

Complejidad y Pediatría amplia (2ª Parte)

Carlos Needleman

Aportes para la construcción de una Pediatría amplia

Desde sus principios y hasta el primer tercio del siglo pasado, la Pediatría se propuso una lucha titánica intentando atenuar las enfermedades que cercenaban la vida de millones de niños. Sus resultados espectaculares llenaron de satisfacción a los profesionales de la época. Y no era para menos, porque gracias a este accionar, mejoraron las cifras de mortalidad y muchos niños cuyo destino era morir, alcanzaron la senectud luego de su inserción en la sociedad como adultos útiles y productivos.

A pesar de los múltiples inconvenientes de todo tipo, las sociedades de aquella época generaban ocupación para todos y, de esa manera, **los padres ofrecían modelos identificadorios positivos para sus hijos.** Eran esos adultos los “jefes de familia” los que aportaban sustento, seguridad y, sobre todo, aportaban material sólido al armado del aparato psíquico de la prole. Por otra parte, ayudaba al sistema, la familia ampliada porque ocupaba una fuerte posición en los valores de la época y desde esa sólida estructura, sostenían el desarrollo de las jóvenes familias.

Para ese entonces, la Pediatría era moderna, porque cumplía con las demandas de la población apoyándose en los conocimientos vigentes.

Ensimismados y maravillados por estos logros contra las enfermedades, los pediatras continuaron con estos mismos objetivos durante el segundo tercio de siglo XX.

Para continuar con los fines y propósitos de esta etapa inicial, el mundo contempló cómo emergían, en los países desarrollados, enormes edificios que albergaban modernas salas de hospitales y amplios laboratorios dotados de novedosas tecnologías.

La Pediatría era entonces una adecuada estrategia que continuaba su lucha para impedir la muerte de aquellos que no debían morir. Así cumplió con sus fines y propósitos también en esa época. Pero ya no era moderna, porque si bien las patologías seguían siendo las mismas en los países subdesarrollados, existían otras diferentes en los países modernos. Y no alcan-

zó a comprenderse que, ya en esa época, las etiologías que las originaban podían entenderse de manera diferente.

Se intentaba continuar con las estrategias que tantos logros habían alcanzado en las anteriores etapas, sin incorporar los conocimientos científicos logrados por otras ciencias que podían facilitar la lucha y atenuar los costos que demandaba reparar la salud.

De esta manera, los pediatras se habían convertido en buenos aplicadores de tecnologías, sin poder entender en su totalidad los problemas de sus pacientes. Porque en esa época, la sociedad y el ecosistema enfermaban más que antes y así tomaban a la familia en situación de indefensión. Desaparecida prácticamente la familia ampliada, los jóvenes padres de la época debían luchar desde la soledad de la familia nuclear urbana para alcanzar el sustento diario. Muy ocupados los padres con estas necesidades, carecían de tiempo y disposición para cumplir con las funciones de la **familia, matriz de la salud-enfermedad de los hijos.**

Uno de los más afamados pediatras argentinos el Dr. Gianantonio, planteaba ya en los años 70 que los hospitales continuaban funcionando como en la época en que aparecieron las primeras máquinas de vapor, 100 años antes de la época de Pasteur. Cuando el artefacto se descomponía, ingresaba al taller para que se reparara la pieza descompuesta. De la misma manera, los pacientes ingresan al hospital para ser “reparados” y, al poco tiempo, retornan sin salud “al taller”, desde el mismo ecosistema que los ha vuelto a enfermar.

A través de esta **concepción reparatoria, los pediatras se especializaron cada vez más en piezas más pequeñas del organismo.** Y, desde esta posición científica, **su accionar se profundizaba dejando de lado la idea de lo general, el amplio horizonte de los problemas y conflictos, sin recordar que la ciencia siempre fue de lo general a lo particular.**

En la década del 50, el Profesor Florencio Escardó y más adelante a principios de los años 70, Mario Roccatagliata y Aurora Pérez, otros grandes maestros de la Pediatría Argentina, analizaban estos mismos aspectos y proponían en varias de sus publicaciones, una mirada

Unidad Docente
Académica
Facultad de
Medicina,
Universidad de
Buenos Aires

amplia sobre los problemas de los niños y sus familias. Intentaron, junto a sus colaboradores, diseñar un perfil profesional fuertemente vinculado al **pediatra como ecólogo del paciente y su familia**.

Alumnos y cientos de residentes tomaron contacto con estas nuevas hipótesis que, inexorablemente, fueron mediatizadas por el sistema de la medicina predominante de la época. Los llamados de atención de estos maestros evidenciaban claramente que las salas del hospital y los complejos laboratorios alcanzaban para la reparación con sus modernas tecnologías y especialidades pero, al no tomar en cuenta los aportes de otras ciencias, se perdía la posibilidad de jerarquizar y comprender adecuadamente la realidad de los pacientes y sus enfermedades.

En ese sentido, resulta esclarecedor el cuadro tomado casi textualmente de su autor.

Tecnología	Ciencia
Busca la eficiencia	Busca la verdad de los hechos
Utiliza teorías	Contrasta teorías
Compara eficiencia de procedimientos	Compara hipótesis
Aplica los conocimientos	Estudia las causas de los hechos
Intenta conocer para hacer	Busca el conocimiento
Estudia cualquier hecho	Estudia profundamente los hechos
Simplifica el conocimiento	Amplía el conocimiento
Trata variables externas	Estudia las variables intermedias
La ciencia es su instrumento	Intenta explicar los hechos
Aplica fórmulas nomopragmáticas	Aplica fórmulas nomológicas
Predice los medios más adecuados	Predice el principio y el final de los hechos
Dirige y controla cursos de acción	Es objetiva

Tomado de Colom A. *La Deconstrucción del Conocimiento Pedagógico*, Barcelona: Paidós; 2002:37.

Sin embargo, un hecho de la realidad llamó poderosamente la atención de las instituciones formadoras de recursos profesionales. Ocurría que, en los años 80 del siglo XX, las sociedades del mundo desarrollado habían cambiado ostensiblemente y, por supuesto, también se habían modificado las demandas a los pediatras. **Ahora los padres consultaban, predominantemente, por dificultades y conflictos para la crianza.** Y para responder a estas demandas los pediatras no habían sido suficientemente entrenados en las universidades y en los sistemas de formación de los posgrados inmediatos.

Por otra parte, las **patologías prevalentes** y las causas de la decreciente mortalidad infantil

en las áreas desarrolladas estaban ahora vinculadas con la prematuridad, las malformaciones congénitas y las enfermedades oncológicas.

Los pediatras de esas regiones y sus tecnologías estaban de parabienes, y con orgullo se exhibía la forma en que la mortalidad infantil disminuía día a día.

Pero muy poco se publicó respecto del grado de felicidad de esos niños y sus limitaciones para el desarrollo. Así, el creciente número de adictos, alcohólicos, adolescentes embarazadas, sociópatas y padres jóvenes maltratadores fueron tomados como realidades alejadas del accionar de la Pediatría.

Desde este punto de vista, el fracaso escolar era entendido como algo que un niño contraía de repente, como un hecho repentino sin historia previa, algo así como un atractor que aparecía en un determinado momento, imposible de predecir.

Porque en los países desarrollados, **la multi e interdisciplina eran estadios del perfil profesional donde poco intervinieron los pediatras.**

Los diseños estratégicos para este tipo de enfermedades quedaron en manos de los especialistas, a pesar de que esos pacientes fueron controlados sistemáticamente por pediatras y así fueron temas alejados de los conocimientos y el quehacer cotidiano de estos profesionales.

Simultáneamente, en las áreas subdesarrolladas del mundo continuaron las patologías prevalentes de antaño y, a pesar de las constantes disminuciones de la mortalidad infantil en esas zonas, su velocidad de decrecimiento fue tan lenta que la brecha entre países ricos y pobres se hizo cada vez más amplia. Las causas de las notables diferencias tuvieron constantes vinculaciones con nacimientos de niños prematuros hijos de jóvenes madres que no controlaban periódicamente sus embarazos; con enfermedades infecciosas y parasitarias de todo tipo padecidas por niños que habían sido llevados sistemáticamente a las consultas por controles en salud y, además, porque no se pudieron revertir los diferentes tipos de malnutriciones crónicas que, desde un análisis exclusivamente biológico, fueron las causas iniciales de las denominadas patologías prevalentes y la mortalidad infantil.

Catalogados estos niños como provenientes de familias de alto riesgo por vivir en áreas pobres, no se realizaron esfuerzos inteligentes para comprender su realidad. Desde un análisis lineal, se generalizó suponiendo que los bajos

ingresos generaban desnutrición sin poder ver el panorama global de todos los niños que vivían en esas áreas.

La realidad demostró que la mayor parte de los niños pobres no estaban mal nutridos y eran sanos. Sus padres los cuidaban adecuadamente, concurrían puntualmente a los controles en salud, les administraban las vacunas correspondientes y hacían esfuerzos enormes para alimentar a su prole. Aunque “pobres”, estas familias conservaban un proyecto vital que les permitía continuar con la historia y la cultura de sus ancestros.

Las otras familias, a las que sí les correspondía la categoría de alto riesgo, habían perdido los valores fundamentales de los seres humanos. La sociedad, un sistema complejo, los había enfermado al inhibirlos para reproducir su cultura. Estas familias nucleares, en su soledad, quedaban a merced de la pobreza, aunque los ingresos económicos de los padres pobres con hijos sanos fueran similares.

La realidad predominante en la actualidad permitiría sospechar que en los países “en desarrollo” con altísimas tasas de mortalidad infantil, los funcionarios del mundo dedicados a ayudar a los países pobres, los pediatras, las escuelas de medicina y los funcionarios y políticos continúan, aún en nuestros días, dejando transcurrir el conocimiento de otras ciencias sin comprender la magnitud de esos aportes y las actuales necesidades de los pacientes.

Así entonces, la epistemología cartesiana predominante en la Pediatría actual no ha permitido construir un modelo científico adecuado, capaz de resolver los modernos motivos de consulta de los países ricos y anticipar las antiguas y “muy reconocidas” patologías prevalentes en las regiones pobres.

- *¿Por qué no rejuvenecer la amplitud de miras de la Pediatría incorporando, en toda su dimensión, los conocimientos surgidos desde la sociología, la antropología y las ciencias del comportamiento?*
- *¿Por qué no incorporar razonamientos y paradigmas sustentados por epistemólogos como Edgar Morin y sus teorías del caos, o las hipótesis de Illya Prigogine y Karl Popper referidos a los comportamientos complejos de los sistemas abiertos como por ejemplo lo es la criatura humana?*
- *¿Acaso no se podrían realizar generalizaciones y proponer novedosas hipótesis con el apoyo de estos nuevos conocimientos?*

- *Y apoyado en estos conocimientos, ¿cuál sería la futura dimensión de la Pediatría si se investigara profundamente si, referidas a sus condiciones esenciales, un ser humano es igual a otro y establecer, desde esa postura, el porqué de las diferencias?*

Porque si se desea retornar a los senderos de la modernidad se deberán encontrar nuevos paradigmas.

De no ser así, la Pediatría se verá obligada a continuar con el tecnicismo y el experimentalismo analítico profundo que impide ver **todo** el horizonte de la realidad, sostenida en ontologías aparentemente actualizadas, pero que no facilitan explicaciones válidas para comprender los conflictos de las sociedades del planeta Tierra.

Porque aún hoy, a pesar de las nuevas ideas, la tendencia predominante de los pediatras es analizar las influencias de la sociedad como variables estáticas, sin que se las pueda entender bajo una mirada multidimensional con interconexiones y combinaciones numerosas.

Tal vez por soslayarse el **pensamiento dialógico**, facilitador del diálogo en un mismo espacio de lo complementario, lo concurrente y lo antagonista y que, además, incorpora lógicas diferentes para explicar fenómenos complejos como orden y desorden, salud y enfermedad, pobreza y miseria.

De lo contrario es imposible entender, desde el estatismo, que la sociedad es realidad en movimiento y que la pobreza o la miseria no están desde siempre, que no les cae fortuitamente a algunos humanos desde una simple ecuación matemáticamente lineal.

Sin este tipo de abstracciones, sin poder comprender las complejas interrelaciones de los sistemas biológicos, físicos y sociales, resulta extremadamente difícil al médico aportar orden dentro del orden caótico de los seres humanos.

La medicina cartesiana y la física newtoniana han montado una indestructible idea del hombre y sus enfermedades. Esos logros alcanzados merecen todo el reconocimiento de la ciencia. No obstante, y siguiendo las hipótesis del pensamiento lineal, las relaciones de causa y efecto y la contrastabilidad nacieron luego de la segunda mitad del siglo XX y con ellas las normas, las guías de procedimientos y, últimamente, las evidencias, ignorándose con este tipo de pensamientos la multiplicidad de factores concurrentes que intervienen para que se produzca un determinado fenómeno.

La Pediatría, desde este punto de vista, no pudo aún hoy comprender que las ciencias humanas deberían ser multidimensionales y transdisciplinarias, porque **tanta especialización disciplinar, nos dejó sin pediatras generalistas, sin la esencia del “todo”**. Así, la Pediatría ha quedado sin ideas modernas, porque sus conocimientos están separados en sucesivos análisis con escasas síntesis, prevaleciendo la lógica aristotélica, con su característica disyunción y separación de conocimientos. Auspiciando con esta actitud (a pesar del loable intento de explicar lo complejo), **simples ideas reduccionistas**.

En su noble afán de hacer simple lo complejo para poder entenderlo, la Pediatría actual continúa pensando así y actuando del mismo modo. No se ha incorporado aún la idea de que los logros de la primera mitad del siglo XX estuvieron apoyados en teorías sustentadas en leyes que tomaron sólo una parte de la realidad de los seres humanos, porque otras hipótesis aún eran desconocidas o demasiado novedosas. Recuérdese los esfuerzos de Einstein para que se reconocieran en la Sociedad de Ciencias de los Estados Unidos las hipótesis de Freud. Y también el humor de Kuhn cuando decía que la ciencia normal, actividad en la cual los científicos ocupan casi todo su tiempo, se basa en la hipótesis de que la comunidad científica sabe cómo es el mundo.

El camino predominante de la ciencia pediátrica consiste, aún hoy, en continuar con el principio ontológico donde todos los hechos ocurren de acuerdo con leyes lineales que conducen a su vez a una concepción del mundo, la sociedad y los seres humanos que relaciona causas con efectos alcanzándose así una visión ordenada, prefijada y determinada.

Conocer cómo es el mundo, implica aún hoy, continuar analizándolo desde el método científico o experimental tan bien descrito por Bunge (*falibilidad, contrastabilidad, racionabilidad, universalidad, determinismo, generalidad y simplicidad*).

Esta es una visión de la realidad absolutamente simple, pero para nada sintónica con la realidad de los seres humanos en sus complejas interacciones con la cultura y el ecosistema y, por lo tanto, con su mayor o menor posibilidad de enfermar y morir.

Por eso, Escardó, Roccatagliata, Gianantonio, Aurora Pérez y cuántos más en nuestro país, desde las hipótesis de la Pediatría amplia, nos enseñaron, **por lo menos desde hace ya treinta años, que el mundo de los seres humanos es complejo, plural, difícilmente abar-**

cable en su totalidad e imposible de dividir en sus manifestaciones y hechos.

En la Medicina existen causas y efectos plurales que conforman aglomerados de conflictos sin un límite posible de delinear.

Así la familia, la existencia o no de familia ampliada, el hábitat, la posibilidad de trabajar dignamente y ser modelo identificador atractivo para los hijos, la herencia genética, el proyecto económico predominante bajo el cual se vive, el número de convivientes, las transculturalizaciones, las crisis, la particular interacción de los afectos, la mismidad positiva de los adultos, la inserción en las instituciones educativas, los líderes políticos de la región, las instituciones formadoras de recursos humanos, son nada más que algunas de las circunstancias que conforman el enorme cúmulo de elementos e influencias a tener en cuenta en cada uno de los procesos interactivos entre el paciente, su familia y el médico. Intentar incluir algunos de estos elementos en situaciones experimentales desde los métodos que predominan actualmente en la investigación científica pediátrica, conduce inexorablemente a situaciones de artificio que alejan al investigador de la realidad. Y partir de hipótesis profundas y focalizadas, orienta por el camino de conclusiones similares. Por eso, los fenómenos humanos complejos, si se los intenta explicar en su real dimensión, no son adecuadamente estudiados por este tipo de ciencia. Y mucho menos aún, cuando se intenta aislar unas pocas variables (condicionadas por el modelo matemático), y proceder a su estudio estadístico.

De esta manera y, a pesar de la noble intención de estudiar la realidad, se diseñan en los trabajos científicos situaciones irreales alejadas de los conflictos verdaderos de los humanos. Las ciencias médicas no se adecuan con eficiencia cuando se tratan de sintetizar las causas que conducen a la salud o aquellas que alteran el desarrollo humano, de la misma forma que un sólo diagnóstico médico no alcanza a explicar todo aquello que le ocurre al paciente.

Sin embargo y, a pesar de los planteos expuestos hasta aquí, no debería interpretarse que este ensayo intenta desprestigiar o caracterizar como inválidas a aquellas actividades profesionales, investigaciones y procedimientos que condujeron a los grandes logros de la Pediatría durante el siglo pasado. Y aún más, ningún paciente aceptaría consultar a un profesional que dejara de lado esos conocimientos. Simplemente se trata de exponer aquí que aquel estilo de pensamiento ya no alcanza para explicar totalmente la realidad actual de los seres humanos.

¿Serán entonces las ciencias humanas verdaderas ciencias? Podrían haber estas dudas si aceptamos que la mejor manera de conocernos es a través de nuestras manifestaciones (construcciones subjetivas y personales de cada individuo) y nuestra propia historia (construcción compleja, casi caótica, de hechos y circunstancias muy vinculada a su vez a las historias personales de aquellos a los que les correspondió armar nuestro aparato psíquico desde la etapa de recién nacido). Si así fuera, nada más alineal, subjetivo y difícil de analizar que un ser humano.

Por estos motivos, para continuar siendo moderna, la Pediatría debería, tal vez, intentar diferenciarse de las otras ciencias sustentadas por las ideologías y las limitaciones del método científico experimental.

La sentencia de von Foerster publicada en 1996 explica en pocas palabras el planteo anterior: "Las ciencias duras tienen éxito porque se ocupan de problemas blandos; las ciencias blandas (podemos incluir dentro de ellas a la medicina), se las ven en figurillas porque se ocupan de problemas duros".

Guinzburg dice en este mismo sentido que la orientación cuantitativa y antropocéntrica de las ciencias de la naturaleza ha llevado a las ciencias humanas ante un desagradable dilema: asumir un status científico débil para llegar a resultados relevantes o asumir un status científico fuerte para llegar a resultados de escasa relevancia. Para él solamente la lingüística habría logrado escapar al dilema.

Si los problemas pediátricos actuales del mundo desarrollado y, sobre todo los de las grandes áreas del subdesarrollo, son categorizados como "problemas duros", **la Pediatría deberá deconstruir (que no es sinónimo de destruir) el sentido de aquellas teorías que tanta satisfacciones le proporcionara durante la primera mitad del siglo XX.**

Tomando ahora publicaciones realizadas por von Bertalanffy entre 1961 y 1979, fundamentalmente aquellas referidas al tema de los sistemas, el autor entiende como tales a un conjunto de elementos relacionados, aclarando además que un sistema se encuentra siempre vinculado a otro sistema o ambiente. Si con este punto de vista tomamos ahora al ser humano como una parte del sistema, entender sus mecanismos biológicos internos fue, hasta ahora, el paradigma de la medicina. Pero se desconoció con esta postura que **el sistema en el cual transcurre la vida de los humanos es abierto y que así**

tiene absoluta relación e interdependencia con el medio donde se ha desarrollado.

Teniendo en cuenta estas hipótesis y siguiendo los lineamientos de Bertalanffy para los sistemas abiertos, se podría inferir que:

- Todo ser humano tiene tendencia a un estado independiente y estable. O sea que más allá de sus condiciones económicas actuales, si no ha sido totalmente impedido su desarrollo, intentará tomar el camino trazado por su carga genética, sus ancestros y su cultura.
- El estadio de ser humano adulto normal podrá ser alcanzado siempre que se cumplan, desde el momento de su concepción, ciertos postulados y necesidades universales.
- Esta tendencia se mantendrá a cierta distancia del equilibrio, ya que todo ser humano, inexorablemente, deberá atravesar en su devenir histórico una serie de conflictos y crisis. Sin ellas es imposible el desarrollo humano normal.
- La vida dentro de los sistemas abiertos presupone procesos únicos e irreversibles, o sea que todo hecho ocurrido bajo determinadas circunstancias no se reiterará de la misma manera. (Cada neumonía es diferente a las de los otros seres humanos y, en el mismo ser humano, la primera neumonía no es idéntica a la segunda).
- Dentro del sistema pueden ocurrir y existir ciertas condiciones que alteren la estabilidad y originen situaciones irreversibles que impidan el camino por el desarrollo normal.
- La modificación de uno de los elementos de los sistemas abiertos lleva implícita alteraciones en los demás, o sea que sería inconcebible la enfermedad de uno sólo de los componentes de un grupo de convivientes.
- Los sistemas abiertos poseen mecanismos complejos autorreguladores que tienden a mantener su organización o estado y otros que intentan reparar los posibles conflictos o alteraciones. Estos autorreguladores también existen en todos los seres humanos y son los que posibilitan condiciones para adaptarse a los cambios y crisis extremas, (mudanzas, muertes, genocidios, fenómenos naturales, etc.).
- Estos autorreguladores también son logros individuales de los humanos, pero no una condición innata de unos pocos.

- Todo sistema abierto recibe información y, por lo tanto, es influenciado por el medio donde se desarrolla. Esta información puede destruir irreversiblemente los autorreguladores de los seres humanos y sus familias.
- El deseo de ser sano no es exclusivo de los habitantes de los países prósperos, ya que también es frecuente observar alteraciones profundas en seres humanos que viven en condiciones de vida aparentemente confortables.

Resulta claro entonces que, desde este tipo de concepciones, la Pediatría puede incorporar otros fundamentos y evidencias al método científico clásico ya reconocido. Así, por ejemplo, la teoría sistémica validada matemáticamente y comprendida en el Mundo III de Popper, como la postura de Bunge que sostiene la hipótesis de una realidad del mundo y los humanos constituido por sistemas. Si así ocurriera y si estas incorporaciones fueran verdaderas y pasaran a constituir el accionar cotidiano de la Pediatría, existiría un sólo estadio en la epistemología de las ciencias naturales y las humanas para estudiar sus realidades.

De esta manera, el problema consistiría en saber, por ejemplo, si la realidad compleja que observamos es así, tal cual como la vemos o si el motivo que pone en marcha esos comportamientos es explicado por el movimiento e interacciones fisicoquímicas de cada uno de los átomos que componen las células humanas o sea, la búsqueda de la verdad analítica desde su realidad más simple.

Probablemente, estos interrogantes correspondan a una síntesis de una misma realidad que podrían ser estudiados desde diferentes modelos y metodologías. Así entonces, no se debería descartar la metodología aplicada por la Pediatría sustentada en la contrastación que ha demostrado ser, hasta nuestros días, el más idóneo para explicar las relaciones lineales de causa-efecto sin retornar por ello a concepciones que deben reducir la realidad para poder comprenderla y explicarla.

Por otra parte, desde la realidad compleja, parecería poco atinado continuar soslayando la actividad de un *nuevo* órgano descrito a principios del siglo XX y sus complejas redes interactivas con el medio y con cada una de las partículas de las células del organismo humano.

Nos estamos refiriendo nada menos que al aparato psíquico y su intervención en los diferentes mecanismos que rigen la conducta humana. Sin embargo, a pesar de que mucho

se ha publicado en este sentido, no es habitual observar desde lo cotidiano, verdaderas construcciones y razonamientos sustentados en el intento de comprender todo aquello que le ocurre a cada paciente. Parecería que la realidad predominante de la Pediatría actual consiste en conocer, explicar, razonar, fundamentar y discernir respecto de su actividad.

En los ámbitos científicos donde asisten médicos de todas las disciplinas, los pediatras son reconocidos por su versatilidad sobre este tema. Sin embargo, existen dificultades demasiado significativas para aplicar estrategias que contemplen estos aspectos. Así, por ejemplo, podríamos preguntarnos cuántos niños son atendidos en modernos sanatorios por pediatras *de guardia* que rotan todos los días de la semana, o cuántos pacientes son sometidos a intervenciones quirúrgicas programadas sin la adecuada preparación prequirúrgica psicológica, o cuántos niños son enviados a la *dirección* de las instituciones escolares por inadecuados comportamientos que pudieron ser anticipados, o cuántos pacientes son sometidos a estudios electroencefalográficos por alteraciones en su desarrollo psíquico, o a cuántos padres se les sugieren aplicar algunas *palmaditas* sobre algunas partes del cuerpo de sus hijos con el propósito de poner límites, o en el número de niños que continúan durante extensos períodos con su lactancia natural sin comprenderse adecuadamente el proceso de individuación, o a cuántos niños se les indica tratamiento foniatrico cuando la dificultad para expresarse transcurre por otros espacios de su economía.

Los ejemplos aquí expuestos son unos pocos y surgen al correr de la pluma. Un listado muy extenso podría incluirse en este apartado.

Parecería entonces que la dificultad de los pediatras consistiría, en algunas circunstancias, en aplicar estos conocimientos. En otras, en la inapropiada percepción de su poder como para oponerse al sistema médico predominante. Y en otras, marcadas dificultades para integrar y jerarquizar sus conocimientos.

Manifiesto final

- La Pediatría amplia es una construcción personal e individual que cada profesional puede alcanzar si se lo propone.
- Es difícil definir el significado de *amplitud*, pero es fácil comprender la realidad actual de la medicina desde el proceso vital de cada ser humano, fenómeno irreversible desde lo temporal, de alta complejidad, no lineal, con

matices que signan todo el proceso del desarrollo desde la concepción, imprevisible en algunas circunstancias, de alta contingencia, continuamente estructurante y por estructurar, dinámico, vinculado a la carga genética, a las redes de vínculos con la sociedad y al microsistema familiar, donde las fronteras entre lo psicológico, lo biológico y la naturaleza están interrelacionadas. Estas características permiten definir al **ser humano como un ser complejo**, que forma parte de una sociedad compleja, en un mundo complejo dentro de un planeta complejo, que forma parte de un sistema complejo denominado Universo.

- El aparente **caos** originado por esta **sucesión de complejidades** será el punto inicial del razonamiento que permitirá entender el conflicto de cada paciente, fruto a su vez, de nuevos desórdenes y órdenes sucesivos.
- La transdisciplina es prerequisite para comprender la realidad de cada paciente. Arribar a este estadio implica un proceso donde el médico, sin perder la identidad propia de la medicina, es capaz de alcanzar un tipo de pensamiento superador del tecnicismo médico.
- Arribar al estadio de la transdisciplina requiere de un proceso que dura un período estimado de cinco años de tareas conjuntas.
- A la altura de los conocimientos actuales, no es posible definir cuántos y cuáles de estos conocimientos son los necesarios para alcanzar el estadio de la transdisciplina. La síntesis de la realidad de cada paciente será la responsable de aclarar este interrogante.
- Existen demasiadas teorías, autores, ideologías y paradigmas que justifican, a su vez, la existencia de escuelas de pensamiento que pretenden explicar exclusivamente una sola realidad de lo que ocurre con todos los pacientes, antes de ayudar a comprender cómo se podría interpretar la realidad de cada paciente.
- La realidad parecería indicar que ninguna de estas escuelas o disciplinas explican por sí solas la complejidad de cada paciente.
- Freud, Winnicott, Klein, Piaget, Ausbel han sido utilizados como modelos para sostener una **mirada más amplia de la Medicina y de la Pediatría en particular**. Los resultados están a la vista, ya que el ser humano no es un producto que se pueda cerrar, sino un proceso inacabado, evolutivo, sin fin, inestable, dinámico y multidimensional.
- Cada paciente que realiza una consulta médica necesita sentir que *su médico* (aunque sea ésta el primer encuentro en la vida de ambos) comprende su problema y, de esa manera, está en condiciones de establecer un orden. Como producto de esa interacción nace un nuevo orden que, si bien es temporario, les permitirá a ambos superar la angustia y les posibilitará el diseño de las denominadas estrategias de resolución.
- Cada una de esas consultas reactualiza una complejidad de vivencias, aprendizajes, frustraciones y afectos previamente vividos que son únicos para esa situación. Si a las pocas horas se reiterara esa misma consulta, el relato de la realidad de lo que el paciente percibe y relata puede ser similar, pero nunca igual a la anterior. Por lo tanto, las conclusiones y síntesis obtenidas en ambas situaciones, podrían constituir, solo parciales y, de acuerdo a cada circunstancia, diferentes aciertos sobre la verdadera realidad del paciente.
- El paciente tiene una idea preconcebida de su médico que es también una construcción personal realizada sobre una serie de deseos. Pero en el inicio del vínculo el primordial es encontrar frente a sí a un ser humano dotado con los atributos de la medicina tradicional, o sea con todos aquellos conocimientos de la medicina que tantos logros alcanzó hasta fines de los años 60 del siglo pasado.
- Desde este punto de vista, podría constituir un hecho de alto riesgo para los pacientes alcanzar el proceso del pensamiento complejo apoyado en la transdisciplina sin lograr, simultáneamente, el estadio del criterio médico sustentado por el conocimiento técnico propio de la medicina clásica.
- La sociedad actual está conformada por un sistema de redes de comunicación de complejidad global o planetaria, uno de cuyos ejemplos más conocidos es Internet. Como todo producto creado por los seres humanos, este sistema posee falencias y está sometido o debe responder a los mismos intereses y tendencias globales del poder. Ni aún en los hipertextos, el médico podrá encontrar la resolución del conflicto complejo e individual que se le plantea con cada paciente. **A la hora de resolver, los únicos compañeros del médicos serán la soledad y su intelecto.**
- La denominada **medicina basada en las evidencias** se apoya en el método científico tradicional. Por lo tanto, esta metodología es útil para demostrar y tratar sólo algunos de

los conflictos del paciente en un determinado momento y situación (aquellas que están vinculadas con las relaciones de causa-efecto). Por otra parte, su esencia predominante continúa por los caminos reparatorios de la medicina tradicional.

- La realidad de lo que le ocurre al paciente responde a la lógica de todo lo que constituye su historia personal y sus interacciones con el ecosistema. Estas historias pueden graficarse como cualquier sistema de redes o mapas que cada médico debe estar en condiciones de diseñar merced a adecuadas integraciones y jerarquizaciones.
- La complejidad del acto médico pediátrico, donde el paciente está intermediado por adultos, incluye al médico dentro de un proceso en el que deja de ser espectador-conductor, para integrarse dentro de un sistema que, inexorablemente y a su pesar, lo incluye o rechaza. Y también lo modifica.
- Si el proceso médico se realiza bajo el supuesto de que el conflicto que se deberá resolver se lleva a cabo desde el poder de quien conoce la técnica, sin entender que el acto médico es un proceso complejo, el resultado final estará signado por el error en la elección de la estrategia, la resolución nula o parcial del problema planteado y la decepción del paciente y su familia.
- Desde los postulados de la complejidad, **un sólo diagnóstico nunca podrá explicar todo aquello que le ocurre al paciente.** Intentar ejercer la "Pediatría amplia" es obtener información con sentido, e integrar y jerarquizar las sucesivas síntesis de la realidad del paciente desde la propia realidad que el paciente construye respecto de lo que le ocurre.
- Es necesario que el pediatra se esfuerce por conocer la interpretación que el propio paciente hace de su realidad. La Pediatría amplia es una instancia de "contacto movilizador" con el paciente e implica también una construcción compartida de estrategias de resolución. El paciente y su familia adquieren una función no sólo de informantes sino también de actores en la solución de problemas y su subjetivación.
- Desde esta propuesta, tal vez sea más fácil alcanzar el diseño de estrategias eficaces que, una vez aplicadas, funcionarán como una llave que sólo puede abrir una única cerradura, en este caso denominado paciente.
- La información así construida, posibilita la anticipación que supone poder controlar lo incierto del conflicto de un ser humano proyectado hacia el futuro. Como si el caos por venir o lo ingrato por suceder se pudiera atenuar desde el orden del presente.
- La Pediatría podría reconvertirse desde una posición constante de síntesis parciales del desarrollo humano. Gracias a la recopilación y archivo de información multivariada podrá dotarse de capacidad anticipatoria, porque la aplicación de este tipo de información será útil para proyectar nuevos órdenes y sostener adecuados desarrollos a pesar de las situaciones adversas que agreden al niño y su familia desde el ecosistema.
- Elaborar hipótesis respecto de lo que realmente ocurre con el paciente requiere, siempre, iniciar el proceso de pensamiento desde la mayor parte posible de elementos constitutivos del conflicto con el propósito de insertarlos en una red de conocimientos vinculados al problema que se debe ayudar a resolver. Las hipótesis así elaboradas constituyen una **síntesis de una macrosituación resultado de una serie de integraciones y jerarquizaciones de la información recibida del paciente.**
- El resultado final de la red debe "encajar" en un todo como ocurre con el armado de un rompecabezas, teniendo en cuenta que este "encaje" es válido solamente para este particular momento y situación.
- La Pediatría amplia no se alcanza sólo mediante aprendizajes sistemáticos, sino siguiendo las diferentes formas y caminos de la información que se encuentran en los innumerables senderos del mundo del conocimiento. La construcción del conocimiento y la práctica profesional deben estar sustentadas en los mismos principios, de forma tal que **pensamiento y acción, teoría y práctica** interactúen en forma constante. Esto descarta una u otra modalidad para enseñar medicina, ya que el conocimiento debe extraerse de la práctica y la práctica deberá ser fuente del conocimiento.
- La Pediatría ha hecho enormes esfuerzos por adecuarse a las concepciones más modernas de la ciencia. Hoy es reconocida por ello y, desde el accionar cotidiano, ha demostrado coherencia en las actitudes y el compromiso que los pediatras exponen con los pacientes.

- Por estos motivos, hasta podrían resultar injustas muchas de las críticas expuestas en este documento.
- Sin embargo, su esfuerzo por adaptarse al concepto moderno de ciencia y su intento por mantenerse actualizada merece una actitud que la deconstruya y transforme.
- Es suficiente observar la sala de espera de cualquier hospital público (donde, además, a la mayor parte de ellas asisten alumnos de todas las Facultades de Medicina de nuestro país), para corroborar esta necesidad de deconstrucción.
- Las necesidades de los niños, a la luz de los nuevos conocimientos, han cambiado, aunque las enfermedades de estos pacientes se expresen de igual manera.
- También el concepto de ciencia se está transformando y esta transformación requiere cambios complejos y profundos para poder explicar el sentido de las patologías prevalentes, las causas verdaderas de la mortalidad infantil y las posibilidades para atenuarlas y anticiparlas. **Estas transformaciones requerirán cambios en el orden de la cognitividad y las competencias de los futuros médicos.**
- Por otra parte, una sociedad es moderna, justa y humana cuando ha sido sustentada bajo la dimensión y necesidades de cada uno de los seres que la constituyen, o sea cuando sus leyes e instituciones se orientan hacia el cuidado de lo máspreciado que tienen sus habitantes. Para los humanos ese valor se llama salud y expectativas de vida con proyectos a desarrollar en libertad.
- Hoy, en nuestro país y gran parte del planeta Tierra, estos objetivos están cercenados para un altísimo número de niños y sus familias y, de esta manera, el crecimiento dentro de ese particular estilo de vivir, se estructurará como cultura que se extenderá durante toda sus vidas. Y muchas generaciones.
- Esta situación, generada desde el mundo global, tiene poco que ver con la Pediatría, ya que sus funciones están alejadas del manejo político-económico que constituyen el origen de los conflictos que los médicos pediatras deben resolver cotidianamente.
- Por eso, no debemos asombrarnos por las actitudes de las universidades y sociedades científicas. Ante los cambios necesarios para llevar a cabo la Pediatría de mirada amplia, no es desatinado cerrarse sobre sí mismas e intentar seguir por los conocidos caminos de la ciencia tradicional y las relaciones de causa-efecto, antes que intentar difíciles y sufridos cambios intentando cambiar hacia un paradigma vinculado con toda la complejidad del ser humano, sus necesidades y las influencias del ecosistema.
- Las modificaciones profundas que generan cambios de paradigmas conllevan simultáneamente enemistades, pérdidas de adhesiones, movimientos económicos significativos, mucho esfuerzo personal, conformación de verdaderos equipos con demasiada gente orientada hacia un mismo propósito y, sobre todo, sinsabores y demasiadas frustraciones.
- Sin embargo, si los acontecimientos políticos y económicos continúan por los actuales caminos y si la Pediatría deseara **responder a las necesidades de las personas y comprender y resolver sus conflictos**, no debería esperar al mejoramiento de la situación mundial mientras observa la realidad, porque el costo de esta actitud es demasiado alto. Las tasas de mortalidad expresan objetivamente ese tipo de actitudes.
- Pero además, existen otros costos que no han sido suficientemente investigados y que los gerenciadorees de los sistemas de atención conocen acabadamente. Sin embargo, el mundo de la medicina no se ha animado aún a asociar estos conocimientos con la calidad de la atención y las estadísticas de mortalidad. Esos costos son los que se vinculan a la desesperanza de los profesionales que, como todos los seres humanos necesitan de proyectos para vivir, y por eso intentaron formarse sustentados por nobles ideales para asociar su vida y desarrollo personal al lado del sufrimiento de los otros. Indefensos muchas veces ante la muerte de aquellos que no deben morir, sin capacidad de dar esperanzas desde su desesperanza, cristalizados en su propio desarrollo profesional, cumpliendo, tareas en lugares donde es imposible creer que en esos ámbitos se intente ayudar a encontrar la salud, desconocidos por aquellos que conocen a la perfección que el desarrollo adulto lleva implícito el alcanzar el desarrollo vocacional y que sin ese logro, su abnegado interés se denigra o mediatiza ante el sí mismo. Arribar a este estadio y simultáneamente desear ayudar a los demás representa un gasto de libido que no debería agregarse al esfuerzo del accionar cotidiano profesional.
- De esos costos, se hacen cargo los profesionales que trabajan con las familias de alto

riesgo social en los países en vías de desarrollo. Y los más perjudicados resultan ser sus pacientes, porque no reciben la calidad de atención que merecen.

El presente ensayo intenta atenuar parte de las desesperanzas de esos médicos y exponer algunas ideas que **podrían sustentar proyectos viables** mientras ocurren cambios en el sistema, útiles, a su vez, para poder desarrollar profesionalmente y así, sustentada en hipótesis científicas, la identidad profesional fortalecerá el sí mismo como para aportar estrategias más eficaces a aquellas familias que el ecosistema ha impedido desarrollar.

Poco de lo expuesto en este trabajo es original. Simplemente es un intento de reunir y ampliar algunas ideas que nos dejaron los grandes maestros de la Pediatría Argentina.

Finalmente, es posible que la sabiduría y el buen decir de Walt Whitman sinteticen en pocas palabras lo dicho hasta aquí:

*Ni yo ni nadie más puede recorrer este camino.
Tu debes caminarlo por ti mismo.*

No está lejos. Está al alcance.

Tal vez hayas estado en él desde que naciste y no lo sabías.

Tal vez esté en todas partes, sobre el agua y sobre la tierra.

Agradecimientos

Al Profesor Titular Consulto de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Dr. Angel Plaza, por la cuidadosa corrección del texto.

Al Profesor Titular de la Facultad de Filosofía, Leonardo Levinas por sus sugerencias, aportes y corrección final de contenidos.

Bibliografía sugerida

- Ainsztein M, Murno J. *Dificultades en la enseñanza de la Pediatría*.
- Bertalanffy LV. *Teoría General de los Sistemas*, Madrid: Alianza; 1978.
- Ciurana ER. Instituto de estudios de complejidad e pensamiento sistémico; 2002.
- Coetzee JM. *El Maestro de Petersburgo*, Madrid: Mondadori; 2004.
- Colom AJ. *La Deconstrucción del Conocimiento Pedagógico*, Barcelona: Paidós; 2002.
- Dioxadis S. ¿Es la pediatría contemporánea una especialidad moderna? *J Pediatr* 1970;77:1.
- Escardó F. *La Pediatría, Medicina del Hombre*, Buenos Aires: Américallee; 1966.
- Escardó F. *Anatomía de la Familia*, Buenos Aires: A. Peña Lillo; 1966.
- Escotado A. *Caos y Orden*, Madrid: Espasa; 2000.
- Elías N. *Sociología*, Barcelona: Gedisa; 2003.
- Foerster H. *Las Semillas de la Cibernética*, Barcelona: Gedisa, 1996.
- Massuh V. *La Flecha del Tiempo*, Buenos Aires: Sudamericana; 1994.
- Morin E, Ciurana E, Motta R. *Educación en la Era Planetaria*, Barcelona: Gedisa; 2003.
- Morin E. *Introducción al Pensamiento Complejo*, Barcelona: Gedisa; 1989.
- Morin E. *Introducción a una Política del Hombre*, Barcelona: Gedisa; 1993.
- Morin E. *El Paradigma Perdido*, Barcelona: Kairos; 1996.
- Narvaez R. *Interdisciplina y Práctica Profesional*, Buenos Aires: Puma; 1997.
- Narvaez R, Needleman C, Roccatagliata M. Perfil profesional del médico pediatra. *Arch Argent Pediatr* 1984; 82:433-488.
- Needleman C, Dresch S, Sordo M. Del criterio médico. *Arch Argent Pediatr* 1998;96:108.
- Needleman C. *Familia y Prevención*, Buenos Aires: EUDEBA; 1987.
- Needleman C, Pérez A, Dresch S. Familia. En: *El niño Enfermo*, 2da Cátedra de Pediatría, UNR; 2003.
- Paz O. *Itinerarios*, Barcelona: Seix Barral; 1994.
- Pérez A. El niño, la familia y el pediatra. *Rev Hosp Niños BAires* 1977;93:241.
- Pérez A. *Familia y Pediatría*, Buenos Aires: EUDEBA; 1978.
- Pérez E. *La Familia como la Matriz de la Humanización*, Buenos Aires: EUDEBA; 1987.
- Pérez A. *Las crisis de la familia*, 2001. (edición del autor).
- Pérez A. *Psicoanálisis, Pediatría, Familia y Derecho*, 2001. (edición del autor).
- Pérez R. El mundo como un modelo. *Entelequia* 1993;53: 40-48.
- Prigogine I. *Entre el Tiempo y la Eternidad*, Madrid: Alianza; 1991.
- Prigogine I. *Una Exploración del Caos al Orden*, Barcelona: Tusquets; 1983.
- Reggini H. *El Futuro no es lo que Era*, Buenos Aires: Educa; 2005.
- Rice P. *Desarrollo Humano*, Madrid: Prentice; 1997.
- Sagan C. *El Mundo y sus Demonios*, Barcelona: Planeta; 1997.
- Sahtouris E. *Gaia la Tierra Viviente*, Barcelona: Planeta; 1994.
- Trainini J. Hacia la necesidad de un nuevo paradigma médico. *Rev Argent Cardiol* 2003;71:439-445.