

# Humanidades e investigación científica

Una propuesta  
necesaria

Norbert Bilbeny  
Joan Guàrdia (eds.)

Nolasc Acarín, Ramon Alcoberro, Antonio J. Arrieta,  
David Bueno, Anna Calvera y M. Dolors Tapias,  
Manuel Cruz, Óscar Dejuán, José Esteve,  
Daniel Innerarity, David Jou, Carles Mancho,  
Gemma Marfany, Genoveva Martí, Marisa Siguan,  
Javier Tejada

UBe



# ÍNDICE

PREFACIO .....	9
<i>Dídac Ramí­rez (rector de la Universidad de Barcelona)</i>	
PRÓLOGO. LAS HUMANIDADES Y EL CONOCIMIENTO .....	II
<i>Norbert Bilbeny, Joan Guàrdia (eds.)</i>	
HUMANIDADES Y CIENCIA. EL OFICIO DE MÉDICO .....	15
<i>Nolasc Acarín</i>	
REFLEXIONES SOBRE EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA, LA CONECTIVIDAD Y LA TECNOÉTICA .....	33
<i>Ramon Alcoberro</i>	
EL PAPEL DE LAS HUMANIDADES EN LA INVESTIGACIÓN ECONÓMICA. ANÁLISIS, EVALUACIÓN, PROPUESTAS .....	51
<i>Antonio J. Arrieta</i>	
LA CURIOSIDAD COMO MOTOR DE LA INVESTIGACIÓN .....	71
<i>Norbert Bilbeny</i>	
¿OTRO LADRILLO EN EL MURO? .....	87
<i>David Bueno</i>	
DISEÑO Y ARTE: INVESTIGADORES QUE CREAN, ARTISTAS Y DISEÑADORES QUE INVESTIGAN. INVESTIGACIÓN Y CREACIÓN EN LA CONFLUENCIA ENTRE HUMANIDADES Y TECNOLOGÍA, ENTRE CIENCIAS HUMANAS Y CIENCIAS NATURALES .....	113
<i>Anna Calvera, M. Dolors Tapias</i>	
¿EN QUÉ SE RECONOCE A UN FILÓSOFO (EN GENERAL)? .....	137
<i>Manuel Cruz</i>	
HUMANIZAR LA ECONOMÍA. ....	149
<i>Óscar Dejuán</i>	

DE LA CIENCIA A LA LITERATURA. EL CAMINO DEL DERECHO ANTE LA INCERTIDUMBRE . . . . .	163
<i>José Esteve</i>	
LA PSICOLOGÍA ERRANTE: DESDE LAS HUMANIDADES HASTA LAS CIENCIAS DE LA SALUD A TRAVÉS DE LAS CIENCIAS SOCIALES. ¿SABEMOS DÓNDE ESTAMOS? . . . . .	179
<i>Joan Guàrdia</i>	
TODOS SOMOS DE LETRAS: CONSECUENCIAS DEL GIRO HERMENÉUTICO SOBRE LA ARTICULACIÓN DE LOS SABERES . . . . .	197
<i>Daniel Innerarity</i>	
ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE CIENCIA Y SABIDURÍA . . . . .	215
<i>David Jou</i>	
CIENCIAS MENOS HUMANIDADES IGUAL A CERO . . . . .	231
<i>Carles Mancho</i>	
HORÓSCOPOS GENÉTICOS . . . . .	241
<i>Gemma Marfany</i>	
LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS HUMANAS . . . . .	259
<i>Genoveva Martí</i>	
CIENCIA Y LITERATURA . . . . .	267
<i>Marisa Siguan</i>	
MIRANDO AL TIEMPO . . . . .	285
<i>Javier Tejada</i>	
NOTA BIOGRÁFICA DE LOS AUTORES . . . . .	305

# HUMANIDADES Y CIENCIA. EL OFICIO DE MÉDICO

*Nolasc Acarín*

Es común referirse a las humanidades para aludir a lo que antes denominábamos letras: los saberes relacionados con la filosofía, las lenguas y la literatura, la historia, el arte, el derecho, la antropología, la sociología, la psicología y, más recientemente, las denominadas ciencias de la información. Sus instrumentos fundamentales son el estudio de libros y documentos, así como el pensamiento para razonar. Cabe recordar que, antiguamente, las humanidades eran por completo dependientes de la religión en la Europa cristiana.

El humanismo no se convirtió en una alternativa a la religión hasta el siglo XVIII, cuando ganó aceptación popular al proporcionar una postura ética basada en la razón en vez de apelar a lo sobrenatural. Pero sigue siendo cierto que el humanismo es no religioso, no antirreligioso. La tolerancia de la religión, aunque la religión no sea igual de tolerante, permite al humanismo centrarse en lo más importante, que es construir una sociedad mejor basada en las aptitudes humanas naturales. El resultado es el experimento en marcha en Occidente de una sociedad cada vez más laica. Como el movimiento de las placas tectónicas, el cambio es extremadamente gradual. La humanidad no puede cambiar ni cambiará de un día para otro y menos como si la religión fuera una influencia ajena. En buena medida es nuestra propia creación, es parte de lo que somos, y está entretrejida en nuestras respectivas culturas (De Waal, 2014).

Las ciencias comprenden los saberes basados en la observación de la naturaleza, la experimentación, la sistematización de resultados, la formulación de preguntas, la construcción de hipótesis y la deducción de leyes generales. En la ciencia puede considerarse que la experiencia y la evidencia de los resultados son la única fuente de conocimiento. La medicina se alimenta de la física, la

química, la biología y las matemáticas, siendo una ciencia aplicada que, para ser practicada, requiere de cierto oficio o arte personal.

La biología enseña a entender la evolución y el cuerpo humano. Las humanidades nos ayudan a entender el mundo, la historia y la civilización.

En la medicina debe distinguirse entre la etapa moderna o científica y la antigua o mágica, si bien ya en la antigüedad hubo personas sabias que intentaron basar su conocimiento de la naturaleza en el método científico, a pesar de los escasos recursos de la época, en la que primaban las concepciones mágicas y religiosas sobre la naturaleza y la vida.

Para el hombre de cultura primitiva, la enfermedad es una cosa exterior y adversa que ha penetrado en el cuerpo, un demonio. Espíritus malignos, fuerzas sobrenaturales se posesionan del organismo. Los hombres relacionados con los demonios pueden también producir las enfermedades humanas por procedimientos mágicos, por encantamiento. Por consiguiente, el método terapéutico derivado de estos conceptos consiste en la expulsión del demonio, en la magia curativa. El curandero, el médico-sacerdote posee este poder mágico (Hoff, 1955).

Lo anteriormente expuesto no se contradice con el reconocimiento de que la religión fue el cemento que permitió consolidar las comunidades humanas en el albor de la historia. Al respecto asevera Edward O. Wilson:

Las religiones organizadas dirigen los ritos de iniciación, desde el nacimiento hasta la edad adulta, desde el matrimonio a la muerte. Ofrecen lo mejor que una tribu tiene para ofrecer: una comunidad comprometida que proporciona respaldo emotivo y sincero, y da la bienvenida y perdona. Las creencias en dioses, ya sean únicos o múltiples, sacralizan las acciones comunales, entre las que se incluyen la elección de líderes, la obediencia a las leyes y las declaraciones de guerra. Las creencias en la inmortalidad, y en la suma justicia divina, proporcionan un consuelo inestimable, y fortalecen la resolución y la valentía en épocas difíciles. Durante milenios, las religiones organizadas han sido el origen de gran parte de lo mejor de las artes creativas (Wilson, 2012).

Entre quienes rompieron con la conciencia sobrenatural de la enfermedad destacan los nombres de Hipócrates (460-377 a. n. e.) y Galeno (131-200) en la cultura grecorromana, y más tarde Avicena (980-1037) en la cultura persa de nuestra Edad Media. Sin embargo, no fue hasta Paracelso (1493-1541), en el Renacimiento, cuando se recuperó el saber médico grecorromano y se postuló la observación directa de la naturaleza como única fuente del saber médico. Este paso señaló el camino para comprender que la enfermedad se produce por

la alteración de los órganos internos a consecuencia de un agente morbozo externo o de la propia inflamación o degeneración del órgano. Se abrió así la puerta a los grandes descubrimientos anatómicos, fisiológicos y etiológicos sobre la enfermedad, que habían de llegar en los siglos siguientes, principalmente desde mediado el siglo XIX hasta nuestros días.

Tras el descubrimiento de la célula como base de la enfermedad, no se tardó mucho en presumir primero y comprobar más tarde que el sustrato enfermo podía radicar en la estructura molecular. Recientemente los métodos exploratorios han dado un giro copernicano al trabajo del médico con la introducción del diagnóstico por imagen, mediante la ecografía, la tomografía computarizada, la resonancia magnética y las exploraciones con isótopos radiactivos o por emisión de positrones. Los avances en la genética permitirán el diagnóstico precoz y conocer la vulnerabilidad a muchas enfermedades mediante la práctica de exámenes sencillos.

Todo ello nos conduce a la posibilidad de establecer diagnósticos de certeza sin el marco del encuentro entre enfermo y médico, suprimiendo la clásica relación asistencial. ¿Será posible y fiable establecer un diagnóstico sin el contacto personal con el médico, mediante un examen biológico, genético y una exploración de imagen de pies a cabeza? Sin negar las bondades de estos avances, pienso que las tecnologías no podrán sustituir al médico en su capacidad de valorar los síntomas, signos exploratorios y resultados de exámenes paraclínicos, así como de evaluar el estado emocional del paciente.

La emoción, con sus efectos físicos tan frecuentes sobre la salud y la enfermedad, no se produce generalmente por sí misma en el individuo aislado, sino por las excitaciones, experiencias agradables o dolorosas debidas a la vida en sociedad con otros individuos. Por esto, la enfermedad es también un problema social. Un médico que sabe captar, en sentido clínico, el proceso patológico total, puede a menudo reconocer que la enfermedad representa simultáneamente una crisis psicofísica y una peripecia de la historia de la vida interna y externa (Hoff, 1955).

La indicación de un tratamiento es fruto de la elaboración de un mecanismo complejo en la mente del médico. Su formación y experiencia, junto a los datos exploratorios, son importantes, pero también es relevante la valoración del profesional sobre las ventajas y los inconvenientes de un determinado tratamiento en un momento u otro, así como la evaluación de la capacidad emocional del paciente para asumirlo.

La terapéutica también ha experimentado avances asombrosos en farmacología y en tecnología. Ténganse en cuenta las técnicas de exploración y el tra-

tamiento endovascular, que permiten colocar dispositivos en el corazón o en las arterias sin practicar cirugía. Se añade la cirugía por laparoscopia, que sirve para extirpar órganos enfermos mediante pequeñas incisiones, sin la clásica agresión quirúrgica. Recientemente se han introducido robots en la cirugía. En 2001 se realizó la primera intervención mediante robot en los Estados Unidos. Actualmente en todo el mundo ya operan 2.500 robots Da Vinci, complejos aparatos disponibles por dos millones de euros cada uno, que requieren personal bien formado (los expertos consideran que se precisan unas setenta intervenciones hasta que el equipo quirúrgico esté suficientemente entrenado). Es muy importante decidir el tipo de tratamiento con la máxima seguridad y corrección. El debate sobre la utilización de robots se centra en si deben emplearse para sustituir lo que ya se hace con otras técnicas o mejor reservarse para intervenciones que no pueden efectuarse con técnicas convencionales (Legeais, 2014). Los resultados son muy buenos tanto por la precisión operatoria obtenida como por minimizar el trauma quirúrgico, la estancia posoperatoria y las complicaciones secundarias.

Los avances asociados al conocimiento del organismo humano y al proceso de enfermar se han acompañado de una significativa eclosión tecnológica y, en consecuencia, de un aumento de la especialización en medicina. No obstante, recuérdese que la naturaleza es indivisible: solo la cuarteamos y subdividimos en partes para poderla estudiar mejor. La reacción del estrés puede ser un buen ejemplo. El estrés es el estado de tensión aguda del organismo como reacción a la percepción de un estímulo agresivo, el cual produce alteraciones fisiológicas que tienen por objeto la defensa de la integridad orgánica, pero que en condiciones de cronicidad pueden ser causa de enfermedad (Selye, 1936). Es el denominado síndrome general de adaptación. Frente a un peligro que se extiende en el tiempo, el organismo reacciona fabricando las proteínas del estrés, que pueden alterar la inmunidad, el sueño, los vasos sanguíneos y la coagulación, el comportamiento mental, e incluso acaba dañando el DNA, pudiendo influir en el desencadenamiento de un trastorno circulatorio, de un cáncer, del envejecimiento enfermizo, causar la pérdida de la autoestima e iniciar una depresión (Leonard y Miller, 1994; Hoeijmakers, 2009; Wild, 2012; Liu et al., 2014). Algunos estudios llegan a demostrar que el estrés social se asocia con un aumento del riesgo de muerte entre el 200 y el 300%, en la mayoría de los casos a consecuencia de cáncer (Lund, R. et al., 2014).

Una causa puede tener muchas consecuencias que afecten a órganos y sistemas distintos, partes de una misma naturaleza. De aquí resulta la importancia del trabajo en equipo y de la fluidez del conocimiento entre diversas especialidades médicas. El paciente que acude al médico busca una explicación y

una posible solución a los síntomas que le producen dificultades, dolor o inquietud. El médico tiene como función conseguir un diagnóstico, establecer el pronóstico e indicar un tratamiento, si es posible curativo o, si no, al menos paliativo.

Aún hay otro aspecto: el paciente deposita su confianza en el médico y espera de él la mejor solución a su problema. Esto último sienta la base de lo que se ha llamado la relación asistencial. Una relación que debe ser de confianza recíproca. En su fantasía, el enfermo se alivia descargando en el profesional sus problemas y posibles soluciones, en ocasiones de forma infantil y con una expectativa excesiva, como si se confiara a un familiar todopoderoso. El profesional debe manejar con cuidado esta relación compleja, a fin de que no se torne dañina para ambos. El sistema sanitario debe facilitar una buena relación de privacidad y entendimiento entre los profesionales (médicos y enfermería), el paciente y su familia, de forma que la relación asistencial sea posible en un marco saludable.

Entre las primeras cualidades que debe ofrecer el servicio asistencial se incluye la capacidad de acogida de quien acude a la consulta o, en sentido más amplio, de la población protegida por aquel servicio. Conviene aclarar que acoger no debe entenderse como una muestra de paternalismo en el sentido elitista de la expresión. La acogida comporta ofrecer a quien consulta un marco de comprensión, en el que el terapeuta asume la problemática del individuo y las tensiones que la acompañan, sin que el paciente pierda su independencia y su propia identidad. Para el profesional, esto significa aceptar los problemas del paciente en su contexto, comprendiendo la interrelación entre los problemas (enfermedades, trastornos, conflictos) y el medio de vida y de trabajo del paciente. En este marco se puede orientar el diagnóstico y el pronóstico, partiendo de una valoración justa de todos los factores biológicos, psíquicos y sociales (Acarín, 1977).

El párrafo anterior lo escribí en 1977. Hoy hago más hincapié sobre la importancia del cuidar junto al curar (no siempre posible), la comprensión respecto a las demandas del paciente, el respeto a su autonomía personal, la confianza en la que debe basarse la relación recíproca y el entendimiento del paciente en su entorno, su medio familiar y social.

Hay dos sentencias que gozan de popularidad en las escuelas de medicina, aunque se tengan menos en cuenta de lo que se debiera:

No hay enfermedades, sino enfermos. (Atribuida tanto a Hipócrates como a Claude Bernard [1813-1878].)

Curar a veces, paliar a menudo, consolar siempre. (Atribuida a Adolphe Gubler [1821-1879].)

Esta comprensión amplia del ejercicio médico proporciona la necesaria profundidad del arte u oficio de médico, sumando el conocimiento y uso del saber científico biológico a la comprensión psicológica y social del enfermo, de su dolor y el de su familia. Ciertamente, aquí tiene lugar el encuentro entre medicina y humanidades. Insisto en el concepto de que la medicina es una ciencia aplicada que se nutre de la física, la química, la biología y las matemáticas (especialmente de la estadística), pero el oficio de médico debe incluir la psicología, la sociología, la antropología, la ética y otros saberes considerados propios de las humanidades.

En ocasiones, incluso en la investigación médica, la formación en alguna de las ramas de las humanidades es imprescindible, siendo ineludible en trabajos sobre bioética, historia de la medicina, calidad asistencial, satisfacción del usuario, análisis del binomio enfermo/médico, entre otras. En la formación del profesorado convendría prestar atención a la formación humanística de quienes luego formaran a los médicos.

El presente texto es una reflexión cultural, psicológica y sociológica sobre el oficio de médico a partir de los años de experiencia en la práctica médica y de algunas lecturas, observaciones y reflexiones. Puede entenderse como un comentario ordenado sobre la vertiente humanística del ejercicio de la medicina.

Podemos preguntarnos si para ser buen médico o enfermera, el profesional debe estudiar, además de medicina, psicología, sociología, antropología, ética, historia. Creo que es bueno que conozca algunas nociones básicas de estas disciplinas, pero considero que lo más importante es tener el talento necesario para gozar de empatía y simpatía con sus semejantes, por encima de todo con los enfermos. Valga esto para los profesionales que están en contacto directo con los pacientes, que atienden y cuidan enfermos, no tanto así para el personal investigador en ciencias básicas, salud pública o trabajos de laboratorio lejos de los pacientes. ¿Puede aprenderse la empatía? Creo que es difícil, si no imposible, toda vez que depende más de la forma de ser y la personalidad de cada profesional.

Desde hace unos años se conoce que la empatía es el resultado del buen funcionamiento de las neuronas espejo, junto con diversas áreas del cerebro emocional. Estas neuronas comprenden lo que ocurre a su alrededor y establecen una relación de interés con lo observado, junto con el conjunto de funciones mentales que configuran la personalidad (Carr et al., 2003). Ello refuerza

la tesis de que la empatía, como la personalidad, es constitucional, se fija en el desarrollo de la arquitectura celular cerebral durante el periodo embrionario bajo la dirección genética de cada uno. Luego, en el desarrollo de la vida se aprenden muchas cosas, como a ser educado, cortés o respetuoso con los demás, pero la capacidad para la empatía ya la tenemos o no de origen.

La empatía tiene por objeto la comprensión del otro en sus circunstancias, sin quererlo cambiar, mientras que la simpatía pretende conseguir el bienestar del otro. Quizá debamos aspirar a que los profesionales sanitarios tengan empatía y al mismo tiempo simpatía con los pacientes.

Las relaciones de simpatía, compasión o beneficencia son propias de algunos primates, como los chimpancés, los bonobos y los humanos, que perciben las necesidades del otro y le atienden con desinterés manifiesto. La conducta de simpatía contiene caracteres de fidelidad, generosidad, bondad, lealtad, consuelo y ayuda, entre otros. De acuerdo con el *Diccionario de la Lengua*, la beneficencia es la virtud de hacer el bien. Es una conducta que facilita la calidad de la convivencia por lo que mejora las condiciones de vida de una comunidad y garantiza su perpetuación. Se refiere por tanto a las atenciones dirigidas a individuos externos a la familia, sin vinculación genética directa, y en el caso de los humanos puede ser más extensiva y llegar incluso al respeto y atención a los otros animales, al reino vegetal y al medio en general (Acarín y Acarín, 2010).

Deseo hacer hincapié en un aspecto que no es menor: cuando se reclama que el profesional tenga empatía y simpatía no debe entenderse que ello sea suficiente para ser un buen médico. Tan importante como estas cualidades es la formación científica del profesional, sin la cual sería vano ser amable, cordial y comprensivo. Las dos líneas de acción deben ir parejas. El profesional sin ciencia sería un impostor; sin empatía, un médico malo. En la práctica, los buenos profesionales que he conocido cumplen con ambos requisitos; si falla uno, son personas mediocres.

En vista de ello nos preguntamos cuál es la forma de selección y la orientación vocacional para estudiar medicina. Además de admitir que el móvil principal del estudiante sea la curiosidad científica respecto al cuerpo humano y sus enfermedades, y dando por sentado el interés del futuro profesional para ser útil a sus semejantes y cuidarlos en su infortunio, debe aceptarse también la motivación social y económica. Desde el siglo XIX hasta hace pocos años, la profesión médica era atractiva por ser una forma de promoción social y de obtención de notables beneficios económicos, a partir de una inversión discreta de recursos en los estudios. Son ilustrativas las imágenes de algunas pinturas acerca del aspecto acomodado del médico. Así el cuadro de Luke Fildes, de

1890, titulado *The Doctor*, en el que un médico (el pintor se inspiró en el Dr. Gustavus Murray como modelo) contempla pensativo a una niña enferma; la vestimenta y el porte del médico contrastan con la sencillez y humildad de la habitación, en la que aparecen los padres de la niña con pobre vestimenta. Picasso en 1898 pintó el cuadro *Ciencia y caridad*, en el que aparece un médico (siendo el modelo su padre) bien vestido tomando el pulso a una enferma, mientras a su lado una monja sostiene en brazos a la hija de la paciente.

Hoy en España ya no es así. La mejora de las condiciones de vida, junto a un sistema sanitario público, ha conseguido altas cotas de garantía para la salud de la población. Nuestro país es de los que, con menos gasto público, obtiene mejores indicadores de salud del mundo (baja mortalidad infantil, alta esperanza de vida, asistencia universal gratuita). No obstante, el confort asistencial es muy irregular, con disfunciones importantes en la atención a los enfermos (masificación, despersonalización, listas de espera, falta de privacidad, exclusión de algunos grupos sociales, insuficiente atención a la dependencia, etc.). El sistema nacional de salud emplea a la mitad de los médicos españoles, con lo que se convierte en el principal empleador y puede establecer las remuneraciones con plena libertad en un régimen de casi monopolio. Las remuneraciones a los médicos se encuentran entre las más bajas de Europa. El sistema público es, además, casi el único formador de especialistas mediante el programa MIR. A la par, las entidades de seguro libre (vulgarmente llamadas mutuas) han experimentado un gran crecimiento económico y del número de afiliados debido a la población insatisfecha con el sistema público y a las bajas retribuciones a los profesionales. El resultado ha sido la grave pérdida de valor adquisitivo de los médicos.

Otro aspecto interesante reside en la feminización de la profesión médica. Progresivamente ha crecido la tasa de mujeres médico, como en cierto modo también ha ocurrido en el Reino Unido, a diferencia del resto de Europa occidental. Hace cincuenta años las mujeres constituían menos del 10% de los médicos; en 1996 la tasa de feminización era del 34,6% y en 2010, del 45,8%, al tiempo que se percibe un aumento en las promociones más jóvenes: en 2010 entre los médicos menores de treinta y cinco años el 67% eran mujeres. Del 1996 al 2010 el número de varones médicos creció el 11,9%, mientras que el de mujeres lo hizo en el 78,7%. En la actualidad, más del 80% de los estudiantes de medicina son mujeres. En la enfermería también se ha acentuado la tasa de feminización: en 1996 era del 76,2% y en 2008 fue del 83,3% (DM. OMC, 2011).

El análisis sobre la feminización de la profesión médica se basa en la diferente preparación de los jóvenes en función del sexo y, por tanto, las distintas

posibilidades de acceder a la universidad primero y a una plaza de médico en formación después.

La feminización es una consecuencia del *numerus clausus* y de la nota de corte alta para entrar en la universidad. Este proceso de selección se produce en una etapa de la vida en la cual la madurez de la mujer es más alta que la del hombre, si bien esta diferencia se iguala con el paso del tiempo. Pero en el momento de la selectividad las chicas obtienen notas más altas y acceden a más carreras con notas de corte también altas, como es medicina (Vilardell, 2009).

Lo ocurrido con la feminización de los estudios de medicina es parte de un fenómeno más general. En los análisis sociológicos sobre las parejas españolas se ha constatado que entre las mujeres de cincuenta y de veinticinco años el nivel de titulación académica es mayor que en los varones; la diferencia crece de forma inversa a la edad. En las mujeres más jóvenes el nivel de estudios es el doble que el de los varones (Ajenjo Cosp y García Román, 2014).

Junto a ello, uno puede preguntarse si la condición femenina es más capaz que la masculina para cuidar y atender a los enfermos. Es un hecho, de connotación genética, que por la maternidad y el ancestral cuidado de las crías, las mujeres son más proclives a las labores asistenciales. El peso de la biología y de la historia de la humanidad persiste, aunque el marco social moderno pretenda una mayor responsabilidad del varón en las atenciones intrafamiliares. El ejemplo de la enfermería, con una gran mayoría de mujeres, es elocuente. Además la enfermería es la profesión sanitaria que en su trabajo está más cerca de los enfermos y de sus familias, mientras que el médico, a menudo, adopta una posición más distante. Podría concluirse que lo que ocurre en la actualidad es tan solo un cambio en la elección profesional. A las mujeres jóvenes no les basta con los estudios de enfermería. A diferencia de las generaciones anteriores, su mayor independencia y ambición las orienta hacia los estudios de medicina. En cualquier caso, recuérdese que el cerebro humano está dotado para la curiosidad científica, la empatía y la compasión independientemente del sexo. Lo importante es la personalidad, el talento y la formación de cada uno, junto a las experiencias personales a lo largo de la infancia y la adolescencia.

Hacer de médico es una labor compleja. Se basa en la aplicación de diversos conocimientos científicos a la función de saber interpretar los síntomas del enfermo, a fin de poder deducir a qué trastorno de la salud corresponden. Hay que recabar el máximo de datos subjetivos (anamnesis) y objetivos (exploración) a fin de poder establecer una primera hipótesis, que confirmamos o des-

echamos con los resultados de las exploraciones paraclínicas, con la respuesta al tratamiento iniciado y con la observación del curso evolutivo de la enfermedad.

Como ya he indicado, el médico debe inspirar confianza al paciente, ser acogedor, cauto y saber escuchar, sin avanzar conclusiones antes que el paciente las pida. Al médico se le pide comprensión frente al dolor e incluso frente a los disgustos de la vida. Cuando no se tienen respuestas, lo mejor es callar y reiniciar el interrogatorio. Muchos se han referido a la importancia de la silla y la palabra como los grandes instrumentos médicos: sentarse junto al enfermo y escucharlo con atención. Sin menospreciar las tecnologías diagnósticas, también creo que la silla y la palabra siguen siendo imprescindibles: no tener prisa, sentarse frente al paciente y no frente al ordenador, dejarlo hablar sin agobios. A veces no es fácil deslindar lo importante de lo accesorio, y ante la duda hay que volver a preguntar a fin de que el paciente, por segunda o tercera vez, cuente su historia. Entonces nos damos cuenta de la línea que conducirá al diagnóstico, una vez separado lo banal de lo importante. Cuando se trata de un paciente con un problema grave, con mal pronóstico, es importante que la relación entre el enfermo y el médico sea diáfana. El médico debe asumir su función de información y de acompañamiento, sin refugiarse en el silencio piadoso.

El médico debe tener una clara conciencia del grado de precisión conseguido, y distinguir lo que es objetivo, demostrado, de lo que es tan solo una hipótesis, probabilidad, compatibilidad. La mayoría de los errores médicos son consecuencia de confundir la certeza con la intuición [...]. Uno de los derechos del médico es el derecho a equivocarse, si bien no tiene el derecho a desentenderse de sus errores [...]. Cuando el médico supera su propio miedo y acepta el desafío de ayudar a fondo al enfermo con un mal pronóstico, se encuentra en un mundo apasionante, sin fórmulas de conducta, donde un paso en falso es a menudo irreversible, y dispone como guía, tan solo, de unos principios muy generales. En primer lugar, no es fácil conocer el sentido que tenga para el paciente la comunicación de la verdad, la salud, el bienestar, la propia vida. El objetivo del médico es el propio enfermo, como persona, tal como él es y se siente, no como el médico quisiera que fuese. Cuando esto queda claro se resuelven automáticamente muchas dificultades. En segundo lugar, como que el paciente está cerca de vivir una crisis muy seria, necesita conocerse, sentirse libre, mantener sus valores y encontrar nuevos, especialmente si comportan alguna esperanza. Le será indispensable la ayuda respetuosa y el apoyo del médico, con su poder. Esto comporta una intensa actividad de comunicaciones médico-enfermo; las intuiciones de vida y de muerte requieren intimidad. Ni el científico distante ni el elevado paternalista tienen cabida (Gol, 1974).