patoló-

gicas, entre las que se encuentran muchas que los médicos tratamos de manera reduccionista y simplista como problemas orgánicos aislados. Nuestros alumnos deben ser entrenados en la percepción y el respeto por la complejidad, las acciones sociales no tienen otro modo de abordaje que el de ver la totalidad, el todo y no sólo las partes.

4. Creación de espacios de escucha y contextualización

Hasta ahora nos hemos explayado acerca de los problemas externos a los equipos de salud, nuestro último comentario será referido a una situación de 'puertas adentro'.

Nuestros estudiantes han detectado miembros de los equipos de salud (médicos, enfermeras, agentes sociales) desilusionados, agotados, anestesiados a la realidad que los circunda, carentes de sensibilidad y empatía por saturación de estímulos ominosos en la mayoría de los casos. Nuestros estudiantes asisten a servicios donde sólo reciben 'espasmos de realidad', les dicen: "Mirá a lo que te exponés, en unos años vas a ser como uno de nosotros."

Es cierto que la realidad es incontrastable, pero no es determinista, no estamos obligados a repetir los errores de los que nos preceden, la realidad puede y debe ser modificada para nuestro bien y el de quienes se ponen en nuestras manos.

El primer paso para ello es hacer un diagnóstico correcto y veraz de la situación, diseñar un tratamiento factible y comenzar con una terapéutica escalonada, prudente y pretensiosa a la vez, poseedora de un objetivo claro. Nuestros estudiantes deben tener conocimiento de esta realidad, ellos son los que encarnarán el cambio en el caso de que éste se concrete, es necesario estimularlos en la creatividad y en los modos de pensamientos alternativos. ¿Por qué el futuro ha de ser necesariamente igual o peor que el presente? No hay razón para que eso ocurra a pesar de que todo parece decir lo contrario.

Los que denominamos espacios de escucha y contextualización, se refiere a la creación de grupos en los que los diferentes miembros del equipo de salud puedan comentar con toda libertad su percepción de la realidad circundante y valorar el desempeño de su propia persona en medio de ese contexto. Un espacio protegido y reservado, en el que cada quien pueda expresar sin temor

sus emociones y sentimientos, sus dolores y frustraciones. No es una idea original del autor de este artículo, esto se lleva a cabo en diversos lugares del mundo, con mucho éxito para el bienestar de los integrantes de los equipos de salud. Son muy diversos en sus estrategias, y en general son creados ad-hoc con creatividad y precisión.

Es un espacio de escucha activa, expresión y, eventualmente, de 'consejo a demanda'. Es muy probable que esos espacios funcionen como genuinos cables a tierra, como oportunidades de ver la propia realidad en un contexto amplio e interrelacionado. No se trata de proponer grupos de autoayuda, se trata de escucharnos los unos a los otros para visualizar modos alternativos de sobrellevar, o simplemente llevar, las exigencias del trabajo común. Quizás no esté de más decir, que en estas reuniones deben participar todos los profesionales de la salud (incluye personal administrativo y de maestranza), eso permitirá ver las cosas desde perspectivas diferentes. Esto, aun siendo mínimo y elemental, resulta a menudo verdaderamente esclarecedor.

De este u otros modos de co-participación, es posible que se logren disminuir los efectos de la acumulación de trabajo, de las frustraciones, de los contextos estresantes, de las inequidades de compromiso y, del daño físico y psíquico de quienes se desempeñan en contextos críticos. Es posible que disminuyan las sensaciones de desvaloración, de frustración y de crisis profesional. Si esto se consigue podremos contar con equipos de trabajo mejor predispuestos, más activos y, lo que es más importante más satisfechos profesionalmente.

Conclusión

Como fruto de un trabajo de terreno de nuestros estudiantes, hemos conseguido elaborar una serie de ítems relacionados con el desempeño profesional. Sus observaciones les han sido de gran utilidad para su propia comprensión y conocimiento del vasto campo de la medicina. Les ha mostrado las luces y las sombras de ese camino que vocacionalmente han iniciado. Sus ojos, vírgenes de sesgos y pertenencias, les han permitido ver con crudeza y verdad las realidades que, por cotidianas, nos pasan desapercibidas a los médicos en actividad. Esa mirada, también permite echar luz sobre la propia formación médica. Ellos mismos, que han constatado in situ algunas características del

ejercicio de la medicina, tienen derecho a recibir la formación adecuada para enfrentar con éxito el mundo profesional.

Para la institución formativa, y para los integrantes de la comunidad educativa de la misma, esta demanda debe ser valorada en su justa medida. Nuestra facultad está buscando siempre cumplir con estándares de eficiencia en la formación de los futuros médicos. Esos estándares generalmente son diseñados por organismos nacionales y extranjeros con una excelente valoración de la inmensidad de variables que conlleva la formación de un médico. No está de más, complementar esas exigencias, con las evidencias que provienen de la observación aguda y fresca de nuestros propios estudiantes.

Sobre esa base nos animamos a concluir con dos sugerencias:

1. Es menester aumentar la cantidad de horas cátedra de las materias humanísticas, diseñando creativamente nuevos espacios académicos teniendo debida cuenta las cargas horarias de la carrera de médicos.
2. Los espacios académicos propuestos no necesariamente tienen que ser considerados nuevas materias; lo ideal sería que estén incrustados en el seno de las materias clínicas, un poco aquí, un poco allá. De ese modo se tendería a minimizar la amplia brecha que históricamente se detecta entre las materias 'importantes' en medicina y las 'complementarias'. Al producirse la integración, a la corta o a la larga se apreciará la potenciación mutua que este diseño permitiría.

Capítulo 2:
"Ambiente de fronteras"[2]

Los que hemos tenido la suerte de experimentar la vida de zonas de frontera, contamos con unas imágenes muy vívidas de las características de ese ambiente híbrido, dinámico e incierto. Los países que concurren a las líneas fronterizas enarbolan sus banderas y otros símbolos de identificación con notable ostentación y orgullo. Los signos de las nacionalidades están puestos de manifiesto a la vista de propios y extraños, parecen afirmar con seguridad evidente, qué es lo que le pertenece a cada una de las comunidades que se encuentran separadas, a veces por un río, una montaña, cualquier otro accidente geográfico. En muchos casos, la división es sólo una línea tan convencional como invisible.

De ese modo, queda claro que hasta determinado punto es una cosa, y desde ese punto es una muy diferente, de algún modo se expresa patentemente lo que es propio y lo que es ajeno, lo mío y lo tuyo. Un tácito y a la vez elocuente reconocimiento de la presencia del otro. En la triple frontera con Paraguay y Brasil, esa demarcación se hace manifiesta mediante la presencia de tres grandes mojones de forma piramidal que, mediados por los caudalosos ríos, son simultáneamente visibles desde los sitios en los que se hallan localizados. Tres naciones igualmente orgullosas de sus símbolos, de sus tradiciones y de su cultura. Tres grupos humanos que, vistos desde una perspectiva imparcial, presentan una gran diferencia; grupos culturales que se hallan mucho más lejos entre sí de lo que representa la mera anchura del río que los divide.

Cuando uno ingresa en ese mundo de las fronteras, comienza a percibir que es un mundo compartido. Que esas distancias tan aparentes desde el punto de vista geopolítico, no lo son tanto desde el punto de vista humano. Las

2 https://www.researchgate.net/publication/279286273_Ambiente_de_Fronteras_Hacia_la_interdisciplinariedad. Publicación personal.

costumbres de los habitantes comienzan a asemejarse de tal manera, que los símbolos se transforman en custodios de soberanías un tanto alejadas de la cotidianeidad de aquel individuo que, por un motivo u otro, cruza diariamente el río. De aquella persona concreta, que podríamos decir, vive en la línea del mapa. El habitante de la frontera se transforma, a los fines de la cotidianeidad, en un hombre sin nación, o mejor bi o tri nacional. Es cierto, emite su voto en su país, alienta a su equipo nacional de fútbol, tiene como ídolos a figuras representativas de su cultura nacional, sin embargo, su lenguaje es notablemente plástico, su moneda de intercambio es ambigua, la alimentación de su familia es variada, igual que al otro lado de la frontera. Sus días, sus intereses, sus amistades, sus familiares, sus entretenimientos, su trabajo, sus cultos, sus ancestros, están en los dos lados. De ese modo él también está, podríamos decir, a ambos lados del río.

Llama la atención que los habitantes de las fronteras tiendan a relativizar algunas creencias y algunas verdades, por las que sus compatriotas de tierra adentro serían capaces de dar la vida. También ocurre lo contrario, los fronterizos son los más fanáticos de sus respectivos pueblos; aun así, la frontera sigue siendo su hábitat, en él se sienten cómodos, están adaptados a la vida del intercambio y de las significaciones cambiantes. El habitante de frontera mira el otro lado como un horizonte de oportunidad más que como el límite de lo propio. De algún modo, trata de aprovechar las ventajas de ambos lados y alejarse de las desventuras propias y ajenas. Está acostumbrado a vivir de una manera incierta, se adapta a normas y leyes que fluyen permanentemente en el transcurso de su día. Las normas que lo rigen –él lo sabe muy bien– dependen del lado del río en el que se encuentra en cada momento de su día. Trabaja en un lado, duerme en el otro. Compra los alimentos en un lado, y los consume en el otro. Comercia, lleva y trae, es conocido de las autoridades que lo tratan de una manera distinta al que pasa la frontera por negocio o por turismo. Es una figura conocida, es un ciudadano de la línea. Lo más importante, está acostumbrado a escuchar al otro, al diferente, a entresacar de ese intercambio, conclusiones válidas para su propia supervivencia. Aprende a conocer al otro, a saber, de sus virtudes y defectos –después de todo, todos los tienen– y a utilizar esa información para construir una representación del mundo que termina pareciéndose mucho a la de su vecino de enfrente. Es que los habitantes de frontera desarrollan una cosmovisión, una mirada del mundo que está influenciada en demasía por el ir y venir de conceptos, de

ideas, de creencias, incluso de ideologías. De allí que los habitantes de las fronteras terminen pareciéndose, emparentándose, des-diferenciándose. Este hombre o mujer adquiere una identidad que más tiene que ver con la frontera misma, como confluencia de intereses, que con su propia nación como institución sociopolítica a la que legalmente pertenece.

Esta larga metáfora, utilizada a modo de introducción al tema que hoy nos convoca, sirve para describir de manera aproximada, lo que nos ocurre a quienes estamos habituados a vivir en la zona fronteriza de las ciencias. Personalmente, estoy acostumbrado a sentirme como sapo de otro pozo cuando me toca dar una charla, o participar de las actividades del Instituto de Epistemología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNT, del cual me siento honrado de ser miembro desde hace más de quince años. No es que nadie me haga sentir así, es que la índole de los temas que se tratan, la forma de abordarlos, el matiz enfático que acostumbran a utilizar, entre otras cosas, genera en mí esa sensación. Cuando me toca participar en los foros de mi propia facultad, la de medicina, también siento la misma sensación. Los temas, a veces muy parecidos, son abordados de manera diversa, los énfasis se ponen en distintos tópicos, las miradas tienen otro foco. Nadie cuestiona mi pertenencia, sin embargo, en mi interior siento la sensación de extrañeza.

Parece ser que no se trata sólo de las personas con las que uno se encuentra, sino del lado del río en el que uno se halla. Por lo menos en mi caso en particular, me reconozco un habitante de la frontera, un ciudadano de la línea. Muy a pesar de lo que muchos de lo que mis colegas piensan, creo en la riqueza de lo indiferenciado, creo en la capacidad de generación de conocimiento nuevo que surge al deshacerse del corsé de los limitantes propios de una disciplina determinada. Creo en los disparadores de creatividad, de analogía, y de libre asociación que produce la lectura de un tema desconocido por primera vez. No es mi caso el de una renuncia a la diferenciación original, un rechazo de la pertenencia; se trata de aceptar la plasticidad y disfrutar la maleabilidad provocada por años de estar en contacto con personas diferentes, con ideas disímiles, con miradas distintas, con síntesis epistemológicas diversas. Hago conscientemente un elogio de la originalidad que emerge de la indiferenciación, originalidad a la que propiamente podríamos llamar re-diferenciación, el diseño de un nuevo perfil para aquel que se mueve con convicción y a la vez con mucha cautela en ambas márgenes del río. Lo que, en un comienzo, lo reconozco, me producía un cierto malestar, se fue transformando en una

forma de vida, en una identidad enriquecida, en el hábito por lo incierto. Se me hizo carne eso de intentar siempre una nueva mirada, eso de saber que siempre hay un modo diferente de ver las cosas, eso de atender a las argumentaciones de los otros sabiendo que, por el sólo hecho de escucharlas atentamente, surge en mí el enriquecimiento de mi propia mirada.

Nuestro espacio fronterizo

La metáfora poco a poco nos va llevando a delimitar nuestro propio ambiente fronterizo. La utilización de ella nos obliga a que, en un momento dado del discurso, aterricemos en el campo adecuado, que nos aproximemos con pertenencia al tema que nos convoca. Esa realidad, nos insta a describir un espacio de frontera que en nuestro léxico pasará a denominarse campo de la interdisciplina. Ese campo en el que las diferencias de las especializaciones deben dar lugar a un objeto de estudio común delimitado de manera acordada mediante la intersubjetividad. Un espacio que será enfocado desde distintas miradas, renunciando explícitamente al análisis, a la atomización y la disección. Ese campo en el que debemos movernos aunadamente el día de hoy es el de las humanidades médicas.

Para adentrarnos en él, nos mueve un espíritu de aventura congruente con lo que hasta ahora hemos venido desarrollando de manera parabólica.

Alguien que no recuerdo en este momento, y del que por desidia extravié la ficha afirmaba:

> Después de la posguerra, se convirtió en moda el deplorar de las fronteras artificiales elevadas entre las disciplinas; se recomiendan sin cesar los méritos de la enseñanza y de la investigación "interdisciplinaria". Se invocan dos argumentos. En primer lugar, un enfoque combinando los puntos de vista de diferentes disciplinas puede enriquecer el análisis de los "campos problemáticos".

Por ejemplo, reuniendo los conocimientos que ofrecen la economía, la ciencia política y la sociología, se puede estudiar con provecho las cuestiones de "trabajo". La lógica de este enfoque conduce a crear equipos pluridisciplinarios. La segunda razón es ligeramente diferente. Con el progreso de la investiga-

ción, se torna claro que numerosos temas se sitúan en la "frontera" de dos o varias disciplinas. Por ejemplo, la "lingüística" se sitúa sobre una frontera de este tipo."

Es indispensable adoptar una mirada de estas características para abordar las cuestiones que un espacio como el que hemos elegido nos exige. En el curso de ese proceso, es innegable que se producirán fenómenos de desdiferenciación de una familiar totalidad, que al reestructurarse mediante un proceso de (re)integración permitirá la génesis de una totalidad conceptual notablemente enriquecida, en un campo de interpenetración disciplinaria de creciente fertilidad. El proceso de intercambio disciplinario de los habitantes de esta *no man´s land* –para traer una metáfora bélica– redundará en beneficio del campo elegido, y luego por añadidura, en los cultores del mismo. Vista desde distintas perspectivas, las humanidades médicas, como campo de interdisciplina, resultarán favorecidas por la diversidad, y se propondrán como un terreno fértil para nuevas investigaciones, nuevas conceptualizaciones, y se consolidará como cuerpo sólido y próspero de teorías.

> No se trata de 'aprender más cosas', sino de 'pensar de otra manera' esos problemas que se nos presentan a la investigación, es decir, de reformular la concepción de la práctica de la ciencia.

Demos algunos pasos en la delimitación del campo. Se trata entonces de un nuevo modo de pensar lo mismo. ¿Por quién deben ser pensadas las humanidades médicas? ¿Por los filósofos, por los médicos? La respuesta, en nuestro marco conceptual, no puede ser excluyente si pretendemos mantenernos dentro de la coherencia de la propuesta original. Acaso la respuesta sea por los dos, pero no en tanto filósofos o médicos, sino en tanto personas estudiosas interesadas en un campo que les es común, y en el que pueden aportar toda la riqueza de ambas perspectivas.

El campo marca una línea clara, casi un axioma: nada debe ser concebido fuera de la interacción. El hombre sólo es hombre en la relación, como dice Augé: "Es imposible pensar al hombre en solitario. Toda reflexión sobre el hombre es social y, por lo tanto, toda antropología es también sociología" De ello surge que es imposible pensar la salud, la enfermedad, y la mortalidad como fenómenos aislados. El mundo de la Salud y la Enfermedad es demasiado vasto y complejo como para que sea abordado solamente por los

médicos. Es enorme la variedad de temas, que incluyen los estudios de las humanidades médicas en relación con la condición humana en situación de necesidad, de vulnerabilidad. El estudio de la capacidad de asistencia y cooperación, por otro lado, es inconmensurable. Estoy convencido que las perspectivas mencionadas, la filosófica y la médica, no bastan para asir aceptablemente el fenómeno humano como un todo. Estamos proponiendo la apertura de un campo de interdisciplina, que deberá ser abonado y sembrado por otros especialistas, por otros hombres interesados en el hombre.

¿Qué ciencia puede aceptablemente dar cuenta del padecimiento de un hombre? ¿Qué disciplina puede explicar exhaustivamente la actitud solícita de interesarse por el otro? Son temas que por momentos pueden parecer anodinos, sin embargo, en las situaciones de vida que los médicos estamos acostumbrados a participar, se transforman en acuciantes, en definitivos.

¡Señores, a las cosas! Nuestro trabajo consiste en entretejer un diálogo interdisciplinario, consiste en disfrutar por algún tiempo de esa situación de frontera a la que hice referencia. Un trabajo que acaso no tenga una conclusión definitiva, que deje más preguntas que respuestas. Un trabajo que consiste en desbrozar el terreno, en quitar las malezas, en marcar algunos hitos que nos puedan ser útiles ahora y luego.

El espacio "Antropología Médica. Pistas de encuentro." ha sido pensado como una instancia de enriquecimiento mutuo, como un espacio de conversación de texto y contexto. Como una oportunidad de escucharnos entre todos a la hora de demarcar un campo: el del fenómeno humano, poniendo especial énfasis, en el de la salud y la enfermedad vividas al modo humano.

Es positivo atreverse a vivir en este terreno de interdisciplina, que puede resultar tan provechoso para quien por primera vez se asoma a estos asuntos. Sin dudas también lo será para aquellos que habitualmente se mueven en este territorio de fronteras. Todos debemos reclamar el derecho a opinar, el derecho a errar. En el marco de las afirmaciones asombradas y curiosas, cada intervención es valorada más allá de su jerarquía epistemológica. Todos podemos abrevar de las fuentes de la variedad del pensamiento humano que tozudamente trata de explicarse a sí mismo. Quizás en un intento a lo Sísifo –una y otra vez hacia la cima– de cumplir con el mandato del oráculo: "Conócete a ti mismo".

Capítulo 3:
"La importancia de las Ciencias Sociales en el cuidado de la salud"

Las Ciencias Sociales

El estudio sistemático de las ciencias sociales (CS) puede ser importante para el cuidado de la salud. Los aportes provenientes de estas numerosas y variadas vertientes del conocimiento científico, son competentes para aportar de manera sustancial al cuidado de la salud. Las CS son capaces de colaborar con aquellas prácticas, propias de la medicina, que se ocupan de la salud de las personas y las poblaciones, pueden contribuir a hacerlas más eficientes y potenciarlas.

Esta inestimable colaboración, se produce de muchos y muy variados modos. Basta con hacer un rápido recorrido mental por la variedad y diversidad de disciplinas que se hallan bajo el paraguas de las Ciencias Sociales. La multiplicidad y la originalidad de enfoques, que las Ciencias Sociales proponen a la hora de observar un determinado fenómeno, es tan diversa, que el esfuerzo epistémico para mantenerlas en un conjunto homogéneo fracasa con frecuencia. Son ciencias muy dispares que se encuentran englobadas en un conjunto de altísima inestabilidad, no exento de contrastes e incongruencias. Los espacios de acuerdo y consenso en estas ciencias, son obtenidos a menudo, gracias a notables y generosos esfuerzos interdisciplinarios que implican poner permanentemente en cuestión la propia noción de verdad.

Las CS, vistas desde la Medicina, cargan con la mala fama de presentarse como un espacio conflictivo y conflictuante, son acusadas de anárquicas; acaso esta impresión está fundada en los acalorados debates y profundos di-

sensos que, pese a todo consiguen superar sin perder una aceptable unidad, y una ejemplar convivencia.

Comencemos nuestro camino preguntándonos: ¿Qué y cuáles son las denominadas Ciencias Sociales?

En un esfuerzo sintético podemos decir que, habiéndose diferenciado epistemológica y metodológicamente de las Ciencias Físico–Naturales, las Ciencias Sociales son aquellas que, junto con las Humanidades, se ocupan del fenómeno humano con pretensión totalizadora, utilizando particularidades teóricas, epistemológicas y metodológicas que las diferencian. Sus antecedentes nominales se hunden en el esfuerzo clasificador del siglo XVIII, que supo denominarlas Ciencias del Espíritu.

Si bien el concepto de ciencia paradigmáticamente distingue a la física como su más destacada representante, las ciencias sociales pugnaron largamente para ser reconocidas en el mundo científico. Al fin consiguieron hacerse un lugar caracterizado por la variedad, la diversidad y la originalidad de sus enfoques y perspectivas. Sucesos de alta complejidad, como la comprensión de la diversidad humana, la génesis y constitución de los grupos sociales, resultaban ajenos a la física y sus ciencias afines, no podían ser explicados desde sus aparatos teóricos. Esos fenómenos debían ser abordados desde perspectivas específicas, identificando objetos diferentes de observación, y procediendo a su estudio con metodologías alternativas y creativas; en suma, desde una epistemología propia sólidamente fundamentada.

Esto dio lugar a un campo ciertamente diverso y heterogéneo, en donde los conceptos clásicos de causa y efecto, determinación, certeza, e incluso el de verdad, se vieron afectados en su grado de solidez. Sorprendentemente desde la misma física y de las matemáticas surgieron premisas que ablandaban el sólido aparato por siglos sostenido. Términos como relatividad, incertidumbre, incompletud, flecha del tiempo, irreversibilidad, cuestionaron las bases mismas del edificio científico clásico. Las ciencias sociales se postularon para, desde distintas y variadas perspectivas, intentar interpretar estos fenómenos que, de manera reiterada, se presentan desde siempre en el dilatado universo de lo humano.

Actualmente, las rígidas barreras entre las ciencias tienden a difuminarse, a volverse porosas permitiendo la interdisciplina. Las aristas y las fronteras

se van disimulando y permeabilizando. Dos ejemplos: la economía, clásicamente una ciencia social, nos aporta claves para analizar el comportamiento humano explicando tendencias de determinación y toma de decisiones. Las neurociencias, por su parte, despiertan viejos temas centrales de lo humano como son la autoconciencia, el libre albedrío, la determinación genética y las bases neurales de las prácticas sociales y de la mismísima ética.

Es decir, ante la cuestión de si las Ciencias Sociales tienen algo para decirnos a los médicos, la respuesta es concluyentemente afirmativa. Su vinculación con la Medicina, más allá de los laboratorios, los delantales blancos, y de los estrictos protocolos, es insoslayable. Resulta tan cercana la proximidad, que podríamos hablar de una interpenetración manifiestamente fértil.

La Medicina acaso pueda ser descripta como un gigante que se asienta sobre sus dos pies, ambos de igual trascendencia para su sustento. Uno, el pie de las ciencias biomédicas, y otro, el pie de las ciencias sociomédicas. Una metáfora de la medicina podría ser el famoso Coloso de Rodas. La solidez de esa escultura que, intimidando, guarda la entrada al puerto, se fundamenta en la solidez de sus dos puntos de apoyo. El gigante no se sostiene, si uno de esos puntos de apoyo es menospreciado, o carece de firmeza y resistencia. Algo semejante ocurre si, negligentemente olvidamos que la Medicina también posee dos puntos de apoyo. Si despreciamos y renegamos de nuestra vertiente sociomédica, nos faltará un punto de apoyo y todo lo construido caerá haciéndose mil pedazos.

El cuidado de la salud

Una problemática tan abarcadora que puede ser confusa. Puede referirse al cuidado integral de la salud como premisa de supervivencia del sujeto y de la especie: hacer actividad física, no fumar, llevar una vida metódica minimizando la incidencia de los factores de riesgo. Puede referirse a la actividad de ese conjunto interdisciplinario de profesionales que incluye al médico, a los enfermeros, a los fisioterapeutas, los fonoaudiólogos, etc. El cuidado de la salud, es también una política de estado para asegurar el bienestar de la población, evitar enfermedades que disminuyan la fuerza de trabajo y mi-

nimizar los costos de la terapéutica, implementando una adecuada política preventiva y promoviendo hábitos saludables.

En ese marco: "¿Qué tienen las Ciencias Sociales para decirle a la Medicina?"

Cabe advertir que utilizo nombre o concepto Medicina, incluyendo en él toda actividad que se practique en el contexto del cuidado de la salud. Es un intento inclusivo e integrador de la práctica, que procura derribar fronteras excluyentes. Es una manera elegida ex profeso, para profundizar en el ser y el hacer de todas las profesiones que cuidan de la salud de los seres humanos. Es en el seno mismo de la alianza con las ciencias sociales, en donde la medicina ha cosechado sus éxitos más altisonantes.

Mencionaré sólo algunos hitos de está prolífica cooperación, pero no deseo quedarme en lo anecdótico. Intento dejar atrás los lugares comunes para ir al fondo de la cuestión, a la región nuclear. Cito algunos muy de pasada:

Fue el feliz matrimonio entre medicina y ciencias humanas, el que llevó a la derrota de la Fiebre Amarilla por la genial observación y el eficaz accionar de Carlos Finlay. Además de salvar innumerables vidas permitió la construcción del canal de Panamá, un adelanto rutilante para la navegación comercial y militar.

Sólo un vínculo vigoroso entre la biomedicina y la sociomedicina permitirá entrever un futuro promisorio en la lucha contra la enfermedad de Chagas en nuestras provincias del norte. ¿Quiénes sino las ciencias sociales posibilitarán luchar contra la pobreza, la exclusión, el marasmo educativo, y las viviendas inapropiadas? ¿Quiénes sino las ciencias sociales permitirán adecuar las campañas diseñadas en Buenos Aires a las variadas culturas y realidades del Noroeste?

El resurgimiento de la Tuberculosis en el mundo es un desafío a la racionalidad médica para derrotar la multirresistencia. A la vez, es un desafío para diseñar planes que hagan puentes sobre las culturas para delinear pautas interétnicas que permitan que las comunidades se hagan responsables informadas de las consecuencias del flagelo.

Temas de gran trascendencia y complejidad, para una medicina que debe comprender de una vez por todas que los problemas que enfrenta no son simples, que la solución debe encararse con una mirada integrada y compleja.

El espejo inquisidor

¿Cuál es la imagen de la medicina que me devolvería un imaginario espejo de las Ciencias Sociales? Como todo espejo mostrará descarnadamente lo que tiene ante sí. En este caso, además de cumplir con esa premisa, nuestro espejo va a estar dotado de una aguda capacidad crítica. Nuestro espejo va a ver más allá, va a disecar, va a exponer lo oculto, va a intentar transparentar ese objeto que le proponemos y que lleva por nombre Medicina.

Proponer al espejo como eventual descriptor de la medicina tiene además dos objetivos de gran trascendencia:

1. Evitar la auto referencialidad en la observación del campo. Es un gran error mirar los fenómenos en los que se está incluido, privilegiando únicamente la propia perspectiva, menospreciando las miradas de otros que, por tener una diferente 'localización', tienen un modo alternativo de percibir la realidad. Apelar a las Ciencias Sociales para que nos ayuden a mirar a la medicina, es recurrir a ojos críticos sesgados por sus propios defectos, pero que nos permitirán echar luz sobre aspectos que, a nuestra visión desde el interior de la disciplina, nos resultan invisibles. Esa mirada 'heteroreferencial' nos interpela, nos advierte y nos propone modos alternativos de observar asuntos que para nosotros tienen demasiada familiaridad. Los tenemos tan cerca, y son tan cotidianos, que es posiblemente esa proximidad la que no nos permita apreciarlos en detalle y completamente.
2. El efecto saludable de recurrir a otras miradas. Al aportarnos contenidos de verdad no apreciados por nosotros, nos advierten sobre aquellos aspectos que habitualmente pasamos por alto, y que hacen a la apreciación totalizadora de nuestra propia disciplina. Creo que la contribución sustancial de las ciencias sociales puede aportar salud al ámbito de la medicina. Aportar salud es

> cooperar en el desvelamiento de la verdad, generar espacios de incerteza, reclamar razones y nuevas argumentaciones, consolidar fundamentos epistemológicos, y lo que es más visible: cuestionar y sanear las prácticas profesionales. Por ese motivo destaco el efecto saludable que las Ciencias Sociales pueden producir en la medicina.

Partiendo de la premisa, de que las CS tienen algo consistente para decirnos acerca de nosotros mismos como campo profesional, vamos a proponer un recurso metafórico que nos ayude con la visualización de nuestra tarea. Consciente de las diferencias que la metáfora tiene respecto de la realidad a la cual parabólicamente se refiere, e intentando hacer un uso juicioso del recurso estilístico, les ruego me permitan valerme de la 'metáfora de la cebolla'. En esencia lo que haremos es enfrentarnos al objeto, observarlo, y luego separarlo en partes. Un proceso de análisis, en suma.

Algunos presupuestos previos

1. Heterogeneidad

La primera impresión (obstáculo epistemológico) que debemos dejar de lado es la ilusión que la medicina constituye un colectivo homogéneo; podemos decir en términos sociológicos, un campo homogéneo. Por el contrario, el campo médico, tanto en su vertiente académica cuanto, en su vertiente puramente pragmática, es de una alta heterogeneidad. Esto significa que no debemos dejarnos llevar por la aparente unidad e indiferenciación que puede enmascararse en un nombre. Bajo el término 'medicina' se hallan imbricados innumerables aspectos que no necesariamente presentan coherencia entre sí. Antes bien, el colectivo incluye en su seno una variedad enorme de elementos, de conjuntos de elementos, de significados y sentidos. Está compuesto, por una variedad de hombres, nombres, vocaciones e intereses, no sólo variados, sino hasta contradictorios. Aseveraciones como 'la medicina es…', o 'los médicos son…' pueden resultar arriesgadas, equívocas o inexactas. Una vieja máxima de la lógica nos advierte: 'no hay que confundir miembro con clase y viceversa'.

Propiamente no existe la 'medicina', existen medicinas. Un error similar se comete cuando se habla de los médicos; en este caso la generalización es dolosa o por lo menos negligente. Lo sabemos todos, el de los médicos es un campo diverso que incluye una miríada de motivaciones, prácticas, y resultados diferentes. Sin efectuar juicios de valor, lo cierto es que nos hallamos ante un espectro amplio y variado, compuesto por seres humanos muy diferentes.

Las CS pueden acentuar nuestra sospecha, y nos van a permitir precisar y delimitar con mayor claridad las semejanzas y las diferencias. Con énfasis insistimos en que el de la medicina es un campo, un conjunto caracterizado por un alto grado de heterogeneidad. Bajo la misma denominación nos encontramos tratando de cosas muy diferentes, algunas francamente opuestas.

Al desgajar la cebolla, vamos a ir retirando una capa tras otra. Intentaremos individualizarlas con la ayuda de las CS, vamos a procurar identificar lo que cada una tiene para decirnos acerca del conjunto. Capitalizaremos esos mensajes haciendo un ejercicio de atenta escucha, los valoraremos e intentaremos aprovechar sus enseñanzas. El desmenuzamiento del concepto 'medicina', nos va a permitir ponderar y justipreciar características acaso conocidas y eventualmente soslayadas, en el afán de mantener la falaz homogeneidad del campo, en el afán ilusorio de operar con él de manera más eficaz. Vamos a exponer el campo, vamos a exponernos con y en él. Puede resultar doloroso ya que, no podemos negarlo, formamos parte del mismo.

2. Escasa cohesión

El campo de la medicina se nos muestra, además, con una notable falta de cohesión. Solemos hablar entre nosotros, como si estuviéramos tácitamente de acuerdo y usáramos las palabras con un único sentido. Bajo esa fachada se encuentran profundas diferencias y desavenencias sustanciales.

Mirar la medicina desde la óptica de las CS, acaso ponga en evidencia esa falta de cohesión del campo. Ese conjunto al que livianamente nombramos con un solo nombre: medicina, con seguridad tiene una vastedad y una diversidad mayor de la que a priori estamos dispuestos a reconocer.

3. Febrilmente cambiante

El campo de la medicina se nos muestra como inestable y cambiante. La sociedad de la información, nos exige estar permanentemente dispuestos a cambiar para adaptarnos. En nuestra época los paradigmas presentan numerosas anomalías, no nos permiten explicarlo todo desde una mirada hegemónica. Debemos estar dispuestos a transformar las amenazas en oportunidades, y las debilidades en fortalezas. Estamos convocados a manejarnos con la complejidad y la incertidumbre. Nuestra ardua tarea de deshojar quizás nos permita apreciar esta realidad de visibilizar y operar con un campo inestable, voluble e inconstante.

A la 'cebolla'

Primero quitamos la primera capa, es decir la cáscara. Allí ya tenemos la oportunidad de ver que las cosas no son como parecen a primera vista. Una verdura que en apariencia se nos presenta amarronada y sobria, oculta una pulpa que es blanquecina irritantemente ácida que se dispone en mantos. Con la ayuda de las CS retiremos cuidadosamente las envolturas (las ciencias particulares) y estemos atentos a lo que cada una de las Ciencias Sociales seleccionadas tienen para decirnos y mostrarnos.

1. La historia

Nuestra profesión, que nace como un hacer empírico, va recorriendo el mismo camino que la totalidad del conocimiento humano. Desde un inicio oscuro y muy poco conocido, pasa por las etapas del mito, la filosofía y la religión, para desembocar en su etapa científica. Esta mirada positiva y cientificista se instala con fuerza en la medicina, de modo que sus últimas construcciones, con pretensiones de ciencia pura, menosprecian el resto de los saberes que nuestra dilatada práctica había sumado a lo largo de su historia. Esto determina la instalación de un paradigma hegemónico de corte científico experimental, anhelante de la precisión de los saberes físicos, que minimiza como antiguo todo otro modo de conocer.

Por contraste, en nuestros consultorios –creo que es una percepción generalizada– vemos como nuestros pacientes, y nosotros mismos nos movemos en un universo de saberes complejo, en que los estratos históricos despreciados por el positivismo se hacen patentes permanentemente. Nuestros pacientes y nosotros mismos, en el momento del encuentro, somos la sumatoria de creencias, mitos, miedos ancestrales, augures, especulación, dogma y evidencia.

La mirada de la Historia, nos convoca a valorar integralmente el camino recorrido por la medicina para justipreciar las demandas de los pacientes y explicar integralmente los propios procedimientos. Parece ser atinado atender a las experiencias de los próceres de la medicina, con el fin ajustar y efectuar la sintonía fina de nuestra práctica y reencontrar nuestra propia razón de ser. La medicina es una profesión henchida de historia, una inmensa trama de hilos de diferentes colores. Si pretendemos valorarla sólo desde un paradigma, la empobrecemos drásticamente.

El esfuerzo de observación y de normatización de Hipócrates, la pervivencia de Galeno por más de 1000 años, la osadía de Vesalio y de Harvey, la genial observación de Semmelweiss, los hallazgos nada fortuitos de Pasteur, la vigencia de don Santiago Ramón y Cajal, por nombrar sólo algunos, es esfuerzo humano que no se debe despreciar. Son faros de orientación, que nos recuerdan la necesidad de integración en el seno mismo del paradigma biomédico en esta época de furor tecnológico. Nuestros maestros deben ser considerados verdaderas lumbreras, sus historias, plagadas de aciertos y también de errores colosales, son capaces de apuntalar el modo en el que recorremos nuestro propio camino. No cabe olvidarse de Laennec, por el mero hecho de contar con la exploración ultrasónica; el avance formidable de la medicina molecular, no puede hacernos despreciar la integralidad bio–psico–social del ser humano que reclama nuestros servicios.

Hacer historia de la medicina no significa entrar en un desván lleno de polvo despejando las telarañas que nos molestan, por el contrario, es permitir que hechos de la antigüedad lejana o cercana puedan ser incorporados como experiencias orientadoras para nuestra propia práctica clínica de todos los días. En este sentido, la historia puede aconsejarnos por dónde ir y por donde no conviene aventurarse nunca más.

2. La economía

La medicina es principalmente una actividad concreta, no es una ciencia contemplativa (adviértase que se dijo 'principalmente'). Por lo tanto, no surge del 'ocio' creativo como la filosofía, niega el ocio (negocio), se lanza a la acción, es una práctica. En este contexto de digresiones etimológicas, podemos aseverar que la medicina es un negocio. La salud tiene un precio porque es un valor altamente considerado; recuperarla tiene necesariamente un costo. La actividad, la práctica, conllevan la consideración de valores –es mejor estar sano que enfermo– y estos valores pueden ser cuidados, intercambiados, cedidos, etc. Si aceptamos estas premisas como válidas estamos de lleno en el campo de la economía.

Insertos en un contexto social determinado, apreciamos una vez más la notable heterogeneidad del campo médico. La Ciencia Económica, nos permite asistir a la evidencia de que no hay una única medicina. Tenemos medicina de excelencia y medicina de beneficencia, medicinas urbanas, suburbanas y rurales, medicinas de unos pocos y medicinas de todos, medicinas accesibles y medicinas distantes. La experiencia parece indicarnos que la equitativa distribución de los recursos médicos –dicho en el sentido amplio– no parece ser una cosa improbable, sino imposible. A la luz de la economía la heterogeneidad del campo médico no sólo es indudable, sino que parece inevitable.

El factor económico es tan importante, que se toma como un punto de referencia a la hora de elegir, y seguir eligiendo esta profesión. La medicina tiene una cara comercial, por lo tanto, es un valor de intercambio; se compra y se vende, se cotiza y se invierte, tiene períodos de alzas y bajas. La ciencia económica moderna nació, en la época de Adam Smith a la luz de la ética, por lo tanto, podemos hablar de justicia distributiva, de equidad, de grupos de inversión, de 'debe' y 'haber', de optimización de la relación costo-beneficio.

No hago juicios de valor, simplemente pongo de relieve la valía y la importancia de la ciencia económica en nuestro campo médico. Al ser la economía una ciencia social netamente influenciada por las matemáticas aplicadas, la sentencia que de ella extraemos es inapelable: la medicina es una práctica profesional basada en la vocación, en la ciencia, y también en factores económicos. Un ejemplo de esto es la desigual distribución de los médicos entre los

sectores urbanos y los rurales, en un lugar sobran médicos, en el otro, sobra trabajo.

Todos conocemos con creces que hay factores económicos dentro del campo médico, y otros que, desde afuera del mismo, influyen en él. Lo hacen modificando, determinando, validando, legitimando, y en muchos casos decidiendo las conductas médicas. A la hora de deshojar la capa económica, no debemos pecar de ingenuidad dejando a un lado un factor de tanto peso en el mundo en que vivimos. Cabe agregar, por las dudas, que la economía no es mala en sí, los bienes de intercambio tienen el valor ético que les concede el destino de su uso. Sepamos entonces convivir con lealtad y honestidad en un mundo que parece estar convencido de que todo se vende y se compra, y lo que es lamentable, por precios miserables.

3. La política

La medicina, desde los griegos, se instaló como una práctica de la 'polis' La realidad de las ciudades estado, no le era ajena a Hipócrates que era un ciudadano de pleno derecho. La política puede ser vista, desde las definiciones clásicas, como el arte de ejercer el poder. Más recientemente se ha completado el concepto diciendo que: es el ejercicio ético del poder. En ambos casos, es claro que la política se ocupa de las relaciones de intereses entre los ciudadanos de sociedades organizadas, de la administración sensata de los factores de poder existentes en las comunidades humanas.

A los médicos no nos resulta extraña la situación de ejercitar el poder; de hecho, en las situaciones variadas de interacción con los pacientes y aún entre nosotros esta cuestión está presente cotidianamente, no cabe negarlo, no somos la excepción en el vasto mundo de los hombres

Estamos monitoreando permanentemente nuestra propia situación en el campo social médico, para que nuestra alícuota de poder no sufra menoscabo. En cierta forma, somos rehenes del reconocimiento de nuestros pacientes y de nuestros pares. Sostener lo contrario, sería incurrir en cierto grado de inocencia. La política entonces, nos puede ayudar a revelar aspectos de la medicina que quizás nos pasen desapercibidos y otros que consideramos indeseables.

El poder se evidencia en las interacciones y en las instituciones. De él, se puede hacer un ejercicio racional y ético para aprovechar la asimetría en la relación médico-paciente a favor de éste último, o puede hacerse abuso, de modo que las diferencias se hagan más ostensibles y el paciente quede reducido a mero objeto en manos del omnipotente sujeto de supuesto saber. La arbitrariedad y el despotismo, con los que algunos pacientes son tratados generan una obediencia cuasi servil en la mayoría de los casos, y en otros, venganzas en forma de pleitos en los cuales el médico con frecuencia asume el rol de víctima.

El poder a nivel institucional se ejerce, a nivel gubernamental también. De hecho, hay un ministerio de salud que decide las políticas de estado y también en el nivel de las instituciones de las que participamos todos los días. En estas últimas los médicos deben 'pagar derecho de piso', se tienen que 'bancar' cualquier vejación para ser considerados dignos de aprender y formarse a la sombra del 'maestro'. Las cuestiones de poder también se patentizan entre las distintas profesiones de la salud, se crean áreas de exclusión, se reservan espacios para los iniciados. Muchas veces la asimetría se marca de manera cruel y ofensiva.

El prestigio médico que debiera asentarse en la sabiduría y el servicio, puede desvirtuarse dando inicio a una carrera competitiva que no admite cuartel, o a una torpe ascensión en donde los escalones son los cuerpos y las conciencias de los colegas. No me resulta grato insistir en estas ásperas cuestiones, sin embargo, no voy a dejar pasar la oportunidad para denunciar a viva voz lo que todos sabemos, y poner en evidencia situaciones que constan en nuestras memorias tanto en calidad de víctimas como de victimarios. Teniendo esto en cuenta: ¿Puede alguien afirmar que las Ciencias Sociales son inútiles entre los médicos?

La política, la ciencia social de las acciones, nos echa una mano para deshojar esta capa de la medicina que desentona abiertamente con sus principios más queridos. Recientemente se publicó un artículo acerca del Bullyin en las escuelas de medicina y en las residencias médicas que afirmaba aproximadamente lo siguiente: "Durante 30 años, los educadores médicos han sabido que ser médico requiere algo más que una serie interminable de exámenes estandarizados, las largas horas en las salas y los años de formación. Para muchos

estudiantes de medicina, el acoso verbal y físico y la intimidación son parte del proceso agotador, también."

4. La sociología

Nos permite advertir que la medicina no es una actividad que se efectúa en solitario, sino que quienes a ella se dedican, constituyen un espacio social también denominado campo social. El colectivo de los médicos, forma parte a su vez del campo cultural general. En ese hábitat, heterogéneo como dijimos, se manifiestan con fuerza variable, subgrupos de pertenencia en los que confluyen individuos que comparten ideología y modo de acción. Es decir, razonan sobre la base de representaciones comunes de comprender el mundo y su profesión, y actúan en consecuencia. Esos grupos constituyen factores de tensión por un lado y de alianzas por otro. Se establecen espacios de poder, se determinan jerarquías, se comparten modalidades lingüísticas, y se participa de similares valoraciones.

Los médicos además compartimos un 'habitus' –término de una fertilidad enorme acuñado por Pierre Bourdieu–, que nos permite reconocernos entre nosotros por características comunes de ver / hacer el mundo. Es así como pueden identificarse conductas sociomédicas muy interesantes de analizar, por ejemplo: ¿A qué se debe que la mayor concentración de médicos e instituciones de salud en Buenos Aires, se localicen en la zona centro y norte? ¿A qué ley responde la idea popular de que el médico es una persona muy ocupada a la que no cabe 'molestar' con nimiedades? ¿Cuál es el motivo por el que los médicos generan espacios estancos, con fronteras estrictas, con respecto a los otros grupos, también cerrados, de las distintas ramas que constituyen el equipo de salud? ¿Cuál es la explicación de que estemos convencidos de que sólo los alumnos más inteligentes son los que pueden estudiar medicina?

En el medio médico, como en cualquier otro, se practican rituales en los que las cuestiones de prestigio, poder y preeminencia se ponen de manifiesto y se visibilizan con toda claridad. Como ejemplos podemos mencionar: las revistas de sala, los tipos de vestimenta (ambos, guardapolvos, uso de corbata), tipo de lapicera, ubicación del estetoscopio, tipo de calzado, cuidado de las

manos, selección de lugares de reunión, elección de bares y restaurantes, deportes que se practican, marca y modelo de automóvil, lugar de vivienda, etc.

El grado social (no académico) de Doctor, en sí mismo es un gran delimitador del campo, una gran frontera, una puerta de acceso a un mundo jerarquizado, diferente, y seleccionado, en el que se encuentra 'la gente como uno'. El de Profesor Doctor, habilita a variar nuestra presentación en sociedad y a engordar el encabezamiento de nuestros recetarios particulares. Este es un caso paradigmático de cómo la ubicación en el campo social se hace sobre la base de la acumulación de capital simbólico y no necesariamente de capital económico.

Es una cuestión de total justicia que, en toda sociedad, la jerarquización vaya unida a la responsabilidad y al cuidado de los otros. Hoy en día, estar más capacitados no es una garantía de éxito profesional, más pesan las influencias, el oportunismo, y la famosa 'cintura política'. Las sociedades distinguen a aquellos que puedan servirlas con mayor calidad y compromiso. Lamentablemente, en muchos casos eso no sucede, en el campo médico con frecuencia no se premia adecuadamente el mérito.

5. Otras varias (en un vistazo aún más superficial)

En atención a que el texto se está prolongando demasiado, continuaremos con nuestra tarea, pero de manera resumidísima, citaremos brevemente otras contribuciones de la CS, con una brevedad casi de titular de periódico.

Lingüística

Esta disciplina tiene mucho para aportar en un área que es muy cara a los médicos, la semiología. En este caso se trata del estudio de los signos, el estudio del sentido de las palabras, de los textos y los contextos. Los seres humanos somos 'lectores' y 'escuchadores', una mirada quizás nos basta para tener una primera semblanza de la persona que tenemos adelante. Esa lectura de los signos, se pone de manifiesto en la Relación Médico Paciente, de modo que la primera impresión y las primeras intuiciones en cuantiosos casos orientan el camino que ha de seguir una interacción.

La ciencia del lenguaje puede darnos una mano con la tan controvertida manera de expresarnos los médicos. En la historia ha habido muchos médicos que se dedicaron, además, a la literatura, Anton Chejov es un notable ejemplo. Sin embargo, en general, los médicos somos pésimos en gramática y en caligrafía. El modo en que nos expresamos es esencial, el uso y abuso de las siglas, por ejemplo, es notablemente perjudicial. El estudio del lenguaje, puede echar luz sobre la denominada jerga médica. El modo de expresarnos y de comunicarnos entre nosotros, resulta generalmente muy práctico, sin embargo… debemos reconocerlo, en numerosas ocasiones está cargado de expresiones prejuiciosas, discriminatorias, y ofensivas.

Además de alertarnos sobre los modos de expresión que usamos con nuestros pacientes, sobre la forma de dar noticias, la lingüística nos instará a cuidar de las proposiciones que efectuamos. Las proposiciones son oraciones cargadas de sentido, usándolas despertamos expectativas, nos exponemos poniéndonos a disposición de los juicios de nuestros colegas y pacientes. Expresiones como: “estoy yendo…”, “vas a estar mejor…”, “nos vemos mañana…”, “vuelvo a la siesta a darle el alta…”, “a las 8 de la mañana le tomo la biopsia…”, y otras tantas, despiertan enormes esperanzas en los pacientes. Es muy lamentable desilusionarse, es muy desagradable sentirse defraudado. Las promesas incumplidas resultan en la disolución de la RMP, no hay derecho a que el paciente afronte reiteradamente proposiciones no honradas con su cumplimiento. Voy a ser un poco ácido: siempre le queda al médico la excusa de que está siempre “muy ocupado”. Cuidemos mucho de las proposiciones que hacemos, recordemos el viejo refrán: ‘el pez por la boca muere’.

Ética

Es quizás el más bello ejemplo de interdisciplina entre la Medicina y las Humanidades. Son muchos los autores que manifiestan sin temor a error, que la bioética ha despertado a la ética. Es que esta disciplina que nació como aplicación de la ética a los problemas y dilemas de la vida, se ha convertido en un espacio nuevo y novedoso de reflexión moral. Los grandes dilemas éticos de la actualidad (principio y fin de la vida, genética, neurociencias, autonomía y justicia, confidencialidad y veracidad) son problemas surgidos en el seno de una medicina de desarrollo vertiginoso pródiga en concreciones tecnológicas

que jaquean la misma noción de humanidad. Hoy estos problemas engrosan los textos y las discusiones de la Ética Médica.

Es menester que, si la medicina ha despertado a la ética con nuevas dificultades dilemáticas, la ética mantenga despierta a la medicina con las cuestiones de siempre.

La medicina es una práctica, es acción. La ética es la orientadora, la custodia, la tutora de la acción. Naturalmente entonces, la vinculación entre ambas disciplinas es necesariamente próxima. Para decirlo en lenguaje coloquial: "Estoy decidiéndome a efectuar una acción determinada. Lo aceptablemente civilizado es que esa acción no resulte perjudicial para nadie, que sea beneficiosa para mí y para otros, que no coarte la libertad de nadie, que contemple la existencia de los otros iguales a mí y los respete, que se oriente a procurar mi felicidad, que no lesione los derechos de mis congéneres y de la naturaleza, y que me permita desarrollarme en la virtud."

Es decir, la ética es la sintonía fina, finísima, de la acción.

Así como no hay ciencia sin ética, no hay medicina sin ética y no hay vida sin ética. Una vez más la heterogeneidad del campo nos sale al encuentro y nos obliga a aseverar que hay científicos sin ética, hay médicos sin ética y hay seres humanos que carecen de ética, o tienen de ella una interpretación autorreferencial y equivocada. Es por eso, que una vez más, quizás con más fuerza que nunca, podamos afirmar y sostener la, en este caso vergonzosa, heterogeneidad del campo médico. Las humanidades, en este caso la ética, nos advierten de esa realidad y salvaguardan vigilantemente los excesos, los atropellos, las desigualdades, y los procederes ajenos o contrarios a la convivencia pacífica y humana en el campo médico.

Pedagogía

Las ciencias de la educación, en tanto ciencias sociales resultan altamente significativas para la tarea de educar a los futuros médicos y a nuestros colegas más jóvenes. Los estándares, que nuestras facultades de medicina deben lograr para generar médicos adecuadamente formados, son diseñados con la valiosa ayuda de la pedagogía. Hoy en día no se concibe un programa de grado o de posgrado, sin la ayuda de los postulados de las ciencias de la educación.

Por otro lado, los médicos dedicados a la educación, con frecuencia nos vemos agobiados y coartados en nuestra creatividad por la cantidad de condiciones exigidas a nuestros planes. Consideramos excesiva la cantidad de papeleo, de definición de propósitos y de objetivos, del diseño de diferentes instancias didácticas que nos imponen, a veces con la mejor intención nuestras colegas pedagogas. Los médicos hemos aprendido mucho de ellas, hemos avanzado con su ayuda, en muchos casos aceptaríamos gustosos su tutoría siempre que ésta resulte facilitadora de nuestros proyectos.

Por lo tanto, es de desear una mayor y más fecunda convivencia entre ambas disciplinas; quizás la acción más productiva que un médico pueda emprender es justamente enseñar. Enseñar, para un médico no se limita a una tarea académica, en los consultorios los pacientes muy informados gracias al uso de la tecnología, necesitan de la guía, del consejo, y de la adecuada gestión de la información que el médico les puede aportar. Lo importante es no olvidar que más allá de los diseños programáticos, de las instancias pedagógicas convencionales, lo que verdaderamente enseña es el ejemplo. Ver un médico actuando correctamente al lado de la cama de un enfermo, tiene mayor valor que horas y horas de cursos de empatía y de habilidades comunicacionales. Los cursos son muy valiosos, los simulacros de entrenamiento ayudan a generar competencias, los videos permiten la observación y la corrección de errores, sin embargo, el ejemplo resulta irremplazable. La actitud ejemplar callada y espontánea, el actuar sencillo y comprometido, la pericia que brilla por sus propios medios son insustituibles ya que estimulan a la imitación que es el germen de todo aprendizaje.

Antropología

Quizás la Antropología sea la primera y más básica ciencia social que debemos tener claramente incorporada los médicos. La medicina cuida de los hombres, promover la salud, prevenir la enfermedad, rehabilitar lo que se había perdido, es cuidar del hombre. ¿A qué nos referimos cuando hablamos del hombre? ¿De qué o de quién estamos hablando cuando hablamos del hombre? La vieja pregunta Kantiana nos interpela en las bases mismas de nuestra práctica. El ser humano del que hablamos: ¿es un animal altísimamente complejo y desarrollado del cual emerge la autoconciencia? ¿Es un

ser que posee sentimientos y pasiones además de su racionalidad? ¿Es un ser para la muerte como afirmaba Heidegger? ¿Se trata de un ser vivo cuya existencia es única, irrepetible y preciosa? ¿Es un ser llamado a la trascendencia? ¿Cómo hemos evolucionado para llegar a ser lo que somos, cuál ha sido nuestro camino evolutivo y desde cuándo podemos hablar de ser humano? El ser humano en realidad es la sumatoria de todas las respuestas y mucho más.

El otro que muestra su rostro al encontrarse con nosotros en una instancia médica, es igual a nosotros; su desvalimiento nos recuerda el nuestro propio, su miseria es nuestra miseria. Claro, podemos creer que el enfermo es un ser menesteroso que reclama nuestra sabiduría y nuestra ayuda; en realidad su presencia nos enrostra nuestra propia fragilidad, nuestra propia falta de firmeza, y nuestra endeble y perecedera ventaja actual. Su presencia nos interpela y reclama de nosotros una respuesta que no puede ser cualquier respuesta. Los encuentros humanos son instancias definitivas, eventos formativos, sucesos que nos determinan. Ante la realidad del rostro del otro que me nombra, encuentro la punta del hilo que desmadeja mi propia existencia. El otro se me presenta como un acontecimiento, como cadenas de acontecimientos, y va dejando improntas indelebles que van haciendo que yo sea lo que soy, que sea como soy. Mi propia historia no sólo no es ajena a la presencia del otro, sino que sin él carecería de la noción misma de existencia.

La antropología es absolutamente básica en la formación de un médico, es la posibilidad de que, desde sus primeros pasos y durante la carrera perciba al ser humano como un todo integral. Es la posibilidad que perciba la realidad del individuo humano, y advierta la constitución de la persona. De lo contrario, podrá creer que un ser humano es un mero conjunto anatómico, un aglomerado de tejidos, una sumatoria de órganos, un cúmulo de funciones.

¿Y si como resultado de una formación sesgada pensamos así? ¿Cómo habremos de considerarnos nosotros mismos y a nuestros pacientes?, ¿Es que podemos aspirar honestamente a una categoría superior en el mundo de los hombres a aquella a la que pertenecen nuestros pacientes?

El ser humano es una evidencia y un enigma a la vez. Es un proyecto en pleno desenvolvimiento destinado a no completarse nunca, a querer siempre más. Es un ser sexuado que posee un género en su manifestación en el seno de una sociedad. Es un ser con derechos básicos, con aspiraciones elevadas y con

deberes para con sus congéneres. No es una isla, sólo es un ser con los otros. Es ese ser complejo y maravilloso, porque no decir milagroso, el que estamos llamados a cuidar desde la igualdad, la responsabilidad, el respeto y, sobre todo, el agradecimiento.

Epistemología

Ciencia de ciencias. Es el faro permanentemente encendido y vigilante que actúa definiendo estricta y claramente lo que es ciencia, y lo que no lo es. Es el hito que nos recuerda, sutil pero insistentemente, que la medicina no es una ciencia, como práctica se vale de conocimientos científicos. Las inferencias lógicas, los modos inductivo y deductivo, los criterios de verificación y reproducibilidad, las contrastaciones de la hipótesis, la sociología de las ciencias, son maneras sistemáticas de ampliar los límites del conocimiento probado y experimental.

La medicina ha sido una beneficiaria privilegiada del desarrollo científico y tecnológico. El conocimiento médico se ha multiplicado escandalosamente gracias a la ciencia. Los médicos nos vemos abrumados y nos reconocemos impotentes ante la cantidad de información pertinente con que la ciencia nos provee en forma diaria. Podemos llegar a afirmar que esa realidad ha sido su bendición, y a la vez su condena. Bendición por que le ha abierto las puertas del conocimiento exquisito y minucioso del organismo humano, condena porque ante ese conocimiento abrumador la medicina corre el riesgo de distraerse y alienarse hasta olvidar su misión, hasta olvidarse del ser humano.

La epistemología nos alerta que el modo científico de conocer, es una de las formas que existen para hacerlo, no la única. Los modos de conocimiento de la medicina son variados y diversos. Es por eso que la práctica médica no sólo se asienta en el conocimiento científico. En nuestra práctica diaria conocemos estratificada e integralmente; no podemos dejar de lado la intuición, no podemos despreciar las creencias, no nos cabe repudiar los mitos, y estamos obligados a apoyarnos en el conocimiento causal que nos permite explicar y predecir los fenómenos que nos son expuestos. El ser humano es demasiado complejo como para ser visto sólo desde una perspectiva, el paciente que ingresa en nuestro consultorio es único e irrepetible, no se deja encasillar

en estructuras ni categorías epistemológicas preconcebidas, las excede, nos sorprende. ¡Debe sorprendernos!

La epistemología cuida de que nuestras decisiones tengan un fundamento sólido, reclama la consistencia que aportan la prueba y la metódica experimentación. Si bien la medicina no es una ciencia, sería epistemológicamente irresponsable dejar de lado el conocimiento científico en el ejercicio de nuestra profesión. La vigilancia epistemológica es imprescindible en un mundo médico cuyo futuro aparece aún más ligado a los avances científicos. Las moléculas, los genes y las neuronas apenas se están comenzando a conocer, los modos en que todo el sistema se interconecta e interactúa resulta una frontera aún no alcanzada. Si bien las enfermedades pueden ser prevenidas y curadas con métodos estrictamente científicos, el hombre enfermo continuará siempre siendo el sujeto-objeto de una medicina necesariamente integradora.

Una última proposición. Los médicos siempre pensamos en la medicina, la enfermedad, la salud y los pacientes, estamos propensos a describirlos de manera detallada y discurrimos, como venimos haciéndolo, acerca de la pertinencia de observarlos sólo científicamente o no. Tendemos a excluirnos a nosotros mismos como objeto de conocimiento. Hago una pregunta básica: ¿Es que nosotros somos explicados enteramente por la ciencia? Me aventuro a responder que no, que a pesar de todo, continuamos siendo un misterio para nosotros mismos. Entonces, ¿por qué nos preguntamos acerca de la posibilidad de entender a nuestros pacientes y sus enfermedades sólo científicamente? ¿Acaso somos miembros de otra especie?

Debemos comenzar a concluir

El desarrollo de la temática ha sido largo y variado. Interesantísimo, tan complejo y dilatado que cuesta proponer un final. En nuestras mentes, resuenan múltiples palabras y afirmaciones con las cuales podemos estar de acuerdo, estarlo parcialmente, o disentir de manera absoluta. Hay seguramente innumerables modos de abordar este tema, puede no haber sido el mejor. Espero haber transmitido el sentido y haberme acercado al objetivo inicialmente anunciado.

Deseo insistir que la heterogeneidad del campo médico ha sido demostrada con la ayuda de las humanidades y las ciencias sociales. Ambas, desde el implacable espejo nos han ayudado a desgajar la cebolla. Desarmándola completamente nuestro concepto de la medicina ha sido expuesto; creo haber puesto de manifiesto su inestabilidad, su complejidad y su pluralidad. Intentar rearmar la cebolla es una empresa imposible. El conjunto, no logra adaptarse lo suficiente como para ensamblarse nuevamente, chocan las aristas, se rozan los gajos como si entre ellos se rechazaran. Es imposible, como lo dice la segunda ley de la termodinámica recuperar el estado de orden anterior.

¡Una realidad maravillosamente saludable! ¿Es que el objeto ha cambiado tan radicalmente que ya podemos no reconocerlo? La respuesta es negativa, el objeto permanece inalterado, es el mismo que cuando comenzamos este texto. Los que hemos cambiado somos nosotros, nuestra construcción estricta se ha resquebrajado, nuestra mirada se ha flexibilizado, estamos dispuestos a aceptar que la complejidad de la medicina nos obliga a repensarla. Estamos habilitados a replantearnos las cosas, aunque más no sea para argumentar a favor de que las cosas queden como están; aun así, nos hemos despertado.

A fuerza de afirmaciones drásticas, a veces penosas, deliberadamente efectuadas, nos hemos aproximado a una versión más genuina de la realidad, de nuestra realidad. Muchas veces somos complacientes con nosotros mismos, tenemos tendencia a pensar que las cosas van lo bastante bien como para hacernos demasiado problema. Decidí optar por los cuestionamientos y la crítica, por lo imprudente, con el objetivo de producir una revulsión del campo. Para obligarme a pensar lo que habitualmente dejo de lado, y abrir una puerta a lo que todavía no me atrevo a plantearme y a lo que no logro ver.

Hemos dado un paso adelante respondiendo al mandato del oráculo: “conócete a ti mismo”. De ese modo, lo voy a decir poéticamente, hemos descubierto que la medicina es una cenicienta vestida de reina. Una Cenicienta con poder, pretensiones, voluntad, reconocimientos, aciertos, deslices, desaciertos, errores, miserias, éxitos, virtudes, y muchísimos etcéteras, de una Reina.

El acontecimiento

Concluiré con un pensamiento que aspiro a que sea la parte más sustanciosa de este texto. Les ruego un minuto más de atención.

Después de desgajar el concepto. ¿Qué es lo que permanece? ¿Acaso, hay un resto, una esencia sobre la cual se construye el gran edificio de la medicina? ¿Queda algo después de haber retirado el último de los gajos? Cuando se emprende el proceso que hemos efectuado, se hace para hallar la realidad más profunda, el fundamento, el núcleo mismo, la piedra fundamental sobre la cual se ha erigido todo el edificio.

Propongo que pensemos que lo que queda, el resto, lo fundamental, lo que ya no se puede remover, es un mero acontecimiento. Un Acontecimiento que me voy a permitir escribir con mayúsculas. Un Acontecimiento, un suceso, un evento que se repite a cada momento, y siempre es inaugural, nuevo, una promesa. El acontecimiento que instaura el espacio relacional humano, que propone el vínculo en el que se realizará la cura. Esa cura que es cuidado por el otro y que se representa según el caso como promoción, como prevención, como curación o como rehabilitación. El acontecimiento que hace renacer la esperanza, que inaugura una nueva posibilidad, que instaura la realidad de la promesa.

El acontecimiento se produce de manera desnuda cada vez que un ser humano doliente, necesitado, se encuentra con otro que durante algún tiempo se ha estado preparando para solventar ese dolor y esa necesidad. Un ser humano competente para ello, que acaso pueda enmendar una falla, recobrar un equilibrio perdido, estabilizar o enlentecer un proceso inexorable, o simplemente proponiéndose para despejar los fantasmas de la soledad.

Un acontecimiento que se produce más allá de las necesidades sociológicas de los grupos, más allá de lo meramente utilitario que significa reintegrar un individuo a una sociedad necesitada de producción. Que no se explica con la mera supresión del dolor. Un acontecimiento en el que como respuesta al advenimiento del rostro del ‘otro’, surge empáticamente el impulso responsable de estar allí, hacerse cargo y actuar.

Estar y hacer, esa es la respuesta responsable a la solicitud agónica de todo ser humano. El médico, y los que se dedican a las profesiones asistenciales, son los que están preparados para responder, para estar y para hacer. Este acontecimiento

es lo nuclear en la medicina y las ciencias de la salud. El encuentro asistencial es el remanente, lo que queda, es el germen inmutable de la medicina. El acontecimiento asistencial es el instante del encuentro de los seres humanos que afanosamente buscan cobijarse mutuamente.

Ese estar y hacer puede limitarse a una escucha atenta y activa, puede efectuarse colocando un stent o practicando una cirugía laparoscópica, puede ponerse de manifiesto 'mirando' con la ayuda del ultrasonido u operando con pericia los comandos de un robot. Las variedades de instancias del acontecimiento son tan variadas y complejas como la medicina misma. Los médicos, tenemos la suerte de encarnar, instaurar y practicar de manera explícita y ostensible la llama de la cooperación y la asistencia que todo ser humano lleva en sus genes. Tenemos la fortuna, acaso como ninguna otra profesión, de estar permanentemente expuestos a la posibilidad de ayudar al semejante. De hacer efectivo el amor.

Son innúmeras las instancias del acontecimiento, quizás la más humana de todas ellas sea la de sostener una mano hasta que ésta deje de apretarnos y se suelte de esta vida.

Capítulo 4:
¿Podrá hablarse de 'ninguneo' académico?

Todo parecido con la realidad no es mera coincidencia. Las experiencias nuestras de cada día van mostrándonos realidades que, una vez reflexionadas y relativamente comprendidas, expresamos por escrito. Salvo que rotulemos nuestro trabajo como de ficción pura, cualquier proposición en la pluma de un autor tiene, de manera directa, una vinculación estricta con sus propias experiencias y su manera de ver el mundo y los eventos que en él ocurren. Cierto es que esta parece una postura netamente solipsista, sin embargo, si se tiene espíritu de tolerancia y apertura, se pueden llegar a construir instancias intersubjetivas de gran valor y de enorme fertilidad.

El tema que actúa como disparador del presente trabajo está relacionado con los modos en los que se valoran, en nuestras facultades de medicina, las diferentes materias que integran la currícula de la carrera de médicos. Ocurre que, en reuniones de profesores, aún en las de más alto nivel, la valoración del trabajo propio y el trabajo ajeno no se realiza con la misma vara. De ese modo, es común observar sobrevaloraciones del trabajo propio, acompañadas o no por actitudes de menosprecio del trabajo de los colegas de la misma unidad académica, es más, de la misma carrera. En una época, en que el proceso de integración de los saberes va ganando cada vez mayor lugar y prestigio, algunos profesores, de manera culposa, no dolosa, invitan con sus opiniones a la desintegración más criticada.

'Ningunear' es un verbo desafiante, polémico, y está muy de moda en el lenguaje coloquial, no parecería adecuado para formar parte de un texto académico, aun siendo éste un artículo de opinión. Siendo esto rotundamente cierto, el término se aplica adecuadamente por su fuerte carga descriptiva y por su impacto semántico. "Ningunear" hace referencia a la subvaloración de determinada postura o, la posición conceptual de otra persona. Ningunear

–para mí fue una sorpresa– se encuentra en el diccionario de la RAE[3], en donde dice que es el acto de quitar valor, o de menospreciar a otro. El ninguneo puede realizarse de manera consciente, aunque en general, en los ámbitos educativos, se produce mediante deslices o actos fallidos que acarrean considerables daños sin que esa haya sido la intención del opinante. Justamente por eso hablo de culpa y no de dolo, es decir, no imputo a priori intencionalidad alguna a las actitudes a las que me estoy refiriendo.

En la Teoría de la Comunicación se afirma que, respecto del interlocutor se pueden tomar tres actitudes posibles:

1. la confirmación,
2. la desconfirmación,
3. la descalificación.

La primera, la confirmación, trata de afirmar o reforzar la opinión de la persona con la cual se está interactuando. Además de manifestar acuerdo con lo dicho por esa persona, se efectúa una valorización positiva de ella, como otro al que se valora.

La segunda, la desconfirmación, consiste en manifestar desacuerdo con la ponencia, opinión o decisión del otro. De esa manera, ambos modos, suponen el reconocimiento de la existencia del otro como un 'alter' con el que se concuerda o no. Diríamos: 'No coincido con lo que dices, ni con lo que piensas, pero valoro tus aportes porque tienes la jerarquía de un ser pensante, con convicciones, aunque las juzgue equivocadas.

La última es la descalificación, en ella se hace como que el que sostiene su opinión, no dijo nada, es más, ni siquiera existe como opinante. La descalificación es negadora de la existencia del 'alter', del otro. No es una cuestión relacional menor, propiamente no se manifiesta desacuerdo con la postura ajena, peor, niego que exista esa postura y a quien la sostiene. En el ambiente juvenil y de las redes sociales se diría sintéticamente: "No existís".

En las dos primeras, hay un explícito o tácito reconocimiento de la existencia de quien sostiene una determinada argumentación con la que estoy o no de

3 https://dle.rae.es/ningunear?m=form: 1. tr. No hacer caso de alguien, no tomarlo en consideración. 2. Menospreciar a alguien.

acuerdo. En la descalificación, por el contrario, se niega la existencia del interlocutor, de aquel que sostiene determinado argumento. Pasamos por lo tanto de una discusión sobre el contenido, estar o no de acuerdo, a una cuestión de tipo relacional: existe o no existe como interlocutor. Está abundantemente estudiado y fundamentado que la gravedad de los problemas relacionales es mucho mayor que la de los problemas de contenido.

Por ejemplo: puedo o no estar de acuerdo con una persona y en ambos casos decírselo razonablemente, incluso ejerciendo algún tipo de violencia. Esa es una realidad en la que se reconoce la existencia del otro en frente de mí. Descalificar, por el contrario, consiste en hacer de cuenta que el otro no existe, no le dirijo la mirada, no incluyo sus comentarios en la discusión, sus puntos de vista son soslayados, no lo incluyo en el intento de lograr una conclusión, es decir, niego su existencia como interlocutor. Desde el punto de vista comunicacional la descalificación tiene un contenido de violencia simbólica extremo.

En síntesis, las relaciones interpersonales en cualquier ámbito en el que deseemos considerarlas, se fundamentan en el reconocimiento de la otra persona; el disenso o el consenso, se asientan sobre la existencia reconocida del otro. La descalificación, en cambio, es la ausencia de interacción, la negación de la misma. ¿Cómo se llevará a cabo la comunicación, si uno de los dialogantes tiene negada su existencia por parte del otro? Con la descalificación, se imposibilita el intercambio comunicativo y cualquier pretensión de proyecto en común o de consenso, carece lógicamente de posibilidad.

Un ejemplo: En una discusión sobre un conflicto salarial, el empresario discute con el delegado del sindicato sobre la cuestión de los salarios. Uno justifica su postura, y el otro sostiene enfáticamente la suya. Resulta que, en la misma mesa de discusión, está un obrero que ha venido a plantear cuestiones salariales y de seguridad laboral. Como el interés general es que la polémica se desarrolle soló alrededor del tema salarial, los aportes del obrero son desoídos sistemáticamente. El opinante, descalificado, decide levantarse incómodamente de la mesa y la discusión frenética sigue adelante como si él nunca hubiera estado sentado allí. Podríamos decir que el obrero fue descalificado, ignorado, ninguneado. La realidad relacional es que el operario interesado en un reclamo más integral –a los fines comunicativos– nunca estuvo sentado a la mesa de diálogo.

La casa como metáfora

Cuando se desea construir una casa, lo primero que se hace es ver adónde va a ser edificada, el estudio de suelo es clave. Luego se ensayan algunos planos, y finalmente se elige el que está más de acuerdo con las necesidades y gustos de quien va a habitarla. En una primera etapa, se plantean los cimientos y se lleva a cabo lo que es la fundación del edificio, es decir, se hacen las bases sobre las cuales se continuará construyendo. Esos cimientos se hacen a conciencia, son los fundamentos de la casa, en ellos no se escatima en cemento, ni en piedras, ni en acero.

Una vez que esta etapa concluye satisfactoriamente, se comienzan las columnas que constituyen el esqueleto de la casa, luego las paredes básicas de soporte, y finalmente el techo. Un tiempo después, se comienzan a hacer las paredes interiores, a colocar las puertas y las ventanas. Luego vendrá el contrapiso, el piso, la instalación eléctrica, el gas, y todos los detalles que sería muy poco pertinente comentar acá.

Sería aventurado, aún cómico que quien coloca el techo de la casa, se atribuya a sí mismo la autoría de la casa en su totalidad. Diríamos que es un disparate si el que está colocando el piso y terminando con los detalles interiores, afirmara que gracias a él la casa esta ha tomado forma. Quien hace los cimientos, mal puede atribuirse la autoría de un edificio que aún no ha sido construido.

Esto que afirmamos cae por el propio peso de lo obvio, es irrefutable, a tal punto que hasta nos parece trivial hacer el comentario. Que uno de los integrantes de un equipo de trabajo que a lo largo del tiempo consigue un logro arquitectónico se erija en el hacedor universal del producto finalizado, es por lo menos un despropósito. Creo que todos podemos estar de acuerdo con esto.

El ámbito académico como realidad

Con frecuencia, ocurren en los ámbitos académicos situaciones que pueden asemejarse demasiado a la expuesta en la metáfora de la casa. Escenarios en los que, sin pretensión de sacar ventaja alguna, se producen discursos valorativos un tanto inadecuados.

En las carreras de medicina, es frecuente que se menosprecie el trabajo de los profesores y de las cátedras del llamado ciclo básico. En ese período, el ciclo básico, se imparten las nociones elementales de la formación de un médico. Entre ellas se encuentran: Anatomía Normal, Biofísica, Bioquímica, Fisiología, Histología, etc. Suele entenderse, desacertadamente, que esas materias, sus contenidos y las competencias en ellas impartidas, no hacen propiamente a la formación de un médico. Las infravaloraciones provienen en general de los profesores del llamado ciclo clínico, en el cual se dictan las materias clínicas, las cirugías y las especialidades. Incluso, suelen menospreciarse competencias adquiridas en módulos como los de Cirugía Experimental.

Un respetado docente de Cirugía llegó en una oportunidad a decir: "De que sirve que los estudiantes hagan mil y un puntos de sutura sobre la piel de cerdos, si lo que se necesita de ellos, es que estén en condiciones de hacer suturas en el cuero cabelludo de un paciente concreto que ha recibido una herida cortante producida por un impacto de botella en su cabeza".

Comentarios de este tipo, irritan en demasía a quienes dedican todo su esfuerzo a la formación de los estudiantes en las etapas iniciales de la carrera. Los espacios en los que esos comentarios son expresados varían, en determinadas reuniones hasta resultan jocosos, más los docentes dedicados al ciclo básico de la carrera de médicos se sienten menospreciados, en cualquier caso.

Las humanidades

No hay médico que se atreva a sostener en público que el ser humano es sólo un cuerpo, nadie se atrevería a argumentar a favor de que lo mental es secundario en los pacientes con los que habitualmente trata. Es más, se habla de unidad, de persona, de integralidad cuerpo-mente. Las neurociencias actuales están dando pasos que permiten sostener la unidad mente-cuerpo con mayor fundamento que nunca en la historia de la humanidad.

A pesar de eso, en algunas facultades de medicina, en las actitudes de algunos docentes, se percibe que las materias, Salud Mental, Psicología Médica, o Psiquiatría, son poco valoradas, se las coloca en un segundo plano. Suele de-

cirse que los psiquiatras son 'raros', que hablan mucho pero que no dicen nada concreto, que hay mucha teoría, pero poco acuerdo terapéutico.

En la práctica médica se soslaya la patología psiquiátrica, o se la considera de importancia menor. Es común que en las guardias médicas se menosprecie una florida sintomatología diciendo: "es 'sólo' una H", haciendo referencia a que la paciente padece un cuadro de ansiedad y somatización.

No se considera académicamente correcto, proponer a los estudiantes obras literarias que son muy ilustrativas a la hora de ejemplificar la patología psiquiátrica: "La enfermedad y sus metáforas" de Susan Sontag, "Rey Lear" de Shakespeare, "La muerte de Ivan Ilich" de Lev Tolstoi, "El jugador" de Fiodor Dostoievski, y muchas otras joyas de la literatura son desvalorizadas porque no tienen una 'directa' pertenencia a las cuestiones médicas.

Ningún médico se atrevería a decir en público que la relación médico-paciente es una cuestión de menor cuantía. Todos, cual más cual menos, tienen una anécdota en donde su buen trato con el paciente resultó en alguna cura milagrosa, o en alguna revelación humana digna de ser contada en público, incluso en conferencias o congresos médicos. Nadie se atrevería a decir que en una facultad de medicina no resulta necesario que se desarrolle el tema con seriedad en algún espacio académico.

En nuestra facultad, el vasto tema de la relación médico–paciente (RMP) se trata en la materia Antropología Médica. Aun así, en general cuando se habla de la interacción de los médicos con sus pacientes, la cuestión queda liberada a la mera anécdota o a la expresión de deseo. La RMP constituye propiamente el eje de la práctica médica, de eso no cabe duda alguna. Para interactuar correctamente con un paciente, hace falta un poco más que el deseo genuino de hacerle un bien. Debemos instrumentar a nuestros estudiantes con nociones de la teoría de la comunicación humana, con los principios básicos de las habilidades comunicacionales, con conocimientos de lingüística y de lenguaje no verbal aplicables al encuentro con el paciente. Además, sería conveniente que sean conscientes de las filosofías de la alteridad y el diálogo.

Nuestros estudiantes deben ser nutridos con los componentes socio-culturales de los conceptos de salud y enfermedad, deben estar advertidos de que ambos conceptos representan realidades existenciales humanas, modos de estar en el mundo de los seres humanos. Deben estar capacitados para sopesar la realidad

de que la sociedad asigna significación y sentido a la salud y la enfermedad, a la vida y a la muerte, a la curación, al cuidado y al fracaso terapéutico. Todos los médicos debemos conocer detalladamente acerca de las representaciones sociales que poseen tanto la salud, cuanto la enfermedad; de las relaciones de poder que se suscitan en la consulta, las que pueden tener como resultado la omnipotencia médica y el anonadamiento de los pacientes. Debemos ser conscientes de que nos movemos en un ámbito, el sanitario, con códigos muy particulares que frecuentemente llevan a la despersonalización, tanto de los pacientes, como del equipo médico.

Nuestros estudiantes deben estar advertidos de que se hallan inmersos en comunidades de significación, que son portadores de sentido. El rol de médico está cargado de connotaciones sociales que lo vinculan con la salvación, la vida, y también con los prejuicios, el poder y el desarrollo económico.

El diseño curricular debe advertir a nuestros estudiantes de que se hallan inmersos en un paradigma médico dominante y hegemónico, en donde lo que se prioriza es lo bio-molecular, en el cual el inmenso desarrollo tecnológico tiende a opacar la labor de los hombres. El paradigma médico instalado, no deja ver posibilidades alternativas. Como todo paradigma se propone como invisible a los ojos propios, y como inconmensurable, ilimitado, omniabarcativo.

Nosotros y nuestros estudiantes debemos descorrer el velo que tenemos ante nuestros ojos, ese que no nos permite ver que la humanidad ha desarrollado formas alternativas de diagnóstico y tratamiento. No es este el lugar para hacer juicios de valor acerca de ellas; incluso no creo poseer acabadamente los elementos para realizar esos juicios. Sin embargo, el estudiante de medicina debe estar despierto a la realidad que lo rodea. Deben ser conscientes de la existencia de mundos epistemológicos, etiológicos y terapéuticos diferentes.

De ese modo, no se sorprenderán, como suelen hacerlo, cuando vean que los pacientes hacen fila, para que el curandero vecino al Centro de Atención Primaria (CAPS), los atienda. No se sorprenderán de los fracasos de los planes de prevención del sistema de salud, estarán preparados para hablar el lenguaje de aquellos a los que pretenden curar, de aquellos a los que pretenden instruir en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Nuestros estudiantes dicen: “las madres sólo van al CAPS porque les damos las cajas de leche, si no les diéramos nada, no irían”. El curandero no da leche ni nada, sin embargo, su ‘consulta’ está colmada. Es probable que tengamos algo para aprender de él; al menos preguntarnos acerca de su metodología, del trato que brindan a sus pacientes, de cómo se hace para compartir un universo de significación y de sentido.

Estas y otras muy numerosas cuestiones son desarrolladas en una facultad de medicina por las materias que se han dado en denominar Humanidades Médicas. Estas incluyen Sociología Médica, Ética biomédica, Historia de la Medicina, Antropología de la Salud y la Enfermedad, Lingüística aplicada a la Medicina, Epistemología Médica, etc.

Para concluir provisoriamente

No se trata de abandonar un modo de hacer medicina ni de criticarlo gratuitamente. No se trata de desconocer la indudable capacidad diagnóstica, terapéutica y pronóstica de la denominada Medicina Científica. No se trata de proponer un replanteo curricular necesariamente; se trata de respetar lo que ya se encuentra establecido; de ampliar la mirada de modo que nos resulte habitual el planteo alternativo. Se trata de valorar, en la justa medida, las diferentes perspectivas que se tienen de una misma realidad, la Medicina. De una vez por todas es conveniente bajarnos de los pedestales tradicionales, y permitirnos nuevas formas de observación de la realidad. Es tiempo de asumir la integración de los saberes de una manera cabal, de modo que generar nuevas síntesis que redunden en beneficio de nuestros estudiantes, pacientes y de nosotros mismos.

La física, las matemáticas, la geometría, la misma biología, han advertido, a veces dolorosamente, que son sistemas epistémicos inconclusos, provisorios, falibles. Saben que la coherencia interna y la consistencia de sus propios sistemas de conocimientos son, llegado un punto, endebles. Dicho esto, no parece apropiado reclamar para la medicina verdades permanentes e indubitables, tampoco resulta conveniente establecer prioridades inamovibles.

La medicina, no siendo una ciencia sino una práctica que se apoya en 'verdades' científicas, debe mantener abierta su mirada, teniendo en cuenta la variedad de recursos que posee para cumplir su misión de mitigar el dolor humano.

En una facultad de medicina, conviene instruir a los alumnos para que ellos mismos puedan desarrollar y consolidar una mirada amplia. Reclamar para la medicina actual esa amplitud equivale a demandarle plasticidad para acomodarse a situaciones harto diferentes, y exigirle nuevas integraciones y nuevas síntesis apropiadas para un mundo complejo, variante, diverso, e incierto.

En este contexto es que nos parecen inadecuadas las actitudes de docentes que reclaman para sí y sus materias, la cima única del saber médico. Bajo las circunstancias mencionadas, parece más adecuado sostener posturas sólidamente fundadas, que a la vez tengan la flexibilidad suficiente como para permitirse dialogar de igual a igual con saberes epistémicamente diferentes.

Nadie puede reclamar para sí la hegemonía del saber médico en una facultad de medicina, antes bien, se debe reconocer el esfuerzo de los demás colegas docentes que nos han precedido en esta carrera de postas. El estudiante de medicina, extendiendo esta metáfora, es el testimonio que todos debemos hacer llegar a la meta.

Cuando en reuniones de profesores se establecen prioridades pretéritas, envejecidas, sosteniendo que llegado a cierto punto de la carrera el estudiante debe aprender a ser médico, y que para ello es menester que se dedique en exclusiva a 'mí' materia, que es la que hará de él un médico. Uno experimenta la profunda similitud con lo que al comienzo afirmábamos acerca de valorar la actividad propia, y menospreciar la ajena. Realmente un atentado en el contexto académico que debiera caracterizarse por la integración de los saberes –de Universo, uno y diverso, proviene la palabra Universidad– el cual, por error u omisión cae en lo que vengo denominando "ninguneo académico".

Sirvan las presentes líneas, para delimitar un espacio mental de reflexión más que para hacer una crítica mordaz; en definitiva, todos somos responsables del ambiente uno y múltiple que se crea en una Facultad de Medicina.

Capítulo 5:
Neuroética. ¿La identidad acechada?

Advirtiendo los fenomenales avances de las neurociencias, algunos sienten la tentación de temer por la suerte del ser humano, de vaticinar una edad de riesgo extremo para la vida del hombre tal como la conocemos; otros, por el contrario, auguran el mejor de los futuros. Preocuparse, en el siglo XXI, por la suerte del ser humano, significa estar atento a las variables que, provenientes desde la ciencia, ponen en riesgo a la humanidad tal como la conocemos. ¿Es que se avecina el apocalipsis? No podría afirmarlo ni negarlo. Lo que sí me parece pertinente tratar, desde las humanidades médicas, es el modo en que la identidad puede resultar amenazada. Las neurociencias, particularmente la Neuroética, pueden colaborar para realizar un abordaje sensato de estos asuntos.

Habiendo conocido el exitoso desarrollo del Proyecto Genoma Humano, nos enfrentamos en estos tiempos con el Proyecto Cerebro Humano. Tanto o más pretencioso que aquel en cuanto a su capacidad explicativa y predictiva de las cosas que preocupan a los hombres, intenta ocuparse del ser humano mismo, de su racionalidad, de sus emociones, de la toma de decisiones, de su identidad. Por ese motivo afirmamos que, de la mano de las neurociencias, nos hallamos ante un cambio sustancial en el modo de comprendernos a nosotros mismos, un cambio que no necesitamos entrever para un futuro cercano, ya que está plenamente operante y vigente en distintas áreas del quehacer humano actual.

Los avances tecno científicos de la imagenología cerebral, de la neurofarmacología, de los procedimientos invasivos de intervención cerebral, de la revalorización de lo social como constituyente de lo humano, de la constatación del rol de las emociones en la racionalidad, por mencionar sólo algunos ejem-

plos, instalan hoy con fortaleza propia el debate antropológico en lo que casi nos atreveríamos a llamar un nuevo paradigma.

Si nos resulta posible 'mirar' lo que hay en nuestros cerebros y cómo funciona el mismo, nos estaría siendo posible observar la intimidad y por detrás de ella, la mismísima identidad. Si efectivamente pudiéramos observarla, la posibilidad de intervenir sobre ella, modificándola, está allí, al alcance de la mano. Sin embargo, podemos atrevernos a hacer una afirmación a priori, una apuesta fuerte: la identidad no se halla amenazada por las tecnociencias. Pareciera que, por el contrario, ellas nos permiten conocernos más y mejor a nosotros mismos, saber con mayor seguridad lo que nos es propio y, por lo tanto, ensanchar el camino de la búsqueda de la felicidad. Es conveniente estar atentos para detectar amenazas desde otros flancos.

La identidad, como siempre, se encuentra amenazada por las ideologías, las creencias, los miedos y las frustraciones de los hombres. Un modo de entender la vida, una cosmovisión, amenaza a otra en busca de hegemonía. El campo de las neurociencias, como el de las ciencias en general, es un campo que requiere de la observación vigilante de la ética aplicada. Sin embargo, lo sabemos, la amenaza está en cómo y para qué se usa el instrumento, ¡vaya novedad! Siendo el de las neurociencias un campo propicio para la instrumentalización y la manipulación, la amenaza se halla en la ignorancia, en la intolerancia y en la suicida exclusión del otro.

Entre quienes reflexionan acerca del cerebro, se hallan aquellos que sostienen que, la identidad es una mera ilusión generada por la conectividad evolutivamente exitosa, de los miles de millones de neuronas que conforman nuestro neocortex. Afirman que el cerebro es un hardware sobre el que corre, en forma notable, un software dotado de algoritmos deterministas de causación inexorable.

Algunos se animan a afirmar que no es necesaria esa masa gelatinosa de sustancia gris y blanca de un kilo y medio de peso, que sería suficiente cualquier soporte adecuado para que ese software corra, incluso si se trata de una interconectada matriz de silicio. Esta mirada sostiene que, así como sucede con la identidad, la libertad y la responsabilidad humanas son simples ilusiones de un YO también ilusorio.

Otros, reconociendo la primacía del cerebro, afirman que nuestra mente se trata de una especie de secreción producto del mismo, de igual modo que la bilis es una secreción del hígado, o la insulina del páncreas endócrino. Quienes esto afirman, le asignan al encéfalo un rol semejante al mencionado anteriormente. El producto del órgano está plenamente determinado para adaptarse al entorno y sobrevivir en él.

Están los que afirman que el cerebro es un poderosísimo sistema complejo. Como tal, la totalidad es mayor que la suma de sus partes, y de esa totalidad surge, emerge, algo que no forma parte de las propiedades de los constituyentes: la conciencia. De ese modo la mente, en particular el estado consciente, es lo que se denomina una emergencia del sistema. Esa emergencia consiste de una función totalmente novedosa e inesperada, dados los componentes del sistema.

Para colaborar con aquellos que por primera vez se asoman a este tipo de afirmaciones, proponemos un par de ejemplos: De la suma de las moléculas de dos gases, el hidrógeno y el oxígeno, emerge el agua líquida como propiedad novedosa, de los miles de transacciones de los hombres, emerge el mercado como una cualidad nueva y autorregulada.

La mente y la conciencia, surgen de la sumatoria de células interconectadas y de un tejido nervioso que, a pesar de su extrema complejidad, no permite prever ese enorme salto cualitativo.

Por otro lado, en las neurociencias también existen restos del dualismo que afirma que, la mente y el cerebro, son dos sustancias por completo diferentes que se hallan conectadas de algún modo operativo. El cerebro en esta manera sería la interfaz física de la mente.

Para terminar con esta parte descriptiva, sostenemos con Changeux y Evers que: “el cerebro es un sistema neural motivado, genéticamente dotado de una predisposición para explorar el mundo y clasificar lo que allí se encuentra. El cerebro consciente, es un órgano fundamentalmente emocional y narrativo, movido por un proceso continuo de evaluación y narración y que desarrolla su propia historia neuronal. En el cerebro, la espontaneidad, la capacidad para autoorganizarse y la plasticidad, están estrechamente relacionadas.”

Este es el modo de descripción de lo que se denomina materialismo ilustrado, una postura neurocientífica que asegura un resquicio para el libre albedrío y por lo tanto para la responsabilidad. Una corriente que salvaguarda la identidad asentada en la diferencia, y en la enorme variabilidad del cerebro humano para instalarse en el mundo entendiéndolo y entendiéndose.

Neuroética

En este variado contexto disciplinario surge, hace escasamente treinta años, la Neuroética, con la clara intención de convertirse en un faro de advertencia, en un punto de observación crítica. Acaso para proponer un marco normativo para regular los avances diarios de las neurociencias. La neuroética observa con atención y enorme detalle las diferentes cuestiones que las neurociencias están continuamente poniendo a nuestra consideración. Entre los asuntos de primera importancia están:

1. La vieja controversia entre determinismo y libertad, entre causalidad estricta, reversibilidad y libre albedrío. Podríamos decir que en esta cuestión se halla el nudo de lo que se denomina Neurociencias de la Ética. El valor supremo de este enfoque radica en que temas constitutivos de lo humano se hallan expuestos a la discusión científica, a su reafirmación o a su completa negación.
2. ¿Hay un límite para la intromisión de la neurotecnología en el cerebro humano? Si puedo detectar actividad cerebral indirecta cuando pienso, atiendo, recuerdo, cuando me siento gratificado, cuando imagino o sueño, ¿Hasta qué punto podemos avanzar en la traducción punto a punto de los indicios físicos, químicos y biológicos registrados por la aparatología neurocientífica, y los signos y símbolos sobre los que se montan nuestros pensamientos, deseos, conjeturas, y nuestra propia noción de identidad?
3. ¿Resulta conveniente abstenerse de efectuar restricciones a los distintos intentos físicos y químicos de potenciación de nuestras capacidades cognitivas? Está demostrada la eficacia de ciertos fármacos, que ya se hallan en nuestro mercado, para incrementar los niveles de atención y memoria. Se encuentran en pleno desarrollo

procedimientos que permitirán una potenciación de las actividades cerebrales con fines bélicos. Es posible elevar la capacidad sensorial de los soldados en el frente, es posible alterar con eficacia el ciclo de sueño y vigilia para ser usados en zonas de combate.

4. ¿Hasta qué punto podemos inmiscuirnos en el cerebro de las personas con el fin de conocer el grado de veracidad de sus afirmaciones? ¿De qué modo se alteran las nociones de responsabilidad y culpa, si a casi todo delincuente se le puede encontrar una huella cerebral que justifique sus impulsos y lo exculpe de sus acciones?

5. ¿Es lícito suprimir memorias o agregar recuerdos de actividades de las que nunca formamos parte? La memoria remota autobiográfica tiene una directa relación con la persona que somos y decimos ser. Somos lo que recordamos, y el fruto del modo en que constituimos la narrativa de nosotros mismos. Modificar los recuerdos puede ser un modo de manipular a los individuos haciéndolos actuar a nuestro antojo. ¿Hasta qué punto se puede permitir la regulación de esa suma de recuerdos, olvidos y ficciones que cada uno de nosotros es?

6. ¿Resulta lícito intervenir de manera directa en las funciones ejecutivas que nos distinguen del resto de las especies que pueblan el planeta? Nuestro aparato de toma de decisiones, establecimiento de etapas y de metas, nuestro sistema de inhibición, ¿puede ser manipulado a nuestro antojo?

7. ¿En qué medida podemos interferir en el ajustado equilibrio entre sociabilidad e introspección que nos permite ser quiénes somos? Es conveniente estar advertidos que eso que consideramos nuestro YO, es el producto del delicado equilibrio entre introspección y sociabilidad. Eso es lo que produce nuestra socialmente maleable sensación de mismidad. Al decir del neurocientífico Matthew Lieberman: “Nuestro Self se parece más a una superautopista de influencia social, que a la impenetrable fortaleza que pretendemos ser.”

8. ¿Hasta dónde se pueden tolerar las desigualdades nutritivas alimentarias y socioafectivas que someten a nuestros hermanos a la condición de ciudadanos de segunda o tercera?

Las neurociencias nos advierten que durante la gestación es importantísima la nutrición materna, y en los dos primeros años de vida indispensable la alimentación y la vida de relación para el desarrollo de un ser humano completamente dotado de un aparato neural eficaz. ¿Es posible permitir que alguien se aproveche de esa realidad en su propio beneficio?

Estos son varios interrogantes que nos permiten introducirnos en el ámbito de trabajo de la Neuroética. Algunas de las cuestiones detalladas se hallan en etapa experimental, pero la mayoría de ellas son una realidad de nuestros días. La neurotecnología permite la potenciación cerebral mediante el uso de dispositivos de estimulación transcraneal que hoy se venden por internet. El ritalin y el donepecilo son drogas que se encuentran ya en nuestras farmacias. La guerra moderna se vale cotidianamente de estos descubrimientos y procedimientos. Todos los días asistimos a la desigualdad alimentaria que condena a personas a depender de otras.

La Neuroética se erige entonces como un espacio necesariamente interdisciplinario de reflexión-acción, destinado a salvaguardar lo humano a través del resguardo de las funciones cerebrales. La misma Neuroética, nos advierte que no debemos restringir lo humano al cerebro, el hombre es más que su cerebro, no debemos tentarnos a caer en esa reducción fatalmente falaz. No es conveniente caer en la encefalización de la verdad, de la libertad, de la felicidad y mucho menos de la esperanza.

La ciencia y la tecnología son herramientas que pueden llevar al hombre más allá de límites insospechados, acaso en unos años estemos hablando de una nueva humanidad. Lo que atenta contra la identidad, lo repetimos, no es la ciencia ni la tecnología, sino las mentes que deciden y las manos que ejecutan. Nuestras capacidades cognitivas y ejecutivas están sesgadas por nuestras ideologías, creencias, miedos y frustraciones.

La Neuroética tiene una enorme pertinencia en el mundo que nos toca vivir. Tanto como disciplina teórica cuanto como ciencia aplicada, está destinada a lograr consensos de vigilancia en resguardo de lo humano. Consensos que tengan en cuenta y valoren el pasado, el presente, y avizoren un futuro sustentable para la identidad personal del ser humano.

Capítulo 6:
La injusticia epistémica en la educación médica

Hay cuestiones que uno piensa y repiensa durante la vida. Incluso comparte sus opiniones con quienes a su vez también las piensan, viven y sufren. Con el tiempo vamos consolidando nuestra perspectiva y, ejemplo tras ejemplo, nos damos cuenta que estamos ponderando acertadamente, e incluso contando con la complejidad de la realidad. Un buen día, encontramos a alguien que le pone un nombre a eso que nosotros llamábamos generalizadamente "la cuestión que me preocupa". Ese hallazgo, esa novedad, permite que nos replanteemos las viejas impresiones de modo que puedan pensarse y argumentarse aún más consistentemente. Esto es lo que me ocurrió al leer el artículo: "Injusticia epistémica durante el proceso de formación médica en el contexto hospitalario"[4]

Los autores del mismo, pertenecen a la Facultad de Medicina de la UNAM, y su observación se realiza en el proceso de educación médica de corte netamente constructivista, recientemente implementado en esa unidad académica. En dicho proceso, los estudiantes de medicina reciben instrucción progresiva para desarrollar las competencias profesionales. Con una educación centrada en el alumno, se aspira a que él mismo transite el camino que va del mero saber, al saber hacer, a ser competente en la actividad que se le requiere. La educación por competencias es un tema muy vasto, en este texto nos centraremos sólo en uno de sus múltiples aspectos.

4 Concejo y Chapela, C y Otro. "Injusticia epistémica durante el proceso de formación médica en el contexto hospitalario", RevMedInstMex Seguro Soc. 2017:55(3): 400-8.

Del aula a la sala

En el ciclo clínico, cuando el estudiante tiene que exponer sus conocimientos y habilidades, en la interacción real con el paciente, ocurre un salto territorial y epistemológico muy importante. El alumno pasa del aula de la facultad, a la sala del hospital. Es en ese contexto en el que deseo hacer algunas observaciones y reflexiones.

> El proceso de construcción del conocimiento, en el contexto de la práctica clínica, parte de una disposición del alumno para el aprendizaje que se encuentra profundamente determinada por la participación del médico tutor o docente y el entorno en el que se encuentra situada la relación docente-alumno.
>
> Sin embargo, es frecuente observar situaciones en las cuales el profesor desacredita de forma humillante o coercitiva al alumno por la forma de responder ante un problema clínico que se le presenta.[5]

Se trata de situaciones e interacciones 'pedagógicas' que, según afirman los alumnos, pueden influir negativamente, tanto en los aspectos cognitivos del aprendizaje, cuanto en la esfera afectiva del mismo. De algún modo, todos los médicos hemos experimentado estas instancias de incorporación a ambientes educativos o formativos que percibimos como hostiles.

¿Será que una de las competencias a aprender se vincula con la gestión de las injusticias, con el desarrollo de resiliencia ante situaciones humillantes? No lo creo. Una cosa es la percepción de hostilidad generalmente vinculada con los nuevos escenarios, y otra la evidencia reiterada de instancias deshonrosas.

> Me sentí humillada e indignada" Belén una médica residente denunció a su superior, jefe de la Unidad de Internación Ginecológica. "Me puse nerviosa y me equivoqué. Le pedí disculpas, pero me pegó un cachetazo delante de todos" Este episodio ocurrió en una sala del Hospital Ramos Mejía de Buenos Aires según lo consigna el periódico Infobae. Una paciente confirmó la denuncia ante la justicia: "Le propinó un golpe con la mano abierta.[6]

5 Idem 4.

6 Souza Diaz, G. Infobae 9 de setiembre de 2018.

Ocurre que los nuevos aprendices, estudiantes o residentes, se integran a un nuevo sistema complejo denominado Hospital. Este posee sus propias interacciones, sus códigos de comportamiento, sus sistemas de premios y castigos y la reconocida verticalidad de sus jerarquías. Se trata de un nuevo contexto en el que desarrollar la tarea de aprendizaje; como dijimos: del aula a la sala.

El hospital, puede ser descripto como un sistema humano en el que se desarrolla un universo de sentido especial y distinto. Eso nos habilita a considerarlo una *Comunidad Hermenéutica*[7]. Como tal, como comunidad hermenéutica, tiene su propio modo compartido de interpretación de la realidad, su cosmovisión, su modo de conocer. Se constituye como un hábitat particular, en el que los agentes (médicos, enfermeros, y personal sanitario en general) comprenden y procesan cognitivamente lo que sucede, de acuerdo a un código común que es aceptado explícita o implícitamente. Lo natural, es que toda comunidad hermenéutica tienda a perpetuarse en el tiempo, que supere uno a uno los cambios adaptativos conservando su esencia, y manteniendo su propia estructura de poder. Cuando con el fin de mantenerse en el tiempo y conservar su estructura de poder, recurre a la coerción o a algún tipo de violencia, podemos hablar de una *comunidad hermenéutica disciplinaria*[8]. Es decir, una comunidad que ejerce el juicio, la condena y el castigo con el fin de encausar, corregir y homogeneizar.

Es en esas comunidades hospitalarias, donde los estudiantes de medicina y los residentes, ingresan para concluir con su etapa formativa. En este escrito, deseamos centrarnos en la posibilidad de que, en ese proceso de adaptación, los aprendices sufran situaciones de *injusticia epistémica discriminatoria*[9] en el contexto del aprendizaje clínico.

Es conveniente volver sobre el episodio de violencia expuesto anteriormente, para distinguir entre la violencia ejercida como modo de interacción aberrante y la injusticia epistémica. Con el término injusticia epistémica', la filósofa británica Miranda Fricker se refiere precisamente a: "Toda injusticia epistémica lesiona a alguien en su condición de sujeto de conocimiento y, por tanto, en una capacidad esencial para la dignidad humana; y el modo particular en

7 Fricker, M. "Epistemic Injutice. Power and the Ethics of Knowing" Oxford, UK. Oxford University Press.

8 Término acuñado por la Filósofa Miranda Fricker en el libro citado.

9 Idem anterior.

que la injusticia testimonial lo produce es llevando a un oyente a lesionar a un hablante en su capacidad como portador de conocimiento, como informante."

Nos ocupamos selectivamente entonces, de las situaciones de violencia o de injusticia que ocurren en términos epistémicos, es decir en tanto sujetos de conocimiento. Las mismas se expresan como situaciones de discriminación disciplinante que un docente, por 'saber más', ejerce sobre el alumno por 'saber menos'.

Esto puede ser ilustrado por el caso de una jefa de servicio a la cual un compañero de varios años le hace la siguiente observación: "Soledad, vos no estás enseñando nada que valga la pena. Estás aplicando tu pedagogía de la humillación para marcar tu terreno y el de ellos. Eso es todo."[10]

Es evidente que, en los estudiantes que acceden al medio hospitalario, se produce un fuerte choque de dos comunidades hermenéuticas. Por un lado, la comunidad académica a la que desde hace unos años pertenece, y por otro, el hospital como comunidad compleja de asistencia y docencia. Ese encuentro es, en sí mismo, una situación de estrés y de expectativa disciplinante. Todos, de un modo u otro, hemos sufrido la inmensa vergüenza al vernos expuestos, en una revista de sala, a numerosos rostros extraños que nos miraban con desdén o con profunda pena. Los conflictos de este tipo, pueden llegar a manifestarse con la marginación, y el prejuicio sostenido hacia los miembros más débiles y vulnerables (estudiantes o residentes de menor jerarquía).

Este escenario permite la generación de situaciones de injusticia epistémica discriminatoria. Se logra perpetuar la asimetría en tanto se les niega, a este último grupo, el reconocimiento por su capacidad de conocer, de aprender y de entender el mundo. Por lo tanto, quienes están en proceso formativo, resultan condenados a no poder contribuir al capital de conocimiento colectivo de la comunidad a la que pertenecen. Se pone de manifiesto de una manera profundamente desagradable, una doble minusvalía epistémica vivida del siguiente modo: 'no vale la pena que se me enseñe', y 'todo lo que yo diga carece de valor'. Sentimiento de desvalorización, que puede ser demasiado para algunos, y para la mayoría, implica un enorme esfuerzo a realizar para remontar la situación.

10 Flichtentrei, D. "Pase de sala (La pedagogía de la humillación)" Fuente: Intramed.net.

Además, hay otro elemento negativo: quienes logran ser aceptados por el colectivo se transforman, mayoritariamente, en reproductores del discurso y el accionar canónicos y de la pirámide de poder. Ante esta realidad uno se pregunta: ¿Qué es lo preferible para la comunidad médica? Creo que la respuesta queda en suspenso ya que una opción es peor que la otra.

Los que hemos 'sobrevivido' a estas experiencias solemos recordarlas de manera afable, como anécdotas divertidas que en definitiva desarrollaron nuestra capacidad de resiliencia. Pero… ¿y los que no las superaron? Las historias siempre las cuentan los exitosos, no los fracasados; los que han vencido, no los derrotados; los que se adaptaron, no los que abandonaron. Estas palabras que son tan duras y aplicables a otros contextos, no creo que sean las adecuadas ni las necesarias para describir la relación pedagógica tendiente a la formación de colegas médicos.

Lo natural es que todos los miembros de un sistema educativo compartan un espacio de reconocimiento de las capacidades individuales para conocer y dar cuenta del mundo. Los docentes y los alumnos contribuyen, a su modo, al capital de entendimiento de la comunidad. Es clave que el alumno encarne participativamente esta realidad; debe percibir que se valora su capacidad de conocer y de aportar conocimiento.

Miranda Fricker advierte que la injusticia epistémica discriminatoria puede, al menos, manifestarse de dos maneras:

1. **Injusticia epistémica testimonial:** "Cuando la persona o grupo de personas que escuchan califican con un nivel de credibilidad nulo o escaso el testimonio de una persona que habla con base en un prejuicio."[11] La idea preconcebida, que poseemos acerca de alguien, descalifica a priori su testimonio. Lo que digo en mi calidad de docente o instructor, posee valor de conocimiento compartido, lo que dices, en tu calidad de estudiante carece de ese valor, es una mera creencia, un trascendido o una opinión. El testimonio del alumno no es importante, meramente por su condición, por ser alumno. Un ejemplo: "No, no me digas si crees o no que la transfusión es necesaria, no me digas que el hemató-

11 Fricker, M. "Epistemic Injustice" ya citado.

logo la desaconsejó. Traeme ya mismo el artículo en el que has leído que la cosa debe ser así."

La palabra del docente, la del jefe de servicio tiene un peso específico del que carece la del estudiante.

2. **Injusticia epistémica hermenéutica:** "Cuando existe una brecha entre los recursos interpretativos colectivos y los recursos interpretativos de una persona que desea hablar, lo cual pone a esta última en desventaja cuando intenta dar sentido a su experiencia."[12]

Advierte Fricker que este tipo de injusticia epistémica ocurre antes del acto comunicativo. Indica que sucede cuando un sujeto se encuentra en situación de marginación hermenéutica, o que pertenece a un grupo que no participa equitativamente en la generación de significados sociales. Son individuos marginados de los grupos que ostentan la solidez de la verdad epistémica. Claramente, el estado de marginación respecto del grupo que ostenta la legitimación epistémica, es demoledor para el intento de integración del nuevo miembro al colectivo.

Esta marginación, en el caso de los estudiantes de medicina puede patentizarse de dos modos fundamentales.

1. Subordinación respecto del grupo que 'sabe' y decide, o
2. exclusión de las prácticas características del grupo: "Vos Fulanito, haces la colecistectomía de mañana, vos Sultanito seguí esperando tu oportunidad, alguna vez se te dará"

Hay situaciones especialmente dolorosas para el estudiante, esas que ocurren cuando la desvalorización se produce ante los pacientes, son instancias vergonzosas y vergonzantes. Luego, con frecuencia, son rechazados a la hora de realizar alguna práctica, porque el paciente desea que la haga "alguien que sepa". Esta es una cuestión importantísima, ya que el que mayor contacto tiene con el enfermo es, paradójicamente, este individuo descalificado y marginado.

12 Idem anterior.

Para ir concluyendo

> Una semana después Belén sufrió un ataque de pánico. 'Tenía miedo de volver a encontrarme con él y a eso se sumaba la hostilidad de mis propias compañeras'. Debido a estos acontecimientos solicitó traslado a otro hospital municipal.[13]
>
> Las prácticas de injusticia epistémica discriminatoria en el contexto hospitalario, aumentan, además de todo lo expuesto, las condiciones de vulnerabilidad del médico en formación.
>
> Una vez naturalizadas y aceptadas las normas informales de la organización, los egresados de estos ambientes formativos presentan el riesgo de reproducir las acciones de injusticia discriminatoria hacia los pares, subordinados y también pacientes.[14]

Se trata de un tema de enorme importancia que debe ser considerado y meditado no sólo en el medio hospitalario, es fundamentalmente un asunto de educación médica. La injusticia epistémica es una situación constante en los diversos medios en los que nos movemos los médicos y los estudiantes de medicina. La academia misma, debe estar atenta a estas cuestiones cuando habla de materias importantes y materias complementarias. Cuando evalúa a sus docentes, considerando como más importantes sus logros de investigación que su actividad en el aula o al lado de la cama del paciente.

La transición academia-hospital, debe ser suavizada haciendo que los alumnos tengan experiencias progresivas en el medio hospitalario desde el comienzo de la carrera. La facultad tiene la obligación de incluir a los instructores como docentes de pleno derecho en la institución. Evitar que se consideren a sí mismos como docentes de segunda o periféricos.

Es nuestra responsabilidad, que el estudiante de medicina vaya construyendo una identidad narrativa saludable que lo confirme como un agente de cambio en los contextos de enfermedad personal y social. Debemos ser conscientes del valor de aquel refrán que afirma que 'las palabras conmueven y los ejemplos arrastran'.

El estudiante, en su aprendizaje, prioriza lo que ve. Por lo tanto, el docente, que *per se* posee un poder testimonial, debe cuidar sus opiniones, juicios y acciones para no aniquilar el sueño de los más jóvenes.

13 Artículo de Infobae ya citado.

14 Consejo y Chapela, C y otro. Citado al comienzo.

Capítulo 7:
La relación médico–paciente, escenarios y personajes

> Será conveniente dar el nombre de fachada (front), a la parte de la actuación del individuo que funciona regularmente de un modo general y prefijado, a fin de definir la situación respecto de aquellos que observan dicha actuación.[15]

En la relación médico- paciente (RMP) se juegan roles. Esta afirmación no intenta instalar la idea de que, la interacción de la consulta es una puesta en escena. Pretende, desde una mirada afín a la sociología, dar cuenta de algunas características ordinarias de los encuentros entre los seres humanos en general, y en particular, de aquellas ocasiones en las que las personas establecen un vínculo que aspira a ser sanador. El paciente, en su rol, porta una carga de necesidad que a veces se hace explícita y otras veces, por el contrario, resulta solapada, o permanece tácitamente en el silencio. El médico, en su rol, tiende a sobrentender, menosprecia detalles en pos de lo más frecuente, presenta una voluntad de ayuda franca y cabal, que en otros casos sólo es una deslucida promesa.

En el encuentro, se patentizan actuaciones entre seres humanos que determinan la definición de la relación, es decir, todas aquellas acciones reciprocas que van contribuyendo a definir el matiz del encuentro, a sentar las bases, acordadas o no, acerca del tipo de vínculo. Dichas actuaciones se efectúan de modo natural e inconsciente, a los participantes les parecen naturales, adecuadas y genuinas. Suelen ser totalmente compatibles y funcionales en el entorno socio-cultural compartido. Roles que se asumen de manera tan espontánea que, en general, se articulan funcionalmente y, en ocasiones, también

15 Goffman, Erving. “La presentación de la persona en la vida cotidiana” Amorrortu, Buenos Aires, 2004.

terapéuticamente. De ese modo, y de manera complementaria, la posición del necesitado está correspondida por la del dadivoso; la posición del enfermo está correspondida por la del dispensador de salud; la del doliente por la del consolador. Podríamos decir que así funciona eficiente y eficazmente la consulta médica en la mayoría de los casos. Claro que resultaría interesante analizar cómo funcionan los roles en algunas patologías muy difundidas de la RMP, tanto por parte del paciente no necesitado, cuanto por parte del médico sin genuino espíritu de ayuda ni la menor intención altruista, pero a los fines del presente artículo conviene dejar a un lado esa espinosa temática.

Observando

Es necesario ocupar la posición de observador de la relación para advertir cómo estos roles se desarrollan y se despliegan. Es halagüeño que el médico esté advertido de esta realidad, que intente actuar como un observador participante. Esa perspectiva le permitirá observar privilegiadamente su rol en las interacciones que le toca sostener y optimizar, de esa manera, su desempeño en el acto médico. Es posible que este punto de observación, le permita obtener interacciones más empáticas, próximas, y con mayor acierto terapéutico y adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Las actitudes -palabra con el mismo origen etimológico que actor- se desarrollan en marcos de referencia diferentes, en escenarios. En el caso de la RMP, esos escenarios son la sala de un hospital, el consultorio y el quirófano, entre muchos otros. Naturalmente, en estos contextos tienen importancia el mobiliario, los colores de las paredes, los adornos y todo aquello que rodea la interacción. Asimismo, forman parte de los marcos las particularidades del sistema público de salud, las obras sociales, la medicina prepaga, etc. De ese modo, ocurre que tenemos micromarcos y macromarcos influyendo en la RMP. En esos escenarios ocurren las consultas y encuentros de todo tipo entre los médicos y sus pacientes. Completan esos contextos las otras personas que frecuentemente participan de la RMP: familiares, allegados, amigos y acompañantes del enfermo. En oportunidades también la enfermera, los residentes o los estudiantes de medicina, completan el conjunto en acción.

El desempeño en general, las actuaciones del médico y del paciente, tienen necesariamente que ver con todo ese marco de referencia o contexto. Ahora incorporamos al texto un término nuevo que será determinante: la fachada.

Erwin Goffman, el sociólogo que acuñó el término la define de este modo: "La fachada, entonces, es la dotación expresiva de tipo corriente empleada intencional o inconscientemente por el individuo durante su actuación".[16]

Elba concurrió a la consulta por un cuadro de epigastralgia, pirosis y dolor retro-esternal. Nos relata que además se encuentra tratada por un psiquiatra por lo que ella misma nombra como síndrome depresivo-ansioso. A la primera consulta acudió acompañada por dos de sus nietas, las que agregaron que había grandes problemas en la familia. Hace no mucho tiempo se habían mudado de casa con sus padres. Habían vivido hasta entonces en el mismo domicilio Elba, sus tres hijas (la mayor de ellas casada) y las dos nietas.

Solicité una radiografía seriada gastroduodenal y mediqué según mi sospecha diagnóstica. A la siguiente consulta, Elba concurrió con su hija mayor, la madre de las jovencitas que la habían acompañado la vez anterior. En la radiografía se constataba una hernia hiatal para-esofágica. Elba se mostró mejorada, más segura que en la anterior ocasión cuando se la había visto notablemente invalidada. Dos semanas después, vino a la consulta con su hija menor, soltera, signada como la que ocasionaba problemas en el contexto familiar. Elba se mostró segura, opinó acerca del tratamiento, manifestó su acuerdo con las indicaciones y llevó el peso de la interacción. Su hija menor se limitó a asentir a todo lo que se conversaba.

Es decir, la patología clínica había mejorado, pero el cuadro psiquiátrico de fondo no se había abordado aún. Elba fue, sucesivamente, nieta de sus nietas, hermana de su hija mayor y madre de su hija menor, todo eso en menos de un mes, en el curso de sólo tres consultas

En la interacción, los pacientes y los médicos juegan roles variables, se muestran de diferentes modos de acuerdo con el contexto. Al decir de Goffman: "cuando un individuo aparece ante otros proyecta, consciente o inconscientemente, una definición de la situación en la cual el concepto de sí mismo constituye una parte esencial".

16 Goffman, Erving. "La presentación de la persona en la vida cotidiana" Amorrortu, Buenos Aires, 2004.

Sin emitir juicios de valor, debemos admitir la cotidianidad con la que nos ocurre ser actores en el teatro de la vida, incluyendo, por supuesto, aquellas performances que se patentizan en el marco de la relación entre médicos y pacientes. Ser actor no es una forma de dejar de ser uno mismo; es una de las tantas formas que tenemos de mostrarnos ante los demás. Es importantísimo ser conscientes de que estamos representando roles, no por eso debemos sentirnos los falsos participantes de una mascarada.

En el acto médico esos roles no pretenden resultar engañosos. Desde la posición del observador, que como consignamos más arriba puede ser desempeñada por nosotros mismos, tomar conciencia de los roles desarrollados nos da mucha información, y de la más preciada. La forma de actuar de los participantes del encuentro, contiene una información de tal importancia que llega a condicionar las palabras, enmarca el discurso y complementa, dando sentido, el lenguaje gestual y postural.

En la consulta, el accionar de los actores permite, como dice bien Goffman en el párrafo citado, la definición de la situación en las que ambos participan. Se entiende como definición de la situación el modo como se le da sentido a la totalidad (actores, escenario, contexto, etc) Como dijimos, todo–espacio, muebles, vestimenta, y lenguaje–forma parte del escenario y actúan influyendo, positiva o negativamente, en la relación. Goffman lo enuncia fuertemente: “La vida puede no ser un juego, pero la relación sí lo es”.

Una expresión cargada de dureza, pues plantea nuestra condición de actores en la interacción, condición que no siempre estamos dispuestos livianamente a asumir. Conviene recordar en este punto que la palabra persona proviene de las máscaras usadas en el teatro griego, una sonriente y la otra grave. Eran utilizadas por los actores para estereotipar su rol y para que su voz fuera audible para todos los asistentes.

Desde tiempos remotos, las manifestaciones de los hombres son referidas directa o indirectamente a los roles que desarrollan en los medios sociales en los que se desempeñan. Naturalmente, la RMP no es una excepción, aunque el teatro de esa tragicomedia sea el del sufrimiento. Lo dice Viktor Frankl: “el sufrimiento viene a ser el test por excelencia, el ‘*Experimentum crucis*’, la

piedra de toque, la confirmación práctica de la vida del hombre, su vida debe acreditarse en el sufrimiento".[17]

¡Menudo teatro el de la vida! ¡Menudo escenario el del médico y su paciente, ese teatro al que todos estamos convocados como actores privilegiados y forjadores de nuestra propia vida!

Es conveniente sentirnos advertidos por esta perspectiva un tanto inusual. Del grado de nuestra percepción atenta al entorno y a las conductas que en él se desarrollan depende, en buena medida, la sintonía fina del accionar con los pacientes que están a nuestro cuidado. La vida misma es el teatro de la libertad y de la responsabilidad. Teatro en el que cada acción tiene, en potencia, la cualidad de ser la adecuada y resultar exponencialmente multiplicada. En suma, cuando hablamos de actores y de escenarios no estamos hablando de artificios ni minucias; estamos hablando de la vida de los hombres y de los modos efectivos de relacionarse entre ellos. Estamos hablando de la relación médico-paciente, uno de los lugares, en el sentido espacio-temporal del término, en los que la vida se vive del modo más dramático.

17 Citado en: Díaz, Esperanza. "En torno a la enfermedad" Fundación Emmanuel Mounier, España, 2004.

Capítulo 8:
Educación médica.
Una reflexión desde las humanidades

¿Quién es quién en educación médica?

De manera algo traumática, he tomado conciencia de que, ante los desafíos que permanentemente ponen en jaque a la educación en general y a la educación médica en particular, es imperativo poner el foco en quien lleva a cabo de modo concreto la tarea educativa. Por ese motivo, me ha parecido conveniente poner el foco descriptivo y crítico en el docente, maestro o profesor.

He observado que, cuando de manera formal o informal, nos ponemos a hablar de Educación Médica, ponemos el énfasis en el Qué, en el Cómo, en el Cuándo, y se olvida o al menos se posterga, la pregunta por el Quién. No nos preguntamos por nosotros mismos, no ponemos al docente en el centro del debate, no lo situamos como problema, no lo tenemos en cuenta a la hora de identificar los desafíos y los inconvenientes que padece la educación en general. Por ese motivo en este trabajo intentaré afrontar crudamente la pregunta por el **quién.**

El profesor se encuentra permanentemente entre profesores, observa y se observa, evalúa y se evalúa. Por su parte los alumnos hacen otro tanto, sus observaciones son sinceras y lapidarias, a veces impiadosas. Sus impresiones son agudas y suelen mantenerlas en silencio por una cuestión de 'supervivencia'. Eso me hizo pensar que: sí aún iniciado el siglo XXI, ellos tienen que resguardarse de castigos y venganzas, estamos verdaderamente en graves problemas. Soy testigo de que cuando al estu-

diante se le da la posibilidad, y se le garantiza un espacio seguro para que se exprese, fluyen sus opiniones fundamentadas y sus críticas bien argumentadas.

La realidad

El desempeño de algunos docentes en medicina es realmente preocupante -elegí deliberadamente la manera más suave de decirlo-. Destaco algunos de los más resonantes:

1. Aquel docente de semiología, que le dice al estudiante que deje de anotar estupideces cuando el alumno intenta contextuar socioculturalmente la enfermedad actual, tal como se lo enseñaron en Antropología Médica sólo un año antes. “Dejá de perder tiempo en pavadas y concentrate en lo importante”.
2. El caso del profesor titular de Cirugía que dice sin ponerse colorado: “Los alumnos llegan a nosotros con un montón de conocimientos básicos e inconexos, nosotros los tenemos que ordenar para hacer de él un médico. En nuestra cátedra de 6to. Año se comienza a formar un médico.”
3. Aquel docente que le dice al alumno: “La medicina es una porquería de profesión, te quemás las pestañas, no dormís, te alejás de tus amigos, abandonás la familia y todo ¿para qué? Para que nadie te lo agradezca y ganar dos mangos. Tené mucho ojo al elegir tu especialidad, andá por algo que tenga aparatos, sólo con la “víbora” te la vas a rebuscar lindo.”
4. O el caso del JTP que manifiesta: “Qué creías vos, que en la facultad la vas a pasar bien, ¡no, te van a pisar la cabeza con tal de aventajarte! Lo mismo pasará en la residencia y la vida diaria como médico, no sé en qué estabas pensando cuando elegiste estudiar medicina. Estás a tiempo rajá, ¡hacé cualquier otra cosa!”

Este tipo de diálogos pueblan las aulas, los pasillos de los hospitales, los anfiteatros y demás espacios comunes de la facultad. Conozco a los alumnos de

los primeros años: son idealistas, soñadores, tienen vocación de servicio. Sus motivaciones, salvo excepciones, son intensamente altruistas.

En la facultad, se topan con algunos docentes frustrados, aquellos que "enseñan" por el sueldo, por la obra social, o por agregarle 'chapa' al currículo personal. Frustrados y amargados, formalmente destruyen la juventud, destruyen los sueños, demuelen la ilusión de los alumnos.

Cuando uno tiene posibilidad de interactuar con los mismos alumnos, ya cursando sexto o séptimo año, advierte caras cansadas, espíritus desilusionados y lo que es peor, un empobrecimiento de la persona. Se muestran temerosos, sus mecanismos de defensa se hallan en pleno funcionamiento, sospechan, temen. Es durísimo decirlo, pero eso es lo que logró la academia. Por un lado, cumplió con todos los estándares de su preciadísima acreditación, y por otro lado homogeneizó a sus alumnos, eliminó la riquísima variedad de los mismos, los desgastó y en algunos casos, los quemó.

Todos los profesores y maestros nos desempeñamos en un delicado equilibrio en el que podemos cometer errores con frecuencia, la mayoría somos conscientes de ello y estamos dispuestos a pedir perdón con nobleza. Otros, sin embargo, insisten sistemáticamente en la prédica desestabilizadora de la inocencia y la ilusión de los más jóvenes. En el ámbito educativo, en particular en el que me desempeño, tengo la oportunidad diaria de tener noticia de actitudes descabelladas, negligentes e imprudentes de algunos docentes.

Hagamos mención al específico mundo de la educación médica:

> Los resultados muestran múltiples factores que afectan a la valoración de la docencia en medicina. Los académicos perciben que, aun siendo la docencia una actividad importante, existen tareas de mayor connotación, asociadas a ingresos económicos o al ascenso en la carrera académica, las que a su vez se desarrollan en un contexto laboral tensionado por el desarrollo de múltiples roles.[18]

Hay varias cuestiones, vinculadas con la múltiple tarea del docente médico, que tienen directa influencia sobre la calidad docente y su desempeño como tal. Es menester tener en cuenta que: "la docencia en la universidad es una

18 Monteros, L y otros. "Percepción de los académicos del rol docente del médico." Investigación en Educación Médica. Volumen 6, Issue 23, Julio–Setiembre 2017, Pag. 198-205.

profesión pero, a la vez, es una actividad compleja, difícil de comprender en todas sus dimensiones e implicaciones particularmente las de tipo ético y de responsabilidad social."[19] Para hacer un intento de precisión, propongo tres palabras que resultan claves para la construcción de cualquier propuesta saludable, ellas son: Profesión, Ética y Compromiso.

Comenzando a construir

Está comprobado que, si deseamos genuinamente hacer las cosas bien, puede haber diferentes modos o estrategias. En ese sentido, es conveniente recordar que la docencia universitaria no se reduce a reproducir y transmitir saberes o meros contenidos, la labor educativa es mucho más compleja que eso. Con una mirada amplia, podemos decir que la educación superior incluye además colaborar en la formación de la personalidad de los jóvenes, prepararlos activamente para su desempeño en sociedad, alentarlos a desarrollar un juicio crítico, fortalecer su identidad personal mientras se va configurando su identidad profesional y, dadas las características del mundo actual, entrenarlos en la educación continua, el amor por el saber, y la justa y prudente utilización de las nuevas tecnologías. La que tenemos entre manos es una tarea compleja y de enorme valor social que, en general, distraídos en las cosas de todos los días, dejamos de percibir y valorar adecuadamente. Educar para que nuestros alumnos se desempeñen como profesionales en una comunidad, implica nuestro compromiso con el imperativo ético de justicia, libertad e igualdad.

"Ser un profesor de excelencia significa sencillamente, enseñar bien con todo lo que ello significa."[20] Conviene decirlo desde ahora: "La enseñanza efectiva depende crucialmente de las competencias comunicativas del docente."[21]

En este sentido es clave desarrollar y autoevaluarse frecuentemente en la capacidad de escuchar, los modos de preguntar y la calidad de nuestras explicaciones. Es menester tener debidamente en cuenta, además: las habilidades

19 Chavez–Gonzalez, G. Trabajo presentado en el II Congreso de Ética Profesional y Responsabilidad Social Universitaria. UNAM. Ciudad de México, 11 de mayo de 2016.

20 Idem 19.

21 Spencer, J "Learning and teaching in the clinical environment" BMJ Vol 326 – 15 march 2003.

para detectar, no sólo el estado cognitivo, sino también el emocional del estudiante.

Buen Trabajo: Con Howard Gardner[22] entendemos que un buen trabajo, incluido el del docente se caracteriza por tres elementos a saber: Excelencia, Ética y Compromiso.

1. Excelencia implica la vocación, la mejor formación posible, el mejor nivel de actualización en su área específica del saber, y el dominio pleno de sus competencias cognitivas, comunicativas y actitudinales.

   En los términos que hoy están en vigencia: un profesional médico excelente y un docente vocacional y relacionalmente competente. A modo de reflexión el profesor podría preguntarse: ¿Sé lo que enseño? ¿Lo enseño adecuadamente? ¿Logro hacerme comprender?

2. La Ética está relacionada con los valores que el docente encarna. Encarnar es una palabra fortísima, tiene que ver concretamente con los valores que el docente ha hecho carne, es decir, ha hecho suyos en cada una de sus células. Hay valores personales y los hay universales. Los primeros pueden variar, los segundos son innegociables. Por ejemplo: 'me expreso de modo campechano con mis alumnos', es obviamente una cuestión personal. En cambio, "no hacer daño al alumno", es un valor universal e indiscutible. La pregunta íntima del profesor podría ser: ¿Enseño bien? O también: ¿Enseño para el bien? Para el bien, es decir para la Felicidad (sí, con mayúscula) de mi alumno y la del medio social al que ambos pertenecemos. Quizás convenga recordar que la ética no es una mera cuestión de discernir entre el bien y el mal, tiene que ver con la Vida Buena, con la Felicidad de las personas, con la elección entre lo bueno y lo mejor.

3. El compromiso está vinculado como mínimo con la actitud personal, pensar lo que se hace, hacer lo que se dice. Testimoniar la complacencia con lo que cotidianamente se realiza. No se trata de la ingenuidad de decir que todo está bien, pero si la con-

22 Gardner, H et al. "Goodwork: When excellence and ethics meet" Basic Books. New York, 2001.

> vicción de que las cosas siempre pueden mejorar. El mensaje: *"Todo está perdido"*, no es digno de un formador de personas, no se puede cargar al estudiante con semejante sentencia que sepulta su ilusión.

Además, si estamos en instancias de educar, no todo está perdido, y si todo está perdido, pues hay que dedicarse a otra cosa. El compromiso tiene además que ver con la relación con las personas que nos rodean próximamente (la cátedra, la facultad, la universidad, la familia, los amigos) y las que están más alejadas (ciudad, provincia, nación). ¿Qué derecho tengo a dejar a mis alumnos sin futuro? Absolutamente ninguno.

Una propuesta operativa

Reiteramos un concepto básico: ser docente es mucho más que dar clases.

Desde la mirada de la complejidad, se hace marcado hincapié en el desplazamiento de la enseñanza centrada en el docente, a la enseñanza centrada en el alumno. La lectura de la Guía Nº 20 de la Asociación para la Educación Médica en Europa[23] es altamente recomendable para el médico docente, diría que de lectura imprescindible en la actualidad. En ella se detallan los siguientes roles.

1. El docente como facilitador del aprendizaje: Mentor y Facilitador.
2. El docente como Modelo de Rol: el rol del médico y el rol del maestro.
3. El docente como proveedor de información: Clases teóricas y clases clínicas prácticas.
4. El docente como Desarrollador de Recursos: Creador de recursos materiales para el aprendizaje y productor de guías de estudio.

23 AMEE GUÍA Nº 20: El buen profesor es más que un conferencista–los doce roles del profesor. R.M. HARDEN y JOY CROSBY Centre for Medical Education, University of Dundee, UK.

5. El docente como Planificador: Planificador del curso propiamente dicho y planificador del Currículo.
6. El docente como Evaluador: Como evaluador del estudiante y como evaluador del currículo.

Un docente después de leer este monumental trabajo no puede permanecer en la equivocada idea de ser un mero informador. Resumidamente detallemos:

- **El docente planifica y ejecuta:** Teniendo en cuenta que su función se centra en el aprendizaje y no en la enseñanza, colabora con la planificación, diseño, búsqueda de recursos didácticos y evaluación de las competencias buscadas.
- **Enseña:** Proporciona información participando en la motivación y propiciando la participación activa del alumnado, facilitando el acceso cognitivo, actitudinal y valorativo a las competencias que debe desarrollar el estudiante.
- **Da ejemplo:** Es consciente de que el alumno está permanentemente observando su desempeño –la imitación es la primera de las habilidades de aprendizaje– en tanto médico, en tanto maestro y en tanto integrante de una comunidad que le ha asignado tal tarea.

Como médico	Como profesor	Como persona
• Demuestra conocimiento médico/clínico. • Tiene habilidades clínicas • Muestra entusiasmo por la medicina. • Fomenta una relación médico-paciente. • Muestra profesionalismo. • Hace investigación, conoce de métodos. • Valora el trabajo en equipo. • Tiene experiencia. • Tiene liderazgo o habilidades de administración. • Acepta la incertidumbre en la medicina.	• Mantiene una buena relación con los alumnos. • Entusiasmo por enseñar. • Es accesible. • Da explicaciones a preguntas, demuestra. • Da retroalimentación y evaluaciones formativas. • Es organizado, da objetivos. • Tiene conocimientos para enseñar. • Estimula el interés de los alumnos. • Estimula el razonamiento crítico. • Involucra a los alumnos al trabajo clínico. • Da atención individual al estudiante. • Demuestra compromiso para mejorar la enseñanza. • Se involucra activamente con los alumnos. • Sabe formular preguntas. • Estimula la práctica reflexiva. • Enseña con profesionalismo. • Es dinámico y entusiasta. • Enfatiza la observación.	• Habilidades para comunicarse. • Es un modelo para los demás. • Es abierto. • Tiene empatía/compasión. • Respeto a los demás. • Demuestra honestidad e integridad. • Muestra sabiduría. • Aprecia los aspectos culturales. • Considera múltiples puntos de vista. • Es paciente. • Equilibrio entre la vida personal y profesional. • De manera global una buena persona. • Mantiene una buena apariencia, higiene y salud. • Es humilde. • Buen sentido del humor. • Es responsable. • Es imaginativo. • Es reflexivo. • Altruista.

Gary Sutkin, MD, et al. What Makes a Good Clinical Teacher in Medicine? A Review of the Literature Academic Medicine, Vol. 83, No. 5 / May 2008

Hacia el buen docente

> El verbo latino spondeo, del que deriva nuestro término "responsabilidad", significa "salir garante de alguno (o de sí mismo) en relación a algo y frente a alguien". Así, en la promesa de matrimonio, la pronunciación de la fórmula spondeo significaba que el padre se comprometía a entregar a su hija como mujer al pretendiente (que, por esto, era denominada sponsa) o a garantizar una reparación en el caso de que tal cosa no se produjera. En el derecho romano arcaico, el uso era que el hombre libre pudiera constituirse en rehén –es decir, en situación de cautividad–, y de aquí el término **obligatio** para garantizar la reparación de una ofensa o el cumplimiento de una obligación. El término sponsor, por su parte, designaba al que se ponía en lugar del reus, y prometía proporcionar, en caso de incumplimiento, la prestación debida.[24]

En esta cita se condensa de manera contundente lo que deseo transmitir respecto del buen docente. Ha sido escrita por Agamben en un contexto totalmente ajeno al contenido y las intenciones del presente texto. En ella, he visto sintetizado lo que deseo plasmar por escrito respecto de la enorme y significativa responsabilidad de ser un profesor, un maestro, un docente, en suma.

Para sintetizar, podríamos decir que la docencia trata acerca de un ser humano, que se encuentra con otro; y que entre ambos se patentiza una asimetría de conocimientos, habilidades, competencias y experiencia. Uno de ellos desea que esa brecha disminuya para poder ir en busca de su horizonte, el otro, por propia intención o por mandato de terceros, se propone a cerrar esa brecha con todos los recursos que tiene a su alcance y de la manera más eficiente posible. Ese encuentro entre humanos supone la curiosidad y el ardiente deseo de conocer por parte del primero, y la enorme responsabilidad del segundo por satisfacer ese deseo; no sólo siendo generoso con su interlocutor, sino veraz y comprometido con el mandato de sus congéneres y de la especie toda.

En este sentido, y solo en este sentido, permítaseme afirmar que el trabajo, la tarea a emprender por parte del docente, lo supera en jerarquía. Es más importante que él mismo, ya que se trata de un vínculo asimétrico que involucra a dos personas, una de las cuales se encuentra en desventaja, en un estado de

24 Agamben, G. "Lo que queda de Auschwitz" Pretextos. España. 2000.

vulnerabilidad y necesidad ostensible. Ser maestro no es una mera ocupación, un mero trabajo, una profesión entre otras. Ser maestro, es insertarse efectivamente en el curso de la historia de la especie humana.

> El hombre no sólo es un animal de naturaleza, como el oso o la alondra. Es también un animal de cultura y no puede subsistir sino mediante el desenvolvimiento de la sociedad y de la civilización; es un animal histórico. Está dotado de un poder de conocer que es ilimitado, debe avanzar paso a paso auxiliado por la experiencia colectiva que las generaciones pasadas han acumulado y conservado, y por una transmisión regular de conocimientos adquiridos.[25]

Es deber del docente es que el alumno "llegue a ser quien es".[26]

El buen trabajo

Howard Gardner fundó y dirige desde hace varios años el *Project Zero*[27] en la Universidad de Harvard en cuyo contexto incluye el desarrollo de un proyecto denominado *Good Work*. El profesor Gardner puede ayudarnos en nuestra tarea de esbozar el perfil del buen docente:

Excellence, Ethics, Engagement

Entiende por **Excelencia** toda la preparación del docente, la formación en la especialidad médica en la cual trabaja en su actividad diaria, y en la disciplina en la cual ejerce la docencia. Tener en cuenta la solidez de su formación académica, los estudios de posgrado, y los recursos de los que se vale para llevar a cabo su educación continua.

25 Maritain, J. "La educación en estos momentos cruciales" 1972. Citado en: http://es.catholic.net/op/articulos/43007/enviado43007.html#modal

26 Esta frase que Píndaro utilizaba para motivar a los atletas griegos, nos recuerda a todos los pedagogos que no hay nada más importante para cada ser humano que llegar a ser lo que somos. De modo que la primera finalidad de la educación es formar al hombre o más bien, es guiar al desenvolvimiento dinámico por el que el hombre se forma a sí mismo y llega a ser un hombre.

27 Project Zero: http://www.pz.harvard.edu/

Debemos tener en cuenta la ejecución de las doce funciones o roles del docente detalladas anteriormente. No sólo debe destacarse en su capacidad de desempeñarse delante de un aula, sino además ser idóneo en los otros roles: facilitador, planificador, evaluador, ejemplo profesional, por recordar sólo algunos. En suma, debe ser excelente en el trabajo que realiza y además, ser capaz de evidenciarlo en los hechos y en su curriculum vitae.

Para considerar la **Ética**, tenemos que tener en cuenta una afirmación sencilla que nos va a ayudar a sacudirnos la modorra de la rutina: "La ética es el conjunto de nuestros principios y valores. Es por lo tanto mucho más que un campo teórico".[28] La ética no es un bonito aditivo a nuestras actividades o acciones de todos los días, es el contenido mismo de ellas. No podemos actuar éticamente neutros, las cosas se hacen completamente bien, o no. Estamos acostumbrados a movernos en una incómoda cadencia de grises que a la vez nos tranquiliza y nos condena.

El trabajo docente es ético o no lo es, "el conocimiento del mundo de los valores es importante pues desde él adquiere sentido otro mundo, el de los "deberes" que es mundo propio de la ética".[29] El trabajo ético comienza reconociendo el escenario de nuestra actividad en toda su verdadera realidad.

La palabra inglesa ***Engagement*** hace clara referencia al Compromiso del docente. Se refiere al modo en el que el docente se involucra con la tarea, con los alumnos y con la institución universitaria a la que pertenece. Algunos sin duda agregarían, y con los agrupamientos gremiales que los representan. Sin dudas, compromiso con todo aquello que pueda mejorar el contexto educativo en el que nos desempeñamos. Tengamos en cuenta, sin embargo, que forman parte de ese compromiso, una serie de conductas cotidianas que con frecuencia aparecen como desvalorizadas y menospreciadas: nuestra puntualidad, la formalidad, el uso de un lenguaje adecuado, no interponer distancias insalvables ni se confunda al alumno con excesivas familiaridades. Algo de la mayor importancia es el respeto a ultranza por las proposiciones que les hacemos a los estudiantes; las proposiciones incumplidas causan decepciones muy dolorosas.

28 Cortella. M "Qual é tua obra? Inquietaçoes propositivas sobre géstao, liderança e ética" Vozes. Brazil 2011.

29 Gracia, D. "Construyendo valores. Triacastela. Madrid, 2013.

El compromiso institucional significa hacer honor al contrato de trabajo que me une a la universidad, y a la permanente colaboración con los colegas con los que he emprendido la tarea común. El tema salarial es generalmente una gran cuestión. Sin embargo, no tenemos derecho a afirmar que: "como considero que me pagan poco, puedo dejar de realizar mis tareas adecuada y entusiastamente."

Conclusión

Dijo Sarte: "Estamos condenados a ser libres". Del mismo modo, los docentes, una vez aceptada libre y voluntariamente la tarea, estamos condenados a enseñar. "No hay oficio más privilegiado. Despertar en otros seres humanos poderes, sueños que están más allá de los nuestros; inducir a otros el amor por lo que nosotros amamos; hacer de nuestro presente interior el futuro de ellos: esta es la triple aventura que no se parece a ninguna otra"[30]

Esta es nuestra ocupación, la tarea debe estar sobre los hombros de un Quién sólido. Una persona convencida, buena, orgullosa de lo que hace, consciente de estar sembrando futuro, en suma, un derrochón de amor. Un buen tipo o una buena tipa –disculpen lo coloquial– que esté convencido de que enseñar, enseñar bien, es ser cómplice y artífice de una posibilidad que nos trasciende.

30 Steiner, G. ya citado.

Capítulo 9:
"Los famosos 18 segundos" (relación médico–paciente)

Introducción

Hay artículos que de pronto lo ponen todo patas para arriba, otros nos espabilan y nos hacen ver que realmente ya estaba todo patas para arriba. Ese es –como siempre dependiendo de quien lo lee– el caso de: *"Questioning a Taboo. Physisians Interruptions During Interactions With Patients"*, publicado en JAMA (*Journal of Américan Medical Association*), el 5 de mayo de 2020.

El breve texto me impresionó tanto que mi trabajo va a consistir solamente en hacer una adecuación del mismo para nuestro medio; intentaré una libre traducción a la que sumaré algunas de mis convicciones al respecto, y la propia experiencia de médico clínico y profesor en una carrera de Medicina. Este trabajo, por lo tanto, puede ser aprovechado para el entrenamiento de los nuevos médicos, la instrucción de los estudiantes de medicina y el examen de conciencia de los veteranos como yo.

Los 18 segundos

Una de esas muletillas que siempre viene bien recordar cuando se habla de la relación médico–paciente y de la comunicación en medicina, es aquella de que los médicos interrumpen el relato de sus pacientes alrededor de los 18

segundos de haber éste comenzado su exposición o consulta. Esta verdad proviene de un trabajo publicado en los Anales de Medicina Interna en 1984. Un artículo citado, en general sin mencionarlo –éste es un ejemplo de ello–, en miles de oportunidades de manera oficial, y en millones de interacciones con los alumnos de medicina en la vida cotidiana. Hemos repetido hasta el cansancio esto de los 18 segundos, lo hemos ponderado como una manera de poner en evidencia que: "los médicos no somos buenos para escuchar" y que nos conviene aprendernos este consejo: "escuchen más a sus pacientes".

Nuestra intención era excelente al participar activamente de la difusión del mismo, la interrupción es percibida por el paciente como rudeza, apuro, desinterés; por el contrario, la actitud de escucha favorece la empatía, fortalece la confianza del paciente y optimiza su adhesión al tratamiento.

Ahora…me pregunto: ¿El paciente no debe ser interrumpido nunca? De ese modo comienza la pretendida originalidad del presente artículo. El autor les ha preguntado a sus colegas: ¿Has interrumpido alguna vez a tus pacientes? Las respuestas han sido honestas: ¡Sí! A veces seguidos por enfáticos: ¡Por supuesto! Y en medio de risas avergonzadas: "Sé que estoy incumpliendo una regla, pero…"

La literatura médica allá por los '80 nos enseñó que la interrupción del paciente es un modo de retener el poder en la relación. Estudios posteriores moderaron esa aseveración, sosteniendo que médicos y pacientes se interrumpen mutuamente, y que no todos estos entorpecimientos son de índole competitiva, intrusiva o de lucha por el poder. Algunas pueden ser neutrales, e incluso, favorecedoras del vínculo, alentadoras, o de invitación a la cooperación.

Si dividiéramos la consulta en tres fases: 1- Vínculo, 2- Diagnóstico, y 3- Tratamiento, los médicos tienden a interrumpir en las fases uno y dos, los pacientes en la fase tres. El médico con preguntas y solicitudes de aclaraciones, los pacientes con algunas preguntas y frecuentemente expresando sus creencias y algunos dogmas.

El elemento clave que nos permite valorar las interrupciones, sobre todo aquellas del inicio de la consulta, es lo que en el artículo se denomina: "configuración de la agenda". Voy a aportar un nombre alternativo que quizás nos ayude a trabajar con más precisión: Espacio Previsto de Consulta (EPC). Es decir, teniendo en cuenta la práctica de la medicina, la necesidad del paciente

y el contexto en el que se desarrolla la entrevista, determinamos la manera en que la consulta puede resultar más eficiente para su propósito declarado: resolver el problema de salud que el paciente nos presenta, recuperar el estado de bienestar del paciente respecto de su cuerpo, de su mente y su inserción útil en el medio social.

De acuerdo con esto podemos dividir pedagógicamente las interrupciones en: Interrupciones digresivas e interrupciones de consolidación. Las primeras, conllevan el riesgo de apartar el foco de la consulta del propósito original, aportando dilaciones, obstáculos o callejones sin salida. Las segundas, como su nombre lo indica, tienden a mantener la consulta en un cauce que resulte provechoso tanto para el médico como para el paciente, y facilite el logro del objetivo final.

Obstaculizando el desarrollo de la consulta

Entre las del primer tipo el artículo menciona:

1. Interrupción apurada efectuada sobre la base de preguntas cerradas. Mientras el paciente intenta narrar su síntoma y contextualizarlo, el médico lo interrumpe para insistir sobre el mismo: "Entonces, ¿dolía intensamente?, ¿el dolor era continuo y persistente?, ¿se agitaba más estando acostado?

   Si bien puede corresponder a una buena intención por parte del médico y un esfuerzo por mantener construcción de la Historia Clínica de acuerdo a lo aprendido en Semiología; ese tipo de preguntas pueden ser percibidas por el paciente como apresuradas, desinteresadas y como verdaderos obstáculos para la construcción de un vínculo operativo con el médico.

2. Interrupciones de "reforzamiento": "Antes de seguir con otra cosa, el dolor, háble me más del dolor." "Sí, la falta de aire es algo desesperante, descríbala nuevamente." Interrupciones de complicidad: "me imagino cuanto lo habrá limitado ese dolor", "si, los pacientes que relatan ese tipo de falta de aire, me cuentan que tienen miedo de morir en ese momento".

En suma, interrupciones que voluntaria o involuntariamente tienden a obstruir el flujo de información y el modo que el paciente encuentra para transmitirlo. Claramente tienen un efecto distractor, atentan contra la claridad de lo que el paciente considera importante y lo que no, e inauguran un protagonismo innecesariamente precoz por parte del médico. Por ahora, está convocado a escuchar, ya luego tendrá oportunidad de intervenir.

3. Interrupciones de futuro: "Bien, y ¿qué piensa que va a suceder con esto del dolor, que le parece que podríamos ir haciendo?" "Y usted… ¿está dispuesto a tratamientos largos, costosos y muchas veces incómodos, para solucionar esto de la falta de aire…?" Desalienta al paciente, quema etapas, supone conocimientos que el paciente aún no posee y que el médico aún no ha explicado. Se anticipa, produce desconcierto.

Debe insistirse que estamos refiriéndonos a interrupciones en el momento inicial de la consulta, es allí cuando tienen el efecto negativo al que estamos haciendo referencia. En otro momento de la consulta, durante las etapas diagnóstica o terapéutica, no solo no serán inconvenientes, sino hasta provechosas.

A pesar de que la interrupción en la comunicación en el contexto médico es considerada un tabú, podemos asegurar que algunas permiten perfeccionar la relación con el paciente y hacer un mejor uso del tiempo de ambos. Puede ser conveniente compartir algunos casos en que las interrupciones favorecen los esfuerzos del cuidado médico y permiten que disminuya el estrés y la incomodidad en ambos miembros de la interacción.

Facilitando el desarrollo de la consulta

1. Agotar el punto

Hay oportunidades en las que el paciente es quien propone ir saltando entre muchos motivos de consulta. Pasa del síntoma dolor de rodilla, al síndrome vertiginoso y de allí a sus problemas familiares. Este es el momento en que el médico debe interrumpir para resguardar el EPC (espacio previsto de consulta) "Disculpe que lo interrumpa, está seguro que no desea contarme algo más acerca del dolor de rodilla, cree que ya me dijo todo." Para ser ordenados conviene agotar un tema antes de pasar a otro. Luego habrá posibilidades de conexiones, vínculos y de armar el rompecabezas completo. Por ahora: ¿algo más sobre su dolor? ¿Preocupaciones, intuiciones, googleos?

2. Olfateando el contexto

La experiencia nos ha enseñado que el primer síntoma que el paciente manifiesta como motivo de consulta no es, necesariamente, su preocupación principal ni de fondo. Conocer cuál es el contexto en el que el síntoma mencionado se encuentra, nos puede ahorrar mucho tiempo y transformar nuestra intervención en algo mucho más eficiente. También nos permite anticiparnos a esos retrocesos que suelen suceder al final de la consulta: "Doctor, ahora que vimos lo del dolor, me gustaría consultarle acerca de mi disminución de deseo sexual. ¿Es por el dolor o será otra cosa?" Si esta pregunta se produce al final de la consulta es realmente una catástrofe. Debemos comenzar de nuevo, o dejar al paciente con su importante pregunta sin contestar; más vale entonces interrumpir al principio para que 'salten todos los pescados de una vez'.

3. Cuidando que todos los tiros vayan al centro

En numerosas oportunidades los pacientes, por vergüenza, pudor o directamente por mala costumbre, se refieren a sus síntomas y dolencias de manera tangencial, apenas rozando el blanco. “Con respecto a esto, yo tengo un primo al que le preocupan mucho estos lunares negros que le salen por todo el cuerpo, no se anima a consultar al médico para que le diga qué puede ser.” “Si, he visto personas que andan muy bien con esos inhaladores que dan para el asma.”

En estos casos la interrupción tiende a que el paciente acerque sus tiros al blanco, hablando metafóricamente. Una pregunta sería: “Y a usted, ¿cuánto le preocupan sus propios lunares? ¿Le parece que es necesario consultar por ellos? Otra: ¿Conoce cómo y para qué se usan los inhaladores, cree que usted podría necesitarlos?

4. Organizar, siempre organizar

En muchos casos, los pacientes se comportan ansiosa y desordenadamente, como también nos ocurre a nosotros. Conviene estar atento a eso.

“Mire doctor, además del dolor de rodillas, está eso de la agitación, se me acrecienta en estos meses y me preocupa mucho”

“Entiendo su preocupación, yo también me preocuparía, pero que le parece si insistimos primero con su dolor de espalda, me cuenta un poco más de eso. Construimos una estrategia de diagnóstico y tratamiento y luego, poniendo toda nuestra atención en eso, nos ocupamos de su agitación estacional, ¿le parece?”

De ese modo se intenta organizar, tratar los diferentes tópicos de manera definida y clara. Eso nos previene contra los involuntarios olvidos y las peligrosas minimizaciones de los síntomas.

5. Atender al lenguaje no verbal

En general nos damos cuenta de las molestias y fastidios, de los silencios incómodos de los pacientes, de los gestos de incomprensión, de las posturas de reproche.

Siempre es conveniente ponerlos en evidencia, validan y refuerzan el vínculo con el paciente. “Por el gesto que hizo con los ojos y arrugando la frente, me parece que algo no le ha quedado claro, ¿puede ser? Fue cuando hablé de la dosis, ¿eso le preocupa?” “Me encantaría que me diga eso que usted pensó cuando se dio ese chirlito en su rodilla. ¿Se olvidó de decirme algo?”

Un antídoto

El artículo que motiva estas reflexiones propone un interesante recurso para prevenir las interrupciones disfuncionales, esas que obstaculizan y a veces, frustran la relación médico–paciente. Como siempre los médicos anglosajones, afectos a las *check lists* o listas de cotejo, proponen una para hacer la sintonía fina de las interrupciones y convertirlas en un elemento de enorme utilidad en la práctica médica. La presentan como la técnica de la triple “E” (el antídoto):

1. Excúsese por la interrupción. De manera explícita, manifieste su incomodidad por tener que interrumpir y explique el motivo por el cual le parece necesario hacerlo en este momento preciso. Las aclaraciones pueden ser muy importantes, es trascendente que nuestro interlocutor comprenda que la interrupción es necesaria y que resultará beneficiosa en el curso de la consulta.
2. Empatice con el tema que solicita interrumpir. Manifieste que le parece importantísimo y que no va a ser dejado de lado, pero que en este momento le parece más adecuado agotar el tema que se viene tratando. “Su preocupación es muy legítima, tanto que merece un tiempo de exclusividad. Le ruego me permita avanzar con lo que estamos tratando y luego atendemos a esa importante preocupación suya”.

3. Explique el motivo de la interrupción. Cuando el médico se expresa con claridad y el paciente entiende los motivos de sus estrategias, en general no solamente colabora, sino que se hace cómplice del accionar médico. La explicación del motivo de la interrupción tiene que ser clara, pertinente, oportuna y útil en el contexto general de la consulta. Reunidos esos requisitos el paciente no sólo la permitirá, sino que la agradecerá.

Conclusión

Ha resultado placentero para mí hacer esta adaptación del texto original publicado por JAMA. La tentación me ha llevado a incluir apreciaciones propias y agregados que hacen que, la responsabilidad por todo lo dicho en este artículo, sea exclusivamente mía.

Somos conscientes de que el tema tratado es de mucha importancia en el contexto de la enseñanza de las habilidades comunicacionales en medicina. Primero, porque nos referimos abiertamente a un tabú, un tema que, por el tiempo que lleva instalado en nuestras mentes, parecía ser inconmovible e incuestionable. Segundo, porque invita a flexibilidad y plasticidad en la labor concreta del médico. Tercero, porque valora al paciente, le otorga un papel protagónico equivalente al del médico. Y finalmente, lo que creo más importante, hace una apelación al criterio médico. Lo invita a cuestionarse y sopesar, a valorar y decidir, a juzgar sus actos sobre la base de la eficiencia en el trato del paciente.

Por eso sostengo que, no solamente hemos abordado un tema importante, sino uno que es nuclear en la práctica médica. Creo haberlo hecho de manera sencilla –quizás extremadamente sencilla– dinámica y entretenida.

Capítulo 10:
La relación médico-paciente y los valores

Consideramos, desde una perspectiva sistémica compleja, que la relación médico-paciente (RMP) podría reconocer como razón de su constitución a la necesidad, la destacamos como el principal motivo por el cual los hombres nos involucramos en interacciones de cuidado como la RMP. Encuentros de cuidado que apuntan a salvaguardarnos como seres humanos.

Nuestras preferencias epistemológicas, forman parte indubitable e inevitable de la perspectiva en la que nos posicionamos a los fines descriptivos. ¿Significa eso que estamos proponiendo una mirada no científica? Nada más lejos de la verdad. A esta altura del siglo XXI, podemos afirmar que la subjetividad no está reñida con la ciencia, que los gustos, preferencias y valores de los científicos no deben ser desmerecidos y arrojados fuera del edificio de la ciencia. Las subjetividades, sacadas a empujones por la estrecha puerta de la ciencia, están nuevamente adentro, han sabido colarse por las ventanas. La ciencia y la valoración de lo humano son cuestiones que, aunque se intentó alguna vez separar, permanecen entrelazadas como los hilos de una misma soga.

El propósito del presente texto es discurrir acerca de la presencia de los valores en el encuentro entre médico y paciente, y además hacer algunas precisiones acerca de la vigencia de los mismos en la formación de los médicos. De hecho, la tesis involucra ambas nociones y conviene apreciar la vinculación indisoluble que hay entre ellas. Finalmente, se destacará el carácter nuclear de los valores en el mismo seno de ese espacio cognitivo común, al que hemos considerado como el ámbito propio de la RMP.

Acerca de los valores

Podríamos decir que la teoría de los valores toma un nuevo impulso ante el surgimiento de la propuesta positivista que pretende dejar de lado todo lo que no sea estrictamente lógico y científico. La axiología, según el positivismo, debía correr la misma suerte que la metafísica y todo el conocimiento humano que no pueda mostrar evidencias medibles. De ese modo, todo saber no científico resultó condenado a la sospecha y a ocupar un lugar periférico en el universo del conocimiento humano.

Según el espíritu positivista el hombre había recorrido un camino que se había iniciado en lo mitológico, para continuar en la metafísica y finalmente desembocar en la ciencia objetiva. Ésta finalmente, se considera capaz de describir el mundo sin ayuda de las anteriores concepciones, y declaraba a viva voz, la decrepitud y la inutilidad de aquellas. Como respuesta, a fines del siglo XIX y durante el siglo XX surgen voces que advierten sobre lo nefasto de esa corriente y postulan a los valores como elementos centrales en la actividad humana, en toda actividad humana.

La intencionalidad del hombre no se apoya solamente en la razón, en lo puramente intelectual, sino que, en ella, también interviene lo emocional y lo moral. El espacio que nombramos como cognitivo, propicia la natural inclusión de los valores bajo esa denominación; cuando en este trabajo departimos acerca de lo cognitivo, no lo hacemos con una mirada de corte positivista, ampliamos el espacio a lo emocional y lo moral, sin que eso signifique salirnos de lo racional. Las cosas de los hombres se deciden sobre la base del gusto o el disgusto, el reconocimiento o el rechazo, decidimos sobre la base de preferencias sustentadas por axiomas, que como buenos axiomas son indemostrables. Otras veces decidimos sobre la base de nuestras creencias, y lo hacemos sin dudar ni ponerlas en duda.

Ocurre que no podemos explicar minuciosamente algunas acciones dentro de nuestra vida en general y de nuestra actividad profesional en particular. La medicina basada en la evidencia tiene el límite impuesto por las propias, genuinas y válidas preferencias. Por ejemplo: cuando intentamos explicar los motivos por los cuales hemos elegido una especialidad u otra, es frecuente que caigamos en incoherencias e inconsistencias, en la decisión hay una mezcla de todo, no solamente en la pura razón.

El accionar que tenemos con nuestros pacientes se basa numerosas veces en ese algo que llamamos intuición u ojo clínico, que se ubica más allá de cualquier fundamento racional, por lo menos de la mayoría de las explicaciones. Nos sentimos mejor en determinados ambientes, nos gustan determinadas compañías, nos estimulan determinados desafíos. Si en una pretendida racionalización de nuestras conductas decidimos lo contrario, es frecuente que percibamos una sensación de extrañeza respecto de nosotros mismos, cuando no la sensación de habernos traicionado.

En el acto de valorar, que en general es un acto de elección para la acción, vemos que nuestro fundamento se halla profundamente enraizado en el sentido de nuestra vida. Surge en nosotros como un acto espontáneo que nos lleva a preferir o a posponer. Como resultado, la acción se verá anticipada o postergada dependiendo de esa valoración. Los médicos reconocemos que actuamos frecuentemente sobre la base de intuiciones a las que habitualmente denominamos olfato. Decidimos conductas inmediatas como hacer hoy mismo una cirugía o posponerla, de acuerdo con la valoración del caso que muchas veces tiene más que ver con nuestra propia experiencia que con lo que algún protocolo impersonal recomienda.

Los valores tienen la capacidad y la propiedad de dar bases afectivas a nuestros comportamientos, tenemos la sensación de valor, somos capaces de torcer nuestras vidas y nuestras voluntades por los valores que encarnamos. Lo que estamos sosteniendo es tan válido para el médico, como para su paciente. En el seno de la interacción, se está efectuando permanentemente un comercio, un intercambio, a veces una pugna, centrada en los valores que encarnan los constituyentes de la relación, el médico y el paciente. Es natural, no podemos esperar otra cosa, ya que, si nos ponemos a pensar, advertimos que guerras se han desatado por diferencias de valores, exilios y movimientos humanos se fundamentan en valores. Todas las decisiones de los hombres tienen a los valores como trasfondo.

Los juicios de valor tienen la particularidad de ser a la vez emotivos y descriptivos, no sólo expresan razones, sino que pueden también despertar y recomendar sentimientos para conducir a los demás a la acción. “Las palabras conmueven, los testimonios arrastran”. He aquí el carácter comunitario e interaccional de los valores. Pueden señalar caminos y actitudes, pueden seducir a los demás a optar por ciertas conductas y hasta reconsiderar su propio

arsenal valorativo. ¡Qué importante es esto en la RMP! La actitud coherentemente valorativa del médico y también, por qué no, la del paciente orientan la toma de decisiones en un sentido obviamente bilateral. La vida es la más pura expresión de los valores. En numerosas oportunidades, los médicos nos asombramos ante actitudes y decisiones de los pacientes. Algunos hemos tenido el privilegio de asistir a la irrefrenable lucha por vivir de algunos de nuestros pacientes, los hemos visto luchar dignamente hasta desfallecer.

Eduardo, afectado severamente por una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), se sometió a fines del 2003 a un trasplante cardiopulmonar en Buenos Aires. Su familia procede de una provincia muy alejada de la capital. Durante un año, vivió la mayor parte de los días en unidades de cuidados intensivos, tuvo todas las complicaciones posibles y aun así luchó denodadamente por su vida. Era sorprendente ver con que hidalguía sorteaba cada uno de los obstáculos y era conmovedor ver a su familia a su lado. Su esposa lo acompañó todos los días, y siempre tuvo a su lado a alguno de sus hermanos que se turnaban en la tarea de acompañarlo a pesar de las distancias. Eduardo fue un homenaje a la vida mientras estuvo sano, la bebió hasta saciarse, y a la hora de caer enfermo siguió apostando a ella contra todos los pronósticos.

El carácter interactivo de los valores

Se ha discutido abundantemente acerca de si los valores son objetivos: ¿están fuera de nosotros?, ¿son "cosas" en sí mismos, o en realidad son subjetivos, es decir forman parte sólo de nuestra interioridad? Los valores están en el mundo o sólo están en mi cabeza, por decirlo coloquialmente. De un lado y

del otro se han enrolado grandes pensadores, en el fondo la vieja disputa entre el idealismo y el realismo.

Tratando de acercar las partes, se sostiene que en realidad la actitud valorativa es una cuestión de tipo relacional. Dependen de la relación de un sujeto frente a un objeto en contextos determinados. El valor es la actitud que tomamos frente a los objetos desde nuestra propia interioridad, matizada e influenciada por las circunstancias de la vida.

¿Relativismo? No, es el reconocimiento de que la acción valorativa depende de numerosos factores: el ambiente físico (hace calor o hace frío), el ambiente cultural (costumbres, simbolización, premios o castigos), el medio social (clases, hábitos y costumbres), el conjunto de nuestras necesidades (vida, amor, reconocimiento) y factores témporo-espaciales (distancias, medio ambiente, vivienda, etc.). En nuestras interacciones sujeto-objeto esos factores mencionados, gravitarán sustancialmente en nuestra actitud valorativa. Nuestros sentimientos, que son las piezas claves de nuestros valores, discriminarán en medio de un entorno signado por los factores que acabamos de considerar.

En muchas oportunidades, se critica a los médicos, por no tener una actitud condescendiente y de respeto con los pacientes, por no atenderlos cortésmente, por no dispensarles el tiempo que ellos merecen. Son críticas importantes que deben ser consideradas siempre. Sin embargo, y no a modo de excusa, conviene tener en cuenta que el médico actúa muchas veces bajo presión, bajo relaciones laborales indignas, condiciones que no puede cambiar, depende de ellas para su subsistencia. Un médico que ha pasado 24 horas de guardia en una unidad de terapia intensiva, puede no tener una buena predisposición para asistir a un paciente. Me ha tocado en más de una oportunidad, verme recargado en mis guardias porque un colega no asistió a reemplazarme. Eso me producía tanto desagrado, que condicionaba todo mi accionar hasta que era reemplazado. Los médicos nos cansamos, nos sentimos agobiados, nos duelen nuestras pérdidas, nos frustran nuestros fracasos.

El paciente no obstante está en su derecho de exigirnos la exclusividad, pero, ¡vaya que de vez en cuando se debe poner en nuestro lugar! No sea considerado este párrafo como la apología de la desconsideración por parte de los médicos, sirva sólo de ejemplo de cómo la valoración frecuentemente se ve afectada por factores de diversa índole, y cómo nuestra relación valorativa, en este caso con otro sujeto, el paciente, se ve perturbada cuestiones ambientales, culturales, sociales, témporo espaciales, etc.

En este marco se podría genuinamente hablar de una ecología del valor. El valor en permanente interacción, valores en pugna, prioridades y urgencias, importancias y premuras. Allí, en ese contexto, algo es un valor cuando lo hago mío y me conduce a la acción. Algo es un verdadero valor cuando me va la vida en ello, y en realidad siempre me va la vida en las acciones que decido efectuar. Por eso reconocemos que los valores se hallan inmersos en

un contexto en el que la decisión resulta controvertida, sin embargo, nuestra prioridad valorativa nos permitirá decidir coherentemente el camino por el que debemos andar a pesar de nuestras incoherencias y debilidades.

Mi valoración, mi decisión y mi accionar, siempre implican a un prójimo, aún en el estado de más completa soledad. Por eso no resulta equivocado hablar también en este sentido de una ecología del valor.

La naranja, dios, y un sistema binario

Lo dicho anteriormente probablemente se preste a confusión. Ella surge sin dudas de mi propia incapacidad de transmitir los conceptos. Por ese motivo voy a recurrir a un relato, una especie de parábola.

¿Cuál es el valor de una naranja?

Yo que vivo en Tucumán he estado en contacto con las naranjas desde mi primera infancia. No solo con las naranjas que me he comido, sino con esa naranja amarga que está tirada en la calle. En las aceras de Tucumán hay un naranjo cada cierta cantidad de metros, es una decisión urbanística. Son arboles muy resistentes, dan sombra y no tienen altura como para interferir con los horribles cableados de la ciudad. El naranjo es nuestro referente estacional, en primavera florecen los azahares, en verano se llena de naranjitas verdes que son usadas como proyectiles o bolillas, en otoño las naranjas se agrandan y comienzan a tomar su color característico y en invierno hay que cosecharlas pues de lo contrario comienzan a caer solas y ensucian las veredas. En esta última estación, la diversión consiste en patear la naranja bajo las ruedas de los autos para que sea aplastada; se levantan apuestas y se compite con notable seriedad.

Dado el uso que se hace de ella, podemos decir que la naranja tiene valor nulo. Más allá del juego, esa naranja que hoy está tirada junto al cordón de la vereda carece de valor. Cabe recordar que no son naranjas comestibles pues su gusto es desagradablemente amargo. No sirve entonces para comerla. Bien.

Sin embargo, en julio y en agosto se organizan partidas que cosechan las naranjas de toda la ciudad y las mismas son cuidadosamente guardadas en

bolsas y son enviadas en camiones hacia su destino. Las naranjas amargas de la calle son utilizadas por las grandes compañías procesadoras de jugos cítricos para incrementar el sabor de las esencias que usan en la confección de los mismos. Es decir, para ellos la naranja a la que hacíamos referencia, sí tiene valor.

Estamos confirmando que el valor se asigna en la relación del sujeto con el objeto. Para distintos sujetos, el mismo objeto tiene valor en un caso y carece del mismo en el otro.

¿Tiene valor dios?

Algunos contestarían, que valor puede tener si no existe. La idea de dios en esas vidas carece en absoluto de valor.

Otros, por el contrario, dirían que dios es el supremo valor en su vida, que él orienta todas sus decisiones y sus actos. Hay monjes que entregan su vida a dios viviendo en actitud contemplativa y oracional en los monasterios. Otros han sido mártires en la arena de un circo romano, otros en su nombre destruyen miles de vidas, como en el caso de la Torres Gemelas. Los ejemplos son innumerables; destaco que uso la palabra dios en minúsculas pues no hago referencia a ninguno en particular sino a dios como idea.

Entonces, las cosas ¿tienen o no tienen valor? Parece imponerse un "depende", que suena tan relativista como descomprometido. Veamos.

Podríamos asignar un número 1 a la idea que alguna cosa o concepto tiene cierto valor, no importa cual. Por el contrario, podríamos asignar el número 0, a la idea de que no posee ningún valor.

En nuestros ejemplos esta pequeña aventura binaria funcionaría así:

naranja	0	1
dios	0	1

Una persona podría ser 0-1 (la naranja carece de valor, pero dios tiene alguno) y otra podría ser 1-1 (ambos la naranja y dios tienen algún valor). De ese modo se puede continuar con las posibilidades de estas pocas variables.

Demos un pequeño salto para entrever que sucedería si en lugar de dos las variables fueran diez. Dos personas encuestadas al respecto contestarían de modos dispares, es lo que resulta más probable con esta escala de variantes.

Esos diez ítems pueden ser: Familia, deporte, estudio, trabajo, secuestro, robo, corrupción, contemplación, magnanimidad, y egoísmo. Por supuesto siguiendo con nuestro ejemplo asignamos un 1 al ítem que reconocemos como valioso en cualquier grado y 0 al que no tiene ningún valor.

En este contexto una persona puede ser 1101000110 y otro individuo encuestado se manifiesta 0100111001.

De este modo podríamos tener una especie de código valorativo de cada individuo humano. Sería como sus huellas dactilares o su código genético, pero con una sustancial diferencia. Sus huellas no cambian y su información genética tampoco, en cambio el código de valoración es altamente mudable e inestable. Se pone de manifiesto entonces la idea de la ecología de los valores, puesto que el código está a expensas de los cambios circunstanciales de cada vida. Un 1101000110 puede variar con facilidad a un 1001000110 si es que el deporte deja de ser un valor en su vida porque, lesionado, no le interesa más practicar ninguno de ellos. Los códigos valorativos de los humanos son cientos de millones o miles de millones si consideramos todo lo que día a día están sometido a juicio valorativos. Con el sencillo ejemplo del sistema binario, podemos apreciar cuánta variedad hay en estas cuestiones tan humanas.

Aplicación a la RMP

Intentando aterrizar en el terreno que nos es propio, podemos afirmar que los médicos poseen su propio código valorativo, los pacientes, naturalmente, también poseen el suyo. En el espacio de la interacción, se pone de manifiesto una sopa de valores, en medio de la cual, ambos constituyentes de la relación tienen que interactuar. Como hemos visto, al ser seres con inteligencia, voluntad e intereses, entre otras cosas, no podemos, de manera directa intentar producir ningún cambio en las normas sin la anuencia explícita o implícita de cada quien.

El médico, dado que se propone como un auxilio para todos, se enfrentará sin dudas a reglas altamente diferentes a las suyas. No podemos como médicos decir, "sólo atenderé a los pacientes que sean 01001110110011000011001", por ejemplo. El médico debe tener la suficiente apertura cognitiva y axiológica como para que le resulte posible atender en consulta a pacientes marcadamente diferentes a él. Recuerdo, "no he venido a buscar a los sanos sino a los enfermos", a los que tienen un código diferente al mío, a todos, absolutamente a todos.

Creo que podemos afirmar que en el estado de salud se puede poseer un determinado proceder, aparentemente inamovible. Lo cierto es que la enfermedad por sí misma modifica ese modo. La decisión de consultar a alguien que alivie mi dolencia puede producir alteraciones en el sistema valorativo. La RMP es una situación de intercambio interactivo de mensajes que necesariamente modifican y producen reformulaciones de estructuras que se consideraban cristalizadas. La misma situación de sentirse curado altera la valoración de las cosas, nunca volveremos a ser como éramos.

Este es el ámbito propio de la medicina. La RMP se desarrolla en ese espacio interactivo común que a la vez constituye, metafóricamente hablando, una sopa valorativa en la cual pueden manifestarse luchas por defender lo propio, y particularmente donde se producen modificaciones valorativas a veces muy importantes y trascendentes.

Aquel paciente que tras sufrir un infarto de miocardio es dado de alta, que, sometido a ejercicios de recuperación, se transformó en una persona disciplinada, cuidadosa de su dieta, que reconoce que jamás volverá a ser el mismo. Que desea pasar más tiempo con sus hijos, en contacto con la naturaleza, disfrutar de las cosas simples y demás. Con frecuencia, los médicos somos testigos, y a la vez podemos dar testimonio, de que la enfermedad y el miedo a la muerte que ella trae aparejado son formidables modificadores de los sistemas valorativos.

Al médico le ocurre otro tanto cuando ve que no puede curar a todos los que quisiera, cuando aprende que hay cosas que se le van de las manos. Cuando tiene que bajar de su pedestal de omnipotencia para ponerse a la altura del común de los mortales y aceptar sus limitaciones.

Todo se produce en la interacción. Es por eso que consideramos a la RMP un elemento esencial de la práctica, que debe ser conveniente asumido en la educación médica. Cuando queremos aprender a pescar nos proveemos de una caña y de alguien nos guíe en nuestro contacto con el agua, y con los secretos de la pesca; cuando queremos aprender a escribir nos proveemos de un lápiz y un papel, para aprender a jugar a la pelota, lo primero que hacemos es buscar una, hacer gambetas y tratar de meterla en un arco, aunque este sea virtual construido con un par de remeras. Entonces ¿cómo podemos aprender a ser médicos si no estamos en contacto con los pacientes?

Algo acerca de la educación médica

Queda claro que los valores se expresan en la interacción. Es menester que los estudiantes de medicina se pongan en contacto cuanto antes con la realidad del paciente. Esto no necesariamente implica que desde los primeros años deben estar a la cabecera de una cama de hospital, implica sí, conocer la

realidad de la gente que alguna vez concurrirá a su consultorio. Eso se puede conseguir de muchos modos, algunos de los cuales en otro texto trataremos con especial cuidado.

Lo cierto es que la solidaridad se aprende a través del "contacto" más que de las "nociones". Nuestros futuros médicos deben ser capaces de sentir movilizados sus valores personales mediante el contacto con las personas que los rodean. Cuando la experiencia directa nos toca el corazón, la mente se puede sentir desafiada a cambiar, a elegir cursos de acción basados en una cabal gestión de los valores personales. La implicación personal en realidades que de otra manera resultan periféricas en nuestra vida, en el sufrimiento inocente, en la injusticia y el dolor que otros sufren es el catalizador para la solidaridad, es el acicate del espíritu asistencial y la cooperación que abre el camino a la búsqueda intelectual y a la reflexión moral. Es necesario habituarse a la existencia de la sopa de valores antes descrita, para reconocerse aptos para nadar en ella; primero con mucha dificultad luego; un poco más cómodos, nunca expertos.

Los estudiantes de medicina, "a lo largo de su formación, tienen que dejar entrar en sus vidas la realidad perturbadora del mundo de los otros de tal modo que aprendan a sentirlo, a pensarlo críticamente, a responder a sus sufrimientos y a comprometerse con él en forma constructiva."

También hay un orden valorativo

Cada uno de nosotros durante la vida va diseñando una escala valorativa. Existen valores que están en el tope de esa escala y que son prácticamente inamovibles, generalmente los que están al pie de la misma también lo son, en este caso porque tendemos a no tenerlos en cuenta en nuestros actos. Pero hay una anchísima franja intermedia en que los valores son altamente móviles y se comportan adecuándose a las circunstancias y las urgencias de la vida. Es conveniente conocernos a nosotros mismos en esa tarea, es lo que nos va a permitir la decisión de nuestros cursos de acción, nos habilitara para ajustarnos a las metas que nos hemos propuesto.

> Los sentimientos no solamente responden a los valores, sino que lo hacen de acuerdo a una escala de preferencia. Así podemos distinguir, en un orden ascendente, valores vitales, sociales, culturales, personales y religiosos. Estos últimos se encuentran en el corazón de la significación y del valor de la vida humana y del mundo del hombre.

Capítulo 11:
"Conditio sine qua non"
Las humanidades médicas y las competencias clínicas

Pedirles a las humanidades que posean una utilidad práctica en un mundo que desecha lo que no se puede 'usar' de manera inmediata repugna a la misma esencia de ellas. Las humanidades han nacido en el entorno de descubrimiento de lo verdadero, lo bello y lo bueno. No reclaman para sí mismas otra utilidad que la de posicionar al hombre ante un mundo asombroso, incierto y atestado de situaciones límite; un mundo que jaquea el nudo mismo de nuestra condición humana. Incursionar en las preguntas acuciantes acerca de la realidad que nos rodea, asomarnos a la posibilidad de conocer la realidad, discutir la factibilidad misma de conocer son cuestiones que carecen de la practicidad requerida, de la 'utilidad' de las cosas de todos los días, de los asuntos prácticos. A pesar de eso, es menester reconocer que la mirada de las humanidades es necesaria para dar cuenta de algunos eventos que nos ocupan cotidianamente, de fenómenos que exigen ser resueltos de manera profunda y duradera.

Conocer la verdad de la constitución de la materia, los componentes íntimos del ser de las cosas, no deben ser considerados impedimentos para que el Homo Faber construya una mesa, o una silla, para que construya objetos que le proporcionen confort y le solucionen aspectos prácticos de la vida. Reflexionar acerca de la belleza misma, la proporcionalidad y la armonía, no tiene por qué ser una actividad ajena al hombre que está construyendo una herramienta, o una máquina que le presta un inmediato y útil servicio. Lo importante, a los ojos utilitarios, parece ser la practicidad con la que nuestros diseños solucionan los inconvenientes que la vida diaria nos propone. Aún en ese contexto decididamente pragmático, la belleza continúa atrayéndonos,

gratifica nuestros sentidos y hasta nos reconcilia con el mundo que nos rodea. Obsesivamente, el ser humano se empeña en priorizar lo útil sobre lo bello, lo práctico sobre lo proporcionado y armónico. Conseguir aunar las dos perspectivas sería lo óptimo, sin embargo, a la hora de elegir, salvo contadas excepciones, se impone la practicidad, la eficacia, y el inconmensurable reino de lo útil.

Descubrir el bien, la responsabilidad, la decisión libre en la acción humana; deslindar el deber, sopesar las consecuencias de nuestros actos, buscar la virtud, no parecen ser actividades que desvelen al hombre práctico. Antes bien, considera que, distrayéndose en estos pormenores, puede caer en el desatino de apartarse de lo que valora como importante. Aislarse de aquello que permite afrontar el problema inmediato, aquello que le permite superar el obstáculo que tiene a la vista, es evaluado y criticado como una concesión al ocio, como una distracción vana.

El portentoso avance científico tecnológico logrado por el ser humano es, en gran medida, mérito de esa obstinación por la practicidad, por la resolución de problemas, por ver el modo más eficiente de superar los obstáculos con los que el mundo parece empeñarse en importunarlo.

Ahora bien, a la búsqueda del bien, de la belleza y de la verdad, se deben sumar otras numerosas expresiones del espíritu humano cultivadas desde siempre, llevadas a un grado de excelencia en el mundo clásico. Entre ellas, arbitrariamente y a modo de ejemplo destacamos al teatro, la danza, la música, la escultura, la arquitectura, la pintura, la literatura y la historia.

¿Cuál es la utilidad que tiene para el ser humano esta serie de actividades que carecen de la condición de proveer una solución inmediata y eficiente a los problemas con los que se enfrenta a diario? Una apresurada respuesta sería: ninguna. Se me podría responder: “ni esperes que la tenga, las humanidades no buscan ser útiles”. Son expresiones del espíritu humano, satisfacen otras expectativas, alivian otras necesidades. Efectivamente, no son ‘útiles’, sin embargo, permiten desarrollar otros aspectos del ser humano, calman otra sed. Al considerarlas seriamente podemos acordar en que constituyen las más altas expresiones de las que es capaz ese bípedo pensante.

Poniéndonos en la ímproba tarea de buscar su utilidad inmediata, acaso nos encontremos con su capacidad de enaltecernos, de generar otros mundos en

los que la inmediatez y la premura no son variables preciosas. Mundos que pueden esperar, quizás por siempre, ser resueltos por medio de 'artefactos culturales' como los mitos y las tragedias del teatro griego. ¿Distracciones, paréntesis breve entre las cosas que de veras importan? ¿Desahogo, una propuesta de introspección que de vez en cuando tenemos que considerar? ¿Un momento de calma –musical acaso– que nos permite un cierto solaz, sentir, por un instante que somos algo más que meras máquinas prácticas?

Las humanidades siempre existieron, y se mantuvieron como actividades de espíritus inquietos, sensibles, visionarios, proféticos. Las humanidades acompañaron al ser humano durante toda su historia por una sencilla razón: ellas inexorablemente son expresiones del espíritu exquisito, insaciable y curioso del ser humano. Como se podría afirmar que responden a las mismas inquietudes que generaron la ciencia, es posible que aunándolas estemos más cerca de alcanzar la sabiduría. Casi una obviedad, sin embargo, en el mundo científico- tecnológico en el que vivimos, no parece estar de más recordarlo.

En el presente trabajo, nos proponemos dar un sustancial paso adelante: afirmar que las humanidades son ventajosas para la optimización de las competencias inherentes a la actividad profesional en general y médica en particular. No es una tarea del todo original, sin embargo, no está de más una actualización, no está de más proponer nuevos matices.

Las ciencias sociales

Dando sustento y soporte a la Modernidad, se conformó un espacio del saber suscitado por el desgajamiento de diversas disciplinas desde el tronco común de la filosofía. Nacieron, o se consolidaron, disciplinas como la Historia, la Psicología, la Antropología, la Sociología, la Lingüística, y mucho más

recientemente, las Ciencias de la Comunicación. Estas delinearon su propio objeto de estudio y adecuaron su metodología. De ese modo, desoyendo las críticas de la Epistemología clásica ligada a los paradigmáticos conocimientos de la Física, adquirieron la irrenunciable condición de ciencias. Muchos de sus cultores originalmente intentaron, para que se les pudiera reconocer el carácter de ciencias, darles un enfoque y un contenido similar al de las cien-

cias duras, la frase de Durkheim: “se deben tratar los hechos sociales como cosas”, es representativa en este sentido. Sin embargo, las particularidades y la solidez argumental de este nuevo conjunto de saberes determinaron que, agrupándolas, adquirieran entidad relevante y se las denominara sucesivamente como Ciencias del Espíritu, Ciencias Blandas, Ciencias Sociales.

Su objeto de estudio es precisamente el ser humano, sus agrupaciones y sus conductas. Esa particularidad obligó a que el abordaje epistemológico y los criterios de verificabilidad en estas ciencias, se trasladaran desde lo estrictamente experimental, a lo observacional y particularmente a la interpretación de los fenómenos que se tienen a la mano en una enorme variedad de escenarios. La pasión por la observación participante y por dar razones a las experiencias dio nacimiento a los trabajos de campo, la incursión en sociedades y culturas muy diferentes, la identificación y el advenimiento del valor de los contextos culturales. Puso énfasis en la valoración de la multiculturalidad, las cuestiones de género, las migraciones, la observación reflexiva del fenómeno humano. Valoraron tener en cuenta los diversos condicionantes, las estructuras de asociación y los modos simbólicos de interacción, por nombrar sólo lo más sobresaliente.

Con el sustancial aporte de las Ciencias Sociales, la canasta de las humanidades se enriqueció con contenidos diversos, perspectivas diferentes, y metodologías variadas. Eso permitió que la mirada de lo humano, no sólo se complejizara, sino además adquiriera matices múltiples. El conocimiento de lo humano pasó de ser la estricta observación de una máquina simple, con explicaciones simplificadas, a constituir un universo incierto y resbaladizo, altamente complejo, dotado de diversas perspectivas de análisis y síntesis, propias del ‘objeto’ estudiado.

El ser humano se transformó en un sujeto impreciso, variable, multifacético, integrado en comunidades definidas, matizado de modos diversos, y de una riqueza inconmensurable. Además de las características del ser humano y sus sociedades, se les dio valor a sus productos culturales (ritos, acontecimientos, creencias, costumbres, valores, útiles, lenguas, manipulación del poder, jerarquías, expresiones artísticas, valoración de lo bello, consideración de lo bueno, y caracterización de lo verdadero, etc.), surgió un mundo de saberes que, esforzadamente, pretendía dar cuenta de lo humano en su totalidad.

En un mundo que se deslumbra con los fantásticos logros de la ciencia (entendida como ciencias de la naturaleza) y las maravillas que la tecnología pone a la mano del ávido consumidor, las humanidades, incluidas las ciencias sociales y la total diversidad de manifestaciones del espíritu humano, intentan hacerse un lugar significativo en la formación integrada del ser humano, en especial y particularmente, de los egresados de las universidades y centros de estudios superiores teniendo en cuenta su proyección de liderazgo social.

Medicina

Podemos ubicar epistemológicamente a la Medicina entre las prácticas profesionales. Esta cuestión no deja de despertar polémicas, y probablemente en un futuro no muy lejano, se llegará a un consenso entre quienes la practican y quienes la juzgan desde la metaciencia epistemológica. Nuestro deber, como docentes de una facultad de medicina, es formar médicos que realicen su práctica en un contexto de servicio a la sociedad, reconociendo los valores humanos y culturales de la misma. Teniendo en cuenta esta afirmación, es conveniente precisar que, para el desarrollo de una educación médica completa e integrada se necesita abrevar en las ciencias físico–naturales como así también en las ciencias sociales y las artes. Podemos aseverar enfáticamente que la formación médica exige la realización de una síntesis tendiente al logro de médicos competentes e integrados, científicamente excelentes y a la vez sensibles a las cuestiones socio-culturales en las que se hallan inmersos, a las particularidades de las personas que han de tratar, y fortalecidos con recursos que los conviertan en ciudadanos empáticos, peritos en el arte de curar.

Como cabe esperarse, la formación de médicos y demás profesionales del área de la salud no es una isla de excepción en la corriente general de una educación carente de objetivos claros y proyectos a largo plazo. En el panorama educativo nacional, también se constata el desbalance y la asimetría valorativa entre las Ciencias Naturales y las Ciencias Sociales.

A nivel discursivo, nadie deja de reconocer el inmenso valor de las humanidades en la formación médica, en la práctica, en el terreno de los hechos, de los diseños y las ejecuciones curriculares, estás son menospreciadas claramente. Ningún médico, en ningún foro, se atrevería a negar el valor de la relación

médico-paciente, de la Bioética o de las enseñanzas de la Historia de la Medicina; hacerlo sería incurrir en un suicidio académico. Sin embargo, cuando se plantea la necesidad de proveer a los alumnos con herramientas de inteligencia interpersonal, habilidades de comunicación, nociones básicas de semiótica, y fundamentos de los principios éticos, estos saberes, de manera sistemática, no encuentran un espacio significativo y proporcionado en el diseño curricular.

Cotidianamente, el estudiante de medicina se relaciona con los pacientes provisto solamente con las competencias comunicacionales que adquirió por el simple hecho de vivir en sociedad, nuestro egresado carece de formación en humanidades que le permitan valorar, por ejemplo: quién es ese 'otro' con el que se encuentra, cómo se debe interactuar con él para respetarlo, para conocer y resguardar sus rasgos culturales, sus costumbres y creencias. El médico no posee competencias para diseñar estrategias para una comunicación más efectiva. Desperdicia los valores y los tesoros culturales de su paciente, carece de la posibilidad de apreciar el entorno en el que éste desarrolla su vida, desaprovecha su biografía, su condición sociocultural–económica, etc.

Los currículos de las facultades de medicina hacen hincapié naturalmente en los saberes específicos que deben ser desarrollados para el ejercicio profesional. La metodología clásica consiste en transmitir conocimientos y luego apuntalarlos en instancias prácticas para el desarrollo y consolidación de las competencias médicas. Las novedades en educación médica, han insistido en la enseñanza integrada y en el aprendizaje basado en problemas. Últimamente se insiste en la integración de la enseñanza de la medicina con los servicios de salud, de modo que la formación de los médicos y demás agentes de salud respondan a las necesidades de las comunidades en las que las casas de estudios se hallan insertas. Se trata de formar individuos que no sólo 'sepan', sino que 'sepan hacer' de manera prudente, circunstanciada, y eficaz las prácticas inherentes al saber médico. Reciben el nombre de competencias médicas, o competencias clínicas, y deben ser enseñadas significativamente y evaluadas racionalmente con el fin de acreditar pericia.

Nuestra experiencia durante años de intentar incluir las humanidades de manera sustancial en la carrera de médicos nos ha deparado algunos aciertos y numerosos fracasos. La desintegración del saber hace que las materias de los años superiores 'borren con el codo', lo que las materias humanísticas 'escribieron con la mano durante los primeros años de la carrera'. Después de recorrer un

largo camino hemos llegado a la conclusión de que las humanidades deben ser incluidas como un eje troncal en el currículo de la carrera de médicos, de modo que, creciendo en complejidad, se acompañe al alumno en la medida que el mismo va adquiriendo los hábitos propios en las materias clínicas. En pocas palabras, que las humanidades custodien la adquisición de los conocimientos y habilidades clínicas por parte de los educandos.

Las humanidades médicas, deben hallarse integradas con las disciplinas clínicas de modo que, en forma conjunta y complementaria, faciliten la aprehensión por parte del alumno de las competencias exigidas para un profesional de la salud. Ésta es la tesis de fondo del presente trabajo.

Estamos convencidos que mientras las humanidades médicas permanezcan a un costado en la educación de los médicos, mientras sólo representen elementos decorativos del currículo, mientras esté bien vista su inclusión, pero no se sostenga de manera efectiva su importancia, no van a representar un aporte sustancial en la formación de los médicos. Si las humanidades médicas no aportan lo suyo para el logro excelente de las competencias clínicas, su lugar curricular periférico no variará.

Acá comenzamos a mordernos la cola en este artículo, estamos volviendo al principio. En el contexto de la educación médica actual, no es un lujo que un médico conozca de literatura, teatro o ciencias sociales, es un imperativo categórico que las competencias clínicas que éste adquiera estén ordenadas, enriquecidas, y potenciadas por ese conjunto de saberes humanos que hemos denominado Humanidades Médicas.

A modo de ejemplo

La correcta confección de una historia clínica es una competencia médica básica. Es indudablemente una de las más importantes, y se constituye en imprescindible para la práctica por varias razones que van desde su validez para el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, hasta para dar fe del proceder médico en situaciones de conflicto. Para su elaboración, el estudiante de medicina debe adquirir un pool de habilidades que tiene que llevar a la práctica de manera correcta y completa.

Usualmente, sin tener en cuenta la complejidad y características que una historia clínica posee, se intenta enseñarla de un modo algo compulsivo para el estudiante. Acontece en su primer contacto con un paciente, lo que ya de por sí constituye una ocasión trascendente. El alumno, casi de manera inaugural, debe emplear competencias de comunicación, además de las habilidades del examen clínico que se practican inmediatamente luego de la anamnesis.

Las humanidades médicas integradas a la semiología permitirán que se adquiera cabal noción de esa instancia que se denomina 'interacción humana' en la ocasión del vínculo médico-paciente. Le advierte al estudiante, la realidad de un 'otro' sufriente, de un ser parecido a sí mismo que está atravesando una etapa de su vida en la que necesita atención y cuidado. Le indica que se trata de una persona autónoma, que reclama para sí consideración y respeto por el simple hecho de ser un semejante. Por ese motivo, debe ser tratado con respetuoso cuidado, estando atento a sus necesidades y siendo considerado con las expresiones variadas de su innegable autonomía y libertad. El paciente, generalmente hospitalizado en algún establecimiento de la salud pública, consciente en ser abordado por un alumno, avisado que de esa manera colabora en la formación de un futuro médico. No está obligado a colaborar, autónomamente decide cooperar.

Para optimizar esa oportunidad de encuentro, es necesario recibir una instrumentación básica en teoría de la comunicación, ella nos habilitará a percibir que el ser humano se encuentra siempre en un entorno comunicacional. Que, aún en el silencio, nunca deja de comunicar, que lo hace de manera verbal brindando información, sentimientos, emociones y estados de ánimo. Que, a la vez, se expresa de manera no verbal, mediante la coloración de la piel, la sudoración, los gestos y las posturas corporales se adopta durante la entrevista. Es necesario conocer que el lenguaje no verbal es de tal importancia que califica al lenguaje verbal. En un conflicto de información entre ambos lenguajes, el no verbal resulta más veraz.

El alumno debe estar advertido de que las expresiones comunicacionales están siempre contextualizadas, que un discurso cualquiera se realiza en un escenario circunstancial que lo condiciona. En la comunicación se expresa la pertenencia cultural del paciente, modismos, neologismos, sustantivos, adjetivos y verbos son expresados desde su propio universo cultural. Si ese detalle no es tenido en cuenta, resultará improbable alcanzar la complejidad del

signo empleado, poniéndose de manifiesto un distanciamiento de la realidad del paciente y una pérdida significativa de información relevante.

El estudiante de medicina debe saber que además de biología un ser humano es una biografía. Posee un pasado, tiene memoria cultural que le otorga pertenencia a un grupo de hablantes que comparten simbología y sentido. La narración de la historia personal tiene mucho que ver con la historia médica. El paciente es lo que vemos, lo que tenemos ante nosotros, el emergente de un universo cultural y grupal que nos es ajeno, y que sólo a su través podemos intuir. En ese sentido ese otro parecido a nosotros que tenemos delante, es propiamente un misterio a develar.

Tener habilidades y competencias comunicacionales, le permite al estudiante, modular sus propias intervenciones, escuchar participativamente lo que el paciente le dice, observar críticamente la información que tiene ante sí, intuir la verdad en medio de la confusión. Conocerá la forma de construir preguntas oportunas que le den la mayor cantidad de información con la menor intervención posible. Le alertará cuando la entrevista está resultando incómoda para el paciente, cuando éste tiene otros intereses más inmediatos, cuando conviene dejar hablar y cuando conviene participar para producir orden en la comunicación, para saber diferenciar el 'ruido' de lo importante.

Las habilidades comunicacionales, el análisis crítico y algunos rudimentos de argumentación, permitirán que el estudiante logre expresar de manera sintética y completa los datos que ha obtenido, consiga valorar la calidad de la información recibida, y logre conformar un discurso coherente y consistente que le permita compartir su trabajo con los pares y con los docentes.

El examen físico demanda otras habilidades que las humanidades médicas pueden ayudar a desarrollar, el razonamiento colaborará en la construcción de esas unidades complejas que denominamos síndromes. Las competencias comunicativas logradas, capacitan al individuo, no sólo para hacer una historia clínica, sino para participar con tino y provecho de las innumerables instancias comunicativas que forman parte de la vida del profesional médico.

Concluyendo

Hemos alertado sobre un grupo complejo de saberes que hemos denominado humanidades médicas, hemos valorado su inclusión en los currículos de las facultades de medicina. Hicimos algunas consideraciones epistemológicas vinculadas con la índole científica de las humanidades. Intentamos justificar la inclusión de las mismas de manera significativa y troncal en la formación de los médicos y de los agentes de salud en general. De entre la enorme variedad de competencias clínicas que pueden ser potenciadas por las humanidades escogimos lo básico, la confección de la historia clínica. Mostramos, de manera sucinta, el modo en que saberes estrictamente médicos pueden recibir con beneplácito y beneficio, la incursión complementaria de las humanidades médicas. En ese contexto nos gustaría decir: la confección de una historia clínica es un asunto propio de la semiología y de las humanidades médicas, particularmente de la teoría de la comunicación.

Es allí donde deseamos ir. Como dijimos antes: hemos advertido que, si las humanidades no potencian las habilidades clínicas, siempre serán consideradas periféricas. Si no complementan y enriquecen las competencias médicas, nunca pasarán de ser un decorativo prescindible. Si los docentes de la facultad de medicina advertimos que las humanidades jerarquizan nuestro trabajo, ellas nos permitirán tratarnos más humanamente y realizarán la sintonía fina de nuestras interacciones. De ese modo, es posible que estemos mejor predispuestos a dar el paso de incluirlas de manera troncal en el currículo.

No pretendemos haber agotado este vasto tema, por el contrario, estamos convencidos que amerita una publicación más amplia, con mayor fundamentación, y sobre todo con profusión de ejemplos concretos y experiencias demostrativas. Por ahora sostenemos la tesis esbozada, dándole una expresión definitiva: Para que las humanidades médicas se consoliden de manera definitiva en las escuelas de medicina, es *conditio sine qua non* que participen eficazmente en la adquisición y ejecución de las competencias clínicas.

Capítulo 12:
La índole metafórica de la relación médico–paciente

> De metáfora (gr.). Metá: más allá y phero llevar. Tropo que consiste en expresar, en lenguaje figurado, una idea de analogía o semejanza.

La metáfora no ha tenido muy buena prensa en la literatura científica y filosófica en general, sobre todo y particularmente, en la corriente analítica. Se la ha criticado y menospreciado como recurso lingüístico, acusándola de tener un mero valor decorativo o retórico. Se la considera inapropiada para textos que se supone, deben tener exactitud expresiva y proponer univocidad interpretativa. La batalla contra la metáfora ha resultado denodada y su definitiva derrota se ha dado por lograda. Sin embargo, desde hace un tiempo se pretende reivindicarla como elemento de valor en los enunciados de tipo científico, tanto que se sostiene que la bibliografía que hace mención al valor cognitivo de la metáfora "resulta realmente oceánica".

Las expresiones usadas en el párrafo anterior, "batalla denodada", "derrota" y "bibliografía realmente oceánica", dan testimonio del valor de la metáfora como recurso efectivo a la hora de efectuar descripciones y distinciones. Por medio de ellas se pretende expresar analógicamente que, el problema con la metáfora es realmente arduo, que se efectivizó una desaparición del tropo mencionado y, en fin, que la bibliografía es tremendamente abundante. Abundante como el agua del mar, en donde el investigador corre el riesgo de perderse si no cuenta con la pericia necesaria para orientarse en él.

Esto que ocurre ciertamente en la elaboración de textos de corte científico, no sucede en verdad en las interacciones cotidianas entre los seres humanos. Particularmente en la relación médico-paciente constatamos que la

metáfora es la moneda más corriente del diálogo entre los participantes del encuentro, y que, en ese espacio de interacción, o espacio cognitivo común, se erige como parte sustancial del entramado comunicacional.

En su mayor parte, los contenidos cognitivos y también el intercambio de valores se transmiten en la relación médico-paciente envueltos en paquetes metafóricos. La claridad del lenguaje estrictamente científico del médico, en muchos casos, es deficientemente entendida por parte del paciente; los resultados de los exámenes complementarios, las estrategias diagnósticas y terapéuticas, deben ser explicados por el profesional en un lenguaje que le sea familiar al paciente. De ese modo, el habla del médico debe adecuarse a la del paciente para poder mantener un vínculo operativo y operante. Esa adecuación del lenguaje se efectúa, entre otros recursos discursivos, mediante la metáfora. Se logra transmitir el mensaje apelando a un giro lingüístico que, rodeando la esencia, se transforma en un bocado que el paciente puede digerir. Debemos reconocer que aquella entidad a la que llamamos paciente, no es más que uno de los reduccionismos con los que los médicos solemos simplificar la realidad. La palabra 'paciente', encierra una miríada de realidades asombrosamente diversa y vastamente sorprendente, con la que los 'médicos' (otra simplificación) interactuamos cotidianamente.

En una oportunidad recurrí a al siguiente modo de explicar el fenómeno del deterioro cognitivo en un paciente afectado de múltiples pequeños infartos cerebrales a causa de una hipertensión arterial severa. Este individuo nació y se crió en una zona rural y fue agricultor toda su vida. Había sufrido en dos ocasiones sendos Accidentes Isquémicos Transitorios, AIT en la jerga médica. Las secuelas más aparentes consistían en una leve dislalia y en un deterioro leve de la memoria. Le expliqué que, así como ocurre en el campo cuando los canales de riego se ensucian y dejan de cumplir su función, a las arterias les sucede algo similar. Los sectores del campo que eran alimentados por el agua que ahora ha dejado de correr se secan y se hacen improductivos, algo parecido le pasa al tejido cerebral que las arterias han dejado de irrigar. El rendimiento del campo en sentido global decrece, lo mismo le ocurre a nuestro cerebro en circunstancias como éstas. Bien, tanto el campo como nuestro cerebro tienen una asombrosa capacidad de recuperación, en el caso del cerebro eso se llama plasticidad y podemos apostar a que, controlando la patología de base, es decir la presión arterial alta, el deterioro se puede hacer más lento y eventualmente minimizar el daño.

Un ejemplo sencillo de cómo en los diálogos de consultorios se maneja el lenguaje metafórico con el fin de tornar explicables conceptos que de otro modo resultaría muy engorroso comunicar. La metáfora, es ciertamente menos precisa que el lenguaje técnico, pero mucho más esclarecedora en muchos casos. El paciente –incurriendo nuevamente en la peligrosa generalización a la que más arriba nos referimos– en general prefiere al médico que es capaz de hacer un diagnóstico y que a la vez sepa transmitirlo adecuadamente. Esto forma parte del nuevo perfil de paciente que, dejando atrás la época de paternalismo médico, desea tomar parte del devenir de su propia dolencia. Sólo desde una adecuada comunicación del diagnóstico, del pronóstico y de la propuesta terapéutica, se podrá aspirar a un genuino respeto por la autonomía y por lo tanto a un consentimiento sensatamente informado.

Considerando el discurso desde la perspectiva del paciente ocurre otro tanto, hace unos días ingresó al consultorio una señora que concurría por primera vez. Después de saludarnos cortésmente me miró a los ojos y me dijo: "Doctor, me siento como si un toro me hubiera pasado por encima", era la descripción exacta del síndrome general infeccioso que la aquejaba. Padecía sencillamente un síndrome febril de tipo gripal y con su metáfora hizo blanco en el preciso centro de la sensación que esa patología produce, astenia, mialgias, anorexia. "Siento un pistoneo en el pecho" me dijo una vez un paciente haciendo referencia a la Fibrilación Auricular que desde hacía unos minutos lo aquejaba. Desde la óptica del paciente el lenguaje metafórico resulta de alta precisión para trasladarle al médico su dolencia. Habitualmente decimos que el hígado es el laboratorio del cuerpo humano, entre los residentes es normal decir que alguien que presenta trastornos nerviosos está enfermo de la azotea o que se nos parte la cabeza cuando padecemos una migraña.

Hace un tiempo leí en el diario La Nación acerca de un homenaje al Dr. Julio Palmaz, inventor del "stent", una malla que se implanta en el interior de las arterias para evitar la reestenosis o cerramiento de las mismas. Haciendo referencia al corazón la publicación sostenía: "...es el símbolo preclaro de la afectividad: vida y calor, amor y valentía, esperanza y temor, tienen su sede material en ese inquieto músculo, hermano del fuego por su temperatura, color y poder vivificante." Un ejemplo notable de la metáfora puesta al servicio de la poesía en el mismo seno de la ciencia.

Las metáforas, en general consideradas periféricas en el lenguaje de la ciencia, forman parte de nuestra propia estructura cognitiva. Son generadas a su vez, por la experiencia básica de nuestro modo de ver y hacer el mundo. Debemos considerar a las metáforas como una de las más valiosas puertas de entrada a nuestro propio aparato cognitivo, así como un elemento de primer nivel en la interacción con nuestros pacientes. Al decir de un amigo de Pamplona: "... hasta ahora no habíamos caído en la cuenta de la naturaleza básicamente metafórica de todo nuestro lenguaje."

En un interesantísimo trabajo, el Profesor Jaime Nubiola, filósofo de la Universidad de Navarra, destaca que hay tres tipos de estructuras conceptuales metafóricas, a saber:

1. las metáforas orientacionales,
2. las ontológicas y
3. las estructurales.

Las primeras organizan nuestra percepción del mundo sobre la base del sistema de referencia que instaura nuestra propia constitución física. De ese modo hablamos de arriba y abajo, adelante y atrás, adentro y afuera, central y periférico y le otorgamos significados operativos y axiológicos. Les asignamos jerarquía y preeminencia de acuerdo a nuestra propia posición en el mundo. El número uno en los podios es el que está más arriba, hablamos de casa de altos estudios, decimos que estamos up cuando nos sentimos bien. Por el contrario, a lo malo lo ponemos abajo, nos referimos al infierno y miramos al piso pues asumimos que está más allá del suelo, decimos que estamos "bajoneados" o que estamos down. El corazón es importante pues es un órgano central, los pies no lo son tanto pues están abajo y son periféricos. Decimos que el paciente cayó en un pozo depresivo y por el contrario que fulano de tal fue dado de alta.

Las denominadas metáforas ontológicas son llamadas así pues dan jerarquía de entidad a aquello a lo que se refieren. Por ejemplo, la mente humana es un recipiente al cual nos referimos diciendo: no me cabe en la cabeza, tengo la cabeza vacía, eres un cabeza hueca o tengo una melodía en la cabeza. Nos referimos a la cabeza como un zapallo, un balero, etc. Cuando no podemos aprender a tocar el piano, decimos que en lugar de manos tenemos muñones. Podemos decir a alguien ocurrente, 'eres una verdadera caja de sorpresas' o podemos referirnos a alguien generoso diciéndole: 'tienes un corazón enorme'.

Las metáforas estructurales son aquellas que nos permiten conocer algo sobre la base de la idea que tenemos de otra estructura. Por ejemplo, decimos que un discurso es un tejido en el cual puede fallar el hilo argumental. Nos referimos a nuestra vida como un prolongado viaje que comenzó cuando nacimos. Nuestros nervios son aquellos cables que llevan la energía nerviosa por todo nuestro cuerpo. Los ojos son las ventanas del alma, se puede ver a través de ellos.

En nuestro caso concreto para dar entidad a una idea inmaterial nos referimos a que entre el médico y el paciente se pone de manifiesto un espacio cognitivo común.

Estos tipos de metáforas y los escasos ejemplos que hemos consignado nos dan una idea del lugar que ellas ocupan en nuestro psiquismo y de la importancia que tienen en nuestras interacciones. Cabe acotar y recordar, que toda la actividad metafórica de nuestro lenguaje y de nuestro pensamiento está cimentada en algún tipo de experiencia previa que conforma el sustrato material de ambos y que a su vez es el ingrediente compartido, en más o en menos, de las interacciones que nos tienen como protagonistas.

En el espacio de la interacción, como vimos, "las metáforas espaciales nos permiten conceptuar nuestras emociones en términos mejor definidos que las emociones mismas." Sin ellas ¿cómo haríamos para definir nuestro estado de menoscabo, de apocamiento? Diciendo que nos encontramos "bajoneados" estamos dando cuentas de nuestro abatimiento y agobio, es más, con nuestro propio cuerpo anunciamos la metáfora, nuestros ojos miran hacia abajo adoptamos una postura gibosa, nuestra piel esta cérea, nuestra actitud general nos echa por tierra. Dando una vuelta más a la tuerca, las mismas palabras menoscabo, abatimiento, apocamiento, tienen un resabio metafórico, anuncian lo menos, lo bajo, lo poco.

"¿Qué anda haciendo por este pago?", les digo a mis pacientes que han recorrido kilómetros para venir a la consulta. "Y... aquí andamos medio chacaos (achacoso, gastado, enfermo)", me contestan. Las metáforas son capaces de ayudarnos a crear un ambiente, un medio conceptual y afectivo en donde la consulta tenga un desenvolvimiento natural.

Además, las metáforas son poderosas transmisoras de los valores que se ponen de manifiesto en la interacción con los pacientes. Son capaces de

crear realidades, y de efectuar la conversión de las realidades de manera que puedan ser compartidas con los interlocutores. El mundo que se comparte en la RMP se edifica sobre la base de una metaforización compartida que, en algunas oportunidades es maravillosamente original y creativa. El diálogo que se hace ostensible entre el médico y su paciente no está alejado del mundo de la vida, todo lo contrario, se halla profundamente enraizado en él y por lo tanto participa en la intercomunicación de lo que es real para cada uno de los participantes.

> Tengo el alma desgarrada, una sensación acuciante de soledad y abandono de mí, mis fuerzas se han ido y lo peor es que creo que se han ido para siempre. Siento que nadie puede ya ayudarme, no culpo a nadie, todo lo contrario, todos tratan de acercarse a mí, pero nos separa un abismo de angustia y desesperación. He caído en un pozo sin fondo en el cual solo reina la oscuridad y los ominosos anuncios de la muerte. He llegado hasta aquí en busca de algún tipo de redención, mis merecimientos son escasos, sólo me cabe contarle acerca de mi padecimiento en la desesperada espera de una mano que se atreva a sostener mi alma empobrecida.

Un médico, vocacionalmente sólido y formado con sensibilidad humanística es incapaz de desoír esta catarata de metáforas de auxilio. Un médico enraizado en la tradición de asistencia y cooperación entre los humanos que se remonta al inicio de los siglos, carcomería críticamente su razón de ser en este mundo si hace oídos sordos a este llamado. El médico es él mismo una metáfora universal de cuidado. Resulta ser un deber para consigo mismo, para la sociedad que lo formó y para con los sueños que soñó, cobijar entre sus manos el alma de su semejante que eligiéndolo lo distingue.

Capítulo 13:
Entre genes y moléculas, las metáforas

La medicina de hoy está signada por los adelantos científicos de la biología. Desde el notable auge de esa ciencia en el siglo XIX, los médicos se asemejan más a los biólogos en sus laboratorios, que a sus colegas que años atrás hacían la ronda domiciliaria visitando a sus pacientes con su pequeño maletín de cuero negro como toda armadura. Los logros científicos y las promesas que esos éxitos generan, han contribuido a modificar y definir el perfil de la medicina y del médico. El paradigma biomédico, de fuerte penetración en la práctica y en la formación académica, pone –podríamos decir– un inconmensurable énfasis en lo ultramicroscópico. De ese modo define una forma de ser médico y una manera de hacer medicina que, a los que hemos sido formados en la clínica clásica, nos resulta al menos algo extraña. Los diversos métodos complementarios de diagnóstico han cobrado tanta importancia y tanta difusión en las redes que, en numerosas oportunidades, el mismo paciente es el encargado de incitar al médico a solicitar los estudios que le permitan averiguar su "colesterol malo" y su "colesterol bueno", por citar sólo un ejemplo cotidiano. La influencia de los medios de comunicación masiva y actualmente la Internet, han popularizado de tal manera las cuestiones médicas que las personas concurren al médico sólo para certificar que están a salvo de aquellas amenazas que invaden los periódicos, la radio, la televisión y la "red de redes". Hacerse un chequeo médico, sin saber acabadamente lo que ello significa, es considerado una ocasión con reminiscencias turísticas. A veces nos parece que se nos invita a hacer de guías baqueanos en un organismo que no debe presentar ninguna anomalía. El paciente no concurre a la consulta propiamente a "consultar", sino a satisfacer sus dudas y calmar sus ansiedades, pretende hallar un médico cómplice que satisfaga sus inquietudes y temores. En otras oportunidades, es cierto, concurre al consultorio para aclarar puntos oscuros y déficits comunicativos y de compromiso que ha padecido en la visita a alguno de nuestros colegas.

Sin que mi deseo sea hacer una pretendida defensa de la posición paternalista del médico –por otra parte, un hecho ya acabado– reclamo para nuestra actividad que el paciente se presente a la consulta manifestando una genuina necesidad. En muchos casos el pedido es claro y manifiesto, en otros se encuentra solapado y es la pericia comunicativa del médico la que lo debe hacer salir a la luz. La expresión inaugural y detonante del vínculo de un médico con su paciente es la manifestación de la necesidad. Esto no resulta ser una actitud caprichosa de parte del profesional, sino el modo adecuado de encarrilar la consulta médica dentro de la proposición correcta, a saber: una persona que manifiesta una necesidad particular, se encuentra con otra persona que se postula predispuesta y dotada de las competencias para satisfacerla adecuadamente.

Sin embargo, ocurre que en el paradigma biomédico hegemónico lo importante, la relación médico-paciente, se ha desviado hacia el develamiento rápido de los valores bioquímicos y las imágenes. Algunos científicos, a mi juicio, demasiado optimistas, pregonan acerca de la cura definitiva de la mayoría de las enfermedades gracias al incesante esclarecimiento del genoma humano. Especulan, que un acabado conocimiento del mismo, permitirá su manipulación al punto de que las tendencias genéticas al desarrollo de determinadas patologías, pasarán a la historia definitivamente. Este entusiasmo desmesurado hace acordar a las mejores épocas del auge del positivismo a finales del siglo XIX. En esa época se decía que sólo restaban dos o tres los problemas que a la Física debía solucionar, la mayoría de las cuestiones ya estaban resueltas. Un optimismo engreído teniendo en cuenta que en esa época aún no se conocían ni la teoría de la relatividad, ni la física cuántica.

La esperanza de solucionar todas las patologías del ser humano por este medio, aspira a ser el logro emblemático y final del paradigma biomolecular. Se atreve a vislumbrar la posibilidad de hacer terapéuticas particulares a la medida de cada paciente. Un sueño enormemente atractivo y seductor que deja de lado, como cuestión de poca monta, todo aquello que tenga que ver con la interacción entre los hombres, los problemas que éste enfrenta en sus comunidades, las cuestiones relativas a los entornos sociodemográficos, políticos y geográficos que interfieren directamente en su salud. Se tiende a desmerecer y desvalorizar la Relación Médico-Paciente. Las consideraciones relativas a la atención, a la interacción entre dos seres humanos, a la forma y el lenguaje, pasan a ocupar un lugar secundario en esta perspectiva estrictamente biologicista.

Pareciera aspirarse a razonar de este modo: si poseo el misil biomolecular de acción selectiva, carece de importancia la mano que manipula ese misil. Tiene más valor el laboratorio que lo ha desarrollado y que no conoce el rostro ni las particularidades del paciente, que el criterio médico que decide su utilización. Todo el contexto psico-socio-espiritual del enfermo y de su médico, se convierte en un telón de fondo de importancia secundaria frente a la especificidad del agente terapéutico empleado.

Este tragicómico pronóstico postula, que la figura del médico pasará a ocupar un lugar operativo meramente técnico que bien podría ser reemplazado por una memoriosa y eficaz computadora de diagnóstico y tratamiento.

En ese mundo de moléculas y genes se extrañará sin dudas la presencia de las metáforas. Aquellos recursos del lenguaje que permiten la aproximación de los hombres entre sí, que hacen que el encuentro entre los humanos carezca de la especificidad unívoca de la biología molecular proponiendo en cambio, un terreno interaccional resbaladizo que se parece más a la vida. Las metáforas y el lenguaje en general, posibilitan que los hombres vivencien el hecho de compartir sus vidas y modestamente intenten mantener una conversación empática. Los mundos fenomenológicos de los participantes de la relación médico-paciente se expresan mediante el uso de recursos lingüísticos variados que, así como el agua se introduce entre los intersticios de las piedras, la palabra lo hace entre los intersticios del alma humana.

El relato del paciente, cargado de lo que frecuentemente damos en llamar imprecisiones, indica el sendero tortuoso que el médico debe recorrer hasta su objetivo. El caldero con el oro del diagnóstico, se encuentra en uno de los extremos del arco iris de palabras que el paciente emplea para manifestarnos su dolencia. El médico advertido sabe, como decía Lewis Caroll, que "cualquier camino es bueno si se sabe a dónde llegar". El objetivo, por más que se me acuse de romántico, es el corazón del sufrimiento del paciente. La puerta de ese corazón se abre desde adentro, o conociendo la palabra mágica que nos permite el acceso. El "Ábrete Sésamo" de la relación médico–paciente es el uso oportuno de la disponibilidad médica expresado en las palabras: "¿Qué cree que puedo hacer por usted?", "¿Cree que yo en realidad puedo hacer eso que usted me pide que haga?". "¿Confía usted en mí?"

Un uso oportuno, las competencias comunicacionales adquiridas y la pericia del médico, le permitirá acertar con el momento-lugar de su uso. Estas preguntas apenas ingresado el paciente en nuestro consultorio nos expondría a un flagrante fracaso. Sin embargo, formularlas una vez que el paciente ha expuesto sus dolencias y manifestado explícitamente su necesidad, permite que el médico ingrese al recinto sagrado de la intimidad del otro ser humano. Ese ingreso, debe ser hecho con una actitud reverencial, con los pies descalzos, con la cabeza gacha y las manos muy, pero muy limpias.

Todo ser humano merece que otro hombre se postre ante su realidad en una actitud reverente. Todo hombre encierra en su corazón un sagrario inexpugnable cubierto de telarañas de gozos y sombras, de mezquindades y de amores que, en rarísimas oportunidades admite ser visitado a prudencial distancia por alguien, y nunca permite su observación prístina. Acaso ni su dueño tenga la perspectiva completa y absoluta del sagrario que porta entre sus moléculas y sus genes.



Humanidades médicas

Hacia la optimización de la práctica clínica



Está suficientemente demostrado que las humanidades no deben ser valoradas por su utilidad inmediata; en general, las mismas, se van sedimentando en el complejo aparato cognitivo y emocional del estudiante, de modo que sin darse él cuenta, gravitan en su desempeño, y sobre todo gravitarán oportunamente en su práctica profesional. Sin embargo, a la hora de transmitirlas, es necesario que se justiprecie la pertinencia de estas disciplinas denominadas "soft" en la carrera de formación de los médicos, y que se visualice nítidamente el modo en que pueden optimizar la práctica clínica. Ambas cualidades las volverán deseables, necesarias y apetecibles y, eventualmente, imprescindibles.

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

ISBN 978-987-4971-47-0