

## Las grandes paradojas de la medicina actual (VI)\*

Dr. Francisco Kerdel Vegas

Individuo de Número

### **90ª Paradoja: Medicina humanística vs. técnica.**

El problema de la deshumanización de la sociedad llamada posindustrial es universal y está claramente ligada a los grandes avances tecnológicos logrados en el siglo XX, que han tentado a quienes dominan determinadas técnicas a depender de ellas en grado extremo y a veces de manera exclusiva, poniendo de lado lo que la tradición nos ha enseñado hasta la saciedad desde los albores de la medicina científica con Hipócrates, y que ya hemos mencionado, desde otras perspectivas en varias de estas paradojas.

Como bien lo aprecia Atul Gawande “El aprieto central de la medicina —lo que tuerce al paciente, hace ser médico tan difícil, y a la sociedad que paga el recibo tan irritante— es la incertidumbre. Con todo lo que sabemos hoy en día acerca de la gente y las enfermedades, y como diagnosticarlas y tratarlas, es duro ver este punto, difícil de captar, de cuán profundamente nos embarga la incertidumbre.

Como médico, uno termina por encontrar, sin embargo, que la lucha por cuidar a la gente es, más a menudo, con lo que no conoces que con lo que conoces. En medicina el estado normal es la inseguridad. Y la sabiduría —para ambos, pacientes y médicos— se define, de cómo cada cual la sobrelleva.”

Al aceptar este concepto, es bastante obvio que la parte humana de la praxis médica gobierna la parte técnica.

### **91ª Paradoja: Decisión del paciente vs. decisión del médico tratante.**

En el libro del cirujano estadounidense Atul Gawande, “Complicaciones”, Se explica con detalle

como ha cambiado radicalmente la posición de los médicos de este país en los últimos años, en lo que se refiere a la información que el médico tratante proporciona a su paciente y especialmente sobre quien recae la responsabilidad de tomar las decisiones acerca del tratamiento a seguir, muy señaladamente en lo que se refiere a inversiones quirúrgicas.

Dice allí que hace apenas una década, los médicos tomaban las decisiones y los pacientes hacían disciplinadamente lo que se les indicaba. Ocasionalmente ocurrían, cuando surgían serias dudas, a una segunda opinión, es decir, “el resultado de la consulta del paciente a un segundo médico con objeto de confirmar el diagnóstico o pronóstico realizado por el primer médico. Para obtenerla el paciente suele solicitar los resultados de los análisis y pruebas realizados por el primer médico y es frecuente que esto despierte el recelo del médico, infundado si su actuación ha sido correcta, puesto que el paciente sólo trata de estar más seguro. Por esta razón la solicitud de la historia clínica debe realizarse con el mayor tacto y cortesía por parte del enfermo, y el médico que recibe la petición de una segunda opinión debe abstenerse de criticar a su colega aunque su opinión técnica sea distinta”. Nos refiere Gawande como hasta hace pocos años, “los médicos no consultaban a los pacientes acerca de sus deseos y prioridades y, rutinariamente retenían información, algunas veces información crucial, como las medicinas que estaban recibiendo, los tratamientos indicados, y el diagnóstico de la enfermedad. Se les prohibía a los pacientes ver sus propias historias clínicas: no eran su propiedad, decían los médicos. Eran considerados como niños: demasiados frágiles y mentalmente incapaces de manejar la verdad, sin llegar siquiera al nivel de

\*Esta serie se inició en el número 1 del año 2004 (Gac Méd Caracas, 2004;112(1): 15-31).

tomar decisiones. Y ellos sufrían por ello. La gente era colocada en máquinas, se les daban medicamentos, se las sometía a operaciones que ellos no hubiesen escogido. Y se omitían tratamientos que pudiesen haber preferido.”

De pronto todo cambió, y parte de las razones para esa vuelta sustancial fue la aparición del libro “El mundo silente del doctor y el paciente” del médico de la Universidad de Yale, Jay Katz una devastadora crítica del proceso de toma de decisiones en la relación médico/paciente, que sin duda ejerció una gran influencia en el cambio que luego se produjo.

Tal vez el péndulo se haya movido excesivamente en la dirección contraria, ya que actualmente la costumbre predominante en Estados Unidos, es descargar por entero —sin comprometerse en un sentido u otro—, un caudal de información y estadísticas al paciente y sus familiares, y dejar que el paciente tome la decisión por sí mismo.

### **92ª Paradoja: La medicina alopática vs. la medicina homeopática.**

Alopatía (del griego *allos* = diferente, y *patos* = sufrimiento) fue el término acuñado por el médico alemán Samuel Hahnemann (1755-1843) para describir el enfoque adoptado por la medicina ortodoxa, que indica medicamentos para suprimir los síntomas de una enfermedad utilizando el principio de los opuestos (por ejemplo analgésicos para el dolor, purgantes para el estreñimiento), en contraste con el sistema por él inventado denominado homeopatía, que favorece más bien que antagoniza las reacciones corporales al proceso de la enfermedad.

Desde la introducción de la homeopatía en el siglo XIX la ortodoxia médica la considera como una forma de medicina alternativa “que pretende la curación por lo similar; en vez de atacar la causa de una enfermedad mediante un producto antagonista, se deberían administrar pequeñísimas dosis de productos que provocan los mismos síntomas que la enfermedad que se desea tratar. Según la teoría homeopática, el organismo reaccionaría ante estas microdosis, repeliendo, por sí mismo, la enfermedad y alcanzando la curación. Esta comprobada su eficacia en numerosos casos, y existe homeopatía veterinaria que resulta eficaz. Sin embargo, su mecanismo de acción es desconocido, y existen muchos oportunistas que la practican sin haber

estudiado a fondo lo poco que se sabe de ella”.

### **93ª Paradoja: Novelas médicas vs. autobiografías médicas.**

Es pertinente distinguir entre novelas con temas relacionados con la medicina, cuyos protagonistas principales son generalmente médicos (y que, adicionalmente, en ocasiones son escritas por médicos), de los ensayos autobiográficos cuyos autores son médicos. En el primer caso se trata de ficción, en el segundo de verdaderas memorias.

En los tiempos que corren, aun los autores no-médicos de novelas sobre temas médicos o en que los protagonistas son médicos, y donde por su propia naturaleza se explica y sobrentiende una cierta licencia indefinida a jugar con la ficción, llevan a cabo disciplinadamente una ardua labor de investigación que puede durar meses o años, bien para ubicar su acción con toda propiedad dentro del ambiente que describen, y principalmente para que los diálogos en todo lo relacionado con la medicina se aproximen lo más posible a la realidad.

Resultado de esa “responsabilidad” auto-asumida de la novelística contemporánea cuando aborda estos campos especializados del conocimiento, que esté basada con frecuencia en un trabajo dedicado de “investigación” para obtener la información pertinente, lo que el público lector toma muy en serio cuanto lee en las novelas, asumiendo de buena fe que lo que aparece impreso en blanco-y-negro corresponde a la realidad, o al menos a la realidad como la interpreta el autor del libro que lee, o bien lo que escucha en la radio o ve en la televisión. Es sin duda un elemento muy importante para formar la “matriz” de opinión, entre el público en general, sobre lo que es la medicina y lo que representan los médicos en la sociedad de nuestros días.

Por otra parte, constituyen una valiosa fuente de información e inspiración para los jóvenes estudiantes de secundaria que aspiran a estudiar medicina, que están contemplando la posibilidad de estudiar medicina, y que con muy buenas razones desean familiarizarse con el tipo de vida que les ofrece una profesión con obligaciones fuera de lo común, que exige un nivel de dedicación y hasta de sacrificio poco común en otras actividades.

Una lectura de este tipo en un momento crucial de nuestras vidas, cuando aún somos jóvenes y permeables a ese tipo de influencias, puede determinar un cambio de rumbo definitivo en la

escogencia de la medicina como la profesión a la que van a consagrar el resto de su existencia.

Recuerdo haber leído la influencia que en este sentido tuvo por años el libro “Cazadores de Microbios” de Paúl de Kruif (1890-1971) médico bacteriólogo y patólogo, publicado en 1926, entre quienes aspiraban a estudiar medicina, y no pude menos que recordar con nostalgia mi lectura inicial de ese libro descriptivo de las hazañas de los responsables del descubrimiento de los agentes causantes de enfermedades infecto-contagiosas, de los vectores de algunas de esas endemias, y a veces de sus tratamientos con capítulos dedicados a Antonie van Leeuwenhoek (1632-1733), el primer “cazador de microbios”; Lazaro Spallanzani (1729-1799); Louis Pasteur (1822-1895); Robert Koch (1843-1910); Emile Roux (1853-1933); Emil Von Behring (1854-1917); Ilya Metchnikoff (1845-1916); Theobald Smith (1859-1934); Sir David Bruce (1855-1931); Sir Ronald Ross (1857-1932); Batista Grassi (1854-1925); Walter Reed (1851-1902); y Paul Ehrlich (1854-1915). Ese libro llegó a mi posesión, como premio en la asignatura de biología, de manos del profesor de esa materia, doctor Humberto García Arocha, cuando cursaba cuarto año de bachillerato en el Liceo Andrés Bello de Caracas, y sin duda contribuyó a mi decisión de seguir la carrera de medicina.

En el estilo sencillo de Kruif nos narra una verdadera épica de estos “cazadores de microbios”, que, con excepción de los dos primeros, realizaron esa proeza de establecer la etiología de esas enfermedades microbianas y parasitarias, en la segunda mitad del siglo XIX, descubrimientos precursores e indispensables de los avances terapéuticos que ocurrieron un siglo más tarde.

#### **94ª Paradoja: Combatir la muerte vs. ayudar a morir.**

Uno de los problemas más difíciles de la medicina de todos los tiempos, a través de las más disímiles culturas y civilizaciones, es decidir cuál es el momento en que cesa la lucha por la existencia del paciente y nos resignamos a aceptar la muerte como destino final de ese fenómeno transitorio y frágil que es la vida.

Hemos visto ya, como ha cambiado la posición de la medicina contemporánea referente a la definición de muerte, del concepto multisecular de cesación de los latidos del corazón y de los

movimientos respiratorios (ya que sus funciones pueden ser mantenidas artificialmente), por otro de muerte cerebral, también llamada muerte neocortical, y las dificultades para establecerla.

El diagnóstico de la muerte se define como “el cese irreversible de las funciones del organismo como un todo unitario a partir de los signos que produce este cese de funciones. Dado que los signos tardan algún tiempo en producirse, no puede realizarse con una exactitud matemática, y existen algunos minutos en los que pueden intentarse maniobras de reanimación, en la sospecha de que aunque haya una parada cardíaca, no se haya llegado todavía a una situación irreversible para el organismo.”

Los presentes avances tecnológicos, utilizados irracionalmente, pueden dar lugar al llamado “encarnizamiento terapéutico” (*therapeutic overzealousness*), utilizando “terapias que no pueden curar al paciente, sino simplemente prolongan su vida en condiciones penosas”. Esta etapa final de la vida puede dar lugar a la llamada “orden de no resucitar” u “órdenes de no reanimación”, “que se hacen figurar en la historia clínica de un paciente para que, en caso de parada cardíaca, ni el equipo de enfermería ni el médico de urgencias intenten maniobras para reanimar al paciente y le dejen morir. Se emplean en caso de pacientes en que se sabe positivamente que dichas maniobras constituirán encarnizamiento terapéutico o serían fútiles”.

Pero realmente el problema no radica solamente en esos actos, a veces justificados, a veces desesperados, por resucitar a un paciente, sino en el concepto prevalente en la actualidad, tal vez subconsciente, de una resistencia irracional a aceptar la muerte como un hecho biológico final y definitivo, una ley a la cual estamos sometidos, sin excepción, todos los organismos vivientes, desde los unicelulares hasta el hombre en su inmensa complejidad estructural y funcional.

De allí se deriva la sensación injustificada de que la muerte natural es un fracaso, o al menos una falla, del acto médico, algo totalmente absurdo, pues nadie mejor que el médico está familiarizando con esa transición de la vida a la muerte y la irreversibilidad de la misma, una idea que a nivel individual y personal tratamos de poner de lado a lo largo de toda la vida.

Esta situación se deriva sin duda de que muchas enfermedades terminan en la muerte (con demasiada frecuencia, una muerte prematura, si tomamos en

cuenta la expectativa de vida actual), y que esa muerte en algunos casos puede ser atribuida a mala praxis médica, entre ella, a errores y complicaciones quirúrgicas, en otras palabras, a la intervención del (o los) médico (s).

Debe ser duro ejercer la gerontología y tener que lidiar continuamente con el deterioro gradual del organismo hasta llegar ineluctablemente a la muerte.

Cada médico, según su edad, especialidad y experiencia tendrá que confrontar esa situación dolorosa y compleja, y se formará su propia opinión al respecto, por eso es útil conocer los sentimientos que despiertan en colegas que lo han descrito en sus memorias y ensayos:

Pedro Laín Entralgo:

¿La muerte, horizonte de la actividad médica? El médico trata de evitarlo; pero bajo forma de posibilidad, tan pronto como la enfermedad se agrava, y de inminencia, cuando el terapeuta se ve impotente frente a la progresiva extinción de la vida, ineludible horizonte de los actos médicos es la muerte del enfermo por la frecuencia y gravedad de las situaciones en que el riesgo y la inminencia de la muerte ponen al médico, hoy más que nunca es preciso enseñar a éste lo que la muerte es; la muerte humana se entiende. A tal respecto hay que distinguir entre el hecho, el acto y el evento de la muerte. El hecho: lo que realmente sucede en el organismo del hombre en el trance de su defunción. El acto: lo que el moribundo hace cuando siente y piensa que irremisiblemente va a morir pronto. El evento: lo que socialmente acontece como consecuencia de la muerte de un hombre. Todo ello importa al médico, y muy poco acerca de ello se le dice”.

Fernando Serpa Flores:

“Concluidos esos largos años de esfuerzo sostenido, el internado... con las lentas noches de vigilia y el enfrentamiento con la muerte, que comenzaba a manejar su guadaña ante nuestros ojos con cínica socarronería, como queriéndonos decir que habíamos perdido el tiempo estudiando la manera de combatirla, pues ella habría de ser, al final del juego, la triunfadora siempre.

Sólo al paso de los años y de contemplar el sufrimiento se llega a comprenderla y a saber que la respetable enemiga es leal y sabia. Es difícil lograrlo, pero imperceptiblemente, como una amante que gozase haciendo sufrir a su enamorado, va

dejándonos conocer sus escondidos encantos. En el sitio más inesperado fue nuestro primer encuentro amistoso o la primera vez que la llamé, conciliadoramente, reconociendo que quizá por mi inexperiencia no había tenido ocasión de apreciar sus cualidades, llevado por la vanidad de mi soberbia. En el llamado hospital de los caídos, en un leprocomio, al compartir el dolor con esos hermanos mutilados y ciegos, elevé una plegaria silenciosa a la muerte pidiéndole perdón por mi incompreensión ante ella...”

Aceptar de buen talante lo que significa la muerte es imposible para la gran mayoría de los seres humanos, y en el gran misterio que representa se fundan las religiones pasadas y presentes.

Pero, de comprenderla y aceptarla a contribuir activamente a acelerar, como se pretende con la eutanasia o con la llamada “muerte asistida” hay una gran distancia.

Hay que distinguir allí entre la “ayuda al suicidio” (*assistanse to suicide*) que es la “colaboración médica al suicidio del paciente, generalmente aportándole medicamentos en dosis suficiente como para provocarle una muerte sin dolor. Se diferencia de la eutanasia en que el médico no aplica personalmente dichos medios. Paradójicamente, su práctica no lleva al suicidio del paciente en la mayor parte de los casos, sino que le aporta la tranquilidad de que, en caso de empeorar su enfermedad, tendrá un recurso a mano. Una petición de ayuda al suicidio por parte del enfermo suele desvelar un sufrimiento inadecuadamente tratado. Así, es frecuente que el médico tenga miedo (injustificado) a recetar morfina; escatimarla es un error muy común, que sólo produce sufrimientos inútiles”.

En cambio por “ayudar a morir” (*helping to die*) se entiende la “labor de atención del médico en los últimos momentos de la vida de un paciente. Incluye los cuidados paliativos necesarios para su alivio físico (dolor, molestias) y el apoyo y el consuelo moral necesarios (compañía, serenar, inquietudes, asistencia religiosa)”.

Con relación a este último rol del médico, cuando se trata del consuelo y apoyo moral al paciente y a sus más próximos parientes, es preciso coordinar acciones con los familiares, con los religiosos (si el paciente es creyente) y hasta con organizaciones establecidas para este efecto, tal como el llamado “movimiento por la muerte natural” (*The Natural Death Movement*), en Gran Bretaña, que hace un símil entre el nacimiento y muerte de una persona, sustentando la idea de que el paciente prefiere morir

en su propia casa y acompañado de sus familiares e íntimos amigos, que en el ambiente frío, deshumanizado y anónimo de un gran hospital, y hasta llega a proponer un nuevo actor, especialista en calmar la ansiedad por la proximidad de la muerte, el equivalente a lo que representa una comadrona en un parto. Es una naciente idea que quizá pueda desarrollarse y para llegar a cumplir una importante función social. En la página web de esa organización (HYPERLINK <http://www.globalideasbank.org/> [www.globalideasbank.org](http://www.globalideasbank.org/)) podemos encontrar una interesante disquisición acerca de lo que denominan “muertes valientes y conscientes” de destacados personajes históricos, con detalles acerca de los últimos momentos de hombres y mujeres cuyos ejemplos son modelo para el resto de los seres humanos.

### **95ª Paradoja: Atención gerenciada de la salud vs. honorarios por servicios prestados.**

El sistema tradicional de remuneración de los médicos ha sido el de honorarios por servicios prestados.

De acuerdo con el Diccionario Espasa de Medicina, los honorarios son la denominación al “dinero que recibe el médico o, en general, cualquier profesional liberal, por el ejercicio de su profesión. Ese nombre hace referencia a que dicho dinero es, más que pago, una recompensa al honor que merece la dedicación atenta a los demás: la atención médica y el dinero son desproporcionados y este es inadecuado para medir el valor de aquella.”

En este sentido la medicina se divorcia radicalmente de las demás profesiones liberales (abogacía, ingenierías, arquitectura, etc.), ya que sus honorarios no están basados en el poder económico del paciente, o una estimulación del valor económico del servicio realizado, sino en la complejidad y dificultad del servicio prestado, y hoy en día más que nunca, la mayor parte de las veces se rigen por tablas o baremos que fijan de manera precisa la remuneración para cada procedimiento médico o quirúrgico y son establecidos por terceros no-médicos (generalmente compañías de seguro).

La “atención gerenciada de la salud” es la conocida en inglés como “*health maintenance organization*”, comúnmente nombrada como HMO, que tiene sus raíces en organizaciones sin fines de lucro, como la Kaiser Permanente, que fue una de las

primeras instituciones que ofreció servicios médicos prepagados, desde la década de los años 30 del siglo XX. La base conceptual o filosófica del sistema se fundamenta en que es más económico pagar un servicio médico en forma continua, en el que el facultativo tenga un interés material en mantener la buena salud del cliente, y que si llega a enfermarse, los gastos derivados a ese mal estado de salud, ya están comprendidos en la prima que paga regularmente, y no tendrá costos adicionales, de modo que la institución tendrá un verdadero interés financiero en velar por la buena salud de sus socios. La idea central de que se paga una suma moderada, regularmente para que te mantengan sano y no pagas nada adicionalmente cuando te enfermas, resulta evidentemente atractiva al gran público. Además se conjugaban en una misma institución —haciéndola teóricamente más eficiente—, dos actividades anteriormente divorciadas, la del seguro médico y la de la atención médica.

Como es de imaginar, las cosas no son tan sencillas como se observan a primera vista, y en la práctica los HMO se han ido desnaturalizando hasta convertirse en poderosas instituciones, con fines de lucro, que van absorbiendo progresivamente la atención médica en muchos países.

Los acontecimientos se sucedieron por etapas. Cuando a partir de la década de los años 70, los costos relacionados con la asistencia médica en Estados Unidos, crecieron mucho más rápidamente que el resto de la economía, se pensó que el sistema de honorarios por servicios prestados era una de sus causas, ya que los médicos no tenían ningún incentivo en tratar de controlar los costos. Con la idea de disminuir dichos costos, la administración del presidente Richard Nixon propuso al Congreso de Estados Unidos la “ley de las organizaciones de atención gerenciada en salud” en 1973, que creó el término HMO y exigió a los negocios con más de 25 empleados a ofrecer cobertura tipo HMO a sus empleados, cuando se les daba algún tipo de seguro. La ley otorgada fondos federales para ayudar al inicio de los HMO en ese período de desarrollo. El término HMO fue creado por el Dr. Paul Ellwood, consejero de Nixon, para describir una organización que combinaba seguro y asistencia médica en una misma organización.

Luego el Congreso norteamericano aprobó la “ley del seguro de pensión del empleado retirado” (llamada ERISA), en 1974, para proteger a los HMO de la mayor parte de las demandas por mala praxis

médica.

A fines de 1970, los HMO eran todavía una parte muy reducida del sistema norteamericano de atención a la salud, alistando tan sólo al 5 % de la población. Esa participación creció 400 % en una década, de 9 millones en 1980 a 36 millones en 1990. En 1987, 27 % de los empleados estaban enrolados, y ya en 1996 la cifra había aumentado a un 74 %.

La mayoría de los estadounidenses están alistados en HMO, con fines de lucro, tales como Aetna o Cigna. Esas organizaciones con fines de lucro representan el 75 % de los planes HMO (de 18 % que eran en 1981).

La capitalización de estos negocios de HMO, en compañías de este tipo registradas públicamente y cuyas acciones se comercian en la bolsa, creció de 3,3 millardos de dólares en 1987 a 38,9 millardos a fines de 1997.

El gasto de salud sigue creciendo en Estados Unidos. En 1970 de US\$ 73,2 millardos, y la proyección gubernamental es que ascenderá a US\$ 1,29 trillones el año 2000, o sea 13,5 % del producto bruto doméstico, el más alto en todo el mundo.

INCLUDEPICTURE "C:\\Documents and Settings\\Leopoldo\\Configuración local\\Archivos temporales de Internet\\Content.IE5\\Local Settings\\Application Data\\IM\\Runtime\\Message\\{90B0A1AD-B2F9-4331-8E92-F392252FFE47}\\Show\\\"\*MERGEFORMATINET

### 96ª Paradoja: El *ethos* de la medicina vs. el *ethos* de la cultura general.

La hipótesis que nos inclinamos a manejar a lo largo de las páginas de este libro es que los estudios médicos primero, y más tarde el ejercicio propiamente dicho de la medicina, para bien o para mal, influye determinadamente en la manera de ser, en la manera de comportarse y de entender la vida del médico. Por tanto se justifica, lo que hemos pretendido en este trabajo, que es ver la producción literaria y científica del médico, como una creación con un común denominador, que de cierta manera está influenciada por ese "*ethos*" médico que marca a los iniciados en esta profesión. Por ello hemos pretendido aislar, identificar y señalar la creatividad del médico, como un producto singular, que merece ser estudiado aparte y juzgado por sus propios méritos. Tal vez sea un tanto radical pretender que aquellos que tan sólo se han acercado tangencialmente y por poco tiempo a la medicina se hayan

"contagiado" o "contaminado" (según la óptica con que se observe), de ese "*ethos*" tan peculiar, pero sin duda es un elemento penetrante que no podemos poner de lado fácilmente.

Si puede concebirse un "*ethos*" particular a cada segmento de la cultura, la medicina sin duda es uno de ellos.

Para el erudito en la historia de la medicina es fácil establecer que han existido individuos con una gran curiosidad por el cuerpo humano, como la medicina, sin ser médicos, ejemplo el caso de Leonardo da Vinci (1452-1519), quien posiblemente dominaba mejor su anatomía que los graduados de medicina de su época. De manera que ese *ethos* médico seguramente es compartido por intelectuales que se han interesado seriamente por ese estudio serio del cuerpo humano y de las enfermedades que lo afectan, determina una cierta metodología que luego se refleja en cualquier tipo de obra creativa del médico y muy especialmente en la literaria. Es una proposición debatible pero posible y aun probable.

INCLUDEPICTURE "C:\\Documents and Settings\\Leopoldo\\Configuración local\\Archivos temporales de Internet\\Content.IE5\\Local Settings\\Application Data\\IM\\Runtime\\Message\\{C8EC5B82-8335-4E95-9D9D-150863FE8567}\\Show\\\"\*MERGEFORMATINET

### 97ª Paradoja: Médicos famosos como médicos vs. en otras disciplinas.

La historia de la cultura universal nos permite identificar a grandes hombres (y mujeres) cuya creatividad y genio se desarrolló en el terreno de la profesión médica por ellos escogida. Es el caso de Hipócrates, Galeno, Avicena, Averroes,....

En cambio hay un importante número de médicos que habiéndose destacado en otros campos ajenos a la medicina, la posteridad no los identifica como tales, olvidando tal vez que en su creatividad, conducta, acciones y logros, su formación médica contribuyó, al menos parcialmente, en sus aportes originales que han dado forma y contenido a nuestra cultura.

Recordemos entre ellos al apóstol San Lucas (religión), Nicolás Copernico (1473-1543, astronomía), John Locke (1632-1704, filosofía), Carlos de Linneo (1707-1778, botánica), Jean – Paul Marat (1743-1793, política), Cesare Lombroso (1836-1909, criminología), Henri Dunant (1828-

1910, filantropía).

Para terminar, deseo manifestar una vez más, que me siento feliz y afortunado de haber elegido la medicina como profesión y haberme dedicado a ella con entusiasmo y de modo consistente, al igual que lo hizo mi abuelo materno, dos tíos maternos, mi hijo mayor, mi hermano, dos cuñados, un sobrino, un primo-hermano paterno y otro materno, y uno de sus hijos, y oportunamente tal vez lo lograrán próximamente dos de mis nietos (estos últimos, todavía en la incubadora que es la escuela de medicina), pues es una ciencia y un arte noble y antiguo. Cinco generaciones de médicos en una familia es lo que podríamos llamar “una dinastía médica” (algo nada infrecuente en los antiguos países de Europa, por ejemplo Jean Civatte, profesor de dermatología en París, es la novena generación de médicos en su familia). Si se piensa en nepotismo o tráfico de influencias en este particular, recuerdo que con motivo del informe de una comisión parlamentaria sobre educación médica (en Gran Bretaña) uno de sus miembros no-médicos, al suscribir la opinión de que no habían encontrado ventajismo para la admisión de los hijos de médicos en las escuelas de medicina de aquel país, acotó que aunque así fuese no vería en ello un factor negativo, pues eran los hijos de los médicos quienes posiblemente tenían una idea más realista de lo que es la medicina, que está distanciada por igual de las dos visiones opuesta, de un apostolado (cuasi-religioso) en un extremo, o de un negocio lucrativo en el otro.

Y, si además de gustarte lo que haces, estas convencido —como yo siempre lo he estado— de que con tu trabajo estás ayudando y mejorando la calidad de vida de quienes te consultan, y que, adicionalmente, mediante tu magisterio y publicaciones, puedes hacer extensivo tus conocimientos y experiencias al prójimo en general, ayudándolo a liberarse de enfermedades, a impedir que ocurran, y así disponer de mejor salud, francamente no encuentro algo que pueda competir con éxito en esa elección que nos depara la vida, de escoger lo que queremos hacer, para así llenarla y cumplir con una función cuya utilidad y beneficios no dejan lugar a dudas, en el cumplimiento cabal del periplo vital que el destino nos tiene asignado.

### ¿Quo vadis medicina?

El estudio de los dilemas, contradicciones y

paradojas de la medicina actual nos lleva necesariamente a intentar un diagnóstico de su situación presente y las posibles correcciones del rumbo que lleva la medicina como profesión liberal en un futuro predecible (por su inmediata proximidad), ya que a mediano y largo plazo es un ejercicio intelectual fútil pues es prácticamente imposible hacerlo con algún grado de credibilidad, dada la magnitud y significación de los cambios que cabe esperar.

En la medida que la medicina dependa por completo —tendencia que se acentúa por momentos—, del talento y creatividad externa, es decir, ajeno a sus propios recursos humanos formados en su seno, tanto en la ciencia y tecnología que la fundamenta y la hace practicable, por una parte, como de una administración impuesta por un mercado que los médicos siguen ignorando como algo externo a su ejercicio profesional, persistirá en algún grado la sensación de frustración e incertidumbre acerca del futuro de nuestra profesión. Por otra parte, la clase más desprestigiada de nuestra época, la de los políticos, interesados tan sólo en obtener el voto de la mayoría en las próximas elecciones, sabiendo muy bien la importancia que el electorado le atribuye a la salud, no vacila en hacer promesas demagógicas y populistas en este sector, en que a fin de cuentas afecta la credibilidad de la medicina y de los médicos, pues en la confusión creada en forma tan irresponsable como desordenada es difícil establecer la culpabilidad y diferenciar un objetivo irracional de la falta de su cumplimiento que es fácil atribuir el eterno chivo expiatorio, los supuestos ejecutantes de programas mal concebidos e imposibles de realizar idóneamente. Tal, con toda seguridad, será el destino final del programa “Barrio Adentro” de la administración Chávez con supuestos médicos importados de Cuba para llevar el ejercicio de la medicina, junto al adoctrinamiento marxista-cubanizado siguiendo el modelo fidelista (híbrido tropical caribeño muy *sui géneris*) al interior de los barrios más depauperados en los cerros que circundan a Caracas. A la postre su significación se referirá exclusivamente al componente humano de tomar en cuenta la necesidad en materia de servicios médicos de esa población, y que un Gobierno los haya recordado, aunque sin duda resentirán ser tratados por médicos extranjeros, de una formación científica dudosa, más interesados en el proselitismo político que en su bienestar corporal o anímico.

Después de todo su porvenir está siendo marcado

por hombres y mujeres ajenos al gremio, a sus objetivos, a su problemática, a su tradición y a su misma esencia. ¿Podemos confiar en ello y pensar por un solo momento que han de adoptar como propias aquellas ideas y principios que han modelado la medicina desde los tiempos de Hipócrates? Admitamos de inicio que es poco probable y que por tanto es comprensible que los médicos seamos cautelosos y desconfiados al aceptar como panaceas esas recetas supuestamente curativas de la compleja problemática de la salud, cocinada a nuestras espaldas.

Por ello es deseable que los médicos se especialicen en áreas de las ciencias básicas, especialmente en biología, genética, inmunología, bioestadística y farmacología, donde se perciben los nichos de la investigación más relevantes y productivos en un futuro inmediato, e igualmente en disciplinas híbridas como la bioingeniería, administración de los hospitales, etc., que deben incorporarse sin dudas o dilaciones en departamentos bien estructurados en las facultades (Escuelas) de medicina. De esta manera, no solamente, al menos parte de la creatividad, innovaciones y descubrimientos en estas materias saldrá de las entrañas de donde se imparte el conocimiento a quienes aspiran a convertirse en médicos, sino en caso de que estos conocimientos —probablemente la mayor parte de ellos— tengan otras fuentes de origen, su comprensión, adaptación y utilización se realicen de una manera inteligente, razonable y expedita, pues encontrarán en el seno del cuerpo docente médico una caja de resonancia apropiada a las nuevas tonalidades y ritmos de ese esfuerzo investigativo.

Por otra parte, dado el grado de madurez alcanzado en forma un tanto precipitada y con poca experiencia previa, de la gigantesca y polifacética industria de la salud, es necesario que tanto el gremio como las facultades de medicina dediquen tiempo y esfuerzo a entender mejor las relaciones del “mercado” con la profesión y a influir directamente en nuevos esquemas corporativos que den más y mejor participación a los médicos, como los actores protagónicos fundamentales de todo el proceso asistencial.

En ambos aspectos, que realmente son fundamentales para la profesión médica, tanto en lo que supone su futuro crecimiento y desarrollo (investigación científica), como en sus intrincadas relaciones económicas con la sociedad a la que sirve, sólo podrá lograr sus objetivos de mantener su

preeminencia, si logra mantener en sus cuadros de recursos humanos, debidamente formados e informados a la par que adaptados y alertas a los cambios que continuamente se presentan en una dinámica cada vez más acelerada.

Todo ello representa un gran reto a las escuelas de medicina, pues a la luz de los presentes desafíos, en el orden de la gestación de los conocimientos médicos y de su aplicación práctica, pone de relieve la incapacidad de la profesión médica actual para abarcar los nuevos campos que la evolución del ingenio humano está marcando en el presente y que seguramente ha de crear exponencialmente en el futuro. “*Laissez faire, lessaiz passer*”, es el récipe seguro para un continuo decrecimiento, atrición y futura extinción, al menos de cómo entendemos lo que es la medicina en un curso histórico exitoso de dos y medio milenios ininterrumpidos.

La otra conducta, la de tratar de entender los cambios, y de preparar los recursos humanos necesarios dentro de sus propias estructuras para tomar parte activa en la conducción de esos cambios, parece ser la estrategia más aconsejable y pertinente en un momento de gran turbulencia mundial, en el cual se ensayan nuevos sistemas en la administración colectiva de los servicios de salud.

Pero antes de tocar el tema de la incorporación de nuevas disciplinas, incluso de la creación de disciplinas híbridas, dentro de las escuelas de medicina, es preciso referirnos aunque sea muy brevemente, a la importancia de atraer a los estudios de medicina a los estudiantes más brillantes y con un futuro más promisorio de la presente y futuras generaciones, y es allí donde debemos centrar un esfuerzo inteligente de hacer llegar a los colegios y liceos un mensaje optimista y hasta entusiasta muy claro acerca de las oportunidades y desafíos de la medicina del futuro. Hasta años recientes la medicina, como gremio, no había tenido problemas al respecto, ya que en cada nueva generación de jóvenes, era la carrera preferida por los estudiantes de secundaria, y con los procesos de selección utilizados siempre podíamos garantizarnos la captación de los más brillantes y promisorios. Estudios recientes, de diferentes fuentes, de distintos países, parecen indicar que el péndulo ha comenzado a moverse en dirección contraria, y que los jóvenes, bien sea por pereza intelectual y física (largos, costosos y sacrificados estudios y ejercicio profesional), o bien sea porque perciben los problemas que confronta una medicina actual en

crisis, han puesto sus miras en otras carreras profesionales. Hacerles ver con toda objetividad las oportunidades y retos de la medicina del futuro, es la mejor estrategia a seguir, siempre y cuando el mensaje sea difundido por líderes esclarecidos, motivados, entusiastas, convincentes y sobre todo inspirados. Es una tarea colectiva para las grandes escuelas de medicina, y dado el avance del proceso globalizador, el mensaje es universal, y esos líderes convincentes y persuasivos, seductores intelectuales, deberán ser reclutados en el ámbito internacional, donde quiera que se encuentren.

La creación de nuevas cátedras, departamentos y divisiones con disciplinas híbridas, donde se establecen puentes e interrelaciones con otras áreas del conocimiento, cuyo desarrollo se sabe o se presume que va a afectar directamente la praxis médica futura, debe hacerse con un plan de acción bien meditado y de implementación progresiva.

Si partimos de la premisa que los jóvenes —hombres y mujeres—, más dotados, son simultáneamente los más ambiciosos desde el punto de vista intelectual, debemos comprender de inicio, que son sin duda las grandes interrogantes y las controversias que siguen abiertas, como si dijéramos desafiantes, las que más cautivan y atraen a esos cerebros inquietos con un potencial interesante en busca del sendero apropiado. No es por tanto la magnitud y complejidad del problema lo que desanima a estos jóvenes a elegir la medicina como el centro de su actividad intelectual, sino más bien la falta de un mensaje claro y decidido por parte de sus actuales líderes naturales, que están un tanto perplejos e indecisos sobre el camino a tomar.

La tradición médica, característica importante de nuestra profesión dada su antigüedad e importancia, es un obstáculo casi imposible de superar, para aquellas fuerzas que pretenden convertir la praxis de la medicina en un mero ejercicio de sofisticada tecnología, apartando sus intereses de la generación de los conocimientos que nutre esa tecnología, de la inventiva relacionada con la misma y de su administración a la sociedad a la que sirve. Los médicos han sido los actores y protagonistas de todo el drama de la medicina, y aun compartir ese protagonismo les cuesta trabajo en aceptar. En vista del crecimiento y complejidad adquiridos por las ciencias de la salud, dentro de las cuales la medicina es un actor más, es desde todo punto de vista aconsejable tratar de entender lo que ocurre en esas disciplinas vecinas a la nuestra, que nutre de

conocimientos y tecnologías a lo que hemos considerando hasta ahora nuestro indisputado territorio, bien demarcado por la tradición, y de allí el resentimiento y resistencia que suscita lo que visto desde el punto de vista del gremio médico puede significar una agresión destinada a tomar, “robar”, de nuestras manos el rol protagónico en la conducción de nuestras actividades profesionales. Tal disputa no tiene sentido si no comprendemos de una vez por todas la necesidad de penetrar, infiltrar, comprender, absorber, e hibridar esas áreas fronterizas que contribuyen a nutrir, enriquecer y desarrollar la praxis médica.

Tal vez se necesario un nuevo “Informe Flexner”, con un diagnóstico incontrovertible de la actual situación de la medicina y con recomendaciones precisas de los cambios que exige la formación médica de nuestros días. Una meditación de esa naturaleza, realizada por una persona de reconocida autoridad, podría ser la guía que precipitara la necesaria “reacción en cadena” que permita iniciar los cambios que se juzguen convenientes.

Las novelas “heroicas” sobre los grandes descubrimientos y avances de la medicina, tipo “Cazadores de Microbios” de Paul de Kruif, han ejercido en el pasado, y lo siguen haciendo en la actualidad, un influjo seductor “cuasi-mágico” sobre los jóvenes lectores y es una de las influencias positivas que puede ejercerse sobre una determinada generación para captar a los mejores, sin los cuales el futuro de nuestra profesión entrará irremisiblemente en un limbo de impredecibles negativas consecuencias.

Los retos de la medicina actual: el breve bosquejo descriptivo de los conceptos opuestos precedentes, necesariamente nos lleva a pensar en la manera de resolver potenciales conflictos y en entender con clarividencia que cada una de estas paradojas genera un reto. El reto de aceptar, estudiar y corregir las críticas que se le han hecho a la medicina, cuando encuentran algún soporte y justificación, aunque muchas veces aparezcan exageradas y manipuladas. El reto por resolver evidentes contradicciones en el arte de ejercer la medicina, de entender y aprovechar los grandes beneficios de la investigación científica y aplicarlos sabiamente al manejo de las enfermedades, pero al mismo tiempo sin perder de vista sus implícitas limitaciones, y el equilibrio entre el componente tecnológico y humanista que debe operar en una serie de balance permanente, y regir en todo momento la conducta del facultativo, para que el

acto médico no pierda su verdadero significado.

Soy optimista acerca del futuro, el hombre ha logrado grandes avances y construido grandes civilizaciones; la ciencia nos ha deparado un instrumento de progreso incontestable para descifrar correctamente los misterios de la naturaleza. Comparto por ello la opinión del gran médico escritor y pensador norteamericano contemporáneo, Lewis Thomas, cuando afirma: “las enfermedades epidémicas, colisiones de meteoritos, volcanes, cambios atmosféricos en los niveles de anhídrido carbónico, terremotos, excesivo calentamiento o enfriamiento de la superficie terráquea, están todos en la lista de los peores sucesos para la biósfera, una que otra vez, pero es improbable que puedan llegar a constituir una amenaza que llegue a ser letal para una especie tan inteligente y con tantos recursos como la nuestra. Nosotros no vamos a ser eliminados de la faz de la tierra por tiempos difíciles, no importa cuán difíciles; somos animales fuertes y resistentes, buenos en los tiempos más duros.”

Se justifica así, por todo lo aquí tan brevemente resumido, ende lo que representan los aportes de la medicina a nuestra especie, el título que el historiador médico británico, Roy Porter, ha dado a uno de sus libros al definir a la medicina —concepto que comparto en su integridad—, como, “el más grande beneficio a la humanidad”.

**A pesar de que la serie termina con está entrega, seguimos animando cordialmente a nuestros lectores a participar en el debate al que nos ha invitado el autor, para conocer sus argumentos y puntos de vista sobre las soluciones que se proponen a los paradojas presentadas. La nueva sección de la Gaceta “Cartas al editor”, que se inició en el número 2 del año 2004, (Gac Méd Caracas, 2004;112(2):164-166) está abierta a los lectores para sus opiniones, observaciones y comentarios, no sólo sobre las “paradojas” sino sobre cualquiera de los artículos publicados en la revista. ¡Bienvenidos!**

#### REFERENCIAS

- Bernard J. Médecin dan le siècle. París: Éditions Robert Laffont; 1994.
- Rhodes P. An Outline History of Medicine. Londres: Butterworths; 1985.
- Kleinman A. What is specific in western medicine. En: Bynum WF, Porter R, editores. Companion Encyclopedia of the History of Medicine. Vol. 1. Londres: Routledge; 1993.p.15-23.
- Porter R. Bodies Politic. Ithaca, Nueva York: Cornell University Press; 2001.
- Nuland SB. La sabiduría del cuerpo. Barcelona: Grupo Editorial Norma; 1997.
- Hart MH. The 100. A ranking of the most influential persons in history. Nueva York: Hart Publishing Co. Inc.; 1978.
- Hart MH. The 100. A ranking of the most influential persons in history. 2ª edición. Londres: Simon & Schuster; 1993.
- Landes DS. The wealth and poverty of nations. Why some are rich and some so poor. Londres: Little Brown and Co. ; 1998.
- Gordon R. The alarming history of medicine. Amusing anecdotes from Hippocrates to heart transplants. Nueva York: Martin’s Griffin; 1993.
- Bliss M. William Osler. A life in medicine. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- The Oxford Dictionary of Quotations. Editado por Elizabeth Knowles. Oxford: Oxford University Press; 1999. Toynbee A.
- Medawar PB. In defense of doctors. Carta a los editores (contestando al Dr. Thomas Mckeown). Nueva York: The New York Review of Books; 15 de mayo de 1980.
- Hamon H. Nos Médecins. París: Editions du Seuil; 1994.
- Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. Nueva York: Carroll & Graf Publishers, Inc.; 1999.
- Schwanitz D. La Cultura. Todo lo que hay que saber. (Título original: Bildung. Alles, was man wissen muss). Madrid: Antillana Ediciones Generales; 2002.
- Horton R. Health wars. On the global front lines of modern medicine. Nueva York: The New York Review of Book; 2003.
- Garret L. Betrayal of trust. The collapse of global public health. Nueva York: Hyperion; 2000.
- Nuland SB. Doctors. The biography of medicine. Nueva York: Vintage Books (A Division of Random House Inc.) ; 1988.
- Mendelsohn RS. Confessions of a medical heretic. Chicago: Contemporary Books Inc.; 1979.
- Pappworth MH. Human guinea pigs. Londres: Routledge & Kegan Paul; 1996.
- Wolpert L, Richards A. A passion for science. Oxford: Oxford University Press; 1998.
- Fukuyama F. Our posthuman future. Consequences of the biotechnology revolution. Nueva York: Farrar,

- Straus and Giroux; 2002.
23. Wilson EO. *Consilience. The unity of Knowledge.* Nueva York: Vintage Books; 1998.
  24. Wilson EO. *The future of life.* Nueva York: Vintage Books; 2002.
  25. Coleman V. *The Health scandal. Your health in crisis.* Londres: Sidgwinck & Jackson Ltd.; 1988.
  26. Declaraciones de Juana Teresa Betancor, vicepresidenta de la Federación Mundial pro Derecho a Morir. *Diario "El País"*, Madrid, 2 de junio de 2003.

**ANEXO\***

**Publicaciones más difundidas**

1. Illich I. *Nemesis Medica.* Nueva York: Random House; 1976.
2. Illich I. *Limits to Medicine. The expropriation of health.* Londres: Marion Boyars; 1976 (y Penguin; 1977).
3. McKeown Th. *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis.* Princeton NJ: Princeton University Press; 1979.
4. Attali J. *El orden caníbal. Vida y muerte de la medicina.* Barcelona: Editorial Planeta; 1981. (Traducción de la editorial francesa de 1979).
5. Garret L. *Betrayal of trust. The collapse of global public health.* Nueva York: Hyperion; 2000.
6. Hellman H. *Great feuds in medicine. Ten of the liveliest disputes ever.* Nueva York: John Wiley & Sons Inc.; 2001.
7. Cooke R. *Dr. Folkman's war. Angiogenesis and the struggle to defeat cancer.* Nueva York: Random House; 2001.
8. Mendelsohn RS. *Confessions of a medical heretic.* Nueva York: McGraw-Hill; 1990.
9. Sharpe VA. *Medical Harm: Conceptual and ethical dimensions of iatrogenic illness.* Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
10. Belkin L. *First, do no harm.* Nueva York: Ballantine Books; 1993.
11. Marlatt GA. *Harm reduction: Pragmatics strategies for managing high-risk behaviors.* Nueva York: The Guilford Press; 1998.
12. Simms Ch (Editor). *Do no harm: Assessing the impact of adjustment policies of health.* Londres: Zed Books; 2002.
13. Snedden JR. *Do no harm: St. Petersburg, FL: Barclays Books LIC; 2002.*
14. Edlich RF, Woods JA. *Medicine's deadly dust: A surgeon's wake-up call to society.* Clearwater, FL: Vandamere Press; 1997.
15. Gendron F. *Unexplained patient burns: Investigating iatrogenic injuries.* Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 1988.
16. Robin ED. *Medical care can be dangerous to your health: A guide to the risks and benefits.* Nueva York: 1ª Perennial Library ed; 1986.
17. Green RC. *Medical overkill.* Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 1983.
18. D'Arcy PD, Griffin JP. *Iatrogenic diseases.* 2ª edición. Oxford: Oxford University Press; 1986.
19. Weitz M. *Health shock: How to avoid ineffective and hazardous medical treatment.* Nueva York: Prentice Hall; 1982.
20. Coleman ML. *Cancer risk after medical treatment.* Oxford: Oxford University Press; 1991.
21. Millenson ML. *Demanding medical excellence: Doctors and accountability in the information age.* Chicago: The University of Chicago Press; 1999.
22. Carter JP. *Racketeering in medicine: The suppression of alternatives.* Charlottesville, VA: Hampton Road Publishing Co. Inc; 1992.
23. Rondberg TA. *Under the influence of modern medicine.* Chandler, AZ: Chiropractic Journal; 1998.
24. Pappworth MH. *Humn guinea pigs.* Londres: Routledge & Kegan Paul; 1996.
25. Gawande A. *Complications.* Londres: Profile Books; 2002.
26. Merry A, Smith AM. *Errors, medicine and the law.* Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
27. Rosenthal MM, Sutcliffe KM (Editores). *Medical error: What do we know? What do we do?* Nueva York: John Wiley & Sons; 2002.
28. Reason J. *Human error.* Cambridge University Press; 1990.
29. Bogner MS. *Human error in medicine.* Mahwah NJ (EE.UU): Lea; 1994.
30. Spath PL. *Error reduction in health care: A system approach to improve patient safety.* Nueva York: John Wiley & Sons; 1999.

(\*) Ver: Kerdel-Vegas F. Las grandes paradojas de la medicina actual. *Gac Méd Caracas.* 2004;112(1):15-31. En la página 19 se dice: "Como el objetivo de este escrito no es desmentir a quienes han presentado una imagen negativa de la medicina, me limito a presentar un listado de aquellas publicaciones que considero más difundidas e influyentes, las cuales se pueden consultar en el anexo al final".

31. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. Washington DC: National Academies Press; 2000.
32. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>th</sup> century. Washington DC: National Academies Press; 2000.
33. Green RC. Diseases of medical progress. Filadelfia: Lippincot William and Wilkins; 1983.
34. Lesueur V. Victimes de la médecine. Enquete sur l'erreur médicale. París: Le Pré aux Clercs; 1997.
35. Perruca F, Pouradier G. Votre santé en danger de médecine. París: Michel Lafon; 1996.
36. Sánchez S. La médecine en flagrant délite, le malade oublié. París: Editions du Félin; 1996.
37. Youngson RM, Scott I. Medical blunders, amazing true stories of mad, bad dangerous doctors. Nueva York: University Press; 1996.
38. Katz J. The silent World of doctor and patient. Nueva York: Free Press; 1984.
39. Donaldson D. Do no harm. Berkeley: Jove Books; 1999.
40. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. Nueva York: Carroll & Graf Publishers Inc.; 1999.
41. Gordon N. El Médico. Madrid: Ediciones B; 2004.
42. Gordon N. Chamán. Madrid: Ediciones B; 2004.
43. Gordon N. La doctora Cole. Madrid: Ediciones B; 2004.
44. Bernard C. Introduction to the study of experimental medicine, 1865. (Traducción del Francés al inglés por Henry C. Greene). Boston: Transaction Publisher; 1957.
45. Hawking S. A brief history of time. Nueva York: Bantam Books; 1998.
46. Groopman J. Second opinion: Stories of intuition and choice in the changing world of medicine. Nueva York: Penguin Books; 2001.
47. Coles R, Testa R. (Editores). A life in medicine: A literary anthology. Nueva York: New Press; 2003.
48. Jiménez de Asúa L. Libertad de amar y derecho a morir: ensayos de un criminalista sobre eugenesia, eutanasia, endocrinología. Madrid: Historia Nueva; 1928.

## El saqueo y destrucción cultural en Irak 2005

Dr. Fernando Báez

Barcelona, España

Conferencia dictada en la Sala de Sesiones de la Academia de Ciencias, Palacio de las Academias, Caracas, el jueves 27 de enero de 2005, a las 11:30 am. Informe de la Fundación Talven

I. Me encantaría, y digo esto a modo de comienzo, advertir, o mejor dicho anticipar, con todas las reservas del caso, que el saqueo y destrucción cultural de Irak es, a mi juicio, uno de los hechos más siniestros en la historia de la humanidad. He pasado 12 años estudiando el problema de la destrucción del patrimonio, he visitado veinte o treinta países en conflicto, he publicado acaso el único libro que existe sobre la historia de la destrucción de las bibliotecas y he tenido la oportunidad de conversar con colegas de, por lo menos, cuatro continentes que han catalogado los peores horrores de la historia contra la memoria, desde el nazismo hasta Afganistán, y puedo asegurarles, puedo dar un tes-

timonio vivencial de que la peor catástrofe cultural desde los tiempos de la quema de la Biblioteca de Alejandría considero que es la ocurrida en Irak, que no se limita al año 2003 sino que ha continuado porque el pillaje descarado y el tráfico ilícito de antigüedades ha persistido hasta el día de hoy, año 2005.

Lo que voy a contarles ya ha sido narrado en un libro mío que he publicado, en España en 2004 y que en marzo de 2005 será editado en Venezuela por Alfadil. Se trata de La destrucción cultural de Irak. Un testimonio de posguerra. Pero han pasado tantas cosas nuevas que parte de esa crónica comienza a crecer, y hoy lo que me interesa profundamente es compartir con Uds. esa serie de novedades que constituyen graves delitos contra el patrimonio cultural de la humanidad y contra los derechos humanos fundamentales.

*Continúa en la pág.322...*