

Proceso Salud y Enfermedad: Crisis del Paradigma Biomédico

Rubén Roa

Los doctores son hombres que prescriben medicinas que conocen poco, curan enfermedades que conocen menos, en seres de humanos de los que no saben nada. *Voltaire (1694-1778)*

Introducción

No es habitual que los médicos

reflexionemos acerca de los conceptos epistemológicos que subyacen a nuestra práctica.

Asumimos que el mismo es un tema terminado, y más aún, poco relevante para el cuidado de nuestros pacientes: el método científico da todas las respuestas que nos son necesarias para actuar, y cuando no existen respuestas para algún problema se debe tan solo a que aún no se ha llegado al conocimiento integral del fenómeno, a través del método citado. Es decir el mito del progreso como un modelo lineal de acumulación de conocimiento, y cuyas respuestas son sólo cuestión de tiempo o de tecnologías para que nos sean reveladas. Dicho método científico, a su vez se expresa en nuestra práctica a través del modelo biomédico, o como solemos decir el "Método clínico". Y no parece necesario ahondar mucho en temas que escapan a los problemas diarios, y que por otro lado están en apariencia, *resueltos*.

Un paradigma es una representación mental, socialmente aceptada, que da el marco conceptual a todo lo que pensamos, sentimos, hacemos y decimos. Es la manera a partir de la cual vemos la realidad, y por lo tanto el sustrato que da lugar a nuestras acciones.



Lección de Anatomía. Rembrandt.

Hay demasiadas cosas que aprender, y el preguntarse sobre las ideas que fundamentan nuestra práctica no siempre es fácil. Las palabras son difíciles, y el correlato práctico aparenta ser escaso. Necesitamos respuestas urgentes para problemas cotidianos. Pruebas consistentes con nuestro propio modelo de ver la realidad. Y el modelo biomédico y nuestra concepción de la salud y la enfermedad, como paradigmas, aparecen como

claros y permanentes. Este último punto no resulta menor, ya que está sobradamente demostrado el hecho de que solemos prestar mayor atención a todo aquello que confirme nuestros conocimientos o forma de ver la realidad, y aquello que no encuadra con la misma, es rápidamente desechado. La incertidumbre si bien es inherente a la realidad en la que vivimos, genera angustia, y a nadie le resulta agradable replantearse rígidos esquemas aprendidos desde inclusive la niñez. Aún cuando esos esquemas hayan sido planteados en un mundo que ciertamente hoy no existe. O acaso se piensa que es igual el mundo de hoy a aquel en el que empezó a aprehender la realidad un médico que hoy pueda estar en sus 30 o 40 años. O el estudiante de medicina que hoy se está recibiendo, y que en la época en que nació, alrededor de 1980 recién aparecían los primeros casos del SIDA. O, ni hablar de los médicos que hoy ejercemos nuestra práctica diaria y sabemos tanto del genoma humano como lo sabe cualquier lego que lea el suplemento de salud de un periódico. Es evidente que el mundo cambió, nuestros conocimientos cambiaron, y por cierto también nuestra forma de ver la realidad también cambia, y quienes así no lo perciban se encontrarán como Kenneth Boulding¹ (economista y sociólogo), quien afirmaba en 1980 que en el exacto momento en que escribía sus líneas la humanidad se encontraba en la mitad de la historia de la ciencia, ya que los descubrimientos mayores que signaron el fin del siglo XX son producto de los últimos 50 años de la historia de la ciencia, que produjo un material semejante al producido en todo el resto de la historia de la humanidad, lo que no es poco si se piensa que se calcula nuestra existencia como especie en 70 mil millones de años. Es decir que 69.950 millones de años aproximadamente nos separan desde el principio de los tiempos hasta el descubrimiento del ADN por Watson y Crick. Y evidentemente la biología antes y después de tal descubrimiento no pudo ser igual, pese a Darwin, pese a Mendel.

Los médicos solemos vernos cómo científicos y a nuestra práctica enmarcada dentro del método científico, algo de lo que nos jactamos, con un absoluto desconocimiento de que implica realmente aceptar este método, sus limitaciones, y las concepciones epistemológicas e ideológicas que sustentan al mismo. Esto no sólo es pensado así por los médicos, sino también por la sociedad en su conjunto. El lugar de la ciencia es deificado, a un punto tal que toda nueva innovación científica es altamente estimada por los médicos, y llevadas a la práctica, pese a que Sackett y Cochrane ya hace más de 30 años, al igual que Ivan Illich – a principios de los '70 – nos advertían de la escasa efectividad de muchas de las nuevas tecnologías, y peor aún, este último advertía sobre la iatrogenia en la medicina, que 30

En 1990, Sackett, demostró que tan sólo un 20% de las actividades que se realizan en la práctica clínica tienen evidencia científica que la sustente. Esto dio lugar al movimiento conocido como Medicina Basada en la Evidencia, o para ser más precisos Medicina Basada en Pruebas.

años después, en el año 2.000 el presidente Clinton en EE.UU, puso en evidencia al mostrar como la cantidad de muertes por prácticas médicas (no necesariamente malapraxis) se ponía a la par de la mortalidad de la letalidad por enfermedades crónicas frecuentes como la diabetes, por dar sólo un ejemplo. Tan sólo en el año 2004 ocurrieron 120 mil muertes atribuibles a reacciones adversas a medicamentos en los Estados Unidos. Sin embargo, esto dio lugar a otro movimiento, aún incipiente, conocido como "error médico", donde se hace énfasis en el error de los profesionales (que sin duda existe), obviando un hecho mayor cual es que el error se basa en conductas regidas por paradigmas que son incapaces de dar cuenta de la verdadera naturaleza de los problemas, y sobre estos últimos es poco lo que se dice y escribe. Esto se agrava cuando encontramos la alta variabilidad en la práctica médica, común en todos los países, y la escasez de evidencia científica validada para las mismas, tal que Sackett a finales de los `80 demostró que menos de un 20% de las actividades que realizamos tienen un fundamento científico validado, palabras que dieron lugar a lo que hoy conocemos como un nuevo movimiento dentro de la comunidad médica, conocido como Medicina Basada en la Evidencia, la cual también tiene sus limitaciones como veremos en el módulo correspondiente. Con este pequeño escenario, vale entonces replantearse bajo que sustento epistemológico ejercemos nuestra práctica médica, ya que si hablamos de crisis ésta no es más que un epifenómeno de una crisis mayor, que tiene que ver con el cambio social que estamos viendo, reflejado en la cultura - categoría social - , modelos de producción de bienes y consumos - cambios económicos y laborales - , modelos de distribución - categorías políticas - , nuestra relación con el medio ambiente - categoría ecológica - y obviamente nuestra producción científica, que es un modo particular de la categoría cultural de toda una sociedad.

Desde que tenemos memoria, escuchamos hablar de crisis en la medicina, aunque por cierto también de crisis en casi todos los aspectos de nuestra cultura. Vivimos una época de crisis permanentes, donde la realidad no se presenta maniquea, pese a que muchos quieran imponer blanco sobre negro, el entorno en el que nos manejamos tiene una gama de grises variada, y es ese el contexto en el cual nos movemos, es decir que nos movemos en un contexto de constante incertidumbre, a lo cual los médicos - cómo cualquier otra persona en las sociedades occidentales - tememos, y por tanto da lugar a que la Medicina Basada en Pruebas aparezca para dar respuestas, aún a costas de transitar el delgado hilo que corre entre ciencia e incertidumbre, la cual esta última es en realidad inherente a la ciencia misma, tal cual Karl Popper nos mostrara en sus escritos. Y entonces podemos preguntarnos si esta crisis es simplemente que estamos haciendo las cosas mal (ya que *aparentemente* sabemos lo que esta bien o mal, y por ende aceptamos la existencia de "leyes naturales"), o nuestros modelos de ver la realidad están en cambio permanente, y por tanto nos encontramos ante una crisis profunda, de carácter estructural, donde el mundo en que nacimos no es igual al que vivimos, ni el que viviremos. Y estos cambios han comenzado a alcanzar un punto de inflexión, donde la velocidad de los mismos ya escapa a los límites

de la medicina. Los hábitos personales, el medio ambiente, la organización de los servicios de salud, la exclusión social, aparecen en toda su dimensión poniendo nuevos límites y desafíos, algunos de ellos incluso de carácter bioético, como la clonación, o la fertilización in Vitro en una mujer rumana de 64 años². La tecnología, promovida por un complejo médico-industrial, no menos poderoso que la industria armamentista, nos hace replantear diversas cuestiones. Una de ellas es hasta donde queremos llegar, o bien hasta donde podemos llegar con éste camino. No se puede detener este avance, pero



tampoco existe un correlato de desarrollo de concepciones humanistas que antiguas civilizaciones tenían más presente que la nuestra. La medicina de por sí es un hecho cultural, antinatural por esencia, ya que intenta someter a la naturaleza del ser humano evitando

enfermedades y queriendo prolongar la vida. Esto, de por sí, es aceptado socialmente, y no tenemos duda que es un avance como civilización. Pero este avance implica desafíos tales como hasta donde podemos y debemos prolongar la vida. Nuestra cultura se resiste a la muerte y no son pocas las personas que, mientras leemos esto, se encuentran vivas en forma artificial en unidades de terapia intensiva, o pacientes de más de 90 años bajo diálisis, o pacientes recibiendo quimioterapia para prolongar, por exorbitantes sumas de dinero, la vida por unos pocos días en la mayoría de los casos. La crítica aquí

no está en si eso está bien o mal, sino en la poca discusión que tenemos sobre estos aspectos. Decisiones que son tomadas sólo desde el ámbito de la medicina, y parafraseando a Von Clausewitz ("la guerra es demasiado importante para ser dejada en mano de los generales"), podríamos decir que la salud es demasiado importante para ser dejada sólo en mano de la medicina, y los médicos. Cómo podemos observar en la figura adjunta la expectativa de vida se

La Medicina es uno de los primeros productos culturales de la humanidad. Su característica principal, tal cual la concebimos hoy, es de por sí: antinatural. Ya que intenta evitar dos situaciones inherentes a la condición humana: la enfermedad y la muerte. Esto que es socialmente aceptado y valorado, no se corresponde con la condición biológica de los seres humanos. Cultura y Naturaleza se enfrentan de esta manera en forma irreconciliable.

ha incrementado a través de la historia, aún en épocas donde la medicina tal cual es hoy concebida no era capaz de dar respuestas coherentes con los paradigmas que hoy son dominantes. Este sólo hecho muestra que la salud y la enfermedad son independientes de los sistemas de salud, y las condiciones

sociales y económicas suelen jugar un rol más activo que el que solemos atribuir a la Medicina, o en términos estrictos, a los sistemas de salud (o de enfermedad como veremos más adelante).

Los paradigmas son conceptos históricos, no necesariamente universales. Esto quiere decir que los mismos cambian a través de los años, y aún en una misma época pueden coexistir distintos paradigmas en distintas regiones³. Lo que es cierto y claro para nosotros, no lo era, ni lo será en otras épocas. Y probablemente en otras culturas también puede ser diferente. Este concepto es esencial, ya que si es claramente entendido, implica que pueden co-existir otros paradigmas, otras maneras de ver la realidad, y que no son necesariamente antagónicas o excluyentes. Y, a su vez, el conocimiento de los mismos puede enriquecer nuestra cosmovisión, y obviamente transformar nuestra práctica.

Queremos mostrar cómo distintos paradigmas han dominado nuestra cultura occidental a través de los siglos. Definiendo así modos particulares de entender a la salud y a la enfermedad, y por tanto definiendo una forma peculiar, en cada momento de la historia, de ejercer la medicina. Por tanto si los paradigmas actuales se encuentran en crisis, obviamente lo estará nuestra concepción sobre la salud y la enfermedad, y esto habrá de repercutir, inevitablemente, en nuestra práctica.

De esto trata este capítulo. De mostrar como hemos llegado a nuestro paradigma biomédico actual. Como el mismo hoy es incapaz de responder a múltiples interrogantes, y como el mismo esta siendo reemplazado por un paradigma que impregna cada día más a nuestra cultura: el paradigma de la complejidad. Y la Atención Primaria entonces, no es más que el modo natural de ejercicio de la medicina dentro de este nuevo paradigma. Y la Medicina Familiar un camino particular y regio del ejercicio de este nuevo modelo de atención primaria de alta calidad.

La historia

A cada época corresponden características que le son propias y por tanto las definen. El desarrollo permanente del pensamiento y la aparición constante de nuevas ideas modifican la cultura de los pueblos en cada una de estas etapas, y de este modo, a cada una de ellas corresponden modos de producir bienes o servicios diferenciados, distintas formas de obtener la energía, de manejar y producir la información, de ordenar la sociedad, de producir hechos artísticos, de comunicarse, de relacionarse con su entorno, etc. Y a su vez, cada una de estas transformaciones culturales retroalimenta las formas del pensamiento, y nuevas ideas, con lo que se establece una relación dialógica entre pensamiento y cultura, y entre éstos y el medio ambiente, donde el clima y los recursos naturales jugaron durante siglos un papel fundamental en la vida de nuestra especie, y aún lo siguen haciendo.

Y, a medida que aparece una nueva era, la reemplaza, a la vez que la contiene, aunque más no sea de modo marginal. De modo tal, que actualmente es posible percibir elementos de todas las épocas compartiendo un mismo momento histórico. Por tanto, si bien en un momento hacemos

énfasis en que un hecho aparece como determinante de cambios, es porque creemos sólo que ése fue el más importante, pero nunca el único, ya que los actos aislados, de por sí, no pueden generar cambios sociales, sin un conjunto previo de paradigmas que lo sustenten. Es decir que, en los procesos históricos - sociales concurren diversos factores que se interrelacionan dialécticamente, siendo los sentidos del cambio los vectores resultantes de las distintas concepciones epistemológicas que quieren imponerse en cada momento histórico, geográfico y cultural.

La era agrícola

En una época arcaica, de la que no existen casi registros, tan sólo algunas evidencias que nos hacen suponer sus usos y costumbres. La humanidad vivía en un estado simbiótico con la naturaleza, sin hacerse preguntas con respecto a sí mismo. Su acervo cultural⁴ era escaso, y transitaba su vida sin conciencia ni del tiempo ni del espacio, aunque, seguramente no le fueron ajenos el dolor, ni la angustia. Comenzaban a vivir en grupos, conformando núcleos sociales, y por tanto es de preveer que también algún tipo de organización social. Datos recientes obtenidos a partir del conocimiento del genoma humano y asociados con la paleontología, afirman que los homínidos aparecieron hace no menos de 70 mil años en la faz de la tierra, en algún lugar de Africa oriental, desde donde comenzaron a transitar un camino por distintos continentes que, pensado en los términos actuales, resulta una hazaña sin precedentes. El homo sapiens-demens, quien habría de imponerse a otros homínidos como el hombre de Neanderthal.

Las condiciones del tiempo no fueron las más propicias, ya que atravesaban una época glacial, situación que a su vez les fue favorable para poder llegar incluso a América a través del Estrecho de Bering, que por entonces se conjetura constituía un puente de hielo entre Asia y América. Ciertos fenómenos climatológicos de carácter mundial pueden haber afectado a estos primeros hombres, de modo tal que temas como el diluvio universal son una constante en distintas religiones, desde los mayas y aztecas, el medio oriente, y aún en la India. Estos relatos pueden encontrarse no sólo en el antiguo testamento, sino también en el Popol Vú, o el Bagavad Ghita entre otros. Imágenes que han quedado en múltiples hallazgos arqueológicos y que muestran la presencia del hombre en épocas más antiguas que los relatos que tenemos sobre la historia que datan de apenas unos 12.000 a 5.000 años A.C. Quizás ya por entonces el hombre comienza a tener nociones del tiempo y del espacio y percibe los fenómenos de la naturaleza como diferentes de sí mismo, asignando a aquellos sobre los que no tienen control, en especial los que le hacen daño, un carácter sobrenatural. Es la época mágica - mítica del pensamiento humano. Donde nacen las leyendas; y la razón, tal cual hoy la concebimos, estaba aún lejos de hacerse presente. La enfermedad era entendida como de carácter sobrenatural, y las sociedades tribales asignaron a alguien, seguramente con características personales particulares, el rol de comunicarse con ese Dios⁵, a fin de que este permita la curación⁶. La mortalidad infantil para esta época ha sido calculada en un 20 a 40%, y una esperanza de vida que apenas llegaba a permitir que los individuos

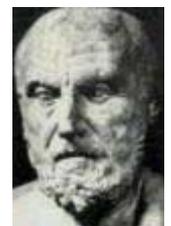
alcanzaran su edad reproductiva. Probablemente el hecho de que de nómades se transformaran en sedentarios, y la desaparición de las condiciones desfavorables de la época glaciaria (el fin de la última era glaciaria), les permitió que conformaran aldeas y comenzaran a utilizar la tierra para labrarla, y animales para criar, o como ayuda, lo que dio lugar a que el tipo de alimentación en base a proteínas aumentara en sus dietas, contribuyendo de esta manera a que las mujeres se encontraran en mejores condiciones para la parición. Esto se ve reflejado en hallazgos arqueológicos que incluso demuestran cambios en la estatura en sociedades agrupadas alrededor del río Nilo, hacia el 8.000 AC. La tecnología instrumental tampoco les fue ajena y la trepanación de cráneos con fines desconocidos probablemente haya constituido algún tipo de medicina reconstituyente. Es interesante que el hombre o la especie que nos precedió, sobrevivió a algún tipo de cataclismo, y que dio lugar a la desaparición de múltiples especies. Ahora bien, este cataclismo permitió también un aumento de la temperatura de la tierra, lo que dio lugar a que las áreas agrícolas fueran cada vez más abundantes, ya no sólo en África, sino también en el resto del mundo. Pese a ello el hombre no desapareció, y es universal el pensamiento entre los antropólogos de que su supervivencia (quizas algunos cientos de miles en toda la faz de la tierra), se deba a la capacidad del mismo del armado de las primeras comunidades, lo que permitió que este modelo de compartir información y comida, diera lugar a esta supervivencia. De ser así, no resulta menor el tema, ya que es el mismo planteo que hace Nash⁷ (Premio Nobel de Economía por sus trabajos en la teoría de los juegos en modelos cibernéticos de acción no cooperativos), donde dentro de sus teorías demuestra que determinada cuota de solidaridad, más que la supervivencia del más apto, da lugar a la una mayor posibilidad de éxitos en las comunidades (contrariando al mismo Adam Smith, quien afirmaba que el hombre es egoísta por naturaleza, y es a partir de este egoísmo que el mismo puede triunfar dentro de una sociedad, y que el conjunto de egoístas da lugar a una sociedad exitosa). Pensamiento no menor si se tiene en cuenta que ésta es una de las premisas esenciales del Capitalismo, el modelo económico nacido del pensamiento liberal que se dio a partir de la revolución francesa, y que hoy aparece como dominante y hegemónico dentro de nuestra actual civilización. Curioso pensamiento, si se tiene en cuenta que los países del Grupo de los 7, asignan un rol al estado a fin de limitar los deseos individuales y priorizar los colectivos, pero que en la práctica estos mismos países impulsan éstas ideas conocidas como "modelo neoliberal", siguiendo las ideas de Adam Smith y Milton Friedman – escuela de Chicago – a través de organismos como el Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Curioso también que el propio capitalismo haya sido salvado de la crisis de 1929 por Franklin D. Roosevelt quien aplicó políticas Keynesianas, es decir con una gran intervención del estado. Por cierto, las escuelas de economía hoy difícilmente dan lugar a estudios sobre las propuestas económicas del propio Keynes. Pero ese ya es otro tema.

Así las primeras civilizaciones de las que tenemos registro aparecen en medio oriente, en la región mesopotámica que se dio en llamar Persia, y que hoy es

conocida como Irak. Allí se encuentran los restos más antiguos que se conocen de nuestra especie, y es el lugar donde documentos como el Código de Hamurabi, y por tanto la comunicación escrita permite marcar un límite arbitrario entre la historia y la prehistoria.

El desarrollo social, en este caso la disponibilidad de alimentos, permitió que algunas sociedades dispongan de recursos abundantes, que le permitan avanzar en otros ámbitos de la cultura. Y eso fue lo que sucedió en Grecia, unos 600 años A.C. Allí una serie de filósofos comenzó a hacerse preguntas sobre el significado de la naturaleza, y luego sobre todo lo que tuviera que ver con lo humano. Lo más destacable de éstos es que empiezan a estudiar los fenómenos naturales y a desmitificarlos, a separarlos de los designios divinos. Comenzando así el largo camino del Raciocinio que dura hasta nuestros días. Por esa época Demócrito (400 A.C.) postuló que todo lo que existe en la naturaleza estaba compuesto por partículas diminutas, que constituían la mínima expresión de la materia, a los cuáles llamo átomos. Este pensamiento llevaría, siglos más tarde, a pensar que la mejor forma para alcanzar el conocimiento sobre algo era reduciéndolo a su mínima expresión (atomizándolo), fragmentándolo en pequeñas partes (Análisis), y a esto lo conocemos hoy como el modelo reduccionista. Grecia resulta un conjunto de curiosidades, ya que la ciencia ahí inaugurada, no lo hace a través de la demostración empírica, sino del racionalismo. Es decir que las conclusiones a las que llegaban, equivocadas o no, a la luz de nuestros actuales conocimientos, fueron hechas a partir del pensamiento racional y no por haber demostrado experimento alguno que corroborara sus afirmaciones. Ciencia y Filosofía constituía entonces un solo cuerpo, y las artes, la geometría y las matemáticas eran parte esencial del conocimiento elemental de cualquier pensador. Es decir un pensamiento integral de las personas y de la sociedad, a través de la política y los modelos de organización social que se dieron en la Antigua Grecia.

Hipócrates (450 A.C.) y sus seguidores de la escuela de Cos, establece una hipótesis más que interesante en el curso del pensamiento y a partir de la observación y la lógica afirma: que enfermedades consideradas sagradas (se refería particularmente a la epilepsia), no tienen mas que una causa, y esta se encuentra en la naturaleza, más que en las deidades. Por tanto, la intervención humana puede modificar el curso de los fenómenos relacionados con la enfermedad. En estos días impregnados de la nueva magia tecnológica, de sorprendentes y espectaculares resultados, las ideas de Hipócrates siguen representando uno de los más revolucionarios cambios conceptuales en la historia de la medicina, dado que llegó a conclusiones sólo a partir del pensamiento, es decir desde la razón, algo que reivindicaría recién en el siglo XVII René Descartes, aunque con algunas diferencias (no existía el método científico con su modelo empírico tal cual hoy lo conocemos).



Hipócrates

El rechazo a la concepción mágico - religiosa de su época da paso a la curiosidad y a la mirada indagatoria de Hipócrates sobre la salud y enfermedad de sus pacientes, posibilitándole hacer apreciaciones y formular

verdaderas hipótesis sobre sus causas. Sin embargo esa mirada no se detuvo en el fenómeno individual del enfermo sino que se informó también sobre las condiciones geográficas y meteorológicas que enmarcaban la vida de las comunidades que visitaba y vinculó aquellas con las formas particulares de enfermar y morir de sus integrantes, siendo el primero que otorga importancia al medio ambiente como factor influyente en el proceso salud-enfermedad. Hipócrates es sin duda, el padre de la epidemiología, y un hito en la historia de la medicina. Utilizando los términos epidemeion y endemeion, diferenció las enfermedades que "visitan" a las comunidades, de las que las que "residen" en ellas, respectivamente.

El pensamiento lógico, recién inaugurado, derivará siglos después en el pensamiento científico. Galeno desarrollo la teoría humoral de la enfermedad, que acompañaría a la medicina durante casi 11 siglos. Según esta teoría, el organismo humano se componía de cuatro sustancias fundamentales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. La salud era, entonces, el equilibrio entre estos cuatro humores. La enfermedad, cualquier estado de desequilibrio, por exceso o defecto de alguno de ellos. Este concepto de equilibrio ligado al de salud, así como la enfermedad entendida como desequilibrio es reconocible, aún hoy, en algunos aspectos de la visión biológica médica (ej. la homeostasis del medio interno). Pensamiento que fue hegemónico por el simple hecho que Galeno no atacó a las deidades, y por ende pudo entrar en la filosofía judeo-cristiana, junto con el pensamiento Aristotélico-Tomista.

Interesante el pensamiento de los médicos de la Grecia antigua, quienes según Ruiz Perez Tamayo, realizaron la primer clasificación de enfermedades, y las diferenciaron entre aquellas que se podían curar, y las que no se podían curar.

La enfermedad y la salud en la Edad Media

La edad media, en la civilización occidental no así en otras, produce un retroceso en esta era de la razón, donde lo mágico y mítico, y lo religioso vuelve a ser predominante. El conocimiento sólo puede ser revelado por Dios y éste es azaroso y cerrado. La sociedad es teocrática, el arte de carácter litúrgico, con escasez de alimentos, y con una fuerte organización feudal. La concepción de la historia es providencial, sólo parte de un plan divino. Terribles epidemias asolaron a la Europa Medieval, la peste bubónica, importada desde Oriente, arrasó con la mitad de la población de Europa alrededor del 1.350 DC. La explicación a semejante hecho fue simple: eran los pecados del hombre, y la ira de Dios que se hacía presente. Durante los once siglos que duró, en la Edad Media no se registraron avances notables en cuanto al concepto de salud y enfermedad. La fuerte vigilancia de la Iglesia Católica, sobre la tarea intelectual hizo que perduraran la teoría humoral de la enfermedad y los escritos descriptivos de Galeno (S II DC) como fuentes de verdad oficial, y por otro lado se propiciara una vuelta, al menos en los sectores menos instruidos de la sociedad, al concepto mágico de la enfermedad, como forma de someterlos, resignándolos a la voluntad divina. En contraste manifiesto con la libertad y el interés por el pensamiento de la cultura griega, en esta época se silenció sistemáticamente (incluso mediante

la tortura y la hogera) todo intento de superación crítica de las verdades aceptadas. Los aportes más importantes al pensamiento médico en esta oscura etapa, probablemente estén constituidos por los médicos pertenecientes a la cultura árabe y judía que dominó la España medieval, Avicena, Averroes, Maimónides entre ellos. Avicena, quien escribió más de cien tratados de medicina fue un entusiasta recopilador de las ideas de Hipócrates y Galeno, siendo sus libros materiales de estudio principal para los médicos, durante varios siglos.

Todas estas épocas son agrupadas por algunos autores como la era agrícola o "primera ola", por ser la agricultura el modo de producción dominante, y por tanto, la población era mayoritariamente rural. La organización social eran las ciudades-estados, y el sistema económico de carácter feudal. Los recursos energéticos se obtenían de la misma naturaleza, y el modo de transmitir la información era esencialmente oral, siendo la escritura un conocimiento exclusivo de grupos monásticos. La lengua de la ciencia migraba según quién detentará el poder. Los griegos en primer término y el imperio Romano de Occidente imponiendo el latín. Dos lenguajes de por si interesantes, ya que la riqueza de los mismos permitía dar lugar a neologismos que rápidamente remitían a un concepto.

El Renacimiento y "La fábrica del cuerpo humano"

Con el fin de la Edad Media y su silencio de ideas, se abre una etapa en la que la mirada y el pensamiento vuelven a posarse sobre la naturaleza y el hombre. Los primeros en marcar este camino fueron hombres vinculados al arte y que extendieron su visión a la ciencia, advirtiendo sobre la riqueza de los detalles y la información brindada por una observación minuciosa. Así, de la mano de Leonardo Da Vinci, nacieron los estudios anatómicos sistemáticos y las técnicas de disección que luego Vesalio aplicara como médico y maestro de médicos. La mirada del hombre sobre las cosas se va transformando, y en el arte esto se refleja en la necesidad de reflejar el espacio tal como se les presenta⁸, la técnica de la perspectiva se hace presente, y el hombre, o más bien las imágenes profanas predominan en los productos artísticos. Este creciente y genuino interés por la "máquina humana" continuó su desarrollo con los primeros estudios experimentales sobre su funcionamiento (fisiología) y sus desviaciones de lo "normal" (patología). Por esta época se hace frecuente la práctica de autopsias a los pacientes con el fin de constatar después de la muerte sus causas inmediatas, mediante la observación⁹. Con el Renacimiento aparece nuevamente un avance de la razón, una exaltación de los valores individuales, un resurgir de la ciencia que estuvo oprimida. Aparece el iluminismo con Galileo, Bacon y Descartes¹⁰. Y es este último quién da el fundamento para el método científico: "como un instrumento para reconocer la verdad, ahorrar tiempo y elevar el espíritu".

Dentro de estos el pensamiento de Descartes es relevante, ya que plantea que no es posible aceptar como cierto ningún principio sin un análisis racional del mismo, partiendo de principios evidentes se trata de explicar la realidad a través de la razón. El Racionalismo ha nacido. Y con ello los postulados de Descartes: 1) La visión de la realidad no puede basarse en una explicación

extraña a la que la propia razón pueda aceptar; 2) La necesidad de encontrar un método que permita la búsqueda de la verdad, fundamentado en la duda metódica, criticando todo aquello que no es evidente.

En definitiva el Racionalismo se instala con dos pensamientos muy fuertes: no acepta nada que la razón no pueda entender (como el pensamiento religioso), y sólo se acepta lo que es evidente, por ende si una observación se contrapone a la razón, se privilegia esta última sobre la primera. Y por ende introduce el pensamiento deductivo, busca leyes generales para la ciencia, las cuales son aplicables a todos los individuos a posteriori. Ciertamente muchos pensarán que este pensamiento es arcaico, pero lejos de ellos la propia epidemiología clínica toma mucho de esto, y a partir de leyes generales transforma a las poblaciones en estudio en homogéneas (no importa cuan heterogéneos sean los individuos que la componen), y a partir de estudios únicos los transforma en leyes generales que se convierten en pensamiento deductivo. Y al imponer un pensamiento hegemónico, se transforma en una ideología imperialista, que niega cualquier otra razón, buscando certezas cuando la ciencia se trata de dudas. Notoriamente uno de los iconos de la ciencia actual, Albert Einstein, en sus últimos 20 años de vida, se dedicó a criticar la creciente evidencia empírica a favor de la física cuántica de Niels Bohr, pero no realizó ninguna experimentación para ello, sólo lo hizo desde su razón, algo notorio si se tiene en cuenta que el mismo Einstein ayudó a crear los modelos de la física cuántica, pero se negó a aceptarlos intelectualmente (34). Y en medicina son múltiples los ejemplos de este pensamiento, quizás el más conocido sea el de la hipercolesterolemia, donde se asume que a menor valor de colesterol menor mortalidad, cosa que por cierto sólo pudo demostrar un solo medicamento y en un solo trabajo (Simvastatina , estudio 4S, 1991).

Algunos años después (a mediados del 1745) Emmanuel Kant llegó a la opinión de que llegar a la verdad en sí, a como es "la cosa en sí" (*das Ding an sich*) es imposible, y que la única forma de aprehender la realidad es a través de nuestra percepción, la cual está limitada a lo que la razón permita recepcionar, por tanto la lectura de la realidad que hacemos es en verdad "la cosa para mí" (*das Ding fur mich*). Es decir un concepto muy semejante al que en el siglo XX el paradigma sistémico redefiniría como "el mapa no es el territorio". De otra manera, no es que la realidad no exista en su forma pura, sino que al no poder comprenderla en su esencia, hacemos un recorte de ella y dibujamos un mapa de la misma. En definitiva, somos nosotros quienes construimos el modo en que vemos la realidad. Y al construirla, ésta define las acciones que vamos a llevar adelante, lo que a su vez retroalimentará nuestra percepción de la realidad. Este pensamiento es trascendente dentro de la ciencia, aunque pocas veces recordado en toda su dimensión, ya que es momento en que el observador se integra al objeto del conocimiento, y si bien no lo explicita Kant, da lugar al pensamiento que la ciencia no puede ser objetiva, ya que aún si sus instrumentos lo fueran, quien los lea los leera desde su percepción de la realidad. Por ende la ciencia no solo adquiere subjetividad (que luego la teoría sistémica llamaría cibernética de 2º orden, ya

que la sola presencia del terapeuta o el médico cambia el modo en el que el sistema se maneja habitualmente), sino que a la vez la define como histórica (en el sentido que sus conclusiones son válidas para esa época) y singular (solo es válida para ese lugar, en ese contexto en particular). Y desde una época en que la lengua de la ciencia era el francés, Kant escribe en Alemán, y construye su propia gnoseología desde "Crítica de la Razón Pura" en donde no sólo se muestra como un Racionalista más, sino que se acerca al pensamiento de Hume, siendo considerado para muchos autores un verdadero nexo entre dos teorías no antagónicas sino complementarias como lo son la deducción y la inducción. Sin duda su pensamiento, no sólo fue trascendente, sino que aún hoy es motivo de admiración, ya que su pensamiento habría de impulsar el pensamiento de otros que dieron lugar a lo mejor de la revolución francesa de 1789.

Como reacción al Racionalismo a fines del siglo XVII aparece otro movimiento que es el Empirismo, quienes creían que todo conocimiento, incluyendo las ideas, eran obtenidas del contacto del hombre con la naturaleza, es decir de la observación, y por ende priorizando ésta sobre la razón. Así Francis Bacon afirmaba que la observación junto con la razón creaban abstracciones y por ende a leyes generales. Un tema relevante es que Locke introduce el concepto de "asociación causa-efecto", introduciendo en la ciencia el concepto de nexo. Es en esta época donde Hume, afirma que no es posible llegar a leyes generales a partir de observaciones singulares, rechazando así el método inductivo (la generalización de conocimientos particulares en leyes generales), a partir del cual conociendo las partes se podía comprender el todo.

Ya a principios del Siglo XIX aparece un grupo de pensadores que reaccionan contra el empirismo, entre los que predomina Augusto Comte, si bien reconocían a la observación también reconocen el inductivismo, lo que da lugar a que el pensamiento científico comience un proceso de fragmentación, ya que el poder del pensamiento analítico es llevado hasta sus últimas consecuencias, dando lugar al **reduccionismo**, del que gran parte de la ciencia está hoy impregnada. Todo este conocimiento debía ordenarse de la mejor forma posible (*taxonomía*), y sobre todo la razón debía adaptarse a las evidencias (*Galileo*), de modo tal que todo aquello que no se puede demostrar o ver no existe (**positivismo** de Augusto Comte), los estudios de Pasteur y finalmente Claude Bernard quien introduce la experimentación en las ciencias médicas, terminan de conformar este pensamiento propio del siglo XVIII.

Pues bien, es con todas estas nuevas ideas, que se arma el basamento que da lugar al mundo moderno y la ciencia tal cual hoy la conocemos. El positivismo de Comte, tendría luego sus seguidores en la escuela de Viena en las primeras décadas del Siglo XX, a través del positivismo lógico, donde la filosofía es excluida de la ciencia, y las ciencias sociales también alejadas, por no presentar modelos empíricos compatibles con el modelo científico que se

estaba construyendo. A partir de allí, sólo sería considerado como científico lo que pudiera demostrarse, y el paradigma del empirismo en la ciencia, en conjunto con la taxonomía y la necesidad de explicar todo a partir de modelos matemáticos ahondarían el reduccionismo, particularmente en la medicina, donde estos criterios pocas veces logran explicar fenómenos humanos de carácter biológico, y casi nunca aquellos que pertenecen al campo psicosocial. Aún la ciencia de la climatología es imposible de que vaya más allá de modelos descriptivos o explicativos, y difícilmente predictivos que permitan poder predecir fenómenos como los terremotos.

El neopositivismo se consolida con la escuela de Viena, y plantea que hay una realidad que nuestros sentidos perciben, y por ende el hombre es capaz de reconocer la realidad, y por tanto afirman la posibilidad de que una ciencia puede ser "objetiva", aceptan la inducción a veces prematura en los positivistas, pero esta inducción es rápidamente generalizada y transformada en modelos probabilísticos, cuasi-determinantes, y es este sistema el que se afianza con la aparición de la Medicina Basada en Pruebas, es decir la inducción probabilística. Una teoría será más sólida cuanto más veces pueda validarse, y por ende toda la investigación tiende a validar resultados, más que a refutarlos como plantea Popper. En el pensamiento de Popper subyace la idea de que si una hipótesis es cierta, entonces no habrá manera de ser refutada. Pero olvida en esto las condiciones singulares en que cada investigación se realiza, y la subjetividad de quien la realiza.

De esta manera el cisma se hace irreconciliable, filosofía y ciencia ya nunca caminarán juntas pese al falsacionismo de Popper, los paradigmas de Kuhn, la biología sistémica de Maturana, el pensamiento sistémico de Bateson, o la epistemología de la complejidad de Edgar Morin. Cuyo pensamiento por fortuna ha comenzado a impregnar gran parte de la vida científica, no tanto por sus virtudes, ya que Morin se declara incapaz de construir una epistemología única para la ciencia, sino por las anomalías del propio paradigma reduccionista. Morin, Samaja, Ivan Illich, comienzan a sostener la imposibilidad de matematizar fenómenos biológicos, y mucho menos sociales. Ya Von Bertalanffy señala la existencia de sistemas abiertos, como los sistemas vivos, donde existe una tendencia hacia niveles de mayor heterogeneidad y organización, una tendencia a la neguentropía, que es propia de los sistemas biológicos. Y por otro lado la existencia de los sistemas cerrados, no vivos, con una tendencia a la homogeneidad y la entropía (2º principio de la ley de la termodinámica). Los sistemas abiertos no pueden ser explicados en términos de causalidad dado que las circunstancias iniciales no los determinan, por tanto los grados de libertad que pueden alcanzar son mucho mayores, concepto conocido como de equifinalidad y que Ilya Prigogine haría aún más conocidos años después con su teoría del caos. Dicho en otros términos, no hay secuencia evolutiva fija para un sistema vivo, pudiendo alcanzarse puntos de desarrollos iguales a partir de condiciones iniciales diferentes. Las secuencias evolutivas no son únicas, sino varias posibles, y por ende escapan al determinismo de la física. Vale aclarar aquí que en términos globales las secuencias divergentes son impredecibles, mientras que las secuencias convergentes son altamente predecibles (35).

Así la visión de que el hombre no es tan racional como otros lo definen. El hombre es un ser natural, pero a la vez cultural. Y de esta dualidad no es excluyente. A la vez que los principios neopositivistas de causalidad de Bradford Hill son cuestionados profundamente desde la propia epistemología de la complejidad.

Con estos argumentos, la enfermedad se constituye como categoría argumental perteneciente al "campo científico" y se separa, en forma aparentemente definitiva, de la experiencia de la misma, *la dolencia* que aqueja al ser humano. A partir de aquí, para el paciente, el sentirse enfermo, comenzó a ser inexorablemente distinto de *la enfermedad* que el médico diagnosticaba en un lenguaje y con un conocimiento, al que el primero jamás accedería. La enfermedad cumple con todos los requisitos: es evidente, se puede clasificar, es objetiva. La dolencia está más cerca de los sentimientos, y no es tarea de la medicina ocuparse de ella, ni parece ser trascendente para la cura de las enfermedades.

La era industrial

Gran parte del pensamiento de la era industrial ya ha sido nombrado pero bien vale separarlos y verlos desde el punto de vista de su relación con los modelos de producción, es decir desde la Revolución Industrial, la cual modifica drásticamente los modos de producción que hasta entonces se daban. El capitalismo ha reemplazado al feudalismo. El individuo es el eje sobre el cual las nuevas ideas giran. La democracia como concepto está naciendo, y también la idea de las naciones-estados. Es una época de grandes recursos para la Europa renacentista que comienza a transformarse, pero los modelos de producción están lejos de satisfacer las demandas que la explosión demográfica, y aún las ambiciones personales requieren. La presencia de la revolución industrial hizo que muchos quisieran comparar a todo con máquinas y aparecieron los modelos mecanicistas de los que el estudio de la fisiología humana está lleno. Tiempo después la electricidad también pudo ser puesta de ejemplo, y los modelos energéticos se pusieron de moda (ejemplo de ello es el concepto de pulsión y libido, expuesto por S. Freud a finales del siglo XIX). La salud es entendida básicamente como el silencio de los órganos¹¹. S. Freud reconoce la importancia de la psique, y le asigna funciones como el ello, el yo, el superyo. Su rol innegable en este campo, deja sin embargo a los problemas psíquicos reducidos a fenómenos intrapersonales, sin capaz de establecer el rol de la familia y la sociedad, en la cual toda persona se encuentra inmersa, y con quienes interactúa constantemente. De

Características de la era industrial y tendencias de la era post-industrial

Era Industrial

Uniformización
Especialización
Sincronización
Concentración
Maximización
Centralización
Jerarquía piramidal
Modelo Reduccionista
Modelo Posibilista
Certezas

Era Post-Industrial

Personalización
Generalismo
Just-in-time
Desconcentración
Minimización
Descentralización
Redes Horizontalización
Paradigma de la complejidad
Modelo Probabilístico
Incertidumbres

este modo también el estudio de la psique pasa a conformar una nueva categoría en si misma, alejandola de la integridad que cuerpo, psique, sociedad y espíritu tienen. El mismo nombre de su psicoterapia recién inaugurada es símbolo de la época "Psicoanálisis", es decir una mirada analítica antes que integral de la persona. La psiquiatría y la psicología se erigen en depositarios del saber sobre la psique, y menos de un siglo después la tecnología se apropia de ellas, desde las baterías de tests psicológicos, hasta la medicación. Incluso llegando a crearse categorías nosológicas de dudosa entidad, aparecidas en el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de neto corte positivista y reduccionista, donde es posible encontrar categorías tales como la fobia social (algo que en otras épocas hubiera podido ser definido como tímido), a la cual ciertamente se puede tratar con medicamentos. La angustia se cataloga como "desórdenes de ansiedad" y también tienen sus medicamentos, y poco importa las condiciones de la existencia de quienes lo padecen, dado que se trata de procesos estrictamente intrapsíquicos, y aún más, mediado por receptores y neurotransmisores (asumiendo que son la causa y no la consecuencia de efectos externos, cuando en realidad lo único que sabemos es que ambos fenómenos están correlacionados y nada más), sin poder aclarar cómo se suceden estos cambios al interactuar con otros seres humanos, y con la sociedad que habitan. Llegando a extremos donde los ratones y su respuesta a nuevos medicamentos, parecen explicar perfectamente a la psique humana, aunque es dable reconocer por cierto, que en muchos casos, la psique de algunas personas no está muy lejos de la psique de estos roedores. Esta etapa industrial, a la cual hoy muchos países están dejando atrás, esta caracterizada por distintos signos que le son propios, tales como la tendencia a la *uniformización, especialización, sincronización, concentración, maximización y centralización*. Todas ellas fueron definiendo el espíritu de la época y que en gran medida aún hoy nos domina¹².

La tendencia a la uniformización se ha visto reflejada en áreas tales como la industria, donde se establecieron normas para producir determinados productos las cuales se siguieron, independientemente del lugar de la tierra donde estaba el fabricante. Esto es la producción en serie, contra el trabajo artesanal, el cual quedo limitado, en general, a bienes de carácter artístico. Quizás, fue la aparición de la imprenta quien difundió al alfabeto, el cual por ser algo impreso, uniforme y repetitivo, da el marco apropiado para el trabajo en serie y en cadena. La sociedad entera luchó por que todos sus miembros fueran iguales, lo cual puede connotarse positivamente cuando hablamos de democracias avanzadas que entendieron esto como un acceso igualitario a los beneficios de vivir en sociedad, o negativamente cuando pensamos en los intentos de los distintos modelos autoritarios que se presentaron con la voluntad de que pueblos enteros pensarán y actuarán de una misma manera. Étnicamente nuestro país, como los EE.UU, se enorgulleció de ser un "crisol de razas" (o más bien de nacionalidades) ésto es, que quienes venían desde afuera se asimilaban en una nueva cultura, a la vez que la alimentaban con las propias y perfilan modelos de naciones-estados inclusivos hacia aquellos que emigraban de sus países¹³.

La aparición de nueva tecnología, necesidad de nuevos conocimientos y complejización de los modelos de producción son los argumentos centrales del proceso de especialización. Esto trajo por un lado un mayor nivel de capacitación para una tarea específica pero también la mecanización de los actos, con lo que en muchos casos deshumanizó a quienes trabajaban en ello. Henry Ford y Taylor fueron los representantes de este pensamiento, y es a éste último a quien debemos términos tales como división internacional del trabajo. Él preconizó la necesidad de la existencia de países productores de bienes primarios (como la Argentina, Chile y Uruguay) y la existencia de otros que transformaran los mismos, los países industrializados.

El Informe Flexner determina el modelo médico actual basado en el conocimiento experimental basado en la investigación realizada generalmente sobre enfermedades infecciosas, estableciendo una separación entre lo individual y lo colectivo, lo privado y lo público, lo biológico y lo social, lo curativo y lo preventivo. Separa a la dolencia de la enfermedad, y sienta las bases para el modelo biologista de la medicina. Este modelo, financiado por la Fundación Rockefeller, nació en la Univ. John Hopkins en 1916. En la misma época que el positivismo lógico (Escuela de Viena), se imponía en Europa.

La medicina emula estas características y el proceso de aparición de las especialidades comenzó en 1892 cuando Osler escribió en "Remarks on Specialism" acerca de las nuevas especialidades (aunque no incluye entre ellas a la pediatría). No pasan más de 7 años en que la Escuela de Medicina de John Hopkins tuviera a la totalidad de sus maestros como especialistas. Debido a la multiplicidad de

saberes, y la necesidad de jerarquizar la medicina en 1914 la Fundación Rockefeller crea distintas Universidades, previa selección de distintas propuestas. Tres modelos distintos compitieron en aquella época, el de Harvard con un cariz ambientalista, la Universidad de Columbia de neto corte sociopolítico y una propuesta de carácter biomédico presentado por la Universidad John Hopkins. La Fundación se decidió finalmente por este último modelo en base al informe Medical Education in the United States and Canada de Abraham Flexner, que realizaba el conocimiento experimental basado en la investigación realizada generalmente sobre enfermedades infecciosas, estableciendo una separación entre lo individual y lo colectivo, lo privado y lo público, lo biológico y lo social, lo curativo y lo preventivo.

Es en esta misma época que el positivismo lógico se expresa profundamente en Europa, a través de la escuela de Viena¹⁴, a partir de los trabajos de Rudolf Carnap, aunque suele reconocerse también a Ludwig Wittgenstein como uno de sus máximos exponentes, quien tomaba a la lingüística como campo de estudio y criticaría desde allí el lenguaje formalizado de la ciencia, que entiende como un modo de alejar a la misma del resto de la sociedad. Estos encarnaron la visión de una ciencia aseptica y objetiva, donde la filosofía es separada del concepto de ciencia, por su falta de demostración empírica, reforzando el modelo reduccionista en distintas áreas del conocimiento, como las matemáticas, la física, y también en la medicina, que se transforma de pleno en una ciencia empírica, y positivista, alejada de la filosofía y de los modelos psicodinámicos que Sigmund Freud proponía en la misma época. La fragmentación de la persona ya tenía entonces su paradigma establecido, y

los logros obtenidos en distintas áreas reforzarían esta separación entre lo biológico, la psique, la sociedad y el pensamiento filosófico.

El proceso de especialización en la medicina se dió a partir de dos ejes básicos, uno la fragmentación de una especialidad mayor (por ejemplo la endocrinología como rama de la Medicina Interna), y por otro lado, la presencia de una nueva tecnología que da lugar a la necesidad de nuevos conocimientos y personal capacitado en el manejo de la misma (por ejemplo los radiólogos).

La sociedad industrial se ha fijado horarios determinados, y esto es notable en las grandes ciudades, especialmente a la hora de entrada a los trabajos y en los horarios de salida. Este fenómeno de sincronización fue enseñado ya en la escuela donde aún se insiste en la necesidad de llegar a horario, con la intención de que este modelo sea repetido cuando adultos y debamos entrar al trabajo.

Esta es la época de los "encarcelamientos masivos", la concentración. Es notoria la necesidad de concentrar delincuentes en las cárceles, los "locos" en los manicomios, los enfermos en los hospitales, los militares en los cuarteles, los alumnos en las escuelas, los obreros en las fábricas, la gente en las grandes ciudades, etc. También se concentró poder y así un pequeño grupo concentró la capacidad de decisión de todos. Las estructuras jerárquicas fueron por definición piramidales. A éste proceso Alvin Toffler lo denomina centralización.

También el proceso de urbanización es un modo de concentración, en este caso de la población. Argentina tenía ya en el año 2.001 un 89,4%¹⁵ de su población urbana. Este proceso de urbanización se agudizó en la década del 40, cuando con la apertura de nuevas fuentes de trabajo y la esperanza de una vida mejor la población rural emigró a las grandes ciudades y nuestro país entró en una etapa de industrialización. Rusia entraría en este proceso a partir de la Revolución de 1917, y los Estados Unidos a partir de la guerra de la Secesión¹⁶.

Nunca, en toda la historia de la humanidad ha vivido tanta gente en las ciudades, y éstas proveyeron facilidades que no existían previamente (provisión de servicios más cercanos, mayor posibilidad de trabajo y de negociar, mayor cercanía a centros de poder). Sin embargo hoy la ciudad está dejando de tener todas estas bondades, y se transforman en lugares de generación de distintos tipos de conflictos, que van desde el hacinamiento, la violencia, el deterioro del medio ambiente, etc.

El concepto de maximización se refiere a la necesidad que tuvo esta cultura de realizarlo todo a lo grande. Así un hospital siempre es "más y mejor" que un Centro de Salud¹⁷.

La guerra, como fenómeno humano, no quedó afuera de estos modelos. La tendencia a realizar todo en serie y masivamente se refleja incluso en el holocausto Judío en Auschwitz, el poder atómico cayendo sobre civiles en Hiroshima, Nagasaki, la encarcelación masiva de disidentes por parte de Stalin – la mayoría de ellos catalogados como pacientes psiquiátricos- y los genocidios de la América Latina de los 70¹⁸, y aún en los más recientes



genocidios como los de los Bosnios contra Serbios, Kosovo, y en diferentes países de Africa, todos ellos ejemplos de la muerte industrializada.

En definitiva todos estos modelos de pensamiento hacen que la medicina de nuestro siglo se caracterice por asignar una gran importancia a la especialización, producto del pensamiento analítico. La concentración,



maximización y centralización dan lugar a que el Hospital sea el eje de los sistemas de salud. El modelo mecanicista abre el camino a un modelo biologista de entender la enfermedad, y separarla de la dolencia. En este caso el positivismo hizo estragos ya que al no poder ubicar los sentimientos (el no poder verlos), hizo que fueran expulsados de la medicina; y la aparición de otras ramas de la ciencia, particularmente con Sigmund Freud comenzaron a dar cuenta de ello, pero separando la psique del soma, ahondando aún más la separación de estos conceptos.

La uniformización da lugar a una necesidad imperiosa de homologar nuestros procedimientos, e intentar leer todo conocimiento haciendo abstracción del contexto en el que es producido, o aplicado, es decir una mirada analítica por sobre una mirada sistémica. La producción en serie es claro ejemplo de ello. La necesidad de objetivar, incitó a desestimar lo subjetivo (quizás por su menor capacidad de ser mensurable en los términos "aceptables" para el modelo científico). Y los grandes éxitos y descubrimientos científicos hicieron suponer que el desarrollo tecnológico y científico, por sí solos, podrían ser capaces de enfrentar los distintos problemas a los que la humanidad se enfrentaba (las enfermedades, las guerras, la pobreza, la ignorancia, etc.). En 1950, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social de un individuo, y no sólo la ausencia de enfermedad. De esta manera se logró un importante avance conceptual, incluyendo a otras categorías ajenas a la estricta biología. Sin embargo no es hasta las últimas dos décadas que este postulado empieza a encontrar su verdadera dimensión, y aún reconocer las propias limitaciones de esta definición.

Es en este contexto que varias sociedades atraviesan su primera transición epidemiológica. De un predominio de las enfermedades infectocontagiosas, y de altas tasas de mortalidad infantil y natalidad, comienzan a tornarse en prevalentes problemas crónicos como la Hipertension Arterial, la Diabetes, el Cáncer, y aún el SIDA. A la vez que los niveles de instrucción, en especial sobre las mujeres, influyen sobre la disminución de las tasas de natalidad, en conjunto con nuevas concepciones culturales, la mejoría progresiva de las condiciones de vida en comparación a períodos previos, y la aparición de nuevas tecnologías (vacunas, antibióticos, píldoras anticonceptivas).

La Sociedad Postindustrial

Distintos cambios están ocurriendo en esta época, la cual ha sido nominada de diferentes maneras por distintos autores: post-industrial, post-moderna, revolución tecnotrónica, era de la información, etc. Estamos viviendo una época de crisis. Quien lea esto podrá darse cuenta de que desde que tiene

memoria se habla de la misma. Y esta crisis no es más que una profunda transformación de nuestras estructuras sociales, mentales, culturales, y en consecuencia, o como causa de éstos, un nuevo paradigma emerge. Un refrán común afirma que "la excepción confirma la regla", cuando en realidad lo que la excepción no hace más que demostrar la incapacidad de esa regla (o paradigma si se quiere) de responder a nuevos desafíos y preguntas.

El mundo está cambiando en múltiples aspectos y ejemplo de ellos se dan a distintos niveles como:

Cambios Demográficos: Nuestras familias están cambiando. A principios de siglo y aún hasta la década del 50, los menores de 14 años constituían el 31% de la población, contra el 28% en 1995, y de acuerdo a las tasas de fecundidad y mortalidad se espera que sea de un 22% en el año 2025¹⁹. Los mayores de 60 años siguen el camino inverso, en 1950 constituían el 7%, el 10% en la actualidad, y alcanzarán al 17% de la población en el 2025. Entre 1950 y 1997 la población tiene en promedio 2 años más y tendrá otros 6 años más para el siglo actual. Estos datos nos indican que viviremos en una sociedad con muchos ancianos, pocos niños, y mucha gente viviendo sola. Los problemas sanitarios serán mayores, la necesidad de respuesta a los ancianos será crítica y evidentemente necesitaremos una forma diferente, como sociedad, de tratar a los ancianos, porque, caso contrario, estaremos en graves problemas. Las familias cada vez tienen menos miembros, se calcula que en la Argentina que hoy tiene 2,44 hijos por familia, reducirá este número a 2,1 hijos por familia, alrededor del año 2.020²⁰. Esto es el número mínimo necesario para mantener constante el número de habitantes. La ciudad de Buenos Aires tiene ya una tasa de fertilidad de 1,44 y su población ha disminuido un 6,7% entre 1991 y el 2001. De la familia extensa, pasamos a la familia nuclear de la era industrial o "segunda ola", y es probable que el número de personas solas continúe en aumento durante los próximos años. Esto irá conformando las familias de la tercera ola: familias unipersonales, familias ensambladas, familias nucleares con no más de un hijo, parejas de ancianos, y hasta quizás alguna típica familia nuclear. Por primera vez en la historia de nuestra civilización, debido a la mayor expectativa de vida, comienzan a co-existir hasta 4 generaciones en una familia en forma simultánea, lo que invariablemente crea tensiones internas de las que poco se habla.

Segunda transición Epidemiológica: como hemos expuesto en los países industriales se dió un éxito marcado sobre las enfermedades infecciosas. Sin embargo, hoy nuevos problemas están modificando el perfil epidemiológico, de modo tal que puede hablarse de una segunda transición epidemiológica. La pandemia del SIDA, que está disminuyendo drásticamente la expectativa de vida en especial en África, los distintos grupos de Hantavirus, la creciente resistencia a antibióticos, el resurgimiento de la Tuberculosis altamente resistente a los quimioterápicos clásicos (relacionados o no con el HIV), la contaminación ambiental, los accidentes de tránsito, la creciente violencia urbana y la inseguridad (fenómenos exacerbados por drogadependencia,

síntoma de una sociedad de individuos sin proyectos, y una comunidad carente de sueños colectivos compartidos), la anomia, la precariedad laboral, el desempleo y el sobrempleo, la aceleración de la historia, la incapacidad de absorber los cambios por parte de individuos y sociedades, etc. son los nuevos protagonistas de estos cambios. La medicina preventiva es una realidad aceptada por todos (aunque poco ejercitada), y mientras algunos países todavía trabajan en una medicina restitutiva, otros darán grandes avances a través de la aplicación masiva de prácticas preventivas, mientras que una elite comienza a disfrutar de los avances de la medicina predictiva²¹. Pero surge aquí una contradicción, la medicina tal cual es hoy concebida no puede dedicarse a la prevención, ya que si ella fuera exitosa sería el fin de la propia industria médica. Ramón Carrillo, afirmaba que el triunfo de la medicina se daría cuando los hospitales estuvieran vacíos, pero esta visión contempla una visión de la medicina comprometida con la salud, y no con la enfermedad.

Cambios políticos se suceden en todo el mundo: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay intentan conformar un mercado con objetivos económicos que será vital para el desarrollo de estas naciones, al cual se han sumado en el año 2004 otros países como Venezuela y Bolivia. Así comenzó Europa, y hoy la Unión Europea constituye una federación de países, no sólo en el ámbito económico, sino también político y militar. Tras la caída del muro de Berlín, hubo quienes proclamaron y hasta postularon el fin de las ideologías, el fin de la historia. El neo-conservadurismo se ha entusiasmado con las reformas económicas y aún quiere profundizarlas, llegando a los extremos de un Darwinismo social, demasiado impregnado de ideología como para pensar que realmente éstas hallan muerte, pese a Fukuyama. Y mientras estos bloques de unidad y cooperación global se consolidan, paradójicamente, se exaltan al máximo los nacionalismos y los localismos (las milicias de Michigan en los EEUU, el IRA auténtico en Irlanda, y la ETA en España), y la necesidad de afianzar sus propias culturas frente a la visión occidental (como lo demuestra la Jidat Islámica, o Al Qaeda). A la vez que aparece como central lo que Huntington denomina "la guerra de las civilizaciones" esto es el conflicto postergado entre Occidente y el mundo Musulmán, donde más que discusiones ideológicas se plantean cuestiones religiosas, y básicamente culturales²². Por tanto más difíciles de resolver en una mesa de negociaciones. Haciendo el escenario global más complejo, y transformando al mundo entero en posibles campos de batalla de este conflicto postergado. Europa se vuelve discriminatoria, aún con sus mismos habitantes, como lo demuestran los hechos de París en Octubre y Diciembre de 2005, o la creciente insatisfacción social que puso en evidencia el Huracán Katrina al destruir la ciudad de New Orleans en Septiembre de 2005.

Cambios tecnológicos: nuevos avances tecnológicos han ayudado a esto, los viajes son más rápidos y económicos, la televisión y el cable, los satélites, y por sobre todo los ordenadores personales que se popularizaron en los últimos 25 años, han puesto en manos de individuos mayor tecnología que la que tenían



instituciones enteras, no hace más de 40 años. La red global de computadoras (Internet), interconecta ya a más de 800 millones de personas (casi la décima parte de la población mundial), y la información que era tan difícil de conseguir hoy puede ser conseguida en cuestión de minutos desde los EEUU o Francia, o donde sea. El mundo se ha hecho pequeño, estamos en una aldea global. En este aspecto, este tipo de desarrollo tecnológico puede ser un factor que democratice el acceso a la información ya que no será necesario vivir en grandes ciudades para tener acceso más directo a ella. Si pensamos como McLuhan que "el medio es el mensaje" veremos que no es lo mismo transmitir nuestros conocimientos por vía oral, que por mensajes escritos, o a través de los multimedia de hoy. Nuestra inteligencia los han creado, pero ellos se encargaran también de retroalimentarnos y modificar nuestro modo de percibir la realidad y por ende, dando espacio a nuevos paradigmas. Los multimedia impresionan integralmente a los receptores, a través de varios de nuestros sentidos, la información es aprehendida más directamente, más intuitivamente, de un modo instantáneo e inmediato lo que irá moldeando la forma de aprehender la realidad que teníamos hasta ahora. Es un momento de medios de comunicación de síntesis contra el *modelo alfabético* que es en sí mismo analítico y puede recortarse en unidades de lenguaje sin significado (es interesante el modelo de pensamiento de culturas que escriben con ideogramas como China o Japón, quienes tienen una visión más sistémica de su realidad). Como contracara la red Echelon manejada por EE.UU permite identificar comunicaciones por Internet, radiales, telefónicas, etc. de cualquier lugar del mundo, el Gran Hermano de George Orwell en su libro 1984, pero escrito hace más de 65 años, ya es una realidad. El mundo se hace diverso y complejo y para ello el fundamentalismo de toda especie se hace presente, y se hace necesario una teoría del diseño inteligente , como eufemismo para enseñar la teoría creacionista en EE.UU., donde 22 estados de la unión rechazan las teorías evolucionistas de Darwin. Esta diversidad se convierte en una visión unilateral y así las muertes de civiles en Irak, se les llama "daños colaterales" o la versión que la CNN impone sobre esta misma guerra, mientras que la cadena de noticias Al Jazeera no es transmitida en ningún lugar del mundo occidental.

El valor de la *información* es mayor que en toda la historia anterior de la humanidad, los factores de poder pasaron básicamente por la fuerza y posteriormente por el dinero, pero nunca centralmente por la información. Hoy sabemos que esto es crítico para las naciones y para los hombres. George Bacon (S XVII DC) afirmaba ya en su época que "saber es poder" y si esto es cierto, el poder no se regala y por tanto la información tampoco, ya que son sustratos para el conocimiento. Por tanto, quienes aspiren a tener roles protagónicos en estas nuevas instancias deberán generarse su propia información (un país que no investigue sólo tendrá información de segunda mano, las "sobras" de la información).

El creciente *desarrollo tecnológico* es amenazante para muchos, quienes al no estar capacitados para su manejo se ven desplazados de sus puestos de trabajo. Otros ven los beneficios de liberarse de tareas pesadas, y un modo más eficiente de lograr sus objetivos. El desarrollo tecnológico ha alejado a la

gente del contacto humano, que hoy comienza a reclamar una humanización de las relaciones, pero no en lugar de la tecnología sino en conjunto con ella. *High Tech and High Touch*, alta tecnología y alto contacto (personal) dice Naisbitt²³ para expresar este nuevo deseo.

Así como caracterizamos los valores de la era industrial vemos como los mismos se hacen disfuncionales ante los nuevos desafíos de la era postindustrial. La uniformización es hoy discutida como valor. Las minorías rechazan cualquier tipo de asimilación, y prefieren poner énfasis en el concepto de convivencia, donde no hay ningún tipo de pérdida de identidad cultural por parte de éstas. Como vimos, distintas culturas exigen mayor respeto por lo propio, ya sea esto bienes, cultura, servicios, etc. Y a nivel individual la gente requiere no ser tratado como números de una serie y reclaman un trato más personalizado.

El mismo concepto de estado-nación queda diluido en la afirmación de las identidades de pueblos como los kurdos, Escocia, Cataluña, Euskadi, los países islámicos que pertenecieron a la vieja Unión Soviética (los "estados"), etc.

El concepto de especialización indiscriminada está siendo discutido desde distintos campos. En el campo de la industria el Toyotismo es un ejemplo de lo disfuncional que puede ser en algunos casos los principios Fordistas²⁴. Desde principios de los 50 a partir de trabajos de Taiichi Ohno, por entonces empleado de la empresa Toyota, comenzó un proceso de desespecialización y polivalencia obrera con el objetivo de optimizar la producción de sus fábricas. Esto trajo mucha oposición de los sindicatos quienes vieron ese movimiento como un ataque a sus oficios especializados y como factor que disminuía el poder de negociación que éste les autorizaba. El hecho es que, la polivalencia permitió aumentar los rendimientos de la empresa en función de que no dependían de la falta de una persona, lo cual podía detener el proceso de producción. De esta manera, si todos conocen el proceso en su totalidad podían suplir esta falta.

Por otro lado, la satisfacción de los obreros fue mayor, y también menor el número de ausentismos, ya que les permitió sentirse más identificados con lo que estaban produciendo, no ser un simple engranaje de una máquina, y por tanto de dar un sentido más integral a su tarea. La polivalencia en todo caso implica una mayor



capacitación del personal, una jerarquización de las personas, cualquiera sea la tarea que desarrolle, y por supuesto, no excluye que existe un grupo que tiene un nivel mayor de especialización en un área determinada. Esto es válido también dentro de la biología, si bien los seres humanos hemos desarrollado órganos y células con características particulares, en cada una de ellas está presente todo el código genético, aunque sólo se expresa una parte del mismo. A nivel social la variabilidad genética es fundamental, y por ende la endogamia atenta contra la misma, ya que da lugar a una mayor

probabilidad de aparición de genes recesivos portadores de enfermedades genéticas. Este bien pudiera ser el fundamento del porque las religiones prohibieron, quien sabe a partir de que conocimientos, el incesto. Y es justamente la prohibición del incesto, a decir de Levy Strauss el que permitió el paso de nuestra especie, de la naturaleza a la cultura. No muy diferente a lo que en forma cuasi metafórica escribió S.Freud en relación al complejo de Edipo. Con lo que vemos que al fragmentarse la ciencia, cada una puede expresar un mismo concepto desde su propia visión, aún cuando puedan rastrearse dentro de cada uno de ellos rasgos comunes que en éste caso proviene ya desde mucho antes de lo que conocemos como historia, y que no tiene otro objetivo que el del resto de las especies: la propia supervivencia de la especie. Rasgo que diferentes culturas parecen desoir al separar la naturaleza de la cultura, y en este caso de las ideologías, mostrando en las guerras el peor ejemplo de mantener la especie. Pese a las teorías Malthusianas que no pueden considerarse leyes universales desde el momento en que países como Argentina ni su población crece geométricamente, ni su alimentación tampoco, por el contrario, pese a la existencia de desnutrición en el país, se trata de un país capaz de alimentar a 10 veces su población, mostrando que también en la economía no sólo se trata de escasez de recursos, sino también de la distribución de los mismos. Esta distribución puede valorarse no por el PBI, sino a través del Índice de Ginis, el cual muestra que los países con mayor equidad en la distribución de los ingresos, son los que tienen mejores indicadores sanitarios.

El concepto de centralización también es actualmente discutido. El gran tamaño de las instituciones hace que éstas sean muy difíciles de gerenciar, las responsabilidades se diluyen (la organización, un ente abstracto es responsable), y la personalización desaparece. Actualmente vivimos un proceso donde "lo pequeño es hermoso" y se piensa en pequeñas instituciones como más fáciles de conducir y con mayor flexibilidad al cambio y con capacidad de respuesta incrementada (proceso de descentralización). En el ámbito político este concepto es la base de la descentralización de actividades hacia los municipios (aunque no siempre con el presupuesto adecuado), como modo de que las comunidades implicadas se encuentren más cerca de los decisores de políticas. Los grandes núcleos urbanos, con todos sus beneficios hoy se ven como enemigos potenciales de la gente. Violencia, saturación de los servicios sanitarios, alta contaminación ambiental, problemas de tránsito, etc. Mucha gente, en especial los de muy alto poder adquisitivo, los están abandonando, para vivir en zonas cercanas donde pueden encontrarse con todas las comodidades y ninguna de las desventajas (ya que no hay ruido, los barrios están vigilados, y los servicios sanitarios están en excedente), yendo a trabajar al centro de la ciudad, hasta que los avances tecnológicos les permitan poder hacerlo desde sus casas. Incluso los modos de hacer la guerra están cambiando, por primera vez vimos una guerra por TV en tiempo real (Guerra del Golfo -1990-, Operación Zorro del Desierto -1998-, Fuerza aliada -1999- por CNN y la invasión a Iraq en Marzo de 2003), donde la tecnología permitió que no fuera necesario el contacto físico entre dos fuerzas y que la muerte sola llegara a través de misiles, previamente

programados, sólo a los blancos elegidos (la muerte personalizada)²⁵. Una muestra más de las nuevas tendencias, pese a los “efectos colaterales”, donde sospechosamente siempre mueren más civiles que militares.

Concentración, maximización y centralización han llegado a sus límites prácticos. En los hechos no es sino hasta esta época que podemos concebir alternativas distintas para atender la salud de la gente. Antes no podíamos imaginar que en lugar de concentrar gente en los hospitales, muchos de ellos (terminales o no) podían estar en su casa, en un ambiente más cómodo y al cuidado de sus familiares, bajo una supervisión oportuna del médico. Que el hospital no es el único lugar que puede proveer salud y que es necesario descentralizar ésto en pequeñas unidades de atención primaria tampoco pudo ser pensado hasta estos días. Esto no implica que quienes hicieron ésto estaban equivocados, simplemente que no se correspondía con los paradigmas de la época. Ejemplo de ellos es Ramón Carrillo quién fue Ministro de Salud entre 1946 y 1954, fue quizás quién tuvo la oportunidad de crear la mayor cantidad de hospitales que fueron hechos en momento alguno de la historia Argentina. Pero no inauguró prácticamente ningún centro de atención primaria. No porque no quisiera, sino simplemente porque en su época todos pensaban que el modelo hospitalario era la respuesta. Vale aclarar que R. Carrillo también sostenía, en otras palabras, que el éxito de una política de salud se reflejaba en la desaparición de estos templos de la enfermedad, introduciendo por primera vez el concepto de prevención y conocimiento de la presencia de otros factores influyentes en el proceso de salud-enfermedad. Ciertamente Carrillo no podía ser entendido en su época, ya que muchas de sus ideas aún hoy son controvertidas, por parte de aquellos donde la enfermedad, más que la salud, sigue siendo el eje de su actividad.

La salud y la enfermedad

El paradigma científico Biomédico, todavía predominante, centra en determinantes orgánicos (mecánicos, fisiopatológicos o clínicos) la causa o causas de enfermedad, atribuyéndole a algunos fenómenos sociales el rol de componentes facilitadores directos o indirectos. Las categorías psicológicas o sociales son coadyuvantes en este proceso, y por tanto de orden secundario en la práctica médica.

Pese a que la definición de salud de la OMS amplía nuestro marco de entendimiento del proceso a otras categorías que se suman a lo biológico, esta definición trasunta algunas deficiencias. En primer lugar habla de bienestar, cuyos atributos: “estar bien”, “sentirse bien”, dejan al término reducido a una tautología que poco ayuda a entender el fenómeno. Sinónimos como adaptación, madurez o equilibrio terminan por otorgarle a la definición un carácter estático, de lo que justamente este proceso esta lejos de ubicarse. La adaptación por si misma no puede equivaler a salud, por el contrario, no es más que una forma clara de enfermedad. Esto es evidente en todos los niveles. En el orgánico lo que observamos es una tendencia constante del organismo a mantenerse en homeostasis, frente a los constantes y normales desequilibrios que se suceden a cada segundo. No habría de este modo prácticamente más que instantes de salud. En el campo psicológico o

social la adaptación podría verse más como sinónimo de sometimiento, o entrega. La salud está más vinculada a lo dinámico, a procesos que permiten dar al hombre la mayor capacidad para enfrentarse, y solucionar las distintas tareas en las que se involucra. La salud no es la ausencia de conflictos, sino la posibilidad de poder enfrentarlos, afrontarlos y resolverlos.

La enfermedad, entendida como unicausal, aparece a partir de esta definición como multicausal, sin embargo esta multicausalidad, con o sin jerarquizaciones, pasa a ser una cadena de circunstancias en serie, que no son más que variantes de un mismo concepto unicausal. La enfermedad debe ser entendida estructuralmente, al igual que la salud, como fenómenos multifactoriales interactuando en donde confluyen variables como persona-familia-comunidad, espacio, tiempo, entornos culturales y naturales, genómica, etc. Múltiples determinantes definen la circunstancia en las que un hombre o una sociedad van a encontrarse. Esta red de determinantes puede ser aislada, pero tan sólo con fines explicativos, pero no pueden separarse cuando hablamos de los sujetos en concreto. Esto implica que no sólo alcanza con entender la etiología y la patogenia, sino también el por qué en este momento y en este lugar, el "para qué", es decir una mirada teleológica, superadora de las que se nos ha enseñado. El proceso salud-enfermedad es un concepto histórico y multideterminado, que forma parte de una estructura en constante movimiento. El Proceso Salud-Enfermedad nos permite observar también que, aunque las enfermedades que se den en determinado lugar y tiempo ya hayan sido descritas, lo hacen siempre expresándose, en términos epidemiológicos, de acuerdo a un patrón singular cuyas claves de comprensión pueden ser encontradas en el momento histórico en el que se dan. Así, la situación social, los medios de producción y reproducción social, las ideologías dominantes no son algo ajeno al proceso en estudio, sino parte esencial del mismo. De manera tal que con contadas excepciones, nos encontramos ante una miríada de constructos, asentados en un paradigma biologicista. Constructos que pueden inventar enfermedades, rotular pacientes, o exacerbar factores de riesgo más allá de imaginable.

Y mientras de esto se llenan las revistas médicas es poco lo que sabemos de lo que es una persona normal. Salvo que nos hayamos especializado o estudiado al respecto, temas como la nutrición o sexología son tan ajenos al conocimiento médico, como lo son al de cualquier lego, sólo que cómo médicos nos asiste una "inmunidad social", que nos sigue realzando por ser aún los curanderos de las tribus.

Anomalías del paradigma biomédico.

Creemos, al igual que McWinney, que el actual paradigma no está en condiciones de responder a varios interrogantes que se nos plantean, y que por estar nuestra práctica basada en el primer nivel de atención se nos hacen mas evidentes que a otras especialidades. Veamos algunas de ellas.

Anomalía de que la medicina cura. Es doctrina aceptada por los médicos, y por la mayoría de la sociedad, que la única posibilidad de mejorar la salud de la gente es a través de la medicina. Esto a la luz de los conocimientos actuales no es necesariamente cierto. Ejemplo de ello es la letalidad por tuberculosis en Inglaterra, que ya desde 1840 (mucho antes de la aparición de los quimioterápicos) había disminuído a niveles ínfimos

a mediados del siglo XX (cuando recién aparecían los primeros quimioterápicos y la inmunización por BCG). En este caso, las condiciones sociales fueron más fuertes que la medicina en proveer salud. Existen predictores más fuertes acerca de las posibilidades de curar o enfermar, que la presencia de un médico, o no. El soporte social y familiar lo han demostrado en múltiples trabajos científicos. El agua potable, la jornada laboral de 8 horas, la dignidad en el trabajo, la educación, una vivienda digna, y un entorno favorable se han mostrado como claros predictores de mejoras en la salud, pero por sobre todo ello la pobreza, las guerras, y la falta de proyectos de vida –ya sean individuales o colectivos- en sus múltiples manifestaciones, son las más relevantes amenazas contra la salud de las personas. Esto aún es difícil de aceptar para muchos médicos. Sin embargo, corrientes como la Medicina Social en la América Latina, han puesto claramente en evidencia estos fenómenos. En este sentido los factores determinantes de la Salud expresados por Marc Lalonde, aparecen como más relevantes en la explicación de los límites que los sistemas de salud tienen frente a sí, y las críticas de Carol Buck que ponen en relevancia la importancia de los determinantes sociales donde en algunos sectores más que hábitos de vida existen destinos de vida, no son menores, y lo complementan.

Anomalía de la enfermedad. La enfermedad es una entidad definida, independiente del individuo que habrá de padecerla, por tanto existen dos problemas. Su etiología, y su expresión. Si se piensa en la monocausalidad, la sola presencia de este agente en un grupo determinado haría que la enfermedad hubiera de expresarse en todos los individuos, sin embargo, eso no es así. Incluso ante agentes infecciosos específicos los organismos no siempre enferman. Existen otros factores, como hemos detallado al definir nuestro concepto de salud y enfermedad, que se ponen en juego, y ello es cada vez más evidente. Al expresarse la enfermedad no siempre adopta las mismas características, de hecho las formas típicas de una enfermedad a veces son las más raras, y las formas atípicas terminan uniformemente distribuídas, de modo tal que es difícil prever cual será la expresión final de un agente etiológico conocido. La estructura que define el proceso salud-

Anomalías del Paradigma Biomédico

- Anomalías de la medicina cura.
- Anomalía de la enfermedad
- Anomalía de la separación mente-cuerpo-familia-sociedad
- Anomalía de la separación dolencia-enfermedad.
- Anomalía del efecto placebo
- Anomalía de la objetividad

enfermedad es la determinante de su aparición, o no, y de la forma final con la que habrá de expresarse. Por tanto la etiología, la susceptibilidad, el entorno constituyen un eje ineludible en una nueva concepción de la enfermedad. Se asigna a la enfermedad una presencia ontológica per se, ignorando que muchas de ellas no son más que construcciones sobre un conjunto de situaciones que aparentan ser más frecuentes que otras. Dicho de otro modo, las enfermedades no dejan de ser un conjunto de fenómenos no necesariamente probabilísticos, ya que no siempre se dan de igual manera, y pueden explicarse mejor a partir de la teoría del caos, en donde incluso la probabilidad de un evento estudiado globalmente, no necesariamente responde de igual manera en su comportamiento individual, que por las teorías deterministas aún hoy hegemónicas. Por otro lado, condiciones fisiopatológicas como el aumento de la tensión arterial o la hipercolesterolemia son tratadas como enfermedades cuando en realidad no dejan de ser variables que aumentan el riesgo de padecer otras consecuencias mayores, y por tanto en muchos casos se sobrestima su presencia, de tal manera que el medicamento más vendido del mundo es la atorvastatina (un hipolipemiante), aún reconociendo que sólo un 50% de los Infartos de Miocardio se dan con niveles de colesterol normal. De esta manera la sociedad se medicaliza al aceptar como ciertos lo que los médicos dicen. Y de esta manera el sólo hecho de que los niveles para definir a una persona con colesterol elevado o un hipertenso, hayan variado en la última década, con el consiguiente aumento de la cantidad de personas que son "necesarias" tratar. Olvidamos que si clasificamos las enfermedades en forma histórica nos encontramos con 4 tipos de enfermedades:

Clasificación de las Enfermedades

- ❑ Las constantes: Diabetes Mellitus, gota, cáncer.
- ❑ Variables: sífilis, lepra y tuberculosis.
- ❑ Históricas: coreomanía, sudor anglicus, viruela.
- ❑ Nuevas: SIDA, síndrome del shock tóxico, enf. De los legionarios, fiebre hemorrágica por hanta virus, etc.

Esto implica que no todas las enfermedades han tenido igual peso en cada época, la peste que asoló a Europa en la edad media, ya no lo hace, e incluso tampoco aparece en Buenos Aires, donde se calcula que hay 7 ratas por habitante. El SIDA, y otro tipo de enfermedades se desconoce si son productos de la carrera armamentista o producto de cambios ambientales. La versión oficial sobre el SIDA afirma que este virus conocido como

HTLV I, se encuentra presente en el mono verde de África, en particular en la región centro-oriental, y que por alguna razón sufrió mutaciones y se transmitió a humanos, esta posibilidad pudiera deberse a las guerras tribales y la deforestación en esa zona de África, donde hasta un 50% de la población está infectada. La histeria que describió Freud y que puede verse en distintos cuadros de fines del siglo XVIII, difícilmente se pueda ver hoy, ya que la sociedad Victoriana donde se desarrolló, hoy ya no existe. La demencia a la cual nuestra sociedad históricamente había asociado a arterioesclerosis

cerebral, hoy es adjudicada al mal de Alzheimer (pese a que este es responsable de tan sólo el 50% de las demencias), y algunos cuadros clínicos que sufrieron poblaciones enteras en la edad media, en donde una gran cantidad de personas eran víctimas de un fenómeno que los llevaba a bailar días enteros y terminaban muriendo por hambre y cansancio, fenómeno que nunca pudo ser explicado, ni visto en otro momento de la historia. Vivimos en un mundo de construcciones, pero aún creemos que las enfermedades tienen vida per se, y olvidan que incluso el sarampión que hoy vemos difiere bastante del que se veía hace 20 años, o el que describen los libros de hace 50 años. Es decir que esta falacia ontológica en realidad debe entenderse sólo como construcciones que nos permiten operar mejor con la realidad, pero no son más que expresiones probabilísticas más frecuentes que otras, y que su presencia, salvo excepciones, se basa en cuestiones culturales, históricas y sociales, y por lo tanto así deben leerse. Quienes hoy se estén recibiendo de médicos probablemente no vean muchos tipos de enfermedades que hoy vemos, así como nosotros hemos visto desaparecer y aparecer otras nuevas. Y para complejizar la situación distintos problemas pueden ser considerados como enfermedades, vicios o productos del pecado. Ejemplo de ello es el tabaquismo, el alcoholismo y el mismo SIDA, que durante el inicio de la epidemia en EE.UU. no recibía fondos para su tratamiento dado que el gobierno Federal consideraba a esto productos del pecado por consumir heroína o ser homosexual, situación que se revirtió con el creciente número de pacientes hemofílicos heterosexuales que demitificaron este concepto. Es curioso el hecho que en la antigua Grecia las enfermedades se separaban entre aquellas "que se pueden curar", de las "que no se pueden curar".²⁶

No menos trascendente es la gran confusión que existe al definir lo que es una enfermedad, un factor de riesgo, un hábito, un vicio o un pecado. Fenómeno frecuente sobretodo en los problemas que tienen un gran componente psicosocial.

Anomalía de la separación mente-cuerpo-familia-sociedad.. Esta separación que tiene antecedentes ya en la vieja Grecia supone que es posible seguir trabajando sobre este supuesto. A modo de restitución, se habla de enfermedades psicosomáticas, donde se incluye a un grupo de entidades en donde los factores psicológicos parecen tener un rol predominante en la etiología, y los orgánicos en la patogenia. Lo psicológico no tiene entidad en la medicina, no se puede tocar, y nuestros pacientes vivencian la expresión "es psicológico", como muestra de que no tiene nada, al menos verificable. Es necesario que ese algo pueda verse para que exista, para que tome entidad. Se ha intentado incluso categorizar distintos tipos de personalidades y asociarlos con patologías. Está demostrado que la falta de soporte social, familiar y los factores estresantes, se asocian con mayor morbimortalidad para todas las enfermedades, y no solamente las "psicosomáticas". Cassel, citado por McWinney, ha demostrado que:

- 1) los factores sociales aumentan o disminuyen la susceptibilidad a padecer enfermedades en general, no a padecer una determinada enfermedad específica;
- 2) los mecanismos involucrados son de naturaleza general;

3) el soporte social amortigua los efectos de los factores estresantes.

El estímulo social actúa en virtud de su significado simbólico, por tanto su capacidad patógena es de un orden distinto a, por ejemplo, los agentes infecciosos. Los factores psicosociales pueden afectar la vulnerabilidad, así como aumentar la resistencia a enfermedades. El apoyo social permite aumentar la resistencia psicológica a factores estresantes, los cuales se evidencian en mayor medida cuando mas grandes son estos últimos, aunque esto puede verse atenuado según la clase social a la que el individuo pertenezca.

Los conocimientos biológicos de hoy permiten entender algunas cuestiones de cómo interactúan los fenómenos sociales, impresionando nuestros sentidos (visión, auditivos), y de este modo modulando la secreción de neurotransmisores en el sistema nervioso central. El eje hipotálamo-hipofisario aparece en este modelo como central en la coordinación de los sistemas nervioso, inmunológico, cardiovascular, endocrino, así como sustrato biológico de las sensaciones. Si estas modificaciones orgánicas son causa o consecuencia de las variaciones tónicas corresponde a una discusión bizantina. Lo que creemos es que ya no está en discusión es que estos hechos concurren temporalmente, mas allá de nuestras posturas, o prejuicios, ideológicos. El 60% de los suicidios son causados por depresión, y para ello se postulan teorías aminérgicas o serotoninérgicas de su origen. La presencia del DSM III, y ahora el DSM IV dio entidad a circunstancias aún normales en personas. La vieja clasificación de depresión endógena y reactiva fue reemplazada por depresión mayor o menor, y la escala de Hamilton que se usa para "diagnosticar", ignora las causas psicosociales que influyen en este fenómeno. De modo que no puede explicar algo tan obvio como que en Marzo de 2006 el número de veteranos de guerra que se suicidaron desde la guerra de Malvinas superó al número de muertos "en combate" en la misma guerra del Atlántico Sur. Y pese a que el incremento de antidepresivos prácticamente se duplica desde hace 15 años, el número de suicidios parece no tener ninguna correlación con los mismos. Es más, los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina, a excepción de la Fluoxetina, están prohibidos en menores de 18 años porque supuestamente aumentarían el riesgo de ideas suicidas. Con lo cual nos encontramos que uno de los criterios diagnósticos de la depresión, también forma parte de los efectos adversos de su tratamiento. Más aún ningún antidepresivo ha logrado una eficacia mayor de un 50%, a excepción de la hierba de St. Wort, que ha mostrado ser más efectiva que los tratamientos tradicionales.

El rol de la familia, en este proceso está más que probado. Es en ella donde confluyen individuo y sociedad, y se expresan con mayor magnitud e impacto los determinantes de la salud.

Anomalía de la separación entre dolencia y enfermedad. La enfermedad ha sido separada de la dolencia, este último término es casi ausente en el lenguaje de los médicos de habla hispana. En inglés los términos "disease" (enfermedad) e "illness" (dolencia) permiten identificar más claramente. El sentido de trascendencia inherente al ser humano está por fuera del campo de la medicina, cuando en realidad es quizás el motivo de las mayores

problemas de salud de nuestros pacientes (la tristeza, la soledad, la angustia existencial, la falta de pertenencia, la anomia, el sentimiento de degradación que se dá en aquellos excluidos del mercado laboral, la falta de proyectos en adolescentes, etc.). La mayoría de los pacientes atendidos en un consultorio de atención primaria no puede ser asignados a una entidad nosológica definida. Los motivos de consulta más frecuentes son signos o síntomas mal definidos, o bien definidos pero que no alcanzan a integrar un conjunto sindromático que permita categorizarlo en las unidades que conocemos (enfermedades). Gran parte de los pacientes son tratados de modo sintomático, o el paso de los días da lugar a remisiones espontáneas de los problemas. No poder nombrar las cosas es un problema. Es necesario que todo tenga un nombre, para que tenga entidad, y esto en la práctica de un médico de atención primaria no siempre es posible. Y en un acto de audacia muchos médicos catalogan a un paciente con dolor de cabeza como "cefalea", y la pirosis como "gastritis", lo que no son más que tautologías para esconder nuestra ignorancia, la misma que ejercemos cada vez que no sabemos que tiene nuestro paciente y acusamos al hígado o a un virus. Hasta un 60% de los motivos de consulta pueden ser catalogados como inespecíficos en Centros de Atención Primaria. Es evidente entonces que la gente no lee libros de medicina y se resisten a consultar con las características típicas de aquellas entidades nosológicas que nos fueron enseñadas en nuestras Escuelas de Medicina.

Anomalía del efecto placebo. Existe una respuesta promedio de hasta un 35% para sustancias sin principios farmacológico activo. Este valor puede ser extendido a terapéuticas en general, incluyendo los farmacológicos. Esta respuesta biológica al significado simbólico de la terapéutica parece ser algo más que un detalle técnico de los diseños de los ensayos clínicos. Está claramente demostrado que la efectividad del placebo no sólo aparece en problemas subjetivos, sino también en procesos mensurables y por tanto "objetivos"; no siempre ejercen su efecto en forma benéfica, a veces lo hacen provocando malestar: *efecto nocebo*; el nivel medio de respuestas es independiente de la personalidad de los individuos, la respuesta se distribuye homogéneamente en toda la población; esta media del 35% varía entre un 10 a un 90% cuya variación podría asociarse al nivel de significación que cada cultura le asigne a la terapia propuesta. Por tanto los ensayos terapéuticos no sólo debieran realizarse contra placebos, sino también contra grupos control, no sometidos a ninguna intervención farmacológica y que muestren por tanto la evolución natural de la enfermedad en ese lugar y tiempo específico. Aunque muchos de estos estudios no pueden realizarse por cuestiones bioéticas. Brody ha demostrado que el "modelo del significado" es el que mejor explica este efecto, el mismo puede resumirse en que el efecto benéfico aumenta en función de que se le brinde al paciente una explicación coherente con su visión del mundo, que con el fin de apoyar al paciente se ofrece un grupo de individuos legitimados socialmente que asumen las funciones de cuidado de la salud y que la intervención curativa lleva a la adquisición por parte del paciente de una sensación de dominio y control sobre la dolencia y la enfermedad. La complejidad de este fenómeno es tal,

que en el año 2006 fue aprobada una vacuna para prevenir la diarrea por rotavirus, lo notable del caso es que uno de los efectos adversos más temidos de la vacuna es la invaginación intestinal, la cual sin duda se dio en la rama de quienes recibían el medicamento, pero también en la rama de quienes recibían el placebo. Explicaciones? Ninguna.

Anomalía de la objetividad. El mismo cuerpo de conocimientos sobre el que esta fundada la medicina moderna esta siendo puesto en duda. En 1992, desde la Universidad de McMaster (Canadá), un grupo de investigadores comenzaron un proceso de indagación acerca de la evidencia que sostiene a cada una de las acciones que los médicos realizamos. Los resultados mostraron que casi un 80% de nuestra praxis esta fundada en aspectos culturales, aprendidos a través de transmisión oral, o bien a través de estudios que no son capaces de mostrar en forma consistente lo que quieren demostrar. Esto dió lugar a una corriente conocida como Medicina Basada en la Evidencia, en la que se intenta restaurar el carácter fundamental que debieran utilizarse a la hora de realizar una actividad médica. No es redundante decir que la lectura es: que gran parte de la literatura médica existente, y en la que se funda nuestra práctica, no soporta la rigurosidad del método científico para demostrar evidencias claras de causalidad o de efectos (por ejemplo disminución de la morbimortalidad). En otras palabras: la medicina de hoy se compone más de opiniones que de evidencias. Y se propone: una vuelta a la ciencia. Este hecho, de por sí crítico y valorable, para resultar útil a las necesidades de la gente debiera tomar en cuenta también algunas limitaciones ante las que se encuentra hoy el método científico: la gran tendencia de los investigadores a trabajar retrospectivamente, los sesgos del tamaño muestral (que están más relacionados con el presupuesto del ensayo, que sobre las complejas ecuaciones para calcular el tamaño del mismo), los sesgos de gravedad en la que la mayor parte de los trabajos son realizados sobre pacientes internados, o en grave estado, y se terminan realizando inferencias sobre nuestros pacientes del primer nivel de atención, que en general están sanos, o padecen formas iniciales de las patologías estudiadas, el sesgo de publicación que ejercen las revistas publicando principalmente aquellos estudios que muestran diferencias, olvidando que todos los estudios son necesarios, al menos para no repetirlos. El rigor arbitrario de los análisis de significación que al valorar lo anormal de lo normal, ponen hitos como $p < 0.05$ o $p < 0,001$, que de este modo no hacen mas que evidenciar que es una decisión arbitraria, y de carácter estrictamente metodológico, y da lugar a conclusiones como que tal o cual tratamiento es útil o no, y el hecho que toda vez que aumente el tamaño de la muestra cualquier cosa es plausible de ser significativa en términos estadísticos, motivo por el que se usan los intervalos de confianza. Es justamente en este tipo de arbitrariedades donde la objetividad de la ciencia toca los límites de la subjetividad. La excesiva cantidad de trabajos basados en la patología, patogenia o fisiopatología, etiología, da un halo de objetividad y seriedad que tiene mas en cuenta una medicina orientada a la enfermedad que a responder con conocimientos que tengan un verdadero impacto sobre la gente. La sola decisión de qué se estudia y qué no: y que en general terminan siendo

estudiados aquellos casos más complejos, pero menos frecuentes (cómo estudiar veterinaria en un zoo, donde sólo veremos especies exóticas que no se corresponden con las que veremos en nuestra práctica diaria). En definitiva: múltiples decisiones tomadas a la hora de realizar estudios científicos, que metodológicamente (los menos) pueden ser correctos, pero dentro de los cuales subyace una arbitrariedad, es decir actos subjetivos, que son enmascarados con métodos complejos (xe. Análisis multivariados). La ciencia puede querer ser objetiva, pero múltiples circunstancias hacen que la subjetividad la impregne. Esto no es malo en sí mismo, simplemente es lo que tenemos. Lo que no es correcto es creer que la ciencia es absolutamente objetiva, y por tanto digna de ser deificada. En este sentido, no pocos han abandonado las religiones clásicas para adoptar a la ciencia como religión, y la ejercen como tal: con una profunda fe en los métodos (ritos), más que en la lógica que debiera impregnar a un buen diseño, y en el objetivo que no debiera ser otro que buscar la verdad para mejorar la vida de las personas, y no tan sólo la de los investigadores. Y aún aquellos que son expertos en metodología de la investigación, se ocupan justamente de eso....del método, y no del objeto de investigación, que en el caso de la medicina es justamente una persona. De igual manera el Complejo Médico Industrial destina ingentes recursos para enfermedades que ya tienen tratamiento o enfermedades raras, creando lo que se llama drogas huérfanas (probablemente anden buscando una enfermedad que las adopte), y disminuyendo el número de investigaciones y recursos para atacar enfermedades tan comunes como la malaria o el Chagas. Pero retomando el punto de corte de los ensayos clínicos, vemos como aceptamos errores de un 1% o un 5%, algo insólito tratándose de seres humanos, que pasaría si adoptáramos el mismo criterio de aceptar este porcentaje de errores en la aviación? Parece ser que los aviones, al menos en esta época, son mas valiosos que los propios seres humanos. De igual manera que aceptamos riesgos quirúrgicos en operaciones no necesarias, que exceden este porcentaje. Es notable que el famoso error médico, lleve un párrafo en dónde defiende la posición de que errar es humano. Lo cual es cierto, pero parece que no es aplicable a la fabricación de autos, aviones, armas, e incluso juguetes, que tienen severos controles de calidad en países del primer mundo.

Anomalia en los diseños de estudios: los Ensayos Clínicos controlados como veremos mas adelante son hoy la panacea de la investigación científica, pero cuanto más controlado y mejor diseñado esté el estudio, mayor validez interna tendrá, y se parecerá mucho más a un experimento, por lo que todo lo que gana en validez interna, lo pierde en validez externa.

Pese a esto los estudios analíticos son considerados superiores a los estudios observacionales, y aún antagónicos, lo que resulta ilógico ya que lo contrario al análisis es la síntesis, y en ese caso un metanálisis no deja de ser una síntesis de multiples estudios donde su eslabón más débil está determinado por el más pobre de los trabajos que hayan sido incluidos. Y la observación adquiere así una relevancia fundamental, ya que si está bien diseñada nos puede dar más datos sobre la realidad que lo que un ensayo clínico Aleatorizado a doble ciego puede otorgarnos.

Crisis y un nuevo modelo.

Existen opiniones diversas del por qué del auge de la medicina familiar en esta época. Se tiende a adjudicar al mismo a cuestiones inmediatas tales como una necesidad de humanizar la medicina, o la necesidad de brindar un modelo que abarque lo biopsicosocial, o bien como una forma de gerenciar mejor los recursos. Estas razones pueden ser ciertas, como también lo es que para saldar estos déficits, no es necesaria la aparición de una nueva especialidad. Alcanzaría simplemente con mejorar las especialidades que ya existen y brindarles mayores recursos cognitivos y actitudinales.

No hay enfermedades, sino enfermos.

Creemos, que aún siendo ciertas estas tres razones la Atención

Primaria no aparece sólo por esto, sino por cuestiones más profundas tales como que: el actual paradigma médico ya no responde a las necesidades de la gente, y por tanto se impone otro modelo, coherente con los cambios globales que se están dando, y la Medicina Familiar es capaz de dar esta respuesta.

Crisis es cambio (o a la inversa, no es relevante), y es signo a la vez de peligro y oportunidad. Lo importante es ver que todos los cambios a los que hicimos referencia hacen necesarias nuevas respuestas. Estas nuevas respuestas son:

Al modelo biomédico reduccionista, la respuesta de un modelo biopsicosocial, a partir de una *atención integrada* (donde lo biológico y lo social, o lo psicológico y lo espiritual adquieren todos la misma dimensión a la hora de que los médicos enfrentemos el problema), es comenzar a dar cuenta no sólo de la enfermedad, sino también de las dolencias. Es trabajar sobre un nuevo paradigma donde el todo es más que la suma de las partes, y donde no es posible, sino tan sólo por motivos pedagógicos, separar la mente del cuerpo, lo social de la mente, nosotros de la sociedad, la sociedad de la naturaleza, etc.

Al modelo de división del trabajo permitirle un nuevo modelo de *atención integral*, donde la prevención primaria, secundaria y terciaria, son parte esencial de las responsabilidades de este nuevo médico. Que sea capaz de brindar atención sin diferencia de sexo, edad, o problemas. Sabiendo que el 80 a 90% de los problemas de salud de una comunidad son siempre contenidos por no más de 36 problemas de salud, y que por tanto es necesario tener especialistas en esos problemas y en la gente que padece esos problemas. La Academia Americana de Médicos de Familia bien lo define cuando le dice a la gente: "somos especialistas en Usted", es decir una especialidad *"especialista en personas"*.

Un médico que sea capaz de complementar el pensamiento analítico con un pensamiento de síntesis. Que reconozca que la incertidumbre es parte de la vida cotidiana, y pueda operar con ella. Que sepa buscar las mejores preguntas más que tener algunas pocas respuestas. Esto será importante ya que este médico habrá de convivir con un mundo saturado de información, y la capacidad de discriminar adecuadamente la información útil y relevante será mandatorio. Para ello, deberá apoyarse en instrumentos tales como la

medicina basada en pruebas, a la vez que no dejarse caer en el postpositivismo y las limitaciones que este instrumento trae aparejado. La medicina si se define como científica, en todo caso no es una ciencia natural, sino una ciencia humanista. Y su lugar no está justamente donde Flexner nos dejó hace 90 años.

Un médico que vuelva a comprometerse con su sociedad, con la gente, que sea *capaz de responder a las necesidades de la gente*, y no tanto a las necesidades de la propia ciencia. Un médico que base su práctica clínica en sus pacientes, y no en las necesidades propias. Que entienda a la salud como un derecho básico, y universal. Que entienda que este compromiso incluye la defensa de los *derechos humanos* de todos los habitantes de la Tierra, sin distinción de sexo, etnias, religiones o políticas. Un médico que pueda reunir la vieja dicotomía mente-cuerpo, dolencia-enfermedad, a través del *proceso clínico centrado en las personas*. En definitiva un médico que se comprometa con la gente, no sólo *con los individuos*, sino *con las comunidades*, prestando atención a las necesidades de la misma.

Que realce las *acciones preventivas* sobre las curativas. Y que tenga la habilidad necesaria para la *utilización adecuada de la tecnología*, manejo de ordenadores, instrumental médico ambulatorio de nueva generación, utilización racional de medicamentos, elección adecuada de métodos diagnósticos y terapéuticos.

Que a partir de reconocer en el método científico un instrumento, y no una religión, haga uso del mismo para ejercer en su actividad un trabajo de *docencia e investigación permanente*, donde la misma efectividad clínica del médico sea autoevaluada. Como dice Amando Martín Zurro: hay que demostrar que existe vida inteligente fuera de los Hospitales.

Que sepa trabajar en *equipos multidisciplinarios*, en unidades descentralizadas (no desarticuladas), entendiendo que las nuevas jerarquías son las redes y no las estructuras piramidales. A la vez que reconozca el trabajo interdisciplinario y el transdisciplinario²⁷.

Un nuevo médico que base su accionar en *promover la salud*, manteniendo la capacidad de lucha contra la enfermedad, pero sabiendo que el primero es su objetivo primario. Es decir que el éxito de la medicina se mida en términos

de ausencia de enfermedad y no en niveles de curación.

Un médico que sea referente de los problemas de salud de toda una familia, o de toda una comunidad, donde cada médico tenga la obligación de conocer el nombre de sus pacientes, y éstos el derecho a tener una *atención personalizada, longitudinal y permanente*. Esta atención personalizada da lugar a una mayor satisfacción y

Un nuevo modelo de atención

- Integral
- Integrada
- Continua
- Personalizada
- Comprometida con la comunidad
- Tecnología adecuada
- Basada en la salud y no en la enfermedad

adherencia (compliance) entre los sistemas de salud y los pacientes, a la vez que permite a los médicos tener un conocimiento acumulativo de los problemas de salud de la gente, lo cual se traduce en una mayor efectividad clínica, y por supuesto en una disminución de los costos en prácticas poco menos que objetables.

A cada época ha correspondido un determinado paradigma, que se acompañó de un modo particular de entender la salud y la enfermedad, y por tanto un modo de ejercer la medicina. El modelo que hoy vemos en crisis padece de graves problemas para creer que su subsistencia será viable. Muchas veces nos preguntan, y nos preguntamos, si la atención primaria, y en especial la medicina familiar, no será tan sólo una moda. No creo en absoluto en eso. Por el contrario creo que el siglo XX fue el siglo de las especialidades, y el siglo XXI necesitará una mayor dosis de pensamiento de síntesis, que sólo los médicos de familia, comprometidos dentro de un nuevo paradigma, pueden dar. La atención primaria de la salud como estrategia es la única respuesta racional que la sociedad puede darse para resolver los crecientes y nuevos problemas sanitarios. Y el médico de familia, donde éste exista, el mejor recurso para brindar el tipo de cuidados que la sociedad ya está requiriendo, y el tipo de recursos del que más necesitará en el futuro. Siempre y cuando, no olvide que su tarea es un compromiso de asegurar el derecho humano básico de acceso a los servicios de salud, y responder a las necesidades de la gente, antes que a otros intereses, llamémosle estas corporaciones médicas, empresas o financiadores de servicios de salud, o aún la misma "ciencia". Este nuevo rol del médico, más centrado en la preservación de la salud que en su restitución, deberá ser el responsable de responder al mandato, ya vencido, de *Salud para todos* y entender que nuestra actividad está destinada a *resolver las necesidades de la gente*.

Bibliografía:

1. Brito Quintana PE. La incorporación de las ciencias sociales en la enseñanza de las ciencias de la salud: una historia conflictiva. En Cuadernos Médico Sociales. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. N° 48. Rosario. 1989.
2. Buck C y otros. El desario de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Publicación científica N° 505, OPS. EUA, 1994.
3. La teoría de la transición epidemiológica, M. G. Vera Bolaños, de El Colegio Mexiquense, 1999.
4. Ceitlin, J. Medicina familiar: la alternativa de la sociedad para el siglo XXI. MF, num. 6 y 7, pg.22. Buenos Aires, 1988.
5. Coriat B. Pensar al revés. Siglo 21 editores, Mexico DF, 1992.
6. Chaplin Ch. Tiempos modernos (video).
7. Ferrara, Floreal. Teoría social y salud. Catálogo editora. Buenos Aires, 1985.
8. Gaardner, Jostein. El mundo de Sofía. Editorial Siruela, Madrid 1994.
9. Geymonat L. Historia de la Filosofía y de la Ciencia. Ed. Critica, Grijalbo Mondadori-Barcelona, 1998.

10. Illich I. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Editorial Joaquín Mortiz, México, 1978
11. Jores A. *La Medicina en la Crisis de nuestro tiempo*. Editorial Siglo 21. México, 1968.
12. Katan N, Baudrillard J, Morin E, Riesman P, Nairn T, Cohn G. *Análisis de Marshall McLuhan*. Editorial Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires, 1969.
13. Kornblit, A. *Nuevos Paradigmas en Ciencias Humanas*. Acta Psiquiátrica Psicológica Amer. Lat., 1987. 33.112-122.
14. Lain Entralgo P. *Historia de la medicina*. Masson-Salvat. Barcelona 1994.
15. Laurell AC. *El estudio social del proceso salud - enfermedad en América Latina*. En Cuadernos Médico - Sociales. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. N° 37. Rosario. 1986.
16. Loes Arnaiz MR, Bosco CJ. *Una aproximación alternativa al problema de la unidad metodológica de la ciencia*. Apunte.
17. Lyotard, JF. *La condición post-moderna*. Planeta-Agostini, Barcelona, 1979.
18. McLuhan M. *La Galaxia Gutemberg*. editorial Planeta-Agostini. Barcelona 1985.
19. McWhinney IR. *Medicina de Familia*. Mosby / Doyma. España. 1995.
20. Morin Edgar. *Por una reforma del pensamiento*. Correo de la Unesco. Paris, 1995.
21. Nájera E. en *El desafío de la Epidemiología*. OPS. pg 3.
22. Napier A & Whitaker C. *El Crisol de la Familia*. Amorrortu editores. Amorrortu Editores, 1982.
23. Pérez Tamayo R. *El Concepto de Enfermedad*. Tomo I, pg 65. F. C. E. Mejico. 1988.
24. Roa R. Ruiz Morosini ML, Siede JA. *Medicina Familiar: hacia un nuevo modelo de atención de la salud*. Ed. Akadia. Buenos Aires; 1997.
25. SARRADO, Juan José, CLERIES, Xavier, FERRER, Marta *et al*. Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa? *Gac Sanit*. [online]. mayo-jun. 2004, vol.18, no.3 [citado 16 Marzo 2005], p.235-244. Disponible en la World Wide Web:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000300012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-9111.
26. Sluzki C. *Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo*. Sistemas Familiares, Agosto de 1987. pgs. 65-69.
27. Sosa, M. *Medicina Familiar y Atención Primaria de la Salud*. Atención Primaria. Vol. 4, Num.6, Barcelona 1987.
28. Toffler A, Toffler H. *Las guerras del futuro*. Plaza & Janes, 1994.
29. Toffler A. *El shock del Futuro*. Plaza & Janes, 1972.
30. Torrado S. *Cómo serán las familias Argentinas*. Panorama Demográfico de la Argentina en el próximo siglo. Clarín, Agosto de 1995.
31. Toynbee, A. *La gran aventura de la humanidad*. Emecé 1985.
32. Vesalio. *Título del tratado de anatomía de (De humani corpori fabrica)* 1543.
33. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Teoría de la Comunicación Humana*. Editorial tiempo contemporáneo, 1973.

34. Caceres RA. El Método Científico en las ciencias de la Salud. Ed. Diaz de Santos. España. 1996.
35. Lorez Arnaiz MR, Bosco CJ. Una aproximación alternativa al problema de la unidad metodológica de la ciencia. Apuntes y comunicación personal. 1984.

Lecturas Recomendadas:

1. SARRADO, Juan José, CLERIES, Xavier, FERRER, Marta *et al.* Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa? *Gac Sanit.* [online]. mayo-jun. 2004, vol.18, no.3 [citado 16 Marzo 2005], p.235-244. Disponible en la World Wide Web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-
2. Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. Editorial Joaquín Mortiz, México, 1978.

Referencias:

¹ Kenneth Boulding. Visto en Internet el 15 de enero de 2006 en <http://www.eumed.net/cursecon/economistas/Boulding.htm>

² Hecho ocurrido en el año 2004, que fue motivo de múltiples controversias.

³ Esto queda claramente evidenciado en la diferencia que existe entre el paradigma occidental, y el paradigma islámico. En este conflicto no sólo subyacen intereses económicos, sino, y fundamentalmente una cosmovisión absolutamente encontrada entre ambos, lo que dificulta encontrar campos en común para la solución de problemas, por ejemplo en Medio Oriente.

⁴ Cuando nos referimos al concepto de Cultura lo hacemos como todo aquello que hace el hombre, diferenciando éste concepto del nivel de instrucción que pueda alcanzarse. Por tanto sociedades primitivas han demostrado altos niveles de cultura, sin acceder a niveles de instrucción, tal cual hoy los concebimos. Los Incas, los Aztecas y las Pirámides Egipcias, por dar algunos ejemplos, dan cuenta de ello. Paradójicamente las primeras civilizaciones "históricas" se desarrollaron en la mesopotamia, el Código de Hamurabi, la Ciudad de las Mil y una noche, el valle fértil que estudiamos en nuestros primeros años de colegio, no es otro que el Irak desértico y envuelto en una guerra por el petróleo que hoy podemos observar por televisión.

⁵ La concepción de la existencia de Dios es común a todas las civilizaciones, ya sean monoteístas o politeístas, el concepto de la no existencia de un Dios es relativamente moderno y no data más allá de 5 siglos. Aún dentro de modelos declaradamente ateos, como aquellos que en su momento adoptaron el modelo comunista, no logró imponer esto sobre la mayoría de la gente, y quedó limitado siempre a élites intelectuales, ya fuera por razones ideológicas o de conveniencia política. Esta discusión se ha agravado en los últimos años a partir de que la misma aceleración de la historia, ha dado lugar a situaciones difíciles de asumir por individuos y sociedades, que buscan verdades permanentes. Verdades que el fundamentalismo islámico, o el de la derecha religiosa en EE.UU. llevan adelante, discutiendo aún la misma teoría de la evolución humana, ahora con el eufemismo de "Diseño Inteligente", de modo tal que en 22 Estados de USA está prohibido hoy enseñar la Teoría de la Evolución. Ciencia y Religión parecen enfrentarse hoy como en plena edad media. Y sus argumentos llegan a confundir tanto, como para no poder diferenciar cual es ciencia, y cual es religión.

⁶ El paradigma religioso es dominante, y el interlocutor válido adquirirá distintos nombres que hoy conocemos como curanderos, shamanes, machis, etc. En sentido estricto, religión proviene de re ligare, es decir una comunicación con Dios, el cual en la civilización occidental es mediado por interlocutores, aunque en otras culturas esta "comunicación", es directa entre el hombre y su Dios.

⁷ Poco se dice sobre los modelos que desarrollaron [John Nash](#), basado en la [teoría de los juegos](#) y modelos no cooperativos, y en el famoso "[dilema del prisionero](#)", donde se muestra claramente que pese al individualismo que pregonó Adam Smith son los procesos colaborativos y no de competencia los que dan mayor posibilidades de ganar a todas las partes. Esta ideas de J.Nash fueron trabajadas también por [John Von Neuman](#) y [Oskar Morgenstern](#).

⁸ La "perspectiva" introduce en el arte la tercera dimensión, hasta entonces las pinturas eran bidimensionales, tan sólo largo y ancho, no existía el concepto de profundidad. En el Siglo XX experimentos realizados en tribus con escaso o ningún contacto con la civilización occidental fueron estudiados por [Marshall McLuhan](#), en algunos de ellos se pudo encontrar pruebas acerca de que la visión en tres dimensiones pudiera no ser natural a nuestra especie, sino algo aprendido culturalmente, ya que muchas de estas tribus sólo eran capaces de ver en dos dimensiones.

⁹ La práctica de la disección fue prohibida durante siglos, no es sino hasta finales del siglo XIX que la misma es aceptada en las escuelas de medicina. Esto resulta un avance del conocimiento empírico sobre el racionalista, circunstancia que da un gran impulso a la medicina.

¹⁰ Descartes pensaba que el pensamiento y la materia eran totalmente diferentes, no había conexión entre ellas. Sin embargo Spinoza opinaba distinto, él pensaba que pensamiento y materia eran una misma cosa. A la primera forma de pensar se la conoce como dualista y a la de Spinoza, como monista. Este idea es el sustrato sobre el cual la medicina de nuestro tiempo separo al ser humano en cuerpo y mente y asigno a distintas especialidades su estudio, fragmentando lo orgánico y lo mental, y en última instancia separando la dolencia de la enfermedad.

¹¹ Michel Foucault define así al modo en que la enfermedad es vista durante esa época.

¹² Alvin Toffler. La Tercera Ola. Plaza & Janes. 1980.

¹³ Este modelo de inclusión adquiere en nuestro país rango constitucional, incluso ya desde el preámbulo de su Constitución en 1853 y las modificaciones siguientes.

¹⁴ El Positivismo Lógico: Disponible en la World Wide Web en <http://usuarios.lycos.es/sergiopalomo/positlog.htm> (visto en Internet el 10 de Enero de 2005).

¹⁵ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Censo 2.001.

¹⁶ La Guerra de Secesión en Estados Unidos tiene menos grado de idealismo que el que nos han hecho creer, la razón básica consistía en abandonar el modelo feudal propio del Sur de EE.UU. hacia un modelo industrial que potenciara el paradigma del libre mercado, para lo cual era necesario otorgar la libertad de los esclavos a fin de incorporarlos al inaugurado sistema capitalista. Este mismo proceso se repetiría luego con la revolución bolchevique, donde es a través de ellos que se comienza con el proceso de industrialización en la ex Unión Soviética, o el proceso llevado adelante en Argentina entre 1945 y 1955 con el Peronismo que potenció el incipiente proceso de industrialización que se venía dando desde la década anterior.

¹⁷ De ahí el postulado universal que dice: que el grado de conocimiento del médico de una institución es directamente proporcional a la superficie de su lugar de trabajo, a la vez que se establece una relación geométrica directa entre sus conocimientos y la cercanía a la Capital de cada país (en nuestro caso Buenos Aires). En definitiva, cuanto más grande y reconocida sea la Institución donde el médico trabaja...invariablemente se correlaciona positivamente con su conocimiento y su poder por encima del resto de sus colegas.

¹⁸ Estos con una característica particular, ya que no sólo privó de la vida a miles de personas sino también les fue quitado su derecho a la muerte, los desaparecidos no están ni vivos ni muertos, y a decir de Jorge Rafael Videla: "no están vivos, ni muertos, no tienen entidad, son desaparecidos". Una nueva entidad que inhibe el duelo, y paraliza aún más que la misma muerte.

¹⁹ Pese a esto las políticas de Recursos Humanos en Argentina siguen dando gran importancia a la formación de Pediatras y no existen Residencias en especialidades como Geriatria.

²⁰ Esto se denomina Tasa de Fecundidad, en la Ciudad de Buenos Aires la misma es de 1,44 y la más alta del país se da en Misiones con 3,34.

²¹ El estudio del genoma humano (finalizado en el año 2003) permitirá predecir la posibilidad de una enfermedad y restituir ya a nivel molecular. Es altamente probable que la eficacia social (como la de muchos otros descubrimientos de la ciencia, sea prácticamente nula y reservada a los grupos de poder. Esta actividad está siendo desarrollada también por empresas privadas tales como Celera Genomics (vinculada a Glaxo Wellcome), empresa que cotiza en la bolsa de New York, quienes intentan obtener patentes del genoma humano. De esta forma se hace evidente que el conocimiento no se regala, ya que se clarifica la situación de que la ciencia y el conocimiento no están disponibles sino para quienes sean capaces de pagarlos. Las consideraciones éticas tales como el uso indebido de esta información genética por parte de los Seguros Voluntarios de Salud es otro tema de debate. Concretamente, habrá exclusión o será considerada una preexistencia al poseer un gen que potencialmente sea capaz de generar cáncer de colon. Estará esta enfermedad, o este potencial de enfermar excluido de la cobertura? La Fertilización in Vitro, cual es el destino de los embriones? Tendrán los hijos nacidos de esta manera, en caso de que sus padres no compartan el mismo código genético, el derecho a la identidad? Temas que van más allá de consideraciones técnicas pero que hacen a los nuevos desafíos por venir.

²² Huntington define que la guerra fría entre Capitalismo y Comunismo no fue mas que una guerra civil dentro de una misma civilización, la Occidental. Occidente, al igual que el Islam son culturas mesianicas, y por tanto, pretenden imponer sus verdades, a la vez que tienen una visión de sí mismas como superior a la otra. La guerra se expresa no sólo en Medio Oriente, sino se ha expandido a Buenos Aires (bombas en Embajada de Israel y AMIA), Bosnios contra Serbios, conflictos en las repúblicas del Sur de la ex-Unión Soviética, Timor Oriental, el ataque y destrucción de las torres gemelas en el World Trade Center en NYC), el 11M en Madrid, el 7J en Londres, la guerra en Irak, el conflicto palestino-israelí, Chechenia, el inminente conflicto con Irán, etc.

²³ Naisbitt, J. Megatrends. Ten new directions transforming our lives. Warner Books edition. NYC, 1982.

²⁴ Más allá del éxito que este modelo tuvo, y su creciente disfuncionalidad, es interesante recordar que Henry Ford insistía siempre en que sus "trabajadores puedan ganar lo suficiente como para comprar un auto de los que producen". Es decir se trata de un hombre que entendía perfectamente la concepción del capitalismo en los términos que Adam Smith los planteó.

²⁵ Pese a este discurso, el eufemismo de daños colaterales, quedan las dudas si la tecnología no es tan efectiva como se dice, o los "daños colaterales" son parte de estos juegos de guerra.

²⁶ Pérez Tamayo R. Enfermedades viejas y Enfermedades Nuevas. Ed. Siglo XXI. México. 1985.

²⁷ Esto es la capacidad de trabajar con otras especialidades de la medicina, con otros trabajadores de la salud afines (psicólogos, trabajadores sociales, etc), pero también con otros miembros de la sociedad que también detentan acciones sobre la salud: en algunos casos machis, curanderos, pastores, sacerdotes, etc.