

La medicina como profesión. Etapas de la capacitación profesional*

Drs. José Enrique López**, Raúl La Salle Toro***, José Enrique López Salazar***

El pensamiento médico y el ejercicio de la medicina plantean un cúmulo de problemas filosóficos. Estos comprenden desde la caracterización de la medicina hasta los problemas epistemológicos, lógicos y axiológicos.

¿Qué entendemos por medicina, ¿Es un arte?, ¿Es una ciencia? ¿Es una tecnología?, ¿Es un constructo axiológico?

Pretendemos mostrar que el abordaje filosófico de muchos problemas médicos no representa un mero juego intelectual, sino una herramienta eficaz para la investigación y la enseñanza de la medicina, principalmente, para la observación crítica de la problemática en juego. Se pretende mostrar, además, que la filosofía de la medicina no puede resumirse sólo a la parcela de lo ético, lo axiológico o lo histórico.

Hipócrates decía “La vida es breve; el arte, extenso; la ocasión fugaz; la experiencia, insegura; el juicio difícil. Es preciso no sólo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino además que colaboren, el enfermo, los que lo asisten y las circunstancias externas” (1).

La medicina ¿Es un arte? En el saber y en el quehacer del médico, no hay una obra producida por él que sea artística, tampoco produce un ergon (la “obra de arte”, según Nietzsche), algo nuevo en su ser. Su obra consiste más bien, en poder volver a producir lo que ya ha sido producido: intentar y

ayudar a restablecer junto con la naturaleza, la salud en el paciente. Justamente por las razones anotadas, la obra no le pertenece al médico. El médico descubrirá que la medicina no puede ser un arte, pues se rige por generalizaciones y por leyes, no por criterios singulares y particulares (como lo hace el arte); descubrirá que no podemos trabajar de forma errática, sin metodología y sin patrones repetibles.

La medicina, por fortuna, no es una ciencia. Es mucho más y es diferente a una ciencia. No es cualquier arte, ni cualquier técnica. El saber médico no consiste en la aplicación de una serie de saberes científicos, al conocimiento y tratamiento de las enfermedades. La medicina no puede ser esencialmente una ciencia; el médico pronto aprenderá que su primordial función es tratar de aliviar o de salvar vidas y no la de encontrar regularidades o leyes científicas; hará uso de ellas, claro está, pero su función sine qua non, no será la de encontrarlas (2-4).

El saber de la medicina, tampoco es un saber técnico. Sin embargo, el acto médico, debe llevar dentro de sí algunos saberes puramente científicos, los cuales no son mágicos ni sobrenaturales, ni del orden de los dioses. La medicina no se puede interpretar como una técnica, puesto que siempre experimenta su propia habilidad, sólo como la recuperación y el establecimiento del orden natural, de su equilibrio. Tampoco se puede decir que es una aplicación de la ciencia a la práctica médica (5,6).

También se puede agregar que en el restablecimiento de la salud del enfermo no siempre es posible determinar si se debe al virtuosismo y a los conocimientos del médico o, a una respuesta que obedece a la naturaleza misma del enfermo, a su

*Trabajo presentado en la Academia Nacional de Medicina el 28-06-2007.

**Individuo de Número, Sillón XVII.

***Médicos Internistas. Profesores Universidad de Carabobo.

propia expresión subjetiva. Muchas veces los pacientes se alivian o no mejoran, a pesar de los médicos.

Según Galeno: “*Vix medicatrix naturae*”, la fuerza curadora de la naturaleza.

Es preciso aclarar que la medicina no puede tener por objetivo curar. Si se habla desde el arte, es justo plantearla no como el arte de curar, sino más bien el arte de aliviar. Curar es diferente de aliviar. Aún en enfermedades leves, el médico no le puede prometer al paciente una cura. El médico sólo se debe comprometer a utilizar todo su empeño, en lo que esté a su alcance, sus conocimientos, su preparación técnica para que en el procedimiento que vaya a realizar (médico o quirúrgico) el efecto deseado y esperado se consiga. Sin embargo, no puede garantizar los resultados aunque uno debe advertir de los riesgos y sus consecuencias. Compartimos con otros la idea de plantear la medicina como una profesión que algunas veces cura, otras alivia y siempre acompaña y consuela.

Sin lugar a dudas, la relación que el profesional de la salud establece con su obra, es bastante enigmática, pues lo que acontece allí es imposible de demostrar a sí mismo y a los demás. Hay situaciones inherentes a esta actividad, que ni siquiera están escritas y hacen parte de su ritual. Sólo sabe dar cuenta de ello, aquel que tiene la investidura médica. Por tanto, dentro de este concepto de arte no es fácil ubicar a la medicina.

Naturalmente, en la época moderna, las cosas empiezan a cambiar. Las ciencias naturales modernas entienden su propio “saber” como un “saber-hacer”. De este modo, el concepto de técnica vinculado con el pensamiento científico actual tiene a su alcance un número creciente de posibilidades específicas en el terreno de los procedimientos y en el de la ciencia médica. El “poder-hacer”, ya no es “curar” o aliviar, sino un “producir” (hacer). El “no saber” ya ha dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio “saber” y en el “poder hacer”. Pero ¿hasta dónde se puede hacer? Este “poder hacer” está mediado por la prudencia y por el otro, el paciente quien también ayuda a marcar un límite. Es razonable que debe mediar entre ellos otra instancia, la del “deber”, como fundamento de la norma moral.

Estos saberes científicos, a pesar de la incertidumbre que caracteriza a los humanos, le permiten afrontar con alguna precisión científica un criterio médico en bien de su paciente. Es abordar al ser humano, al sujeto, con su propia subjetividad,

con su sufrimiento y con su entorno. El profesional de la medicina debe ir más allá de la enfermedad.

Se puede deducir que la medicina es una profesión de la más alta calidad, digna y noble, pues tiene que ver con las dolencias y el sufrimiento de los seres humanos. Es una vocación de superior categoría. Sus profesionales son personas muy capacitadas y muy preparadas en la sociedad, donde ellas a nivel individual han tenido mucho que invertir, lo mismo que el Estado. Además, el profesional médico debe asumir una actitud moral, adoptar una posición ética para el buen desempeño de sus obligaciones frente a los momentos históricos que determinan su práctica. Todos estos cambios económicos, políticos y culturales, el avance de la ciencia y el desarrollo de la tecnología crean una nueva deontología médica y obligan a la comunidad médica a reflexionar sobre su lugar, sobre su práctica.

Nuestra actividad no siempre es bien percibida por la sociedad que exige la infalibilidad de la medicina. Derivada de esa exigencia, surge un problema actual que colide con la competencia del médico, “La medicina defensiva” lo que a su vez alimenta una medicina cada vez más tecnológica y excesivamente costosa.

Para concluir, el médico y la medicina, no han tenido una posición al respecto. Durante muchos años hemos estado a disposición de los otros: los dioses, la religión, la ciencia, la tecnología. Esto implica no aceptar su tarea como tal, sino querer ser ciencia. Pero hoy le toca a los médicos, si desean conservar la medicina, reivindicarla como una profesión. Asumirla de esta manera, implica abrir la posibilidad de lograr una comprensión integral del ser humano en su situación vital.

La competencia de la profesión médica depende del apoyo simultáneo y equilibrado de tres pilares fundamentales y la falta o disminución de uno de ellos resultará en pérdida de sustentación o inconsistencia de aquella. La competencia en el ejercicio de la medicina depende de un proceso evolutivo a lo largo de la vida profesional (7), proceso éste fundamentado en la eficiencia, la experiencia y en principios éticos.

El primer valor reside en la eficiencia y comprende tres cualidades: conocimiento o cultura médica, habilidades o técnicas psicomotoras y actitudes de relación médico paciente.

- a. El conocimiento y su aplicabilidad surgen de la experiencia personal y de la asimilación de las informaciones más relevantes disponibles en las

fuentes de cultura médica, informaciones que sean aplicables al paciente que se quiere tratar. Cada año, la investigación biomédica publica miles de artículos; tantos, que se les calcula en once millones los publicados hasta la actualidad. Sin embargo, si avistáramos con mayor espíritu crítico, podríamos revelar que tal avance puede ser insuficiente e incluso aventurado. Por ejemplo, un estudio ha mostrado que la literatura médica es caótica en lo que respecta a su organización. Muchas revistas compiten por el mismo material, siendo su área de especialización muy estrecha, sin poder cubrir adecuadamente las necesidades de todos los involucrados en el cuidado del paciente. Lo anterior podría indicar que el desarrollo de la investigación biomédica no se caracteriza por un desarrollo muy sistemático y organizado, sino por un desarrollo acumulativo y algo “errático”. Se pueden plantear diferentes “posiciones”, desde la dirigista y mecénista hasta la de *laissez faire* científico, que deja libertad total. Esta asimilación precisa ser consciente y muy cauta, pues va a orientar la conducta que se pretende tener con cada paciente.

Tal práctica es conocida como “medicina basada en la evidencia (MBE)” y viene siendo sistematizada por la comunidad médica mundial desde su introducción en 1992. Una propuesta novedosa que plantea una saludable subversión en la medicina. Casi todos están de acuerdo que la MBE es una nueva forma de hacer medicina, diferente de la clínica clásica de los médicos centenarios. La MBE se ha convertido, según sus difusores, en el nuevo paradigma de la medicina mundial. Sus propulsores señalan que: “es una nueva propuesta de enseñanza y práctica de la medicina” (8). Thomas Kuhn introdujo la palabra paradigma en la investigación científica y filosófica (9) y fue definida como un cuerpo de conocimientos ya admitidos, unidos a una hipótesis central, una problemática, un objeto y una metodología. Para que un paradigma sea nuevo, este tiene que ser inconmensurable respecto al paradigma previo. En otras palabras, que la transición de un paradigma en crisis en otro nuevo, donde pueda surgir una nueva tradición de ciencia, está lejos de ser un proceso de acumulación, al que se llega por medio de una ampliación del antiguo paradigma.

Si consideramos válidas estas afirmaciones, la MBE, no puede constituir un nuevo paradigma. El principal valor de la MBE es que es una importante

herramienta técnica que nos intenta tipificar y cualificar cual dato o cual estudio tiene menor error y por tanto mayor validez. La MBE no reemplaza el proceso de razonamiento clínico. Es sólo una herramienta auxiliar, una técnica auxiliar del método científico. La estadística no precedió a la invención del método científico sino que fue posterior. Su finalidad es corregir y medir el error. No da pautas para conocer. Estas consideraciones no significan que estamos haciendo demasiadas concesiones a la intuición, a la subjetividad extrema y a la irracionalidad, aspectos estos que suelen moverse en la incertidumbre. Sin embargo la MBE no es un paradigma, no rompe la medicina científica que venimos haciendo desde hacen 200 años, sólo agrega a lo ya conseguido, un criterio estadístico.

Entre tanto, las decisiones tomadas frente a un paciente determinado, no se deben basar sólo en los resultados de los trabajos experimentales controlados. Requieren discusión, ponderación, oír otras opiniones, experiencia profesional y no pueden ser automáticamente transferidas al paciente, aunque carezca de atención personalizada. Es conveniente recordar que, a pesar de existir enfermedades aparentemente iguales, las personas que las portan no son iguales entre sí.

Por tanto debemos proceder de la siguiente manera:

1. ¿Son válidos los resultados de ese ensayo con fines terapéuticos?
 - a. ¿Hubo asignación aleatoria en los pacientes en los grupos de tratamiento?
 - b. ¿Fue el seguimiento lo suficientemente largo y completo, por lo menos 6 meses?
 - c. ¿Fueron los pacientes analizados en los grupos a los cuales se asignaron mediante la aleatorización?
 - d. Tanto el paciente como los médicos tratantes desconocían el tratamiento que se les suministraba (doble ciego).
 - e. ¿Los grupos eran tratados de manera igual, aparte del tratamiento experimental?
2. ¿Cuál fue el resultado?
3. ¿Cuán precisos fueron los resultados?
4. ¿Cuál es la aplicabilidad de estos resultados a mi concreto paciente? Este es el punto crucial de confluencia de la evidencia y el análisis de la decisión clínica (10). ¿Son aplicables estos

resultados a mi paciente, ¿se tomaron en cuenta algunos problemas de la muestra? Los beneficios superan los riesgos? (11).

Tras cuatro siglos de desarrollo científico, y casi dos siglos de medicina basada en la investigación científica, pareciese que la medicina ha avanzado ya lo suficiente. Actualmente, poseemos profusa información acerca de los diferentes agentes etiológicos y acerca de las más novedosas herramientas diagnósticas y terapéuticas.

Dantas y Lopes (12) recientemente propusieron un nuevo sistema titulado Medicina basada en competencia (MBC). Esta medicina “busca armonizar el excesivo énfasis dado en los últimos años a una medicina impersonal, basada casi exclusivamente en evidencias científicas, de tipo estadístico. Ella integra la ética médica con la verdad científica de acuerdo con la vivencia de cada profesional”.

- b. El segundo valor, experiencia o vivencia profesional, confiere al médico una perfección del arte o maestría en la utilización de recursos y habilidades personales para beneficiar a los pacientes. (Praxis Médica). Despierta sensibilidades, agiliza el raciocinio, suplementa el conocimiento, aumenta la capacidad de análisis y de síntesis, agudiza los sentidos de observación y perfecciona la habilidad de interrogar, abrir e interpretar. El fundamento de la clínica es la observación. Las teorías pueden morir, pueden mudar, pero la observación no muere jamás. La genialidad de la observación es que permanece para siempre.
- c. Finalmente, pero no lo último, el tercer pilar es la ética. Esta se caracteriza por:
 - i) El respeto a la justicia.
 - ii) Por el sentimiento de compasión y amor al prójimo,
 - iii) Por el interés honesto en querer servir al otro para su bien
 - iv) Por el respeto a su derecho fundamental de vida y libertad, independientemente del género, raza/etnia, credo, clase social o patologías presentes.

Todo comportamiento médico precisa ser tutelado por la ética. Los principios éticos de la medicina en particular— y de la sociedad en general— favorecen una relación cordial, profunda y sincera entre el

profesional y su paciente.

Un proyecto para orientar el profesionalismo del nuevo milenio fue recientemente publicado por la *European Federation of Internal Medicine, American College of Physicians - American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM)* y *American Board of Internal Medicine (ABIM)* (13,14).

- I. Principio del derecho del bienestar del paciente.
- II. Principio de la independencia o autonomía del paciente.
- III. Principio de la justicia social.
- IV. Compromiso con la competencia profesional.
- V. Compromiso de la honestidad con los pacientes.
- VI. Compromiso con la confidencia del paciente.
- VII. Compromiso en mantener relaciones apropiadas con los pacientes.
- VIII. Compromiso con la mejora de la calidad de atención médica.
- IX. Compromiso en mejorar el acceso a los recursos médicos.
- X. Compromiso con la justa distribución de los recursos finitos.
- XI. Compromiso con el conocimiento científico.
- XII. Compromiso con la confiabilidad en lidiar con conflictos de intereses.
- XIII. Compromiso con las responsabilidades profesionales.

Son objetivos amplios, que no siempre están al alcance del médico. Deben estar, entretanto, en su mente cuando desempeña la profesión. Para alcanzar mayor eficiencia, el médico precisa dedicarse tanto al enfermo como a la enfermedad.

El profesionalismo es la base del contrato de la medicina con la sociedad. Demanda colocar los intereses de los pacientes por encima de los intereses del médico, establecer y mantener patrones de competencia y de integridad y proveer consejo especializado sobre asuntos de salud.

Objetivos del médico competente. La medicina existe para proporcionar al ser humano un nacimiento seguro y una muerte confortable, para proteger la salud, curar al enfermo cuando sea posible, aliviar su sufrimiento y confortarle, y, además, para cuidar del deficiente durante su vida. En otras palabras, precisa conocer y comprender al enfermo en su complejidad y totalidad constitucional y también las consecuencias originadas por su(s) enfermedad(es)

en su vida, en el medio socio/familiar. Al conocer y comprender al paciente en su intimidad biológica, psicológica, social y espiritual, tendrá el médico mejores condiciones, para explicar al enfermo qué le acontece, por analizar sus raíces más profundas y, así, proporcionarle métodos terapéuticos más eficaces.

El proceso de aprendizaje y calificación en medicina es naturalmente lento y progresivo y pasa por sucesivas etapas que, didácticamente, clasificamos en: infancia, madurez y excelencia profesionales.

1ª Etapa- Infancia profesional: percepción lineal.

Esta fase simboliza los primeros pasos de la formación profesional del médico. El estudiante, en la facultad, abre su corazón para aprender y aprehender una cantidad inmensa de informaciones que le son desconocidas. Comienza en general cargado de conceptos legos o de sentido común respecto de la salud, enfermedad y enfermo, que van siendo poco a poco sustituidos por otros científicamente más fundamentados. Al entrar en el Hospital-Facultad, escucha atentamente todas las enseñanzas - pero, no tiene todavía la mente preparada para valorar críticamente lo que oye. Poco a poco, la vivencia hospitalaria y ambulatoria le muestra las dificultades y responsabilidades del trabajo médico y, al final del curso, se siente todavía, casi siempre, incompetente e inseguro, consciente de que precisa perfeccionarse más para actuar con responsabilidad propia.

Comienza entonces la residencia médica. En ese período, el médico adquiere más experiencia y conocimiento y, paulatinamente, siente aumentar su confianza profesional. Se interesa por la medicina basada en evidencia. Pero aún se deja influenciar por representantes de la industria farmacéutica y a veces receta medicamentos que le son presentados como “los más modernos y eficaces” sin una valoración de más criterio, principalmente cuando vienen permeados de aperitivos, comidas, pequeños regalos, o pago de gastos de congresos (15,16).

Obedece a ciertos principios generales, pero permanece dentro de los límites todavía estrechos de su percepción médica global. Puede conocer bien las enfermedades, pero con frecuencia olvida al enfermo. Tiende a imponer sus técnicas al paciente con cierta inflexibilidad, aunque sean costosas y dolorosas y no raramente, propicia iatrogenias más

graves que la enfermedad inicial. Esta fase, ciertamente cargada de riesgos para el paciente, constituye el paso inicial del trabajo médico y va siendo perfeccionada lentamente. Es una fase de conciencia apenas lineal, la primera dimensión conceptual de la evolución profesional: el médico visualiza aquello que tiene enfrente. Es básica y permite que el médico evolucione a partir de ella. Algunos, infelizmente, se estacionan aquí indefinidamente. Otros, sin embargo, son despertados para la grandeza de su misión y procuran expandir sus horizontes, alcanzando en poco tiempo la fase siguiente.

2ª Etapa. Madurez profesional: percepción humanística.

Ahora el médico ya tiene una historia de vida dedicada a la medicina; ya enfrentó innumerables desafíos y ya experimentó éxitos y fracasos. Dentro de un tiempo adquiere más estabilidad emocional y consigue transmitir confianza a sus pacientes y colegas y sobre todo a interpretarlo de modo coherente en una síntesis resumida, más completa, de las informaciones obtenidas. Sus orientaciones diagnósticas y terapéuticas son bien fundamentadas y buscan no sólo erradicar la enfermedad, sino, sobre todo, beneficiar al enfermo como un todo. En esta fase, el médico no se precipita, actúa con refinamiento, coherencia y conocimiento. Su vivencia le hace cada día más cauteloso y procura no hacer, si no sabe qué hacer. Cuestiona constantemente su competencia. Utiliza recursos tecnológicos con criterio, tratando de disminuir las morbilidades y gastos a su paciente. Procura adaptar y no imponer su conocimiento y su técnica a las condiciones del paciente. Desarrolla y perfecciona su capacidad de escuchar. En este nivel, el médico demuestra una conciencia más amplia y abierta, mucho más allá del horizonte lineal que caracteriza la infancia profesional.

3ª Etapa Excelencia profesional: percepción holística.

“La enfermedad es muy vieja y nada acerca de ella ha cambiado. Somos nosotros los que cambiamos, conforme aprendemos a reconocer lo que antes era imperceptible (17).

La medicina como profesión es variable y se encuentra resumida en esta frase (18): “La variabilidad es ley de la vida y no hay dos caras

iguales, tampoco hay dos organismos iguales, ni dos personas reaccionan igual, ni se comportan por igual en las mismas condiciones anormales que nosotros conocemos como enfermedades”.

Esta etapa corresponde a la manifestación máxima del médico como ser humano y como científico, en la cual ella surge como modelo de competencia, coherencia y sabiduría. En este nivel, el médico desarrolla un conocimiento profundo de sí mismo y de sus pacientes y favorece la integración de la ciencia con la conciencia y de esta, con la naturaleza. Se empeña en despertar en el paciente condiciones que le posibiliten mejorar o curar los males a partir de su propia esencia. “Ciertamente, esta tarea exige del terapeuta, más que un médico, un maestro. Pasa a ser una referencia no por sus títulos académicos, sino por su sabiduría interior y por el bien que proporciona. Tiene competencia para asumir su propia autoría. Su saber traspa los límites de la ciencia. Es intuitivo, encuentra la verdad y, en general, místico. Ya es un Maestro. [Confucio llegó ahí a los 70 años, cuando podía seguir los designios de su corazón sin miedo de errar]. Esta fase es reconocida por Ubaldo como de ‘superconciencia’: (19). No se trata de sumar actos, observaciones y descubrimientos; de multiplicar las conquistas de la ciencia; se trata de cambiar [a nosotros mismos]. No más el lento e imperfecto mecanismo de la razón, sino intuición rápida y profunda. No más proyección de la conciencia para el exterior, por medios sensoriales que apenas tocan la superficie de las cosas, más expansión en dirección totalmente opuesta, hacia el interior: percepción anímica directa, contacto inmediato con la esencia de las cosas. En ese nivel, la actividad intelectual del médico va mucho más allá de la visión lineal característica de la infancia profesional y también de la visión humanística de la madurez profesional. Incluye ahora el holos, el todo universal donde el ser humano se inserta (20,21).

Se empeña con amor y compasión en sentido de proporcionar alivio del sufrimiento del otro. Parece evidente que tal estadio sólo será alcanzado por algunos. Estos son poseedores de una profunda paz interior y están en armonía con la naturaleza.

Deberíamos pensar sobre esos aspectos en el día a día de nuestro trabajo. Insistir en la correcta formación humanista y científica, en la relación médico-paciente, en la experiencia y la ética permitirá desarrollar esta competencia. Conciliar estas partes de la medicina es la única vía posible

para mantener esta profesión como la más noble de todas. Lo que se debe poner primero en la práctica de nuestra profesión es lograr que el paciente mejore; si con muchas maneras no puede mejorar, uno debe escoger lo menos problemático.

REFERENCIAS

1. Margotta M. The story of medicine. Corpus Hippocraticum, Aforismo 1,1. Nueva York: Editorial Golden Press; 1968.
2. Gracia D, Gómez F. Profesión médica, investigación y justicia. ¿Es la medicina una ciencia? Revista Universidad de Antioquia. 1994;63:65-70.
3. Ortega y Gasset J. Misión de la universidad. Obras completas. Tomo IV. 4ª edición. Madrid: Revista de Occidente. 1957:340.
4. Lain Entralgo P. Antropología médica. Barcelona: Salvat Editores, 1984.
5. Great Books of the Western World. Hippocrates - Galen - The Law. EE.UU: University of Chicago, 1980;10.
6. Teixeira H, Dantas F. O Bom Médico. Rev Bras Educ Méd. 1997;21:39-46.
7. Lifshiz A. IV.- La enseñanza de la competencia clínica. Gac Méd Méx. 2000;140:312-313.
8. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992;268:2420-2425.
9. Kuhn Th. The structure of scientific revolutions, Universidad de Chicago Press, Chicago, 1962-1969.
10. Martí Carvajal A. La medicina basada en la evidencia en 1948: visión desde 2005. Gas Méd Caracas. 2006;114:208-213.
11. Dans AL, Dans LF, Guyatt GH, Richardson S. User guides to the medical literature: XIV. How to decide on the applicability of clinical trial results to your patient. Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA. 1998;279:545-549.
12. Dantas F, Lopes AC. Medicina embasada na competência. Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica 2002;28:88-90.
13. Medical professionalism in the new millenium: A physician charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Ann Intern Med. 2002;136:243-246.
14. Teixeira H. Competencia en Medicina. Electron J Biomed 2005;2:13-22. <http://biomed.uninet.edu/2005/n2/teixeira-es.html>

15. McKinney WP. Attitudes of internal medicine faculty and residents toward professional interaction with pharmaceutical sales representatives. *JAMA*. 1990;264:1693-1697.
16. Royal College of Physicians. The relationship between physicians and the pharmaceutical industry. *Journal of the Royal College of Physicians of London*. 1986;20:235-242.
17. Charcot JM. *Oevres Completes. Leçons sur las maladies du Systeme Nerveux*. Editorial Progrès Medicale, París, 1890.
18. Osler W. *Bibliotheca Osleriana. A Catalogue of books illustrating the history of medicine and science*. Revised Edition, McGill-Queen's University Press. Toronto, 1969.
19. Ubaldi P. *A grande síntese*. 19ª edición. Editorial Campos de Goytacazes: Fraternidade Francisco de Assis, 1997.
20. Teixeira H. *Holismo e Medicina*. Disponible en: <http://www.uninet.edu/cin2001/html/conf/teixeira/teixeira.html>.
21. Crema R. *Introdução à visão holística: breve relato de viagem do velho ao novo paradigma*. Summus editorial, São Paulo 1988.

...viene de la pág. 160.

Pues bien, Goebbels logró entusiasmar a estudiantes e intelectuales. En abril de 1933, salieron a la calle las "Tesis contra el espíritu antigermánico". De las 12 tesis, la cuarta señalaba: «[...] Nuestro más peligroso adversario es el judío [...]». El 7 se hizo pública la Ley para la Renovación del Funcionariado Profesional, que excluía a los judíos. El 11, en Düsseldorf, se destruyeron libros. Algunos de los más importantes filósofos adhirieron las ideas de Goebbels, como sucedió con Martin Heidegger, quien desde marzo formaba parte de la Comunidad de Trabajo Político-Cultural de Profesores de la Universidad Alemana. Para abril, ya destituido y humillado su maestro Edmund Husserl, Heidegger recibió la designación de Rector de la Universidad de Friburgo y el primero de mayo se hizo miembro del NSDAP. Cuando Karl Jaspers, ese mes de mayo, le reclamó a Heidegger por apoyar a un hombre de tan escasa formación como Hitler, el autor de *Ser y Tiempo* le respondió: «La formación es indiferente por completo, mire usted solamente sus preciosas manos!»

El 2 de mayo se destruyeron textos en Leipzig. Pero el 5 de mayo fue que realmente empezó todo. Los estudiantes de la Universidad de Colonia fueron a la biblioteca y recogieron todos los libros de autores judíos. Horas más tarde, los quemaron. Estaba bastante claro que esa era la vía elegida para mandar un mensaje al mundo entero. Los estudiantes iban a las casas y depósitos de las editoriales a confiscar libros. Fue el caso de la Schutzverband

Deutscher Schriftsteller, una asociación de escritores con 500 miembros. En las universidades y escuelas, los profesores y maestros contribuían con estas acciones al adoctrinar a los nuevos alumnos en el credo de la purificación del país.

A las 9:30 de la mañana del día 6, del mismo mes, la juventud del Partido Nazi y miembros de otras organizaciones, sacaron media tonelada de libros y folletos del Instituto de Investigación Sexual de Berlín, una venerable institución fundada en 1918 por el Dr. Magnus Hirschfeld. Al final, se cree que fueron tomados 10 000 libros, además de cartas, informes y papeles confidenciales. En la esquina de la catedral de Münster, amarrados a un árbol, fueron colocados los «libros de la vergüenza». Goebbels organizaba reuniones todas las noches porque había decidido iniciar un gran acto de desagravio a la cultura alemana. Como fecha tentativa, propuso el 10 de mayo.

El 8 de mayo hubo algunos desórdenes en Friburgo y destrucciones de libros donde participó Heidegger, según testigos. El 9 de mayo, Goebbels, en Kaiserhof, se dirigió al gremio de los actores y les advirtió: «Protesto contra el concepto que hace del artista el único en ser apolítico... El artista no se puede mantener atrás, porque debe tomar la bandera y marchar a la cabeza.» Rodeado por los más talentosos intérpretes del teatro de Goethe y Schiller, no perdió tiempo y se atrevió a hacer una invitación a eliminar los rasgos judíos de la cultura alemana.

Continúa en Gac 116(3)08...