



ESCRITOS
COMPLETOS

La dignidad del otro

Puentes entre la biología
y la biografía

PACO MAGLIO



libros del
Zorzal



ESCRITOS
COMPLETOS

La dignidad del otro

Puentes entre la biología
y la biografía

PACO MAGLIO



libros del
Zorzal

ESCRITOS
COMPLETOS

La dignidad del otro

Puentes entre la biología
y la biografía

PACO MAGLIO



libros del
Zorzal

Paco Maglio

La dignidad del otro

**Puentes entre la biología
y la biografía**

Escritos completos



libros del
Zorzal

Maglio, Francisco La dignidad del otro : edición actualizada : puentes entre la bio

Imagen de tapa: Mariano T. Rodríguez Ribas

© Libros del Zorzal, 2020

Buenos Aires, Argentina

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra, escribanos a:
<info@delzorzal.com.ar>.

Asimismo, puede consultar nuestra página <www.delzorzal.com>.

índice

[Carta al lector desprevenido | 7](#)

[¿Por qué discriminamos? | 11](#)

[El sida como enfermedad social | 19](#)

[¿Adicciones? | 32](#)

[La mujer discriminada en y por la medicina | 39](#)

[De pechos, pechitos y pechugonas | 45](#)

[Aborto y fertilización asistida | 52](#)

[La medicina, la vida y la muerte: una mirada antropológica | 58](#)

[La tekne y el medeos frente a la muerte | 68](#)

[¿Cómo dar bien las malas noticias?El arte de comunicar | 71](#)

[¿Qué es la terapia intensiva? | 78](#)

[Apostillas sobre la vejez y la ancianidad | 83](#)

[De Osiris al transplante: una puerta a la inmortalidad | 85](#)

[Bioética: ¿necesidad o moda? | 94](#)

[Ética y justicia en la distribución de recursos | 108](#)

[Medicina basada en la evidencia y Medicina basada en la narrativa: un \(des\)encuentro | 118](#)

[Cultura y magia en el uso de antibióticos | 124](#)

[Bioética social para América Latina | 135](#)

[Interculturalidad en la Atención Primaria de la Salud \(APS\) con Participación Comunitaria \(PC\) | 143](#)

[Crisis del modelo hegemónico actualLa alternativa antropológica | 151](#)

[El mito de Asclepio y la omnipotencia médica | 157](#)

[Hospital: ¿servicio o control? | 162](#)

[Medicina, sexo y poder | 165](#)

[Los pacientes me enseñan | 170](#)

[Los clásicos, la salud y los médicos | 205](#)

[Al final | 225](#)

[Brindis | 230](#)

[Bibliografía citada | 234](#)

A mi familia.

A mis amigos.

A mis maestros.

Yo no soy el otro pero necesito al otro para ser yo.

Emmanuel Lévinas

Carta al lector desprevenido

Estimado lector:

Me llamo Francisco Maglio, pero todos me dicen Paco: es la diferencia entre la identidad legal y la social. Me quedo con la segunda, que es la que figura en la tapa de este libro.

Nací el 24 de abril de 1935 en Buenos Aires, en el barrio de San Cristóbal, a dos cuadras del límite con Boedo, barrio al que me mudé hace más de treinta años.

Junto a mis abuelos, mis padres y mi hermana tuve una infancia feliz y una mejor adolescencia. Ahora mis hijos son mi orgullo y mis nietos, hermosos regalos. Adelita, mi mujer, es mi todo, es mi yo. Además, como dice el tango: “La vida me dio en oro un montón de amigos”. Por eso, gracias a mi familia, gracias a mis maestros, gracias a mis amigos, en fin, gracias a Dios.

¿Qué más se puede pedir? Cuando uno no tiene más que pedir es porque tiene que dar, y precisamente ese es el motivo de este libro: dar, aunque sea en parte, todo lo que la vida me dio.

Si bien soy médico, este no es un libro de medicina, aunque algo de medicina tiene. Para explicar esto, permítanme que les cuente algo de mi vida. Decía el Principito, con su habitual sabiduría, que “lo esencial es invisible a los ojos”. Pues bien, después de estar treinta y cinco años mirando la medicina con ojos de biólogo –lo que en sí mismo no está mal porque es necesario–, sentía que me faltaba lo esencial, lo invisible.

En medicina en general y en salud en particular, lo esencial está en lo social, y con esto me refiero a lo histórico, a lo ideológico, a lo político, a lo económico y a lo cultural. Porque las cosas en la vida pasan por algo y también por algo nos enfermamos y nos curamos, no son casualidades. Como decía Borges, todo encuentro casual es una cita.

Es así que en 1990 dejé la medicina asistencial –medida que fue calurosamente recibida por mis pacientes– y concurrí a la Facultad de Filosofía y Letras de la

Universidad de Buenos Aires en búsqueda de otros marcos teóricos y metodológicos que me permitieran reflexionar de manera crítica sobre lo vivido todos esos años y seguir, así, con la realidad médica actual. Ese lugar lo encontré en el Departamento de Antropología Médica, donde me abrieron otros ojos, para que “lo esencial se haga visible”. En este punto, quiero hacer público mi reconocimiento y gratitud al ponderable esfuerzo –con una infinita paciencia– de los que fueron y siguen siendo mis profesores de Antropología Médica, orientándome en este camino que me propuse después de cuarenta años de médico. Por eso, desde aquí, gracias, Mabel Grimberg, gracias, Susana Margulies, gracias, Ana María Domínguez Mon, y gracias especialmente a vos, Santiago Wallace, que desde el cielo –dónde, si no, vas a estar–, me seguís guiando. También a mi amiga Victoria Barreda –la entrañable “Vicky”–, que aunque no lo sepa me enseña antropología en forma “peripatética” en nuestras periódicas reuniones del Comité de Bioética del Hospital Muñiz.

Comenzó entonces otra etapa de mi vida, no sólo médica. En la primera, que podría llamar “biomédica”, me dediqué tanto a lo asistencial como a la docencia e investigación. Publiqué como autor y coautor más de cien trabajos “científicos”, y lo entrecomillo porque ahora, a la distancia, confieso que la mayoría me avergüenza, no porque sean de mala calidad en lo técnico, sino justamente por eso: por ser con exclusividad técnicos.

En esta segunda etapa de mi vida, que llamo “esencialmente social”, las cosas son distintas. Sin despreciar lo técnico incorporo todo lo aprendido en la reflexión como búsqueda del sentido, parafraseando a Victor Frankl. También lo aprendido de mis compañeros de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica, fundada por mi amigo y maestro, el Dr. Marcos Meeroff –quien por desgracia ya no está entre nosotros, al menos físicamente–, que impulsa una medicina que contempla al paciente en forma holística, como un ser humano sómato-psico-social.

Fruto de esta etapa nace este libro donde reúno y amplío mis trabajos de los últimos años, dos de ellos en colaboración con mi exquisita amiga, la Lic. María Isabel del Valle.

Aquí me encuentro entonces, en el campo “La Catita”, en 9 de Julio (Provincia de Buenos Aires), donde con generosidad me han recibido mis entrañables amigos Ricardo y Laura, regalándome la paz y las estrellas para que, con una luminosa y nocturna tranquilidad, pueda escribir este libro.

Escribo con una birome de tres colores –mi última adquisición tecnológica–, con Adelita y Laura ayudándome en la computadora, y de esta manera les ofrezco las siguientes líneas en las que hay conceptos que, si bien se repiten, también se unen y son justificados por su solidez ideológica.

Una mención especial con mi más reconocido agradecimiento para mis amigos Daniel Flichentrei, por su permanente y generoso apoyo, y para Carlos Rodríguez y Leopoldo Kulesz, que con su dedicación y profesionalismo posibilitaron la impresión y edición de este libro, amén de sus sabias sugerencias.

Mi intención fue que el texto llegara al lector con la frescura de las imperfecciones del lenguaje coloquial. Por esto, tal vez, me he negado a la inclusión de un prólogo: como opinaba Borges, un prólogo debe ser un “brindis” más que una crítica y prefiero que sea usted, lector, quien sin ningún condicionamiento, después de haber leído este libro, decida si quiere brindar o criticar. En caso de que se decida por lo primero, avíseme.

Si a pesar de todo lo explicado aún tiene el valor de seguir leyendo, adelante, pero no diga que no le advertí.

Hasta luego, nos encontramos en el final.

¿Por qué discriminamos?

¡Triste época la nuestra! Es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio.

Albert Einstein

Podría argumentarse, en una lectura un tanto superficial, que discriminar es “natural”. Con nuestra ambigua naturaleza humana, en su dicotomía malo-bueno, por una parte se discrimina y por la otra se es solidario. Pero si esto fuera así, en todas las culturas habría discriminación; sin embargo, en muchas de ellas, tanto actuales como pasadas, es justamente la solidaridad el valor más reconocido y practicado. Valgan como ejemplo significativo las culturas americanas precolombinas (y algunas actuales como la mapuche y la toba), donde se destaca el trabajo comunitario en beneficio de viudas, huérfanos y desvalidos (Pagés Larraya, 1998). También podría argumentarse que discriminamos por falta de información, y puede ser verdad, pero hasta cierto punto, ya que en ocasiones esa información puede ser usada precisamente como legitimación. Un prejuicioso, luego de un curso de psicología del prejuicio, saldrá igual de prejuicioso pero, ahora, con fundamento. Consideremos, en cambio, que la discriminación es una construcción social; esto es, representaciones y prácticas sociales articuladas de manera hegemónica entre sectores de poder y sectores subalternos, con sentidos de orden moral: normatividad social, disciplinamiento y estigmatización (Grimberg, 1995). Desde esas redes de poder –en el sentido de Foucault (1991)– se construye la figura social del discriminado: el adicto, el homosexual, el pobre, la prostituta, el sidoso, el villero; en fin, todos aquellos que “huelen mal” para una sociedad que más que occidental y cristiana pareciera estar gobernada por un triunvirato pagano conformado por Pluto, dios de la riqueza, Apolo, dios de la juventud y la belleza, y Mercurio, dios de los ladrones. De esta manera, los pobres, los feos y los honestos están fuera del sistema. En esta sociedad excluyente, las diferencias se construyen en desigualdades, en vez de construirse en convivencia en una sociedad incluyente. Ahora bien, ¿dónde se originan estas redes de poder en la

actualidad? Según Negri y Hardt (2000), vivimos dominados por un “imperio” supranacional que no tiene fronteras; es globalizado y globalizante, principalmente financiero (500 billones de dólares sin ingresar a circuitos productivos), pero que impacta en lo social, regulando, estructurando y gobernando las relaciones humanas. Su objetivo final es el control de la vida social en su totalidad: el biopoder. Aquella profecía del Big Brother (Gran hermano) de George Orwell en su obra 1984 está por cumplirse.

El análisis histórico demuestra que los grandes imperios han caído no tanto porque las fuerzas revolucionarias poseyeran mayor poder de armas –de hecho, tenían mucho menos–, sino porque estaban impregnadas de una mística de la que las fuerzas imperiales carecían: la solidaridad. Dan buena cuenta de ello Masada en el Imperio Romano, la Revolución Francesa, la bolchevique, la revolución pacífica de Mahatma Gandhi que hizo retroceder al Imperio Británico, la batalla de Ayacucho, que consolidó la independencia americana, en la que las tropas realistas al mando del Virrey de la Serna triplicaban en soldados y cañones a las revolucionarias de Sucre, que al final vencieron a pesar de su gran inferioridad bélica.

Este nuevo imperio al que hacíamos referencia, perfecto conocedor de estos antecedentes históricos que hicieron de la solidaridad la fisura destotalizadora de los poderes hegemónicos, aplica una nueva estrategia: naturalizar la discriminación como opuesto social a la solidaridad. Cuando algo se naturaliza no se lo problematiza, no se lo cuestiona; en definitiva, no se lo critica, entonces es natural que discriminemos y es también natural que no seamos solidarios. Para efectivizar esa estrategia el imperio “construye” culturas discriminatorias, culturas en el sentido de Harris (1985): formas de sentir, de pensar y de actuar socialmente interiorizadas por los miembros de una comunidad.

Analicemos ahora estas culturas discriminatorias.

Cultura de la indiferenciación

Siguiendo a Baudrillard (2001), asistimos al pánico amoral de la indiferenciación. Pánico: inmovilización; amoral: fuera de la moral;

indiferenciación: ausencia de límites. Ahora resulta que “está todo bien” y cuando nos convencemos de ello, el mal ha triunfado, nos ha convencido de su inexistencia. Esta cultura ya la trovaba el genial Discepolín en su inmortal Cambalache: “No hay valores ni dobleces, da lo mismo ser derecho que traidor”. Esto nos lleva a una doble pérdida: la de los lazos sociales y la de los valores, entendiendo como tales a todo aquello por lo cual la vida merece ser vivida y, es más, merece ser ofrendada. Ya advertía Durkheim (1973) que la principal causa de suicidio no es la miseria económica (que la hay) sino una alarmante miseria moral, que una mala traducción del alemán wert-loss (pérdida de valores) convirtió en anomia (pérdida de normas). Normas y leyes sobran, faltan convicciones íntimas (valores) que se trasladen a los lazos sociales. Al materializarse el triunfo del mal convenciéndonos de su inexistencia, asistimos a un ultrarrelativismo que lleva a justificar, a naturalizar injusticias, desigualdades insoportables y los más viles atropellos a la dignidad humana.

Los torturadores de ayer son ahora ciudadanos inimputables o indultados y, como afirma Savater (1993), el primer paso de la ética es no actuar de cualquier modo, dada la convicción de que no todo es igual. Esta cultura de la indiferenciación produce (construye) una persona autista social.

Cultura de la inmediatez

Todo tiene que ser conseguido “ya” (“llame ya”, dice el comercial de la televisión), perdiéndose la cultura del deseo, la cultura de la ilusión y, como sin ilusión no hay pasión, la fosilización se hace inevitable. Por el contrario, en la cultura del deseo y la ilusión el zorro le pedía al Principito: “Si vas a venir a las cinco, avísame, así a las cuatro empiezo a ser feliz”.

En la cultura del videoclip (otro claro ejemplo de esta cultura de la inmediatez), la rapidez en la sucesión de las imágenes no da tiempo para pensar, para reflexionar sobre ninguna de ellas. El exceso de imágenes y de información atenta contra la sabiduría porque no da tiempo ni espacio para la creatividad: no es más sabio el que sabe más sino el que crea con lo que ya sabe, e incluso con aquello que no sabe. Corremos el riesgo de convertirnos en expertos en múltiples banalidades. Bien acierta Paul Virilio (1997) cuando

afirma que estamos “encerrados en la cárcel planetaria de la inmediatez”. Esta cultura de la inmediatez produce (construye) personas apáticas (sin deseo) y a-reflexivas, es decir, sin creatividad, y en consecuencia, sin posibilidad de pensamiento crítico.

Cultura de la soledad

Describe el etnólogo Marc Augé (1994) que hoy pululan los no-lugares que, en contraposición con los lugares, son espacios donde no hay historia, no hay relación personal en el sentido social del término; habrá muchedumbre pero no hay re-uniión. Se trata de una imposibilidad de re-conocernos: es la soledad de Malreaux (1933), nos encontramos solos en la multitud (1933). Así se practica, de modo paradójico, el ejercicio social de la soledad en los locales de juegos en red, en donde encontramos casilleros separados para cada persona, en las discotecas, en los shoppings y en tantos otros lugares. Las plazas están vacías de chicos. ¿Por qué? Porque en ellas hay juegos que, como tales, necesitan ser compartidos; en cambio, en los locales de juegos en red hay computadoras personales. En las discotecas, grupos de chicas y muchachos bailan por separado; a su vez, el grado de decibeles impide una real comunicación: están solos aunque se ilusionen creyendo que están juntos. Los shoppings, como los define Umberto Eco (1986), son la “estrategia de la ilusión”: todo está al alcance de todos, pero en realidad sólo lo pueden adquirir unos pocos privilegiados. Peor aún, son los no-lugares, que eliminan cualquier posibilidad de solidaridad: si alguien está tendido en el suelo vienen “los de seguridad”: de necesitado pasa a ser peligroso. Asistimos ahora a otro no-lugar: Internet. Asumamos que es el avance tecnológico más importante del último siglo, pero advirtamos también que, en términos de comunicación, es una ficción, ya que sin presencia física no hay relación humana en el sentido social del término. El chateo es un nuevo ejercicio de soledad, ya que estamos de verdad juntos cuando podemos mirarnos, tocarnos, pelearnos y reconciliarnos en un abrazo.

Para el mencionado imperio, temeroso de la solidaridad, la mejor forma de que la gente no la practique es “producir” –construir– personas solitarias y, en consecuencia, no solidarias. Así, el gran peligro del no-lugar es pasar al no-yo, porque la única forma de construir la yoidad es a través de la otredad. Yo no soy

el otro pero necesito al otro para ser yo, en las sabias palabras de Levinas (Aubrol, 1990).

Cultura del consumismo

Séneca –en los tiempos en que la economía era una rama de la ética–, advertía que quien gasta más en lo superfluo termina vendiendo lo necesario. Epicuro, por su parte, recomendaba a sus discípulos que antes de comprar algo pensaran más bien en las ventajas de no tenerlo (Chomsky, 1984).

Hoy, en cambio, la consigna pareciera ser: hay que tener la mayor cantidad de cosas, en el menor tiempo posible y a cualquier costo. De allí podríamos definir al consumismo como “consumo por el consumo mismo”. En esta concepción, se consume a expensas de los demás; pero en esta “anomia”, ¿a quién le importa? Así llegamos a la situación actual, en la que el 20% de la población mundial consume el 80% de los recursos disponibles, y en la que las 245 personas más ricas del mundo tienen los mismos ingresos que las tres mil millones más pobres. ¿Es esto natural?

Esta cultura del consumismo produce –construye– personas egoístas con un individualismo exacerbado, sin límites ni ética. No nos extrañemos, entonces, si surgen posibles choques entre unos pocos consumidores insaciables y muchos espectadores hambrientos.

¿Cómo des-discriminar? Estrategias de solidaridad

Apelando una vez más a la metáfora militar tan cara a la formación médica, nos preguntamos: ¿cómo combatir la discriminación? Con el arma más letal: la solidaridad. Con cuidado, asumiéndola, más allá de los voluntarismos individuales –loables y necesarios, por cierto–, como estrategia política en los programas de gobierno y como vigilancia epistemológica en el discurso

científico y académico –¿y por qué no en el del sentido común?–, preguntando y preguntándonos: ¿qué querés decir con “sidoso”? ¿Qué querés decir con “judío”? ¿Qué querés decir con “cabecita negra”?

Podemos forjar nuestra cotidianeidad como una militancia de la solidaridad, sin despreciar la pequeñez de los mínimos actos, ya que su sumatoria puede y podrá cambiar las estructuras de injusticia. Una sola estrella, aun la más pequeña, convierte una noche cerrada en un cielo. La Marsellesa se escribió en una noche, cuando los Sans Coulotte avanzaban sobre París, pero la Revolución Francesa se forjó sumando doscientos años de pequeños –grandes– pensamientos del Iluminismo.

Con la renovada esperanza de que aun debajo de la baldosa más ruin podemos asistir al milagro de un yuyito que nace, “en la invencible convicción de redes solidarias que entretejen innumerables corazones”, dejamos que nos guíe el inmortal mensaje de José Martí (1954):

Cultivo una rosa blanca
en junio como en enero,
para el amigo sincero
que me da su mano franca
y para el cruel que me arranca
el corazón con que vivo
ni cardos ni ortigas cultivo
cultivo una rosa blanca.

O si prefieren, más cercana a nosotros, esa solidaridad descarnada pero entrañable de Discépolo en Confesión: “Fue a conciencia pura que perdí tu amor, nada más que por salvarte”.

El sida como enfermedad social

Yo no soy sidoso,
soy una persona afectada de sida.

Un paciente

Las enfermedades de transmisión sexual
son enfermedades sociales
en algunos aspectos médicos.

William Darrow

El sida como enfermedad social es un tema que a diario se plantea en comunicaciones y reuniones médico-científicas. Siguiendo la idea de buscar el sentido –lo subyacente, lo oculto pero cierto–, y siguiendo la milenaria costumbre oriental de leer de derecha a izquierda, quedaría así: “La sociedad que enferma de sida”. Esta lectura nos lleva a las construcciones sociales sobre el sida (Grimberg, Margulies y Wallace, 1994). Veamos algunos ejemplos de cómo operan.

El paciente sidoso

Es interesante ver que para definir a un paciente afectado del corazón decimos “cardíaco”, no “cardioso”; igualmente, sobre uno que sufre del hígado, decimos

“hepático”, no “hepatoso”. ¿Dónde ponemos los médicos el sufijo “oso”? En “tuberculoso”, “canceroso”, “leproso”, “pestoso”, “piojoso” (al comienzo de las clases). No es necesario tener la veta de un Bécquer para que la primera rima intuitiva sea “asqueroso”. Es decir, categorizamos con atributos desacreditadores –por supuesto, desde nuestro “saber-poder”– todo aquello que no queremos que nos toque, que nos contagie. Así hemos construido a los sidosos.

Grupos de riesgo

Cuando resultó demasiado evidente esta categoría de discriminación, pasamos a “conductas de riesgo”, pero la palabra “riesgo” quedó. ¿Qué significa “riesgo”? Dos posibilidades: riesgo como vulnerabilidad o como riesgo para los “sanos”. Cuando categorizamos como “de riesgo”, no estamos diciendo “vulnerables”: en ese caso, lo diríamos así, “grupos vulnerables”. En realidad, estamos cooperando en la construcción del control social sobre los “riesgosos” que, de ser amenazados, se convierten en amenazadores.

El riesgo como construcción social es una categoría de estigmatización (Goffman, 1989), de discriminación, de dotación de atributos desacreditadores, de establecimiento de juicios y condenas morales, todo aquello desde relaciones desiguales de poder. A partir de la categoría de riesgo definida por la epidemiología, construimos personas de riesgo como peligrosas y amenazantes para el statu quo, para una moral intolerante y autoritaria, para “poderes” que se ven amenazados si se abren al respeto a la diversidad, a la tolerancia a lo distinto, a la solidaridad, a un pluralismo ético. Más como significante que como significado, el VIH / sida cumple la función simbólica –y, también, concretamente real– de reactualizar y legitimar discriminaciones sociales previas: los “grupos de riesgo” ya estaban imputados, y ahora, con el VIH / sida, son “procesados”.

Los infectados y enfermos no están en riesgo, son de riesgo para los demás. Hemos culturizado el temor natural al contagio de una enfermedad con el espanto al contacto con una persona. Ya no es el virus lo que nos espanta: es el homosexual, el promiscuo, la prostituta, lo que no queremos que nos toque y por eso y para eso lo señalamos y excluimos. Son “el riesgo para nosotros”. Hemos

construido virus –casi demonios– con caras, cuerpos, brazos, piernas; pero, eso sí, sus mentes, sus sentimientos, sus libertades, nos siguen perteneciendo a nosotros, “los sanos”. Resulta interesante considerar como construcciones las vías de transmisión de las enfermedades infecciosas. La transmisión sanguínea cobró inusual fuerza con el sida; recordemos que antes hablábamos de enfermedades transfusionales o por vía parenteral, pero con el sida cargamos con toda la fuerza simbólica a la “sangre”. Así se observa en un reciente fallo jurídico, que acusó a un asaltante que esgrimía una jeringa –supuestamente contaminada– de usar el sida –esto es, su sangre– como “arma”. De allí en más, todo sidoso es un asesino en potencia. Queda así claro que el riesgo es para “nosotros”, no para “ellos”.

Al referirnos a enfermedades que se transmiten por vía cutánea decimos “de contacto”, no decimos “por la piel” (con todo el significado que tiene el término “piel”). En cambio, a aquellas que se transmiten por contacto genital las categorizamos como “de transmisión sexual”, reduciendo de esta forma la sexualidad a los contactos, descontextualizándola del deseo, del placer, de lo social, de lo cultural, en fin, del amor. De esta manera, un modelo médico hegemónico, que no representa a la medicina científica ni a todos los médicos, articula con gran eficiencia el poder con la sexualidad, para que esta sea “funcional” a los sectores reaccionarios e ideológicamente dominantes y opresores. Pensando en esto, envié oportunamente una carta al Comité de Redacción de la revista Actualizaciones en sida, que fue publicada en el número de marzo de 1997 y que transcribo a continuación:

Sabido es que las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se denominaban anteriormente enfermedades venéreas y, como reivindicación a justos reclamos de movimientos feministas –por qué no llamarlas enfermedades apolíneas, argumentaban con razón–, pasaron a la denominación actual.

Creo que ha llegado el momento de otro cambio, ahora en reivindicación de la sexualidad, esa extrema plenitud como “reflejo del gozo infinito de Dios” en palabras de Santo Tomás de Aquino (*Summa Theologiae*, parte I, cuestión 98, art. 2). Acertadamente expresaba Wilhem Reich en su polémica obra *Listen little man*: (Londres, Souvenir, 1972): “La sexualidad orientada al abrazo amoroso es fuente de felicidad y un camino a la libertad; más aún, es un reaseguro contra el poder, porque una persona feliz y libre está liberada de las ansias de poder”.

La medicalización de la sexualidad (Conrad y Schneider, *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Ohio, Merrill, 1985), por el contrario, la reduce a números de contactos, a riesgos de embarazos y de transmisión de enfermedades, la descontextualiza de la historia, de la cultura, del complejo deseo-placer y, lo que es peor, la descontextualiza de ese “abrazo amoroso” que invocaba Reich.

Una epidemiología intervencionista, modelada hegemoníicamente por un discurso pedagógico-disciplinar, la convierte en instrumento de control y de normalidad social con las consecuentes discriminaciones y estigmatizaciones que todos conocemos: desde este modelo, las enfermedades de transmisión sexual son construidas como enfermedades de transgresión moral.

Por otra parte, si nos atenemos a la realidad científica, la verdadera vía de transmisión son los “contactos genitales no protegidos adecuadamente” y no “la sexualidad”. Invocar la sexualidad como transmisión es tan descabellado como llamar “enfermedades transmitidas por la palabra” a las enfermedades que se transmiten por vía aérea.

Por todo ello, propongo cambiar el nombre de las ETS por “enfermedades de transmisión genital”, porque la sexualidad solamente transmite placer, solamente transmite amor.

No debemos caer, por cierto, en un ultrarrelativismo moral –los estudios transculturales de la antropología ya lo han perimido– que puede llegar a legitimar conductas reaccionarias, pero ciertamente debemos abrirnos a un pluralismo ético (Rubio Carracedo, 1987) signado por la tolerancia, la libertad, sin perder de vista el principio metaético regulativo, construyendo con el diálogo entre los propios interesados las posibles y diversas normas o conductas. Se puede superar la aporía entre la moral de la convicción y la de las consecuencias a través del diálogo, del consenso en el disenso y no mediante el autoritarismo.

Otra construcción interesante para analizar es la categoría epidemiológica de la mujer en el sida: quienes invocan un “solo género, el humano”, no hacen más que exteriorizar consciente o inconscientemente un sutil pero no por eso menos efectivo machismo.

Veamos las categorías epidemiológicas de la mujer con sida: prostituta, pareja de

drogadicto, embarazada adicta VIH positivo. Si estas no son categorías morales, ¿las categorías morales dónde están? En todas estas, la mujer aparece como la gran amenaza, cuando en realidad sabemos científicamente que por condiciones anatómicas y fisiológicas es más vulnerable a la infección que el hombre. Cuando nace un hijo VIH positivo de una madre en esa condición, este es una “víctima inocente”, categorizando así a la madre como “culpable”. Sin embargo, ¿acaso no le transmitió a ella el virus un hombre? Contrariamente a lo que ocurre en las novelas de Agatha Christie, aquí el culpable no aparece.

En el caso de los sintagmas,¹ uno de ellos es “sida-sexualidad-muerte”. Se constituye de esta forma a los métodos preventivos –léase: preservativos–, simbólicamente, en un memento mori (recuerdo de la muerte), como explican muchos adolescentes, justificando el no uso de los mismos: en el instante del amor aparece el fantasma de la muerte. Otro sintagma que sigue teniendo mucha fuerza es la identidad origen-cause: los primeros casos se describieron –el origen– en homosexuales y, a pesar del descubrimiento científico del virus –la causa– se sigue pensando –y así estigmatizando y discriminando– a los homosexuales como la causa de la epidemia.

El sida y las campañas

“El sida y la familia” fue el tema invocado en el Día Internacional del Sida el 1º de diciembre de 1994. ¿Cómo se puede sentir ante este lema un infectado o un enfermo que no tenga su propia familia? Sutilmente estamos ante otra discriminación, más aún en este último caso, casi ante un callejón sin salida.

Por otra parte, este lema debe ser contextualizado en un nuevo “discurso familiarista” (Menéndez, 1992) en el que a la familia se la responsabiliza casi totalmente del cuidado de la salud de sus miembros, y de modo específico a la mujer-madre: “Señora, ¿sabe dónde están sus hijos ahora?”, “Señora, ¿vacunó a su hijo?”, son algunos de los tantos mensajes de este discurso. De esta forma, en lo ideológico y en la práctica, el Estado privatiza una de las pocas cosas que le quedaban por privatizar: su responsabilidad por la salud, que ahora es un tema de la familia. Por lo tanto, si hay drogadicción en adolescentes, no es por la falta de trabajo ni por desinterés del Estado, sino por una sociedad que no los integra y

que los discrimina, es “porque la madre no sabe dónde están ahora sus hijos”.

Como ya hemos dicho, los médicos somos bastante adeptos a utilizar terminología militar. Utilizar metáforas puede ser eficaz para reforzar un concepto o cuando se tiene una intención didáctica. Sin embargo, en otras ocasiones tienen una carga decididamente discriminatoria. El 31 de octubre de 1991, el Ministerio de Salud de la Nación anunciaba y publicaba en los medios de comunicación su “Campaña nacional de lucha contra el sida”, que expresaba: “Tenemos que pelear todos para enfrentarlo [...], debemos atrincherarnos como un ejército compacto y valeroso [...], esta guerra la debemos ganar entre todos”. Después de esta presentación cabía preguntarse si era un mensaje de salud o una proclama de las Fuerzas Armadas, porque quedaba claro que “todos” éramos los “normales” que debíamos “atrincherarnos” para “enfrentarlos” a “ellos”, los infectados, los enfermos depositarios del virus.

Consecuencias de la discriminación en el campo de la salud

Contextualizada así la discriminación, remarquemos que sus efectos negativos no ocurren sólo a nivel social y económico, ya que también impactan en la salud: “La raíz, la verdadera causa de la pandemia VIH / sida es la discriminación, y mientras no se la combata, la pandemia seguirá”. Así lo manifestó –posición a la que suscribo– el Dr. Jonathan Mann en la Conferencia Internacional de Sida en Japón en el año 1994.

La discriminación no sólo tiene consecuencias sociales, también afecta a la salud de los discriminados en otras dos situaciones. En primer lugar, está totalmente aceptado por todos los medios científicos el impacto psicosocial sobre los mecanismos defensivos. En personas que se sienten discriminadas y rechazadas, los mecanismos defensivos inmunológicos se deterioran con rapidez. Por el contrario, la evolución de una persona VIH positiva que está contenida en lo afectivo, lo social, lo psíquico y aun lo político –programas gubernamentales basados en la justicia social y no en privatizaciones selectivas–, seguramente entrará en lo que hoy se denomina “no progresantes”; esto es, después de muchos años, no desarrollan sida o bien ese desarrollo será de modo significativo más lento y menos deletéreo que en los otros casos (perdón,

personas).

En segundo lugar, los discriminados se sienten, obviamente, rechazados por los poderes que así los condenan. Los mensajes preventivos –“oficiales”–, provienen justamente de esos poderes, por lo cual es lógico que sean rechazados al contextualizarlos como un elemento más de discriminación. “Usá preservativos” se recibe como “no seas homosexual”, “no seas promiscuo”, en fin, como “no goces”.

Resulta pertinente aquí transcribir algunos conceptos de la conferencia del Dr. Jonathan Mann (1994):

- El principal factor de riesgo en cuanto a la vulnerabilidad al VIH es pertenecer a un grupo discriminado, “estigmatizado por la sociedad”.
- Identificamos la discriminación como causa de la verdadera raíz de la pandemia.
- Los discriminados no tienen posibilidad de elección.
- Los gobiernos del mundo prefieren hablar de derechos humanos en otros países mientras los violan en el propio. La violación y la falta de respeto por estos derechos incrementa la vulnerabilidad al VIH / sida.
- Los programas tradicionales de salud pública no pueden superar los impactos negativos de estas diferencias, por sí mismos no pueden compensar la vulnerabilidad a la enfermedad.
- La vulnerabilidad social que subyace al VIH / sida es común a la mayoría de los problemas de salud.
- Promover y proteger los derechos humanos es un trabajo tan concreto como cualquier otro trabajo de salud pública.

Grupos de ayuda mutua y solidaridad

En la Cumbre por el sida en Francia, según publicaciones de todos los medios, el 1º de diciembre de 1994, el Dr. Michael Merson, director del Programa Global de Sida en la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró: “Los tres obstáculos esenciales en la lucha contra el sida son la negación, la discriminación y la desprotección de los más débiles”. Por su parte, el coordinador de esa cumbre, el Dr. Bernard Debré, destacó la “participación de enfermos e infectados en los programas de lucha dentro de las acciones más importantes”.

Ningún problema médico se soluciona sin la participación activa y organizada de los propios afectados; así lo han demostrado los grupos de pacientes afectados por el alcohol, las drogas, las discapacidades, etc. Las personas que viven con VIH / sida no son sólo voces, son también actores sociales que merecen nuestra atención y sobre todo nuestro respeto como personas.

Pensar o, mejor dicho, prejuizar que por estar infectados o enfermos no tienen capacidad de decisión, no manejan sus sentimientos, o que se vuelven agresivos, es un clásico modelo victimizador. Es la criminalización de la víctima, en definitiva, una forma de disciplinamiento social.

Cuando quitamos a los demás sus derechos a participar y a decidir, les estamos robando su autonomía y los degradamos en su dignidad de personas. El poder de decisión debe ser del consultante y no del consultor, este simplemente propone las distintas elecciones y alternativas como orientación profesional. Se trata de servir a la gente y no de servirse de la gente, en esto radica la diferencia entre apoyo y manipulación.

Por lo tanto, son los grupos de ayuda mutua –en armonía con las campañas de información– el instrumento más idóneo en la prevención primaria y secundaria, ya que nadie conoce mejor los problemas y sus soluciones que los propios interesados. Las autoridades deben fomentarlos y promoverlos, mientras los técnicos y profesionales les brindan asesoría, pero las líneas directrices y políticas deben salir de ellos, porque de no ser así se convierten en grupos de hetero-ayuda, en los que se convalidan las diferencias y se legitiman las injusticias. Las funciones de los profesionales en los grupos de ayuda mutua deberían consistir en la promoción, asesoría y supervisión, no en el ejercicio de algún control social o ideológico sobre ellos, respetando sus procesos de autonomía y autorregulación. La denominación “grupos de ayuda mutua” ha venido a reemplazar al de “autoayuda”, porque, como ellos mismos aclaran:

“Nos ayudamos entre todos y no cada uno por su cuenta”. Estos grupos no deben confundirse con los grupos terapéuticos, que sí deben ser coordinados por un profesional especializado. Los grupos de ayuda mutua, por el contrario, tienen capacidad para funcionar por sí mismos y designar de manera democrática a su coordinador. Toman conciencia de sus propios recursos y capacidades para decidir colectivamente en base a sus necesidades comunes, contribuyendo cada integrante con el esfuerzo que pueda, pero compartiendo todos la responsabilidad de los resultados. Son ámbitos de reflexión y de contención donde se respetan las diferencias culturales, las historias personales, la confidencialidad, el derecho a hablar y el derecho a ser escuchado, erradicando los prejuicios. Me permito transcribir unos párrafos de un documento de un grupo de ayuda mutua, Caminando Juntos –toda una filosofía en acción, ya en el nombre–: “Convivimos con el virus VIH y nos reunimos para ayudarnos, brindarnos amistad, afecto y comprensión, como quizás muy pocos pueden hacerlo [...] es fundamental tener con quién hablar; por todo esto descubrimos una cura para el sida que se llama ‘esperanza’ y una vacuna que se llama ‘solidaridad’”. En el Congreso Argentino de Sida en Córdoba (1995), se reunieron grupos de ayuda mutua de todo el país y elaboraron un documento que concluía diciendo: “El sida es una oportunidad que nos da la vida para ser solidarios”.

El siguiente ejemplo muestra con claridad la importancia de los grupos de ayuda mutua. Con la Dra. Adriana Bevacqua y la Lic. Victoria Barreda presentamos una comunicación a la XI Conferencia Internacional de Sida en Vancouver, Canadá, en julio de 1996 (Maglio, Bevacqua y Barreda, 1996), donde estudiamos la evolución durante dos años de pacientes con sida según pertenecieran (P) o no (NP) a grupos de ayuda mutua. Los resultados fueron los siguientes:

	P (n=18)	NP (n=19)
Días de internación	48	320
Abandonos de tratamiento	-	3
Infecciones oportunistas	7	58
Defunciones	1	4

Fuente: Maglio, Bevacqua y Barreda (1996)

La solidaridad, como toda eficacia simbólica, tiene efectos biológicos beneficiosos. Ahora bien, la discriminación también tiene efectos biológicos, pero contraproducentes, incluso fatales, como lo demuestra este estudio donde se cuadruplicó la mortalidad en el grupo “disperso”, en una sociedad excluyente e individualista. Los pediatras conocen muy bien el destino fatal del síndrome del niño abandonado. Cabe preguntarse: ¿qué mata más? ¿El virus per se o la discriminación? En mi opinión, esta última lleva la delantera.

En una ocasión, en terapia intensiva, un paciente con sida me hizo una confesión estremecedora: “Yo no tengo miedo de morirme, tengo miedo de morirme solo”. Según datos de la Sociedad Internacional de Sida, entre las víctimas hay quince millones de niños huérfanos. Buscando causas más profundas que un simple determinismo biológico, podemos –debemos– reflexionar sobre la responsabilidad que le cabe a la sociedad cuando discrimina y excluye, ocasionando así una mortalidad “invisible” a estadísticas fríamente positivistas.

Para que el futuro de estos millones de chicos no sea el triste y cruel de sus padres, y para que puedan encontrar una sociedad que los comprenda y los cobije, permítanme compartir con ustedes estos versos, seguramente muy rústicos, pero también muy sentidos.

Contestando a un huérfano

Me preguntas quién fue tu madre
me preguntas quién fue tu padre.
Tu madre no fue solamente
aquella que te ha parido,
es también aquella que te ha amado,
es también aquella que te ha protegido.

Tu padre no fue solamente
aquel que te ha engendrado,
es también aquel que te ha comprendido,
es también aquel que te ha amado.
Porque no es solamente la biología
lo que hace a un adulto desde niño,
son también aquellos
que lo maduran con cariño.
Por eso y recordando al santo aquel,
aquel de la bella historia,
que la mística impregnó con su amor,
serán también madres y padres
aquéllos, que en el atardecer de la vida,
puedan decir con razón:
“Abrí mis manos vacías
y se llenó de nombres
mi corazón”.

Paco Maglio

¿Adicciones?

Una noche me acosté en Villa Fiorito
comiendo un sándwich de mortadela
y me desperté en París comiendo caviar.

Nadie me preparó para eso.

Diego Maradona

“Adicción” proviene de la palabra latina *adictum*, que significa “esclavo”. No creo que a nadie le guste que le digan esclavo. El uso de drogas es un fenómeno universal y milenario: se encontró marihuana en la tumba del Rey Salomón (1.000 años a.C.) y en tablillas sumerias (3.500 años a.C.).

En cambio, la drogadependencia es un fenómeno cultural, característico de sociedades urbano-industriales. Una leyenda inca dice: “La venganza del inca descansa en la hoja de la coca y se despertará en el cuerpo del conquistador”.

En efecto, el inca consumía hojas de coca en forma ritual, por su valor calórico (tres calorías por gramo) y nutricional (40% de hidratos de carbono y 20% de proteínas). Nunca se encontró cocaína en consumidores de coca, ya que esta es un producto químico: clorhidrato de coca. En definitiva, hay que distinguir entre el cocaísmo, que es cultural, y el cocainismo, que es un producto del mercado. Como están las cosas en esta “globalización”, creo que la peor adicción –acá sí en sentido de esclavitud– es la adicción al poder.

Modelos de abordaje a esta problemática

Modelo jurídico

Este modelo apunta a penalizar la tenencia, al que no considero un buen enfoque. Como partidario de este modelo, valgan las viejas declaraciones del Dr. Barra, Ministro de Justicia en 1994, que entre otras “maravillas” dijo (Barra, 1994):

- a) Los adictos son un peligro para terceros.
- b) La sanción desalienta el consumo.
- c) Los drogadictos son una subclase de zombies (sic) en los que no se puede invocar derechos humanos.

El punto a) es un supuesto imaginativo, una falacia ideológica que identifica droga-delito para legitimar medidas de control violatorias de los derechos humanos. La violencia no surge por el consumo –contrariamente, la droga en general calma y relaja– sino a causa de no conseguirla, por no poder consumirla. La única droga que sí violenta es el alcohol, que en esta sociedad hipócrita está legalizada, siempre y cuando se “beba con moderación”. Parecería ser que la virtud agustiniana de la templanza rige nada más que para el alcohol.

El punto b) ha demostrado a lo largo de la historia su ineficacia. Es más, “la prohibición aumenta el deseo de lo ilícito”, dijo San Agustín. Con la prohibición y la penalización del consumo ha sido demostrado que lo que se consigue es favorecer la clandestinidad y el narcotráfico –como en el período de la “Ley Seca” en los Estados Unidos–, con consecuencias negativas: droga más cara y más impura y, por lo tanto, más tóxica.

En el contexto de este modelo jurídico represivo –es una opinión personal– creo que las adicciones, como tantas otras “plagas” –el sida, por ejemplo– dan lugar a modernas “cruzadas” con especialistas en represión, cuyo principal interés profesional es perpetuar las “plagas” que con hipocresía dicen combatir.

El punto c) me exime de mayores comentarios: no es inhumano, es antihumano.

Modelo biomédico

Si el anterior modelo criminaliza, este “psiquiatriza”, pone el problema de la droga totalmente bajo el ámbito de la medicina, medicalizando un problema social y cultural, hecho que no significa que el consumidor no pueda, en algún momento, necesitar un tratamiento. Esta medicalización puede esconder la base sociocultural del problema. Como el modelo anterior, es igualmente proscriptivo y autoritario. Las internaciones compulsivas, a distancia, fracasan en el 80% de los casos. Este modelo, por ser biologicista-positivista, intenta, sin éxito, demostrar la condición genética de la drogadicción. En este caso se culpabiliza a la víctima y a su familia, desentendiéndose el Estado y la sociedad del problema.

En este modelo también se reduce el problema a un “instinto” (otra forma de culpabilización-criminalización). No hay que olvidar que la especie humana no tiene instintos, lo que la diferencia y la individualiza de cualquier otra especie. Es una mala traducción del alemán trieb que Freud denominó “pulsión”, ya que era demasiado inteligente como para hablar de instintos. Justamente, esa pulsión es producto de la prohibición como fenómeno cultural; en palabras de San Pablo a los corintios: “La fuerza del pecado está en la ley que lo prohíbe”.

En algunos de los lugares llamados “Centros de Rehabilitación” –en la práctica, cárceles de la mayor crueldad– se les exige a los ingresantes como requisito previo que dejen de consumir. Paradoja no resuelta: entonces, ¿para qué van a ir?

Modelo sociocultural

A diferencia de los anteriores modelos proscriptivos-prescriptivos, este otro utiliza como instrumento de análisis y de investigación el método etnográfico, esto es, participativo: los propios involucrados –mal llamados “adictos”– en

tanto actores sociales, se involucran en programas de investigación y acción. Este modelo contextualiza a los así llamados “grupos de riesgo” como grupos de fragilización social. En realidad, son, más que victimarios, víctimas, lo que posibilitará estrategias de protección social.

Este modelo diferencia –no homogeneiza– al usuario ocasional del consumidor habitual social (recreacional) y al dependiente (aquel que necesita tratamiento profesional). Diversos estudios etnográficos han demostrado que no hay una patente única del adicto como, por ejemplo, “padre ausente” o “madre sobreprotectora”. Una causa muy frecuente, en cambio, es la búsqueda de identidad grupal en adolescentes. La adolescencia es una búsqueda de identidad: filial (la de la familia) y social (la del grupo de pares). Esta búsqueda de identidad social es tan fuerte que a veces crea resultados aberrantes. Por ejemplo, un joven sabía que compartiendo jeringas en su grupo con otros chicos VIH positivos podía enfermarse, pero manifestó: “No quería quedarme afuera”. Otro ejemplo de este tipo se está dando en los últimos tiempos con las muertes ocasionadas por el consumo de éxtasis mezclado con alcohol. Otra causa muy importante es la falta de proyectos de vida, en tanto valores morales: todo aquello por lo cual la vida merece ser vivida e incluso ser ofrendada.

Mientras los mensajes en las campañas de prevención sean autoritarios y moralizantes, no contextualizados socioculturalmente, los resultados serán contradictorios:

Mensaje	Comentario
La droga es un viaje de ida.	"Justamente lo que estaba buscando: irme de este infierno."
Los ganadores no se drogan.	"Esto es para mí, porque yo soy un perdedor."

Propuestas

- Partir de una premisa ontológica: todo adicto es ante todo una persona y, como tal, tiene dignidad y no precio. La dignidad humana no es un derecho más, es el fundamento de todos los derechos humanos: es la no-instrumentalización de la persona, por ser persona.
- Despenalizar y descriminalizar el consumo, que no es lo mismo que “liberarlo” (no es cuestión de comprar cocaína en los kioscos), sino reglamentarlo con adecuadas leyes de protección y no de persecución.
- Penalizar fuertemente el tráfico de drogas.
- Instaurar como marco teórico y práctico la estrategia de reducción de daños, que en los países en los que se instrumentó y en algunas experiencias en el nuestro (por ejemplo la asociación civil Intercambios) ha demostrado diversos resultados positivos, como disminución del consumo, disminución del narcotráfico, menor incidencia de muertes por sobredosis, menor incidencia de delitos y actitudes violentas, disminución de transmisión del VIH tanto genital como sanguínea. La mencionada estrategia incluye centros de comprensión, contención y encuentro, con normas de convivencia consensuadas por y con los propios involucrados, los que a su vez, adecuadamente entrenados, se encargarán del “abordaje callejero” en los lugares de consumo.
- La mejor educación es entre pares con redes sociales solidarias, en vez de “redadas policiales”. Al decir de J. Conrad (1969): “En la invencible convicción de redes solidarias que entretejen innumerables corazones”. En este sentido, resulta imperiosa la decisión política gubernamental y social de ofrecer a los jóvenes:
- Proyectos de vida: en lo laboral, lo profesional, lo vocacional, entre otros.
- Espacios de identidad grupal: centros deportivos, asociaciones juveniles, campamentos, etc.

- Situaciones y ámbitos de placer alternativos al placer de la droga, porque es mentira que la droga no sea placentera (en las tablillas sumerias, hace más de 5.000 años, el mismo ideograma identificaba marihuana y placer). Por lo tanto, promover centros deportivos, musicales, culturales, etc.

- Que la familia, con independencia de su constitución biológica, sea una comunidad que brinde solidaridad, creatividad, límites, libertad y afecto a sus integrantes. Recordar aquello de Jalil Gibran: “Tus hijos no son tus hijos, son los hijos de la vida. Ellos son la flecha, tú tensa el arco”.

La disyuntiva es clara: o seguimos criminalizando y medicalizando o empezamos a comprender y contener. Que no sea que resuene en el día de mañana –u hoy mismo– aquella temible admonición de Camus: “Pudiendo tanto, hicieron tan poco”.

La mujer discriminada en y por la medicina

Cuando la naturaleza quiere
hacer un hombre
y se equivoca, hace una mujer.

Una mujer es un hombre incompleto.

Aristóteles

Desde el mito que relata que Hermes convenció a Pandora para que destapara la caja que le regalara Zeus –con la condición, justamente, de no abrirla– la mujer parece ser siempre la culpable de haber esparcido los males por el mundo. Veinticinco siglos después, lo afirma el bolero: “Usted es la culpable...”. De la responsabilidad de Hermes nadie habla, claro: era hombre y, además, dios de los comerciantes y de los ladrones.

La medicina, como parte constructora y construida de la sociedad, no estuvo ni está alejada de tal discriminación. Ya en los nueve primeros papiros de Kahnn (siglo xv a.C.), los egipcios describen las enfermedades del hombre y dejan el último para las enfermedades de los animales y de las mujeres.

El género remite a una categoría de construcción social de femenino y masculino y, como toda construcción de esta naturaleza, está producida y reproducida desde relaciones desiguales de poder, otorgando sentidos de orden moral con efectos de normatividad social, disciplinamiento y estigmatización. De tal manera, “lo femenino” se construye desde el poder masculino, articulándose con sectores subalternos del campo femenino. Algo así como aquello de “los nenes con los nenes y las nenas con las nenas”.

Cuando un conocido hombre público de la política argentina mandó “a lavar los platos” a una socióloga investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones

Científicas y Técnicas (CONICET), porque los resultados de sus investigaciones no concordaban con la ideología dominante, no estaba haciendo otra cosa que poner de manifiesto esta “construcción social de género”. El famoso cupo del 30% en las listas políticas de candidatos pone de manifiesto la ya referida categoría de hegemonía como articulación interactiva entre dominadores y sectores subalternos para la apropiación de porciones desiguales de poder: el mínimo del 30% se convierte, operativamente, en el máximo del 30%, legitimando así el 70% masculino. Los estudios antropológicos nos demuestran que el género no es fisiológico ni unívoco; no es lo mismo en una cultura que en otra; no es lo mismo ser mujer en Buenos Aires que en Tokio, más aún, difieren incluso en la misma Buenos Aires, entre el ámbito universitario y el de una villa miseria.

Cuando una sociedad califica a cada sexo con particularidades psicosociales fijas y determinantes, tiene serios problemas de clasificación. Cuando alguien se aparta de ese estereotipo, se construye al diferente, al otro, al “desviado”, y de allí a la estigmatización y exclusión social hay un solo paso, con facilidad franqueable. En la actualidad, en nuestro país, el 62% de los egresados de la Facultad de Medicina de Buenos Aires son mujeres, pero de 90 profesores titulares, 85 son hombres. Aún más, en el plantel docente auxiliar las mujeres representan el 65%, pero al titulariado sólo llega al 6%. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de 30 directores de hospitales sólo dos son mujeres, y en toda la historia del país nunca una mujer fue Secretaria de Salud.² En la proporción de mujeres según la especialidad médica se reproduce la división sexual del trabajo en la sociedad: la mujer en el espacio doméstico para la reproducción –biológica y social– y en el espacio público para la producción de servicios, quedando reservado para el hombre la producción de bienes y la toma de decisiones. De tal manera, pueden dividirse las especialidades médicas según su proporción femenina en especialidades fállicas, por un lado, y reproductivas, por el otro. Entre las primeras, a las que las mujeres difícilmente acceden y que “pertenecen” al mundo –y género– masculino, están la cirugía general, la neurocirugía, la traumatología; en definitiva, aquellas especialidades “fuertes” que quedan, por lo tanto, dentro del campo de lo masculino. Dentro de este grupo, la urología está reservada a hombres por cuestiones de “pudor”, categoría que parecería ser exclusivamente masculina, ya que las mujeres pueden –y deben– abrir “impúdicamente” sus piernas ante la mirada inquisitoria de ginecólogos varones. En el otro extremo están las especialidades reproductivas, donde las mujeres tienen –y deben tener– una calurosa bienvenida: pediatría y gineco-obstetricia, cerrándose de esta forma el ciclo de la división sexual en el trabajo así en el cielo

como en la tierra (perdón, así en la sociedad como en la medicina).

Pero la mujer no es discriminada sólo en la medicina, también es discriminada por la medicina; como lo demuestran las estadísticas de cirugía de revascularización coronaria (bypass para los colonizados culturales): a igualdad de indicación se operan muchas menos mujeres que hombres. Esto, por supuesto, no tiene una explicación biomédica pero sí social en el contexto en que estamos hablando: dicha patología tiene lugar en la posmenopausia, ya que los estrógenos son protectores de la aterosclerosis coronaria (en esto la naturaleza ha sido condescendiente, pero, por lo que se ve, no por mucho tiempo).

Por lo tanto, a esa edad PAMI-dependiente³ y flexibilización laboral mediante, ¿a quién interesa que las mujeres se inserten con rapidez en el mundo laboral? Es más natural y fácil que los años que le quedan de vida los pase viendo Utilísima mientras toma algunos comprimidos para sus coronarias, de por sí condenadas a no ser revascularizadas porque las arterias son también de género femenino.

La mujer y el sida

Como vimos en el capítulo anterior, el sida como signifiante –más que como significado– ha venido a reactualizar y legitimar construcciones sociales discriminatorias previas, de tal manera que los así llamados “grupos de riesgo”, ya imputados, con el sida pasaron a ser procesados. Dentro de los “riesgosos” no podía faltar la mujer. En las estadísticas aparece categorizada como la gran amenazadora: drogadicta, pareja de drogadicto, prostituta, embarazada. Por supuesto, más que categorías epidemiológicas, son juicios morales: ellas tienen la culpa. Más aún, son contradicciones epistemológicas, ya que la probabilidad de transmisión genital del VIH de hombre a mujer es de 1 en 40, mientras que de mujer a hombre es de 1 en 500. Entonces, ¿amenazadora o amenazada?

Son factores socio-culturales y político-ideológicos –más allá de los biológicos– los que determinan la creciente incidencia de esta patología en la mujer:

- Menor acceso a la información y a la educación.

- Menor poder de negociación en el uso de preservativos.
- Violencia familiar.
- Imaginario social –construido por el hombre– en el que una mujer decente no usa “eso” (el preservativo).
- Construcción masculina de la fidelidad: por una “cana al aire” el varón no deja de ser fiel, pero le transmite después el virus a su esposa; eso sí, que “la cana al aire” no sea de ella, porque es causa de divorcio.
- Dependencia económica que lleva a la prostitución, con “clientes” que pagan por no usar preservativos.

A este respecto, mientras políticos y vecinos de Buenos Aires a cada rato discuten acalorada y mediáticamente por el “espectáculo” que ofrecen prostitutas y travestis, nadie se plantea qué hacer con los clientes, quienes, en términos médicos, son la verdadera etiología del asunto.

Y ya que nos asumimos en una economía de mercado, sin demanda no hay oferta. En el sentido mencionado y para analizar este opúsculo, no está de más recordar aquellas redondillas de Sor Juana Inés de la Cruz:

Quién es más de culpar
cualquiera sea el mal que haga
la que peca por la paga
o el que paga por pecar.

Correo electrónico

Hace poco mi señora recibió un correo electrónico que muestra de manera clara

lo enquistada que está la discriminación hacia la mujer en el significado de las palabras que usamos cotidianamente (y, por lo tanto, en la sociedad):

Perro: mejor amigo del hombre.

Perra: prostituta.

Atorrante: adjetivo que indica simpatía y viveza.

Atorranta: prostituta.

Aventurero: osado, valiente, arriesgado.

Aventurera: prostituta.

Cualquier: fulano, mengano, zutano.

Cualquiera: prostituta.

Regalado: participio del verbo regalar.

Regalada: prostituta.

Callejero: de la calle, urbano.

Callejera: prostituta.

Hombre de la vida: hombre de gran experiencia.

Mujer de la vida: prostituta.

Rápido: inteligente, despierto.

Rápida: prostituta.

Hombre público: personaje prominente, funcionario público.

Mujer pública: prostituta.

Puto: homosexual.

Putā: prostituta.

De pechos, pechitos y pechugonas

Como dos mellizos de gacelas que pacen

entre azucenas, son tus pechos.

Cantar de los cantares

Apostillas sobre la historicidad del pecho femenino

4

El pecho mítico

En la antigüedad, el pecho era el significado de la inmortalidad a través de la lactancia.

Los faraones amamantaban de la diosa Isis. Los machistas de la época –ya existían–, para no ser menos, le pusieron senos al dios Hapi, dios de la fertilidad que producía los desbordes del Nilo, imprescindibles para una buena cosecha (el primer travesti de la historia).

Cuenta la mitología griega que Heracles, para poder ser inmortal, tenía que mamar de los pechos de Hera, pero esta se oponía por estar celosa de Alcmena, madre de Heracles. Para cumplir con la citada inmortalidad, Hermes –siempre dispuesto– puso a Heracles en el pecho de Hera cuando esta dormía. Al despertarse, lo arrojó con violencia, pero era tarde: la leche fluía de su seno y, al esparcirse por el espacio, dejó en el cielo una estela: la Vía Láctea.

En el santuario de Éfeso se puede admirar una reproducción de la diosa Artemisa

–antiquísima divinidad asiática de la fecundidad– coronado todo su tórax por cientos de pechos. Algunos machistas detractores dicen que no son pechos sino figuras de testículos de toros, símbolo de fecundidad. Si bien puede ser cierto que “el toro solo bien se lame”, si sólo a él se lame, chau fecundidad.

El pecho guerrero

Las amazonas (a: ‘sin’, mazo: ‘pecho’) mutilaban uno de sus senos para tener más destreza con el arco y la flecha. Eran mujeres guerreras que adoraban a Ares, dios de la guerra. Según ellas, de él descendían (para ser coherentes, me pregunto, ¿por qué no eligieron una diosa?). Utilizaban a los hombres que conquistaban en sus guerras –me resisto a pensar que la “conquista” era sólo por las armas– como esclavos o como “reproductores”, a quienes después mataban.

El pecho suplicante

Cuenta César en sus Memorias que las mujeres galas de Avaricum imploraban piedad a los soldados romanos descubriendo sus pechos, no como provocación erótica, sino como un gesto humillante y de súplica, semejante al de las passis manibus (manos tendidas y suplicantes).

En la mitología griega, Téctafo, príncipe prisionero de Deríades, es condenado a morirse de hambre. Su hija Eeria lo visita en la cárcel y lo alimenta con su pecho. Ante este gesto, Deríades, conmovido, perdona a Téctafo.

El que no se conmovió fue Galeno, quien explicaba que la naturaleza otorgó pechos a la mujer para compensarla por la frialdad de su corazón. En realidad, el bueno de Galeno no era más que un descendiente acrítico de la teoría de Alcmeón de Crotona –un médico prehipocrático– sobre la naturaleza seca y caliente del hombre y fría y húmeda de la mujer.

El pecho contradictorio

Típicamente medieval, la Iglesia –como jerarquía opresora, no como ecclesia (asamblea del pueblo)– por un lado lo sacraliza. Así aparecen las “madonnas lactantes”, cuyo paradigma podría ser el convento alemán de Worms, el de Liebfrauenkirche, de cuyos viñedos, en la actualidad, sale uno de los vinos blancos más exquisitos, el Liebfrauenmilch (‘leche de la señora amada’). Pero, por otro lado, lo condenan como invención diabólica para el desenfreno sexual (¿de qué freno me hablan?).

El pecho “francés”

Con las cortes reales francesas se produce el giro erótico del sexo (con quiénes si no con los franceses).

A mediados del siglo xv, Agnes Sorel, pintor de la cámara real, retrata a la amante oficial –la primera– de Carlos II, rey de Francia, como una dama que ofrece su pecho desnudo cual fruta tentadora para deleite del espectador.

Madame Pompadour –más que amante, consejera y estadista de Luis XV– llama al vidriero de la corte y le pide que talle una copa usando como molde uno de sus senos. ¿Para qué? Según ella, para que, cuando los cortesanos bebieran de esa copa la sensualidad del champagne, también “soñaran” la sensualidad de su seno.

El pecho ideológico y político

En la Revolución Francesa, la República es representada por una mujer que descubre uno de sus pechos “democráticamente” a todos los ciudadanos.

De igual manera, en la Primera Guerra Mundial, una mujer francesa, como emblema nacional, se para desafiante frente a un cañón alemán, con sus pechos desnudos y erguidos.

Para no ser menos, hacia 1930, una propaganda nazi muestra a una mujer amamantando a su hijo (ario, por supuesto).

En la Segunda Guerra Mundial, en los regimientos aliados pululaban fotos con las estrellas más exuberantes de esos tiempos para “levantar” la moral de los soldados (¿nada más que la moral?).

El pecho mercantil

Con la Revolución Industrial aparece una nueva opresión –en un sentido amplio– para la mujer: la corsetería como producción en cadena. A partir de allí podríamos decir, parafraseando a Foucault: “Senos esbeltos vendidos como sostenes”.

El pecho psicológico

Freud mediante, los hombres en cierta medida somos dignos de lástima. Es difícil que logremos superar esa obsesión infantil con el seno femenino –materno y no materno– y nos pasamos la vida tratando de regresar –de manera angustiosa– al paraíso perdido.

El pecho de la liberación

A partir de la década de 1960 –mayo del 68 incluido–, las mujeres se “liberan”

de los sostenes, muestran sus senos sin falsas vergüenzas, admiten –eliminando pudores ancestrales– el placer sensual que produce amamantar (menos mal que la abuela ya no vive, porque se moriría del susto).

El pecho pornográfico

Con sentido empresario, y como contrapartida de lo anterior, aparece la industria pornográfica exultando, más que exaltando, el seno femenino.

A diferencia del erotismo, la pornografía es actuada, compulsiva –hasta maníaca–, desafectivizada y mercantilizada.

Es una nueva –en realidad no tan nueva– explotación y subordinación de la mujer.

El pecho de moda

Los dictadores –más que los dictados– de la moda les imponen a las mujeres, sin preguntarles su opinión, cuándo se usan los pechos chicos, cuándo los grandes, cuándo los de costado; olvidándose que la estética no pasa por el tamaño sino por la armonía (perdón, don Botero).

Según historiadores de la moda, las alternancias ocurren cada cincuenta o sesenta años, o sea que frente a la abultada cuenta de una cirugía plástica está el económico recurso de la espera (y una enorme paciencia).

El pecho posmoderno

A partir de los implantes mamarios –en 1997, en los Estados Unidos, se sometieron a ellos 120 mil mujeres a un costo superior a los 700 millones de dólares–, los senos femeninos pueden ser vistos como “un viaje a la hiperrealidad” en el sentido de Umberto Eco.

En la posmodernidad –término polisémico, si los hay– por primera vez en la historia accedemos a un pensamiento no platónico. Sucumbió la ontología realista de Platón, no va más la alegoría de la caverna, ya no hay una distinción entre realidad e ilusión. Aparece una nueva epistemología: la realidad ilusoria (¿o la ilusión real?). En este sentido, cirugía plástica mediante, esos pechos que vemos, ¿son o los hicieron?, ¿realidad o ilusión? Parafraseando a Leonardo de Argenzola: “¡Oh, Señor, lástima grande que no sea verdad tanta belleza!”.

Después de este “periplo mamario”, cabe preguntarse: ¿a quién le pertenece el pecho femenino? ¿Al lactante que se alimenta, al hombre –y por qué no a la mujer– que lo acaricia, a jueces morales –generalmente hipócritas–, al dictador de la moda que lo regula, al pornógrafo que lo degrada, al cirujano que lo modela? Creo que a ninguno de ellos. Perteneció, pertenece y pertenecerá a la mujer por derecho propio; derecho que, como hemos visto, ha sido avasallado y subordinado a lo largo de la historia. De manera paradójica, esta pertenencia cobra sentido y vigencia a través de una enfermedad: el cáncer de mama. En efecto, con las campañas masivas de prevención, al explorar y examinar sus senos, la mujer comienza a tener sentido de realidad y pertenencia de los mismos: “Estos son mis pechos y yo decido sobre ellos”. Curiosamente, una enfermedad y su riesgo de muerte resignifican el cuerpo. Como decía Laín Entralgo: “Estoy enfermo, luego, tengo cuerpo”, parafraseando aquello de Unamuno: “Estoy enfermo, luego existo”.

Que nadie se llame a engaño –como diría Borges– pensando que esta significación nosogénica del pecho femenino cierra su historia. Sería una visión pesimista; por el contrario, abre un nuevo camino de mayor trascendencia. Un golpe fuerte en lo individual puede llevar a una elevación vital: después de un desgarrador desengaño amoroso Berlioz escribió la Sinfonía fantástica; enterado de su sordera total e irreversible, Beethoven hizo lo propio con la Novena sinfonía. Del mismo modo, en lo social también está la posibilidad de elevarse: en el caso concreto que nos ocupa, esta resignificación de su cuerpo puede ser un acicate más para que las mujeres continúen reconstruyendo y cambiando una construcción social machista del género femenino. De esta manera, como objetivo final, serán las propias mujeres las que construirán su propia identidad

de género.

Aborto y fertilización asistida

El tema del aborto (provocado) es uno de los más debatidos y controversiales en la bioética. En las distintas posiciones respecto al aborto subyacen presupuestos ideológicos, religiosos, o de ambos tipos. Presentaré aquí los lineamientos generales de tres posiciones –conservadoras, liberales y moderadas–, y las argumentaciones que esgrime cada una de ellas.

Posiciones conservadoras

En esta perspectiva se ubican los movimientos “provida”, que defienden el estatus moral del feto y, en consecuencia, sus derechos como persona (en especial el derecho a la vida) desde el momento de la concepción. De esta manera, el aborto siempre se considera inmoral, cualquiera sea el momento del embarazo en el que se realice y las razones que lo impulsen (Marquis, 1995).

Para algunos, la inmoralidad del aborto es independiente de la discusión acerca de si el feto es persona o no. Se lo considera inmoral porque priva a la víctima de un futuro (como en cualquier tipo de homicidio), al impedir el desarrollo de toda una vida de actividades, experiencias, proyectos y placeres.

En el marco de estas posiciones sólo se contemplan excepciones muy puntuales.

Posiciones liberales

En el marco de estas posiciones se considera que el feto no tiene estatus moral y que el ser persona depende de factores psicológicos y sociales que sólo se desarrollan en la vida extrauterina. Dentro de estos factores, señalan: conciencia, razonamiento, comunicación, autoconciencia y actividad autoestimada. Al carecer el feto de estas capacidades, y en consecuencia, al no ser persona en términos morales, el aborto no se considera inmoral.

Dentro de estas posiciones, algunas corrientes priorizan el derecho y la autonomía de la mujer para decidir acerca de lo que consideran un “apéndice” de su cuerpo. Ciertas corrientes feministas ven incluso en la prohibición legal del aborto una manifestación sexista del poder hegemónico masculino, que no admite otorgarles poder de decisión a las mujeres.

Las posiciones más extremas justifican el aborto como control de natalidad.

Posiciones moderadas

6

Son las que consideran que la moralidad del aborto depende de dos factores: la moralidad del feto y la moralidad de las razones. En cuanto a la primera cuestión, consideran que el estatus moral del feto depende de la viabilidad, la actividad mental y la sensibilidad (en especial al dolor), y como estas no están – al menos no en su totalidad– desarrolladas durante el primer trimestre, sería en ese período moralmente permisible el aborto. Un informe reciente (del 21 de junio de 2010) del Colegio Real de Ginecólogos y Obstetras de Gran Bretaña afirma que la sensación de dolor aparece a las veinticuatro semanas, cuando se completa el área correspondiente en la corteza cerebral. En cambio, para justificarlo más allá de ese plazo, serían exigibles razones morales consistentes, como las que justifican el aborto terapéutico, el eugenésico o el practicado en los casos de violación o incesto.

Dentro de estas posiciones, hay quienes abogan por la creación de unidades de

paliogénesis en los hospitales (del latín pallium: ‘proteger’), donde equipos interdisciplinarios (médicos, sociólogos, teólogos, etc.) consideren cada caso en particular y obren en consecuencia, a fin de contemplar tanto los derechos de la mujer como los del feto (Belderrain, 1994).

Las posiciones moderadas, si bien consideran la autonomía de la mujer en cuanto a sus derechos reproductivos, no reducen el problema a una mera cuestión de libertad de decisión. Se considera que esto implicaría trivializarlo, pues no toda decisión, por el solo hecho de ser libre, es necesariamente moral. Apelan así a una ética de responsabilidad personal que, con la consideración de todos los factores relevantes, lleve a una toma de decisiones mediada y responsable.

Más allá de la discusión moral, en la que cada persona es libre de opinar y sentir, los médicos están obligados a considerar las consecuencias del aborto clandestino sobre la integridad física de la madre, y teniendo en cuenta su elevada mortalidad, propiciar una atención médica adecuada, que no necesariamente tiene que efectuarle el médico cuyas íntimas convicciones no adhieren al aborto.

Esta atención debería ser accesible a toda mujer, con independencia de su condición socioeconómica, para evitar así las irritantes e injustas desigualdades actuales que condenan a la disyuntiva de muerte por aborto según la cuenta bancaria de la paciente.

Esta atención médica, que sin dudas implica una despenalización legal del aborto, no significa de ninguna manera negar toda la validez y la contundencia de los programas de educación para una procreación responsable, signada por los valores trascendentes de amor, responsabilidad y dignidad de vida.

Fertilización asistida

7

En este campo, como en el del aborto, hay posiciones extremas e

irreconciliables: por un lado, las de quienes condenan en términos morales cualquier método, y por otro, las de quienes consideran el embrión como un conjunto de células en el que se puede investigar con absoluta libertad. Por fundamentalistas, ambas tienen cierta cuota de irracionalidad.

Los diferentes enfoques tienen a su vez distintas concepciones acerca del estatus moral del embrión en cuanto al momento de la evolución en que debe ser considerado individuo humano. Tal concepto no puede sustentarse en una definición exclusivamente biológica, ya que en él intervienen consideraciones filosóficas, antropológicas y teológicas, sobre las cuales las distintas escuelas o tendencias no se ponen en total acuerdo.

Así, por ejemplo, mientras opiniones teológicas “oficiales” consideran al óvulo fecundado como un ser humano, otras también respetables señalan el desarrollo de la corteza cerebral (alrededor de los cuarenta días) como el aspecto definitorio para la propia ontogenia del individuo humano (Haring, 1989). En la misma línea de pensamiento, está la conocida postura “creacionista” de Santo Tomás de Aquino (1952), según la cual el feto atraviesa tres etapas en su desarrollo: la vegetativa, la sensitiva, y por último, la racional. Recién en esta última, Dios introduce el alma, que para el Santo, ocurre alrededor del quinto al séptimo mes de embarazo. Tan es así que termina afirmando algo que hoy suena revolucionario: “En la resurrección de la carne no participarán los embriones por carecer de alma racional y por lo tanto no son seres humanos”. Desde el punto de vista científico, hay consenso acerca de las siguientes cuestiones:

- Son éticamente aceptables: fertilización in vitro; inseminación artificial homóloga o con semen de donante; criopreservación de preembriones; y diagnóstico genético preimplantatorio.
- Son antiéticos: manipulación genética del preembrión y de células germinales; clonación humana; producción de híbridos de fertilización entre distintas especies; selección genética del sexo y de cualquier otra condición que pudiera originar discriminación social.
- Se recomienda: no preservar embriones más allá de los catorce días (se considera la aparición de la banda primitiva como inicio de la individuación); que los proyectos de investigación estén avalados por un comité de ética; limitar a tres o cuatro el número de embriones para transferir; obtener el consentimiento informado con plena comprensión de la pareja sobre los posibles riesgos

psíquicos y físicos, y sobre los derechos legales del embrión concebido; que los resultados que se han de informar estén acordes con las posibilidades del centro en el que se desarrolla el procedimiento, y no sobre la base de la experiencia mundial.

- Son temas controversiales: madre subrogada; criopreservación de ovocitos; células “madre”.

A modo de cierre

Para concluir el desarrollo de este tema y promover nuestra reflexión, resulta pertinente transcribir un fragmento del texto que escribió el genetista y humanista Jean Rostand en *L'evolution* (París, 1961):

Homo biologicus: he nacido de una semilla bien seleccionada e irradiada con neutrones; se eligió mi sexo y he sido incubado por una madre que no era mía; en el curso de mi desarrollo he recibido inyecciones de hormonas y de ADN; se me ha sometido a un tratamiento activador de mi corteza cerebral; periódicamente recibo injertos hísticos que favorecen mi desarrollo intelectual y me someten cada año a una cura de sostén para mantener mi mente en plena forma y mis instintos en óptimo tono. No puedo quejarme de mi cuerpo, de mi sexo, ni de mi vida; pero en realidad, ¿quién soy yo?

La medicina, la vida y la muerte: una mirada antropológica

8

Morir, dormir, quizá soñar.

Hamlet

Más allá de servir para su indagación histórica y literaria, los mitos sirven para las grandes lecciones que de ellos debemos aprender. Veamos qué sucedió en el gran mito de la medicina cuando Asclepio, llevado por su omnipotencia, resucitó a los muertos.

Muchos pueblos han depositado en dioses, semidioses o héroes, virtudes curativas. Así, Grecia personificó en Asclepio el arte de la medicina. Fruto de una turbulenta relación entre Apolo y Corónide, marcada por pasiones, celos y venganza, Corónide, ya embarazada, aprovechó una salida de Apolo a Delfos para unirse sexualmente con el mortal Isquis. Pero la intuición de Apolo fue más veloz que el vuelo del cuervo blanco bajo cuya custodia había quedado Corónide. Indignado, al mejor estilo humano, no sólo maldijo y trocó el plumaje del ave del blanco al negro, determinando de ese modo el color de todos los descendientes, sino que también pidió a Artemis –su hermana– que diera muerte a la mujer. No corrió mejor suerte su ocasional amante: un disparo de Apolo, o una flecha de Zeus, según el gusto de las versiones, terminó con su vida. En medio de estas turbulencias, nació Asclepio, Hermes fue el encargado de retirarlo del cuerpo yacente de Corónide, destinado a las llamas. Desde entonces, su padre Apolo lo puso bajo la custodia de Quirón, el más célebre de los centauros, reconocido por su dominio de la medicina. La educación del héroe Aquiles y de él mismo había estado a su cargo.

Asclepio adquirió tal notoriedad que llegó a ser venerado como fundador de la medicina. Además de su reconocida capacidad para la curación, poseía una virtud que lo diferenciaba sobremanera: resucitaba a los muertos. Es que Atenea,

en su momento, le había dado la sangre de la Gorgona, un fluido con propiedades mágicas: la extraída de las venas del lado izquierdo era un veneno mortal, mientras que la del lado derecho era salutífera. De ella se valió Asclepio en su práctica, volviendo a la vida a:

- Hipólito, hijo de Teseo, muerto por los caballos de Poseidón, dios del mar.
- Tindáreo, héroe de Esparta y padre de Helena de Troya, que tanto problemas trajo consigo.
- Glaucó, hijo de Minos, quien murió ahogado siendo aún niño.
- Himeneo, que muerto el mismo día de su boda pasó a presidir el cortejo nupcial.

La lista de beneficiados podría ser extensa, y su condición, variada. Alarmado Plutón porque su reino estaba perdiendo habitantes, alertó a Zeus, quien, como buen guardián de las leyes –y temiendo que Asclepio desbaratase el orden natural del mundo– lo fulminó con un rayo. Así lo había pronosticado la hija del centauro Quirón al saber de aquellos prodigios: “Tú salvas la vida de los hombres. Tú sabrás arrancar las almas de los brazos de la misma muerte. Pero, porque osaras cumplir este prodigio reservado a los dioses, el rayo de Zeus, tu abuelo, te quitará el poder y la vida” (Ovidio, 1967).

Apolo, herido en sus afectos, sin poder vengar la muerte de su hijo, mató a los Cíclopes, forjadores de las armas de los dioses, entre ellas, el rayo divino con el que Zeus había matado a Asclepio. Pero como allí nadie perdonaba a nadie, Zeus a su vez lo castigó convirtiéndolo en esclavo de un mortal por el término de un año. Sin embargo, puso la imagen de Asclepio entre las estrellas, sosteniendo una serpiente curativa: la constelación del Serpentario.

Sin dudas, la muerte humana es una preocupación universal que la mitología proyectó en la figura de los dioses. El mito de Asclepio revela en qué medida los griegos admitían sin caprichos lo inevitable de la muerte, su forzosidad inherente, su *ananke*,⁹ por ponerlo en sus propias palabras. Cualquier intento por esquivarla o quebrar la direccionalidad del destino era una violación a la ley natural que merecía la más cruel de las sanciones. Como cantaban entonces:

(Hay cosas que ni los dioses deben hacer...)

¿Por qué se rinde a la codicia
aun el más sabio? También él con oro
que a montones hicieron en su mano
brillar, se corrompió; y osó a la muerte
arrebatarse a Hipólito difunto.
Zeus irritado, a ambos dispara
rayo homicida, que el vital aliento
del pecho les arranca y a cenizas
los reduce instantáneo.

(Píndaro, Pítica III)

Un poco de historia

En el paleolítico medio, cerca de unos 150 mil años antes de nuestra era, se desarrolló el Homo Sapiens, primera aparición del humano anatómicamente moderno. Este presenta una característica antropológica que será una conquista constitutiva de la especie humana: entierra a sus muertos. De allí que los primeros signos inequívocamente humanos sobre la tierra sean las tumbas (Thomas, 1993). Podríamos decir que la humanidad comienza con la conciencia de su propia muerte; a partir de allí no será más un hecho individual, sino uno social (Sudnow, 1971). Pero hay otra característica antropológica más: entierra a sus muertos en posición fetal, claro rito de pasaje en espera de la segunda vida que le da sentido a la muerte: la trascendencia. Aparece así, en la historia de la

humanidad, el yo escatológico, el transtanático (Ziegler, 1976): la trascendencia como sentido de la muerte, que dará lugar a la esperanza y se constituirá en el principio organizador de la existencia.

Con posterioridad, en el Neolítico (entre 4.000 y 9.000 años a.C.), ocurre otro hecho fundamental: el paso del hombre cazador-recolector al agricultor. Al haber enterrado, matado una semilla, observa azorado el nacimiento de una planta que servirá para su alimentación y subsistencia. Es así que entiende la muerte como la necesidad existencial para el proceso de vida y no como el fin de la misma; como si estuviera escuchando por anticipado los versos de Bernárdez: “Porque después de todo he comprendido / que lo que el árbol tiene de florido / vive de lo que tiene sepultado.” (Bernárdez, 1951).

Esta trascendencia como sentido del círculo vida-muerte –que siglos después retomarán en términos filosóficos los estoicos–, aparece en sentido teológico en todas las religiones, secularmente en todas las culturas. Así, por ejemplo, el Libro de los muertos, en la cultura egipcia, lleva por subtítulo “Hacia la luz”.

Decía el poeta Horacio: “Nunca nos morimos del todo”, y acotaba Cicerón: “La vida de los muertos está en la memoria de los vivos” (Alonso, 1969). La trascendencia como principio organizador de la existencia la encontramos también en Borges: “Me moriré realmente cuando se muera el último que me recuerde” (Carrizo, 1986); y, en especial, en la cita de Benjamín Franklin: “Para trascender más allá de la vida, hay que escribir cosas dignas de ser leídas, o hacer cosas dignas de ser escritas” (en Grandes biografías, México, Asuri, 1976).

La cultura popular de nuestro noroeste, heredera del Upamara incaico, es muy rica en rituales de trascendencia: el entierro del angelito, la difunta Correa, las novenas, las nocturnas, “locrear”¹⁰ al muerto, etc. Es así que la trascendencia y la esperanza nos permiten pasar de una angustia fanática frente a la muerte a una angustia mayéutica, al parir, al vislumbrar el sentido que otorga coherencia a nuestro existir. Pero el progreso de la civilización occidental desde mediados del siglo pasado en adelante, con el ultrapositivismo en lo científico y el ultrapragmatismo materialista en lo filosófico, “matan a la muerte”, no le encuentran sentido y, al sacarle sentido a la muerte, se lo sacan a la vida. Como decía Heidegger: “La finitud de la temporalidad es el fundamento oculto de la historicidad del hombre” (Aubrol, 1993). Quizás tememos a la muerte desde nuestra pequeñez, porque tenemos miedo de ser eternos.

La sociedad contemporánea, econometrista, nos ha vaciado de sentido; esta es la gran neurosis colectiva de nuestro tiempo: el vacío existencial (Frankl , 1989) que las fuerzas de un salvaje fundamentalismo de mercado intentan llenar con el consumo por sí solo. El sentido es una categoría social, intrínseco a la pluralidad de los seres humanos, no puede entenderse como “yoísmo” sino que debe contextualizarse en la otredad. Un individualismo hipertrofiado, en consecuencia, terminará no encontrando sentido a la vida (“la vida es una herida absurda”, trovaba Cátulo Castillo). Y si se vive sin sentido también se muere sin sentido (Elías, 1987).

Para este individualismo alarmantemente hedonista la muerte es un obstáculo casi insalvable; por eso se la disfraza desimbolizándola, desritualizándola, incluso maquillándola; de alguna manera hay que ocultarla, es la muerte interdicta (Ariès, 1977). Este ocultamiento resulta casi esquizofrénico cuando le impedimos a un niño que acompañe a su abuelo moribundo “porque le va a hacer mal” y para distraerlo le compramos un videogame, donde se le enseña a matar. No tenemos una pedagogía de la muerte, tenemos una pedagogía de la violencia.

Por otro lado, la desigualdad de oportunidades en la vida tiene su correlato en la desigualdad frente a la muerte: la expectativa de vida que se ha incrementado con notoriedad en los últimos años no lo ha hecho en forma equitativa. Así lo demuestra la mortalidad infantil evitable, en todo el mundo, con un niño muerto cada diez segundos y en nuestro país con uno cada cincuenta minutos (datos de la Sociedad Argentina de Pediatría). A estos, la sociedad les ofrece una mistanasia, vale decir, la muerte por abandono (Belderrain, 1990). Esta desigualdad ante la muerte también se refleja al analizar las expectativas de vida según posibilidades de educación y desarrollo. A los 35 años, un profesional tiene 73% de posibilidades de llegar a los 70 años, mientras que un obrero común (no calificado), sólo el 50% (Sudnow, 1971).

Razón tenía Camus cuando en *La peste* afirmaba que la mejor manera de conocer a una sociedad es observando cómo en ella se ama y cómo en ella se muere. ¿Qué ofrecemos desde la medicina –y qué podemos ofrecer– ante este ocultamiento social de la muerte?

La medicina y la muerte

La educación médica triunfalista que ve la muerte como un fracaso de la profesión encuentra en el desarrollo tecnológico una buena excusa de ocultamiento en el llamado encarnizamiento terapéutico o distanasia (Aprá, 1992). En palabras de la ministra de Salud de Dinamarca: “Algo debe andar mal cuando gastamos el 50% del presupuesto de salud en los últimos noventa días de la vida humana para postergar durante algunas semanas una muerte inevitable” (Barondess, 1983). No estamos en contra de la tecnología, que por cierto ha salvado y salvará con éxito muchas vidas, sino en contra de su endiosamiento al ocupar el lugar del acercamiento humano, de ese encuentro singular e irrepetible con el paciente que se está muriendo. Estamos en contra de la aparatología que nos aleja de él en el momento más trascendentalmente reflexivo de la vida.

Esta reflexión permitirá mensurar lo vivido y descifrar su significación escatológica o, lo que es lo mismo, desentrañar su destino. La tecnología tanatocrática, al oponerse a esta situación, medicaliza la muerte, se la roba al moribundo (Conrad, 1985). Por eso decía Rilke: “Yo quiero morir de mi propia muerte, no de la muerte de los médicos” (Thomas, 1993).

La tecnología empleada con racionalidad es la que posibilita la continuación de la vida en cantidad y calidad; su empleo irracional la convierte en tanatocracia, imposibilitando una muerte digna, entendiendo como tal aquella sin dolor, con lucidez para esa experiencia reflexiva y con capacidad para recibir y transmitir afectos. En ese instante crucial vamos a llamar a “esa persona” para decirle lo que nunca nos animamos a decirle en vida: “Te quiero” u, otras veces, “perdoname”. En una ocasión, un paciente en terapia intensiva me dijo: “Doctor, yo sé que me voy a morir. Sólo le pido dos cosas, no quiero sufrir, pero por favor no me dope y además quiero que me avise cuando falte poco”. Cumplí con sus deseos y en el momento casi final me dio un número de teléfono para avisarle de su situación a determinada persona. Esta acudió al llamado y pude ver a través de los vidrios del office que, previo a un instante de desconcierto, los dos se fundieron en un abrazo y lloraron largo rato. Al irse el visitante, el paciente me explicó: “Doctor, ese hombre que se fue es mi hermano. Hace veinte años lo eché de casa y al tiempo supe que yo no tenía razón, pero en todo este tiempo me faltó la valentía para pedirle perdón. Ahora que sé que me voy a morir me atreví a pedírselo. Gracias por dejarme morir en paz”. Cuando así ocurre, ese momento final suele no ser doloroso sino, en cambio, calmo. Instantes antes de morir, Beethoven dijo: “Ahora, recién ahora sé quién es Ludwig van Beethoven”. Días

antes de su fin terrenal, Borges dijo: “Falta poco para saber quién soy”.

Cuando posibilitamos una muerte digna estamos honrando la vida, pues como decía Petrarca (1976): *morte digna onora vita*. Como ejemplo elocuente de esta situación transcribo el “testamento vital” de una paciente:

Si llegara el momento en que yo... la que suscribe, no pudiera tomar parte en las decisiones que conciernen a mi salud, pido y exijo que las siguientes directivas sean respetadas como clara y fiel expresión de mi voluntad, manifestada libremente. La muerte es algo tan natural como el nacimiento. Es lo único seguro de la vida. No le temo a la muerte en sí misma, pero sí temo a las miserias de la enfermedad, de la decrepitud, del dolor sin esperanza. Temo también abusar involuntariamente del amor, de la paciencia y la abnegación de mis familiares y amigos, del cuerpo médico y enfermeras. No quiero causar gastos innecesarios a mi familia, la sociedad o el país. Por esto, si se presentara una situación en que no subsista esperanza de curar mi enfermedad, pido: no utilizar o interrumpir (si se hubieran utilizado) métodos, aparatos, medicamentos o medidas que tengan por objeto prolongar sin razón e inútilmente mi vida o mantenerme viva por medios artificiales. Sí pido que se me suministren los cuidados para aliviar mis sufrimientos, incluso si comportasen el riesgo de acortar mi vida. Estas directivas expresan mi derecho legal a rechazar tratamientos que afecten mi dignidad personal.

Este texto lo dice todo. Suspender las medidas de sostén vital en paciente terminales no es eutanasia, ni siquiera es dejar morir, es permitir morir (Gherardi, 2007).

Certificados de defunción

Estamos tan poco acostumbrados a ver la muerte como parte del proceso de vida que nuestros certificados de defunción no pasan generalmente del lacónico “paro

cardio-respiratorio no traumático”. Certificamos de qué se murió pero ni una palabra de cómo murió, seguimos –como en las historias clínicas– detallando lo biológico pero ignorando lo biográfico. En contraposición a esto, y como ejemplo de un certificado “biográfico” de defunción, valga este texto hallado en los archivos de la Intendencia Municipal de San Justo, Provincia de Buenos Aires, L2º, f2º, año 1860:

El infrascripto Eusebio Rodríguez, alcalde, certificó que a Don Manuel Chico, que muerto lo tengo de cuerpo presente tapao con un poncho pampa al parecer reyuno, lo sorprendió la muerte al salir del baile de don Rufino El Catalán, de la quebrada de Doña Pepa, lugar muy conocido y de pública voz y fama en el pago. Interrogado el cadáver por tercera vez y no habiendo el infrascripto obtenido respuesta categórica, resuelve darle sepultura en el campo de los desaparecidos, conforme cuadra su circunstancia física, la que certifico.

Nota: hago notar que el finado era muy amante de la bebida y muy dado a las galanterías amorosas, por cuya circunstancia tenía en la quijada izquierda una cicatriz de quemadura producida por un cucharón de grasa caliente que le arrojó la hija de la parda Nicolasa, no se sabe por qué zafaduría.

Más allá de lo risueño que nos puede parecer, este texto demuestra a las claras los tiempos en que la muerte era parte de la vida del difunto y como tal había que relatarla.

La tekné y el medeos frente a la muerte

Muerte sabrás un secreto, /

cuando matas vida das.

Zamba del grano de trigo

¿Qué es esto de la tekné y el medeos?

Según describe Platón en la Apología de Sócrates, este decía que los médicos tenían que tener dos condiciones: una era la aptitud que le daban sus conocimientos y habilidades para curar la enfermedad, y a esta la llamó tekné (de allí “tecnología”), con lo cual era un buen técnico. Pero para ser un buen médico tenía que tener además la actitud de una persona que cuida a otra persona y decía: “Esto es el medeos”. Por lo que, etimológicamente, médico es la persona que cuida a otra persona y además la cura.

Enfatizo esto que Sócrates decía, porque como ustedes saben él nunca escribió nada (me refiero a textos). En su vida escribió nada, pero me he anoticiado hace un tiempo, y con cierto azoro, de que un famoso político argentino estuvo “leyendo” a Sócrates, es más, estuvo leyendo las “obras completas” de Sócrates. En fin, estas son las pequeñas delicias de la posmodernidad: no perdemos la capacidad de asombro y si, como decía Einstein, el primer paso del camino científico es el asombro, entonces vamos bien. Pero volvamos a lo nuestro, ahora en serio.

¿Cuál es el medeos ante un paciente terminal? Cuando ya no hay recursos técnicos tenemos los efectos sanadores, y digo “sanadores” recordando cuando éramos niños y nos golpeábamos con algo, corríamos al abrazo de mamá y esta nos pasaba su mano por el sitio golpeado y nos decía –¿se acuerdan?–: “Sana, sana, colita de rana”. No nos decía, “cura, cura, colita de rana”, porque en su

sabiduría, para curar había llamado al médico, pero antes de que este llegara con sus analgésicos, ya sentíamos alivio por ese efecto sanador de sus manos.

Nosotros, más como personas, como medeos que como profesionales, o sea, como *tekné*, tenemos también efectos sanadores ante esta situación del paciente terminal, y es lo que podríamos llamar “ética médica frente a la muerte”. En primer lugar, el efecto sanador de nuestras palabras. Qué palabras, no sé; dependerá de la relación que hayamos tenido con el paciente, pero siempre palabras de esperanza. Ustedes se preguntarán, con razón: ¿esperanza frente a la muerte? Sí, justamente frente a la muerte palabras de esperanza, porque nunca está más cerrado el cielo, nunca es más negra la noche que en el momento justo en que comienza a amanecer. En Auschwitz, los nenes que habían visto con dolor pasar a sus papás y a sus abuelos víctimas del Holocausto –más en propiedad de la Shoá– y aun sabiendo que ese era su próximo destino, cuando tenían algo a mano, ¿qué dibujaban? Mariposas. Fíjense, en la mayor de las tribulaciones, ¡qué mensaje de esperanza! El gusano que deja de reptar para dar lugar al vuelo de la mariposa. Por eso, las palabras, siempre de esperanza, serán balsámicas. Serán palabras “abrazadoras”, como en el tango: “Tu palabra fue como un manto, un manto grato de amistad”. A veces las palabras pierden su sentido, entonces aquellos versos de Carriego: “Las manos vencedoras del silencio”.

Debemos tocar a los pacientes; en la facultad nos enseñan a palpar, pero no a tocar. Lo que les voy a contar lo aprendí tarde en medicina, pero quizás por aquello del Principito: “El tiempo que has perdido por tu rosa, hace que tu rosa sea tan importante”. En una ocasión, una viejita en terapia intensiva me pidió que le tomara el pulso y yo, deformado en mi formación, en vez de hacerlo me limité a mirar el cardioscopio: “Está bien, abuela, tiene 80, todo normal”. Ante su insistencia en que le tomara el pulso, le pregunté por qué, si el aparato funcionaba bien, y me dijo algo que después de años, más que en mi cerebro, resuena en mi corazón: “¿Sabe lo que pasa doctor? Acá nadie me toca”. La realidad era que la palpábamos cada cinco minutos, pero nunca la tocábamos. Entonces recordé aquello tremendo de Benjamin: “En los hospitales la gente se muere de hambre de piel”. En nosotros está saciar esa hambre.

Por último, el efecto sanador de nuestra propia presencia como persona, que el paciente “sienta” que vibramos en su misma sintonía corporal. Más allá de los estudios de psiconeuroinmunología que así lo han comprobado, quién de nosotros alguna vez no se dio vuelta porque “sintió” que alguien lo estaba mirando; quién

de nosotros alguna vez no miró al costado porque “sintió” que estaba con alguien, aunque no lo había visto.

Concluyendo, si con estos efectos sanadores de nuestras palabras, nuestras manos y nuestra propia presencia, ayudamos a bien morir, estamos ayudando también a bien vivir.

¿Cómo dar bien las malas noticias?

El arte de comunicar

En la era de las comunicaciones, estamos cada vez más incomunicados.

Paul Virilio

Al confundir comunicación con información en la relación médico-paciente, la despojamos de su contexto humano, de la interrelación personal que debe primar en nuestra relación con los pacientes. Corremos el riesgo de sobreinformar en vez de comunicar. Cuenta Platón que cuando Sócrates observaba a los médicos que desbordaban de información a los enfermos, les espetaba: “Insensatos, ellos quieren curarse, no estudiar medicina” (Platón, 1952).

Uno de los derechos de los enfermos (OPS, 1990) es el de la veracidad (que se les diga la verdad), ya que éticamente no hay excusa para mentir; es más: en la relación médico-paciente, como en cualquier relación humana, de la mentira no se vuelve. Este derecho a saber debe ser siempre respetado. Ahora bien, por razones psicológicas y culturales hay momentos en que los pacientes también tienen derecho a no saber (Schavelzon, 1988).

Para diferenciar estos dos derechos, a saber y a no saber, no hay algoritmos, tampoco fórmulas, es parte del arte de la medicina; más que un conocimiento científico es uno experiencial. En ocasiones, para no dar un diagnóstico con un pronóstico grave, se recurre al remanido argumento de “le va a hacer mal”, cuando muchas veces al que le va a hacer mal es al propio médico, porque no es nada fácil hacerse cargo de una mala noticia. Por otra parte, este argumento puede representar una subestimación moral del paciente al presuponer que no está en condiciones de asumir el pronóstico. Ha sido demostrado en pacientes oncológicos que al ser informados de su enfermedad, si bien esta no cambiaba su evolución biológica, subjetivamente se sentían mejor, con mayor tolerancia al tratamiento y mejor relación con sus médicos (Neira y Palazzo, 1998; Busso,

1995). Un testimonio del profesor Corrado Montemagiore, oncólogo del Hospital San Giovanni de Roma, afectado él mismo de cáncer, es en este sentido elocuente: “Después de superar el primer momento, empecé a tomar conciencia de mi enfermedad, a pesar de haber operado durante veinte años tumores malignos. Al ser consciente de que este es un mal que difícilmente se cure, comienzo a aprender cómo vivir con él”. A los pacientes terminales queremos ocultarles su gravedad apelando a estrategias que pensamos útiles, pero que ellos mismos desacreditan. Por ejemplo, decir: “¡Qué buen aspecto tiene!”. Frente a esto, una vez un paciente me dijo con total sinceridad –lo que me conmovió e hizo que me diera cuenta de mi error–: “Doctor, yo no estoy enfermo del aspecto, yo estoy enfermo de cáncer”. Tenemos entonces dos extremos que debemos evitar: el encarnizamiento informativo y la complicidad del silencio, como revela el cuento “La muerte de Ivan Ilich” de León Tolstoi, cuando el protagonista, enfermo terminal, exclama en silencio: “No me mientan más, quiero hablar de mi muerte, déjenme elaborar mi propio duelo, quiero morirme en paz”.

Los pacientes terminales intuyen su fin y tienen otra dimensión, muy distinta de la nuestra, como la que encontramos en el poema de Sergio Hernández:

El canceroso

El canceroso

aunque con algunos dolores

disfrutaba de sus últimos días.

Una inyección por la mañana, dos o tres por la tarde

algunos amigos

con sus rostros especialmente acomodados

a las circunstancias

irrumpían en la habitación.

Se conversaba del tiempo

de los increíbles progresos de la medicina

de lo mejorado que estaba el semblante del paciente

de los conflictos entre el marxismo y el capitalismo

de los últimos viajes espaciales

a lo que el canceroso respondía

con un discreto silencio

ya que él

a través de la ventana

observaba un ciruelo florecido.

Elizabeth Kubler-Ross (1995) describe los estadios por los que pasa un paciente cuando recibe el pronóstico de su enfermedad mortal: shock, negación, rebeldía, pacto, depresión y aceptación. Si el paciente ha sido adecuadamente acompañado en estas etapas, a la última, que ella denomina “decatexis”, la describe así:

En ese instante la inversión de los papeles se hace evidente. Los que rodean la cama del moribundo no saben nada, y él lo sabe todo. Una expresión nueva y desconocida aparece en su rostro. Los que tienen el amor y el coraje necesarios para sentarse al lado de un muriente, en un silencio que supera las palabras, saben que ese instante no es terrorífico ni doloroso. La muerte tiene lugar en la calma, probable paso hacia un mundo y un modo de existencia que el muriente ya ha entrevisto.

Ahora bien, si hay que decir la verdad, el problema radica en cómo hacerlo. Para ello la comunicación en la relación médico-paciente debe situarse en un proceso de empatía, en el sentido griego del término: querer al otro y mirar a través de él. Freud señalaba y advertía ya en 1890 en su obra Tratamiento psíquico, tratamiento del alma, que los afectos tienen mucho que ver con la resistencia a las infecciones. Cien años después, la psicoimmunología ha confirmado la

importancia de los afectos en el desarrollo del sistema inmunológico. El paciente –como cualquier persona– necesita ser querido y, además, que se lo demuestren. Sin embargo, hay que evitar los extremos, ya que desubjetivizar al paciente lleva a nuestra propia despersonalización, y sobresubjetivarlo nos conduce a una desestructuración. En el primer caso nos convertimos en médicos-robot y de allí a personas-robot hay un solo paso. En el caso de la desestructuración, caemos en un estado de compulsión con sus nefastos componentes de culpa permanente y exagerada responsabilidad. En palabras de Unamuno, una de las artes de la medicina es “estar con el enfermo sin ser el enfermo” (1997).

Es fundamental desarrollar en nuestra relación con los pacientes las tres C: comunicación, confianza y comprensión. De ser así, se eliminará la industria de la mala praxis, ya que los pacientes nos pueden perdonar el error humano, pero nunca nos perdonarán el abandono, y me refiero no sólo al abandono físico, sino también al social, moral, espiritual. En este último sentido, la espiritualidad interpretada como sistema de creencias –religiosas o no– puede ser una ayuda valiosísima en el difícil trance de la mala noticia. Charles Maurras, líder de la derecha francesa, racionalista y ateo, antes de morir pidió a sus seguidores que llamaran a un sacerdote. Ante la extrañeza de aquellos mismos, explicó: “Me cansé de pensar” (Ariès, 1999). Cuenta Victor Frankl que en ocasión de visitar a una paciente terminal se suscitó el siguiente diálogo:

—Doctor, mi angustia es dejar a todas esas personas que están detrás de la puerta, familiares y amigos que nunca volveré a ver, por eso no quiero que entren, no tengo consuelo, nunca los volveré a tener.

—Señora, por mi especialidad estoy en contacto con muchos pacientes en su misma situación. ¿Sabe una cosa? Hay muchos que lloran al revés de usted, porque no tienen a nadie a quién dejar. No es que usted deja a muchos, usted se queda en muchos.

—(Con alivio en su rostro.) Doctor, cuando salga, dígales que por favor entren, quiero tenerlos conmigo, quiero quedarme en ellos (Frankl, 1989).

Cómo decir la verdad

La verdad debe decirse de dos formas:

- Escalonada: los tiempos los dará la propia comunicación médico-paciente. Ni lentitud, ni prisa.
- Soportable: para el paciente, no soportable para el médico o los familiares.

En este proceso comunicacional debemos ejercer dos virtudes: la prudencia y la esperanza, articuladas con armonía; la primera sin la segunda es inoperancia, y la segunda sin la primera es temeridad. Aun en las instancias más terribles, el mensaje o pronóstico debe estar siempre impregnado de esperanza. Es la esperanza de ver una estrella, incluso la más pequeña, que va a convertir una noche cerrada en un cielo. Podemos y debemos decir, cuando el caso corresponda: “La situación es seria”, quizás no lo cure, pero seguramente lo ayudará a sanarse; es decir, a encontrar un sentido a su vida aunque ésta sea efímera.

No es tanto cuánto vivimos, sino cómo vivimos. En palabras de Nietzsche: “Cuando tenemos un porqué vivir, soportamos cualquier cómo vivir”. Aquí reside otra de las artes de la medicina: ayudar, acompañar al paciente en la búsqueda del significado de su propio –no del nuestro– sufrimiento. Porque en la vida nada es al azar; como decía Borges: “Todo encuentro casual es una cita”. Así como encontramos con facilidad el motivo de nuestras alegrías, también debemos buscar el motivo de nuestros sufrimientos. No se trata de responder a por qué sufrimos –eso no tiene respuesta– sino a para qué sufrimos, porque el sufrimiento –como la alegría– tiene siempre un motivo, un propósito. Cuando encontramos el significado, el para qué de nuestro sufrimiento, dejamos de sufrir; seguirá el dolor, pero sólo el físico; en cambio, nos habremos liberado del sufrimiento. Si ayudamos a bien sufrir a nuestros pacientes, nos ayudamos a bien vivir. Es una de las grandes gratificaciones –sin ningún utilitarismo– del ejercicio de la medicina. Como rezaba uno de los párrafos del primigenio juramento hipocrático: “Iré en beneficio del enfermo para liberarlo de todo sufrimiento” (Lyons y Petrucci, 1980).

En síntesis, las noticias al paciente deben ser:

- Personalizadas: no hay scores [puntuación], hay personas enfermas.

- Culturalizadas: no es lo mismo la verdad para un anglosajón que para un mediterráneo.

- Contextualizadas: los pacientes están más pendientes de cómo les decimos que de qué les decimos.

Para ilustrar esta contextualización, permítanme una humorada –decía Freud que detrás de cada broma hay una verdad– producto de mis años de médico de terapia intensiva:

(A la mañana, al entrar en la sala.)

El médico optimista: “Buen día, ¿cómo han amanecido?”.

El médico pesimista: “Buen día. ¿Cómo?, ¿han amanecido?”.

¿Qué es la terapia intensiva?

Los aparatos médicos deben estar al servicio de los pacientes manteniendo
intacta
su dignidad personal.

Steven Miles

Durante la Guerra de Crimea (1854) la fundadora de la enfermería como profesión, Florence Nightingale, concentró en un mismo pabellón a los heridos más graves junto con los cirujanos más experimentados y lo mejor de la tecnología de esos tiempos. Así nació el concepto asistencial de terapia intensiva: el lugar de una institución sanitaria donde se concentran los pacientes más graves, los especialistas en el área y la tecnología adecuada. No es la antesala de la muerte ni tampoco la resurrección de los muertos.

El paciente que ingresa a terapia intensiva debe ser, dentro de su gravedad, potencialmente recuperable; de no ser así, otras ramas de la medicina deben ocuparse de él, como la de cuidados paliativos. La terapia intensiva se desarrolló –y se desarrolla– para salvar vidas, para la esperanza en momentos de crisis vital, no para prolongar agonías de manera inútil, ni para medicalizar la muerte. Los pacientes y médicos tenemos que ser conscientes de que terapia intensiva no es omnipotencia.

En terapia intensiva debe estar siempre presente la esperanza, pero modelada por la virtud de la prudencia, ambas enmarcando las actitudes de médicos, pacientes y familiares entre dos límites éticos: todo aquello que no debe dejar de hacerse y todo aquello que no debe hacerse. Esa esperanza dará sentido a nuestras vidas y aun a nuestras muertes. Será la relación entre “una confianza que se encuentra con una conciencia”, ambas en forma libre, responsable y solidaria. Como escribió un soldado en la Guerra de Crimea, refiriéndose a Florence Nightingale: “Yacíamos por centenares, sangrientos, doloridos, pero podíamos besar su sombra que se proyectaba sobre nuestras cabezas y entonces, entonces sí,

descansábamos tranquilos”.

La mención de la enfermera Florence Nightingale no es casual: el personal de enfermería es el puntal en la unidad de cuidados intensivos. Pero este reconocimiento no debe circunscribirse sólo a sus cuidados humanitarios hacia el paciente (de por sí valiosísimos). Esto sería ejercer un reduccionismo, una subestimación machista a su condición de género femenino, sería desconocer su potencialidad intelectual en la toma de decisiones y en toda la currícula de la carrera de enfermería. Hecha esta salvedad, quiero rendir un modesto pero sentido homenaje a las enfermeras que tanto me han acompañado y enseñado durante estos años, en lo técnico y también en lo humano. Hubo casos en los que procedí llevado por esa formación triunfalista y omnipotente. Me empecinaba en el ya mencionado “encarnizamiento terapéutico”. Pero por fortuna siempre había alguien de enfermería que me volvía a la realidad con humana comprensión. Recuerdo en una situación así sentir una mano en la espalda y escuchar una cálida voz que me dijo: “Ya está bien, Paco”.

En tren de reflexiones, creo que lo más sensato en nuestro quehacer en terapia intensiva no lo encontré en los textos médicos, sino en la última frase de la Polis de Aristóteles: “Hacer lo posible, de lo posible lo conveniente y lo conveniente siempre con medida”. Confieso que a veces procedía al revés: comenzaba desmesuradamente para terminar haciendo lo imposible.

Como lo que no se puede explicar hay que contarlo, valga como homenaje este cuento, que como todo cuento siempre tiene algo de real. Antes debo aclarar que si bien la idea es mía, la composición y redacción es de mi querida amiga y colega Florencia do Pico, a quien desde ya le quedo muy reconocido y agradecido.

Luisa tenía razón

Recorriendo por la noche los pasillos de un hospital, sintiendo la soledad angustiante y perturbado por el tenue sonido de los monitores provenientes de una sala, caminaba lentamente, oyendo sus rígidos pasos, el Dr. Lumouski.

Era el coordinador de terapia intensiva, ubicada en el cuarto piso del hospital. Una sala rodeada de monitores conectados a los pacientes, así vigilados constantemente, en manos de las más altas innovaciones tecnológicas. Todos sus datos estaban archivados y cada monitor mostraba la temperatura del paciente, su presión arterial, su pulso cardíaco y demás funciones.

Una noche fría y tormentosa del 26 de marzo, una de las enfermeras de la terapia es llevada de urgencia a su casa a causa de un intenso dolor abdominal. A razón de esto, se manda llamar a una enfermera del segundo piso, Luisa Demon, quien inmediatamente reemplaza a la enfermera faltante. Luisa, al desconocer por completo la alta tecnología a la que estaba expuesta la terapia, tomó una planilla y comenzó a realizar su trabajo. Se encargó personalmente de controlar a cada paciente su pulso, temperatura y presión, haciéndolos sentir como si estuvieran en sus propias casas.

El resto del personal no podía evitar burlarse de ella, pero Luisa intentó no escuchar las carcajadas de sus colegas y siguió haciendo su trabajo. Cuando llegó a la cama número 14, notó algo muy extraño en ese hombre. Eduardo era un joven de 22 años que se hallaba hacía más de seis meses en un coma profundo. Luisa se sintió profundamente atraída por él, sin poder evitar que su corazón latiera desesperadamente en ese momento.

Le habló a Eduardo durante un buen rato, acariciando su cabello al mismo tiempo, dejándose llevar por el amor inexplicable que estaba sintiendo. Sus compañeros no paraban de hacer bromas sobre ella, ¿cómo era posible que una persona hablara con alguien que vive como un vegetal? Para ellos era imposible que Eduardo lograra percibir algo de lo que estaba ocurriendo en el mundo exterior, no escuchaba nada, no sentía nada...

Durante cinco largos días, Luisa continuó haciendo su recorrida, dándole vida al lugar con su dulzura y su agradable presencia. El último paciente que visitaba era Eduardo, con él sus ojos brillaban de alegría: se había enamorado. Contemplaba su rostro pálido, acariciaba siempre su cabello y no le faltaba oportunidad de ponerse a conversar con él. Luisa sabía que sentía su presencia, que escuchaba el sonido de su dulce voz.

Había llegado la última noche del reemplazo. Luisa debía retornar a su antiguo puesto en el segundo piso. Pero antes quería despedirse de Eduardo. Con mucha angustia se sentó junto a su cama, y sosteniendo su mano le habló como nunca

antes lo había hecho. Era la despedida, pero ella sabía que volverían a encontrarse, lo esperaría siempre, pensaría en su amor cada minuto.

En el momento de marcharse, sintió que Eduardo apretaba su mano. Creyó desmayarse ante tanta felicidad, pero todo fue interrumpido cuando escuchó una voz detrás de ella, una voz grave que indicaba que desconectarán al paciente número 14, ya que el monitor indicaba su muerte. Desesperada por evitar que mataran a Eduardo, Luisa comenzó a gritar que él se encontraba con vida, que ella era consciente de ello. El monitor indicaba la muerte del paciente e iba a ser desconectado, pero Luisa insistía. El médico de guardia decidió desconectarlo él mismo. Cuando llegó hasta la cama donde se encontraba el enfermo, quedó paralizado, y entonces se dio cuenta de que Luisa tenía razón. Eduardo vivía. Eduardo estaba llorando.

Apostillas sobre la vejez y la ancianidad

No soy viejo, tengo juventud acumulada.

Bernard Shaw

Viejo es el viento y todavía sopla.

“Mano de piedra” Durán (boxeador)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se consideran tres edades cronológicas después de los 60 años:

- Tercera edad: de 60 a 75 años.
- Cuarta edad: de 75 a 85 años.
- Quinta edad: más de 85 años.

Esta sería la construcción biológica de la ancianidad; pero más importante es su construcción social: lo que una sociedad decide que es un anciano y que es un viejo.

Etimológicamente, viejo viene de “vetusto”: lo que se desecha; mientras que anciano viene de “antiguo”: lo que se guarda. Siguiendo este origen, es importante distinguir entre viejo y anciano desde la antropología cultural: se empieza a ser viejo cuando se pierden tres capacidades: amar, sonreír y asombrarse. Por eso hay “jóvenes viejos”. En cambio, se empieza a ser anciano cuando aparece la sabiduría: se tiene la capacidad de reflexionar sobre el sentido de la vida y se asume la experiencia de lo vivido para encontrar un nuevo sentido y desarrollar nuevos proyectos.

Siguiendo con las diferencias, puedo agregar las que siguen: se es viejo cuando

sólo se tienen recuerdos, se es anciano mientras haya proyectos de vida; ser viejo es decir: “Todo tiempo pasado fue mejor”, y ser anciano es no defender lo viejo sólo porque es viejo, no condenar lo nuevo sólo porque es nuevo.

Dice el filósofo suizo Henry Amiel: “Saber cómo envejecer es la obra maestra de la sabiduría y uno de los capítulos más difíciles en el sublime arte de vivir” (Fabbri, 1987). Ahora bien, debemos evitar el endiosamiento, porque no por ser anciano se es necesariamente sabio o bueno. A veces los años aumentan la maldad y la ignorancia.

Creo yo que existen dos condiciones para una ancianidad saludable: mantener lazos afectivos y una participación social activa. Lo que más necesita un anciano es que se lo quiera y lo que más lo enferma es que se lo discrimine. ¿Qué hacer con los ancianos? Escucharlos, no compadecerlos; necesitarlos en y con su experiencia; incorporarlos activamente en la vida social; más que un demandante considerarlos un recurso para la sociedad.

Declaraba Claudia Cardinale: “No pienso operarme de las arrugas, sería borrar mis recuerdos”. Entonces, ante el sueño cosmético de la “eterna juventud”, maravillémonos con la “estética de la ancianidad”:

Esos rostros musicales
que nos regalan, gozosos,
en el diciembre de la vida,
sus arpegios más melódicos.

De Osiris al transplante: una puerta a la inmortalidad

11

Lo malo de la inmortalidad es que hay que morir para alcanzarla.

Victor Hugo

Los hombres de Ulises descendieron en la tierra de la hechicera Circe, quien los recibió con manjares y bebidas, recurso que utilizó para convertirlos en cerdos. Ulises, sorprendido ante semejante cambio de sus hombres, preguntó a uno de ellos si deseaba retornar a la forma humana. La negativa de aquel fue rotunda: como animal, no tenía conciencia de su mortalidad. Pequeña ventaja sacaba aquel hombre de la metamorfosis: el privilegio de la ignorancia o la discutible revelación de la conciencia. Sin duda alguna, el ardid de Circe los había eximido de una de las cargas más pesadas: el reconocimiento de la condición mortal, camino lento y pedregoso que se transita entre pozos de desesperanza y sombra.

Enfrentarse con la propia mortalidad es un proceso de hechura íntima, macerado en la privacidad del alma, con los jugos del desasosiego y la incertidumbre. Se trata de la más descarnada evidencia de los propios límites existenciales, indomables para la voluntad, insensibles a los propios miedos.

Es que todo hombre, desde la cima de su ignorancia, se cree inmortal. El inconsciente se resiste a cualquier idea de punto final, a cualquier bosquejo de la propia disolución. Y, encorsetado en la armadura de la inconciencia, posee líneas de fuga por donde disipar la angustia. Así, a la balsa de la inmortalidad se han subido las culturas de todos los tiempos, pretendiendo encontrar reposo en el soporte emotivo del mito, en las promesas de la religión o en la respuesta racional de la ciencia. La inmortalidad debe ser una de las apetencias que mejor cotiza en el alma individual; cotización sostenida la suya, indiferente a las variables de tiempo y espacio. De la posesión de la inmortalidad se jactaban los

dioses ante los pobres mortales, a los que seducían con ese don a cambio de sus voluntades, que torcían según su conveniencia. Hacían de la inmortalidad un vehículo de extorsión. La vida eterna de Pterelao dependía ni más ni menos que de un cabello de oro que el mismo Poseidón le había puesto sobre su cabeza. Hasta la famosa sacerdotisa Sibila sucumbió al desafío de Apolo: él le prometió tantos años de vida como granos de arena pudiera aprisionar en sus manos. ¿Quién se resistiría a semejante concesión?

En los registros de la mitología abundan los casos de búsqueda de la inmortalidad en un agua milagrosa, en una hierba, o hasta en el poder purificador del fuego. El recurso es lo de menos ante semejante demanda del espíritu. A la hora de hacer de la inmortalidad un culto, Osiris llevó las de ganar: este, el más popular de los dioses egipcios, fue descuartizado por su hermano Set, quien esparció sus catorce trozos por los distintos rincones del universo. Isis, su hermana y esposa, salió desesperada en su búsqueda. Los unió volviéndolos a la vida, y a su vez, recostada sobre su cuerpo resucitado, concibió un hijo de ambos: Horus.

Para el pueblo egipcio, tan preocupado por la inmortalidad, la resurrección de Osiris significó una promesa de vida eterna, razón más que suficiente para hacer de él un símbolo de la inmortalidad humana. Cada hombre que se moría se identificaba con Osiris y deseaba yacer cerca de su tumba para recibir así el beneficio de la resurrección. Dentro del imaginario de algunas culturas primitivas, el tema del descuartizamiento y entierro de partes era visto como una forma de asegurar la fertilidad de los hombres y del suelo. Una suerte de siembra de vida, una peculiar forma de garantizar la continuidad del ciclo vital. Los chinos y los tibetanos se valen del recurso del descuartizamiento de un ser primordial como origen de la vida cósmica a partir de sus partes mutiladas: la vida misma en toda su gama de manifestaciones.

En la Antigüedad, no se concebía el desmembramiento sin finalidad trascendente. Pero la perspectiva del aniquilamiento definitivo también ponía bastante nervioso a uno de los líderes del pensamiento griego. Para Platón, la muerte no era otra cosa que la separación del alma del cuerpo; conflictiva pareja obligada a ardua convivencia durante la vida terrestre. Pero la muerte no afectaba a ambas partes por igual; sólo al cuerpo, única porción mortal del hombre, estaba reservado el deterioro, la corrupción. En tanto, el alma gozaba de mejor suerte; en ella habitaba la vida, principio vivificante que garantizaba la inmortalidad. Nada más reñido con su naturaleza que un destino de muerte; por

eso, cuando esta llegaba, el alma permanecía intacta y huía hacia el más allá, donde se regeneraba muchas veces. Además de esa supervivencia post mortem, el alma también vivía antes del nacimiento de cada sujeto. En esa suerte de existencia prenatal, deambulaba por los corredores del Hades –reino de la muerte– hasta instalarse en una figura humana particular. Acompañaba a ese sujeto en su marcha por la vida, ligada a un cuerpo material al que oscurecía y contaminaba para, después de la muerte de aquel, retornar al Hades con la secreta misión de renacer, una vez más, en otro individuo. Trayectoria cíclica en la que el alma no era sino el eje central de esa espiral de vida.

En el alma que no perece nunca, en su promesa de permanencia más allá de cada vida particular, el griego alcanza su participación en lo divino: un pasaporte a la trascendencia, una vía de superación de las estrecheces de la existencia temporal.

Hoy se ve debilitada la confianza en aquel manojito de creencias que acunaban al alma ante la última hora. Pero el apetito de vida nunca estuvo en crisis... Un nuevo dominio se abre a esa bien conocida necesidad espiritual: la tecnología que, alejada de aquel sistema simbólico –imaginario de contención emotiva– acerca una respuesta racional al más irracional de los miedos del hombre. Así, hace malabarismos con lo que tiene a su alcance: el fenómeno objetivo de la muerte. La atrasa o adelanta a su conveniencia, invade sus tiempos íntimos, los subdivide y clasifica, claro que sin lograr aún su objetivo de fondo: erradicarla del derrotero biológico. En tanto, ofrece al interesado usuario verdaderos paliativos a sus genuinas ansias de conservación, meros “contratos de perdurabilidad” en los que distraer la angustia del acabamiento. En el transplante de órganos hace una escala la desesperanza; es una nueva oportunidad donde renegociar el bien individual máspreciado: la propia vida. Transacción que ahora se gana de a tramos.

Estirando la vida

Cada órgano simboliza un segmento más de vida, unos metros por andar, trozos de vitalidad para un sujeto condenado a la desaparición. Sin duda alguna, esta es una de las formas actuales de negociar la supervivencia.

Por otra parte, asumirse en la identidad del donante supone una continuidad vital lateral a ese destino personal inamovible. Algo que Prometeo no supo aprovechar cuando, al observar día tras día cómo se regeneraba su hígado tras ser devorado por el águila, aceptó igualmente el don de la inmortalidad que le cedió el desesperado Quirón.

Edulcoramos así la angustia por la propia finitud en la sensación de estar postergando, aunque sea a través de la figura de un tercero –el receptor–, el cierre definitivo de aquella gran puerta que anula nuestros próximos pasos por la vida.

De alguna manera, tanto el donante como el receptor, desean –quizás no conscientemente– que esa puerta quede al menos entreabierta; que nadie decida cerrarla de un portazo pero que tampoco quede abierta del todo, para evitar así el trágico destino de aquellos mortales que se atreven a escudriñar en un misterio que no les pertenece. Por eso los griegos, en su sabiduría, a la omega, última letra del abecedario, le dieron forma de puerta. Umberto Eco nos cuenta en *El nombre de la rosa* los sinsabores que el destino les depara a aquellos que intentan violentarla.

Quizás nos falte la prudencia o la humildad para reconocer que no todas las preguntas pueden ser respondidas, que hay ciertos misterios insondables en los que la sabiduría pasa por asombrarse ante su existencia y reconocerlos como son, misterios. En ocasiones, la obstinación por saber más allá de nuestros límites puede llevarnos a consecuencias desastrosas: si Edipo no hubiera insistido tanto en los porqués, se hubiera evitado el reconocimiento de los tres crímenes que ni él ni la sociedad perdonaron nunca: el magnicidio, el parricidio y el incesto.

Pero volviendo a los transplantes –aunque no nos hemos alejado mucho–: la creación bíblica de Eva a través de la costilla de Adán puede ser considerada el primer trasplante de la tradición judeocristiana. La versión machista opina que no funcionó, mientras que la feminista –a la que adherimos– afirma que Dios quiso ensayar primero en el hombre para que la creación resultara perfecta.

En este punto, cobra relevancia el milagro de Cosme y Damián, santos patronos de la medicina, inmortalizados por Fra Angélico en *La curación del diácono Justiniano*, una tablilla que se puede admirar en toda su delicada belleza actualmente en el Museo de San Marcos en Florencia. Según la tradición, los

hermanos Cosme y Damián amputaron la pierna gangrenada del mencionado diácono y le transplantaron una que había sido amputada, a su vez, de un moro recientemente fallecido. La operación, cuentan, fue todo un éxito; pero lo más interesante es que la pierna gangrenada –muerta, etimológicamente– fue colocada a su vez en el cadáver del moro, con lo cual –y este es el sentido– dejan las cosas en su lugar: se conserva la vida de un cuerpo y se respeta la muerte de otro. Esta es la gran enseñanza de la historia: los límites entre la vida y la muerte.

El consentimiento presunto

12

Cuando el Estado, desde un ethos (‘hábito’, ‘modo de ser’) socializado, impone a los ciudadanos la donación de órganos invocando la justicia, incurre en una confusión moral acerca de las obligaciones. En efecto, Santo Tomás de Aquino, cuando discierne sobre la constitución moral de las obligaciones, define la beneficencia como obligación imperfecta que no debe imponerse sobre la justicia, que es una obligación perfecta. Es más, afirma que tiene como finalidad establecer la justicia y la paz en la comunidad y que no está destinada a hacer buenos a los hombres. Por eso, San Pablo, en la “Segunda carta a los corintios”, los invita a amar al prójimo por convicción en sus corazones y no porque lo mande la ley, ya que “la fuerza del pecado está en la ley que lo prohíbe”.

El consentimiento presunto puede ser legal, pero no es ético, porque ignora la deliberación del donante y su familia y su posible respuesta, presumiéndola en un solo sentido. Algunos autores, como es el caso de Diego Gracia Guillén, refutan la epistemología básica del consentimiento presunto, indicando que si es consentimiento no es presunto, y si es presunto no es consentimiento. En cambio, la doctrina del consentimiento informado o esclarecido lo considera como un proceso de diagnóstico y comprensión mutua, en donde se recibe información a cambio de una participación activa y responsable. El consentimiento informado es un dato saliente de la ética transplantológica, y es el procedimiento moral y jurídico más idóneo para ejercer el derecho a disponer del cuerpo o de algunas de sus partes. Es una regla ética y jurídica derivada de

principios y valores elementales como el derecho a disponer del propio cuerpo, la intimidad, la integridad y la salud.

El consentimiento presunto parte de la premisa de considerar el cuerpo como propiedad colectiva o estatal y no individual o familiar. Desconoce las percepciones populares y las construcciones sociales sobre el proceso de morir y la muerte. Al desatender el valor simbólico y mítico del morir, de la muerte y de los procesos de duelo, la implementación del consentimiento presunto puede promover situaciones de discordia social y afectación en la confianza pública, generando un efecto contrario al deseado por sus impulsores: la contracción de la oferta de órganos cadavéricos. El consentimiento presunto podría tener la ventaja de ser un procedimiento automático para disponer rápidamente de órganos cadavéricos, pero ese o cualquier otro beneficio cede frente al peso y magnitud de las desventajas que presenta: alto costo económico, ausencia de consenso social, eventual discriminación y escaso uso, como se ha demostrado en aquellos lugares en donde se implementó su ejecución. En la Argentina, el porcentaje de negativa familiar en los operativos cancelados durante el año 2001 fue del 68%, mientras que la tasa de procuración es de 18 donantes por millón de habitantes. Estos estándares se encuentran por debajo de los de aquellos países que se consideran líderes en materia de procuración y transplantes, que alcanzan a 30 donantes por millón de habitantes. El elevado porcentaje de negativa familiar en operativos cancelados delata la insuficiencia de las medidas adoptadas hasta hoy. Insistir en la implementación de medidas coactivas, como el consentimiento presunto, devendrá en el incremento del rechazo social al transplante, resistiendo aún más la afectada confianza pública en las instituciones.

Las estrategias para aumentar el pool de donantes cadavéricos deben consistir en la promoción colectiva de la conciencia solidaria. Los mensajes imperativos que presionan la libre decisión en la donación de órganos promueven sentimientos de culpa, apelan al maniqueísmo –el donante es una buena persona y el que no dona, en cambio, no lo es– y se convierten en un chantaje moral. En momentos en que las instituciones que fiscalizan la procuración de órganos tratan de retirar de la sociedad esos mensajes imperativos para no generar presiones que vulneren la autonomía de las personas, el consentimiento presunto resulta una nueva quimera, con pretensiones de imponer solidaridad por decreto.

Como Jano, la tecnología tiene dos rostros: los transplantes que hacen vivir y aquellos que prolongan la vida. Estos últimos se concretan cuando en un pacto riesgoso acuerdan, como mitos revividos, un médico que se cree Prometeo y un

paciente que aspira a ser Fausto.

Una buena forma de cerrar este capítulo es transcribir lo que con sabiduría dijo la eximia artista María Casares: “Si encontrase el secreto de la inmortalidad lo rechazaría, porque he visto morir a muchos seres queridos que amaba y no quisiera perderme ese momento: quiero pasar por la misma puerta. Deseo compartir la suerte de mis semejantes”. Su deseo fue satisfecho. Murió en gran paz a los diez días. Tenía 82 años.

Bioética: ¿necesidad o moda?

La ética comienza cuando los demás
entran en escena.

Umberto Eco

Antes de entrar en tema quiero que quede bien claro que no soy antropólogo. Como expliqué en la carta inicial, cursé estudios de antropología médica que me permitieron esclarecer las construcciones médicas como articulación de representaciones sociales que orientan y dan sentido a nuestras prácticas. Se trata de representaciones como categorizaciones-prescripciones, que por un lado obedecen a formaciones técnicas y profesionales pero, por otro –y más importante–, a formaciones interpretativo-valorativas que son previas y colectivas a nuestra educación médica, que son de extracción social y que operan desde relaciones gramscianamente hegemónicas de poder y con sentido de orden moral. Aclarados estos conceptos, entremos en tema entonces: ¿por qué a este capítulo lo titulé “Bioética: ¿necesidad o moda?”?

Podemos decir que, en los tiempos que corren, la ética es una palabra “cansada”, en el sentido de Foucault: la inflación en el discurso hace que las palabras se trivialicen, se banalicen, pierdan su sentido profundo. Esto representa una estrategia del poder para que la gente no reflexione sobre ese sentido profundo de la ética que estudia la validez conceptual de la moral, porque el que reflexiona puede ser crítico, y eso es subversivo.

La génesis de lo moral, por otra parte, es cultural, nace por consenso, no puede –no debería– ser una imposición de unos pocos “esclarecidos” sobre los demás como simples receptores acríticos. De allí que una pretendida ley de ética no va hacer otra cosa que promover lo contrario: la corrupción. La ética no puede ser subsumida bajo la esfera del derecho; por el contrario, este debe ser controlado por la ética. Que la ética necesite una positivización jurídica no puede hacernos confundir una norma moral con una norma legal. Cuando la moral no sea

obligatoria, va a ser necesaria.

¿Cuándo empezó la ética como disciplina filosófica? Como todo –o casi todo– empezó con los griegos. La define Aristóteles, en *Ética para Nicómaco*, como la “búsqueda de la felicidad orientada por la razón, es la inteligencia aplicada a la conducta y se identifica con el bien obrar y el bien vivir”. A partir de allí y hasta nuestros días, en veintitrés siglos, son numerosísimas las distintas teorías y escuelas éticas con sus correspondientes defensores y detractores. Pero más que considerarlas en un análisis filosófico –para el que, por otra parte, no estoy capacitado– me interesa que reflexionemos sobre qué es la “práctica de la ética” en la cotidianidad. Creo que es reconocer en “el otro” un agente moral, esto es, un ser humano demandante de beneficencia, de no-maleficencia, de justicia y autonomía. Justamente estos son los cuatro principios básicos de la bioética, tal cual fueron enunciados por Beauchamp y Childress en 1979. En realidad, fue el oncólogo Van Potter, en 1971, quien introdujo por primera vez el término “bioética” y la definió en su obra *Bioética: un puente al futuro* como: “El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias y la salud, en cuanto esa conducta sea examinada a la luz de valores y principios morales”.

¿Para qué nos pueden ser útiles la bioética y sus principios? En el campo tecnológico, el avance asombroso de las últimas dos décadas puede llevarnos peligrosamente a no considerar al hombre como un fin en sí mismo sino como un medio, como un uso de y para la tecnología. En este sentido, la bioética no viene a frenar el desarrollo científico ni técnico, sino más bien a señalarle el camino, a orientar el rumbo correcto, a defender, por un lado, la libertad del investigador pero, al mismo tiempo, a defender la dignidad de la personas, ya sea la que va a ser investigada o sobre la que se aplicarán los resultados de la investigación. Para los que piensan que la ética en la investigación es un obstáculo para el desarrollo científico, viene a cuento la alegoría de Pitágoras, en la que se relata que un día se encuentran la libertad y la ley. La primera dice: “Me molestas”, y la segunda responde: “No, te protejo”.

Relación médico-paciente

Ética de los principios

Podemos definir la relación médico-paciente como un proceso, esto es, una relación tensa y conflictiva entre dos necesidades: una de curarse y otra de curar. Para que esta relación se dé en términos de justicia, debemos plantear tres aspectos: empatía, aceptación y veracidad.

Por empatía, ¿qué debe entenderse? Freud afirmaba: “En mi experiencia clínica he observado que los grandes afectos tienen mucho que ver con la resistencia a las infecciones”. ¡Qué observación! Se adelantó cien años a la psicoimmunología. Por lo tanto, es menester querer al paciente, y además, demostrárselo; tanto como nos gusta a los médicos que los pacientes nos quieran y nos lo demuestren. En una época nos decían: no te involucres con el paciente, no demuestres tus sentimientos, mantén la objetividad. Pero no nos explicaban que al desobjetivizar al paciente terminábamos despersonalizándonos, dando lugar al médico robot y, lo que es peor aún, finalizábamos como personas robot. El otro extremo es sobresubjetivizar al enfermo, con lo cual perdemos objetividad y nos desestructuramos como médicos y como personas. Aparece el síndrome de compulsión: patológica responsabilidad, permanente duda y culpa maníaca. En palabras de Unamuno: “Hay que estar con el enfermo sin ser el enfermo”. Puede suceder que no sintamos afecto, que no haya feeling (‘empatía’) con el paciente (decía Pascal que el corazón tiene razones que la razón no conoce). En estos casos, no debemos sentirnos obligados a quererlo, porque esa ficción va a ser fácilmente captada por el enfermo, y en términos populares, es peor el remedio que la enfermedad. En estas circunstancias, lo mejor para el paciente y para nosotros es que lo asista otro médico que sí tenga ese feeling. A esa obligación muchas veces nos lleva una enseñanza mítica de la medicina: “Ser médico es un sacerdocio”. De ninguna manera, la medicina es una profesión y como tal debe ser dignamente reconocida y ejercida con ética, porque con el mito del sacerdocio nos obligan a ejercer en condiciones indignas de trabajo, tanto para nosotros como para los pacientes, y sin siquiera el derecho a protestar. A lo sumo, la medicina es un apostolado, pero laico. En estos términos, es interesante aclarar que cuando se habla de deshumanización de la medicina debemos tener en cuenta los dos polos en que se ha deshumanizado. Es tan inhumano que un paciente tenga que ir a las seis de la mañana a pedir turno a un hospital –sin siquiera saber si se lo van a dar ese día– como obligar a un médico a que atienda a un enfermo en diez minutos para que no se resienta la eficiencia del servicio.

El otro término de la relación médico-paciente es la aceptación, y me refiero a la

aceptación moral. Aclaraba Maimónides: “La medicina debe señalar lo beneficioso y alertar sobre lo dañino, pero no debe obligar a lo primero ni condenar a lo segundo”. A veces escuchamos: “Tiene sida, se lo merece por homosexual, se lo merece por promiscuo, se lo merece por drogadicto”. Ahí nos convertimos en “empresarios morales”. “Un enfermo es un ser de carne y hueso, que sufre, ama y sueña”, clarificaba Unamuno, y por lo tanto, es digno de nuestra comprensión. Se podría cuestionar: entonces, ¿la moral no tiene nada que ver con la medicina? Sí, tiene y mucho, pero la moral en medicina tiene que servirnos para ser cada vez más justos con los pacientes, y no sus jueces. Nos tiene que interesar con fines preventivos lo que la gente hace, no lo que la gente es. Es la diferencia entre prácticas y conductas; las primeras deben considerarse para el campo preventivo, pero las segundas no pueden juzgarse ni ser motivo de encuestas epidemiológicas, pertenecen a la privacidad de cada uno. Al naturalizar las conductas como de riesgo en sí mismas, las estamos cargando de significación moral. Por ejemplo, desde la prevención del VIH no nos debe interesar la conducta de si es o no promiscuo –por otra parte, ¿quién es capaz de definir qué es “promiscuo”?–, sino más bien la práctica: si utiliza o no preservativos.

El tercer término de la relación médico-paciente que estamos considerando es la veracidad. No hay ninguna excusa ética para mentir; el punto es cuándo y cómo decir la verdad. Cabe recordar el caso conocido: cuando Freud se enfermó severamente, le preguntó a su médico qué tenía. El Dr. Schür, que de él se trataba, cuenta en sus memorias: “Si no le digo la verdad a Freud, a quién se la voy a decir”. Entonces, le espetó: “Don Sigmund, usted tiene cáncer”. Cuenta Schür que Freud lo miró fijamente y apuntándolo con el dedo índice le recriminó: “Y usted, ¿con qué derecho me lo dice?”. Este episodio nos deja una gran enseñanza: distinguir entre el derecho de los enfermos a saber y el derecho a no saber. Delimitar en tiempo y espacio cada uno de esos derechos pertenece al arte de la medicina, más que a la ciencia. Así como se habla de un encarnizamiento terapéutico también caemos a veces en un encarnizamiento informativo. Hay que decir la verdad, siempre, pero bajo dos condiciones fundamentales: la verdad escalonada y la verdad soportable. La primera evita “diagnósticos -fusilamiento”; debe ser como enseñaban los griegos: *meden agan, metron ariston*, o sea: “Nada en demasía, lo óptimo es la medida”. En cuanto a la verdad soportable, fijarnos bien lo que es soportable para el enfermo, no para nosotros o para los familiares, que muchas veces somos o son los que no soportamos la verdad. Sobre este tema me extenderé en otro capítulo, ahora pasemos a las virtudes.

Ética de las virtudes

Para poder llevar a buen término la relación médico-paciente, debemos recurrir no sólo a una ética de los principios –los ya mencionados y criticados– sino, además, a una ética de las virtudes. ¿Y cuáles? En primer lugar, la virtud de la integridad. Con esto quiero significar lo siguiente: Orgaz definió la medicina como “una confianza que se entrega a una conciencia”. Con todo respeto al maestro, creo que no deja de ser una postura paternalista, por eso prefiero modificarla como “una confianza que se encuentra con una conciencia”. Pues bien, la virtud de la integridad es, como conciencia, responder con fidelidad a esa confianza. El primer requisito ético, en este contexto, es preguntarnos, profundamente: ¿qué queremos? ¿La curación o nuestro éxito terapéutico? Sé que esta pregunta es muy movilizadora y que puede hacer surgir cuestionamientos en algunos colegas. Pero les voy a dar un ejemplo de nuestra cotidianeidad. En un ateneo, ¿qué se discute, a veces con ensañamiento? ¿El diagnóstico y el tratamiento en cuanto a lo más beneficioso para el paciente, o quién tiene razón? Seamos sinceros, ¿qué nos interesa realmente? ¿Lo mejor para el paciente, aunque no concuerde con nuestro diagnóstico y tratamiento, o bien –perdonen la jerga– “ponerle la tapa” al colega? A esto me refiero cuando hablo de la virtud de la integridad.

La otra virtud es la ecuanimidad, que clarifica el siguiente episodio histórico. En 1350, el Papa Clemente VI se enferma gravemente. Su amigo, el poeta Petrarca, le escribe:

Me he enterado de que estás muy enfermo y quiero enviarte todo mi apoyo; pero supe algo terrible, peor que tu enfermedad, y es que te atienden veinte médicos; acordate del epitafio del emperador Adriano: “Turba medicorum perii” [‘He sucumbido a una turba de médicos’]. Tenés que elegir a un solo médico y que sea él quien disponga a qué colegas llamar en consulta [Qué clarividencia, ¿no?, se adelantó quinientos años al médico de familia]. Tenés que elegir a un médico que practique la virtud de la ecuanimidad, aquel que atienda al último de tus siervos con la misma diligencia y dignidad que te atiende a vos como Papa.

Queda claro, entonces, qué es la virtud de la ecuanimidad.

La tercera virtud es la del respeto en relación con tres situaciones: dignidad como persona, privacidad y confidencialidad. En cuanto a la primera, me refiero a una dimensión kantiana de persona: sujeto y no objeto, no un medio sino un fin en sí mismo, la persona tiene dignidad y no precio. Confieso que en algunas oportunidades he tergiversado estos términos. Me desempeñaba en una sala-cátedra; allí se internan casos “interesantes” –claro, para el academicismo, no para el interés de la gente– y cuando eran “muy interesantes” a veces postergaba un día un fin de semana para que la próxima rotación de alumnos pudiera ver ese “caso tan interesante”. Con ello había convertido al enfermo en un “medio” para la docencia, en vez de ser la docencia un medio para mejorar la salud y la atención. No desarrollaba otras circunstancias creativas para ejercer la docencia; simplemente el paciente era un “precio”, sustrayéndole ese fin de semana a su familia y a sus amigos. En fin, no respetaba su dignidad como persona.

En segundo término, aparece el respeto a su privacidad. En tren de confesiones, recuerdo que llevaba a los alumnos a la sala de enfermedades eruptivas diciéndoles: “Les voy a mostrar una varicela” y, sin mediar más que un “buen día”, levantaba las sábanas y dejaba ese cuerpo desnudo, indefenso, ante miradas inquisidoras a las que lo único que les importaba del paciente era la piel y sus mucosas. Fíjense si no en un consultorio de ginecología: esas mujeres con sus piernas abiertas, invadidas sus vaginas por fríos espéculos, que ni siquiera ven; tan sólo escuchan voces, muchas veces hablando de otras cosas, y cuando hablan de ellas se refieren sólo a la zona del pubis para abajo. Reconozcamos que muchas veces cometemos violaciones a la privacidad, simbólicas quizás, pero no por eso menos deletéreas.

El tercer término es el respeto a la confidencialidad. En la historia se registra un hecho elocuente al respecto: en tiempos del emperador Luis Felipe, después de una de las tantas refriegas populares, muchos involucrados fueron a parar al Hospital de París. Al día siguiente se presenta el jefe de Policía y pide al médico que lo recibe, nada más y nada menos que el gran Dupuytren: “Deme la lista de los insurrectos”. El padre de la traumatología le responde: “Jefe de Policía, en mi hospital no hay insurrectos, hay enfermos”. ¡Qué lección de confidencialidad! Sin embargo, según el Teleclick de la época, Dupuytren después le pasó la lista. Es así que, a su muerte, lo despide Bichat con estas palabras: “Se ha muerto el

primero de los cirujanos y el último de los hombres”. Por todo esto, cuando me dicen: “Atendete con fulano, es un gran especialista, aunque como persona es más o menos”, yo no voy, porque si es más o menos como persona también lo será como médico. Nadie es como profesional mejor de lo que es como persona. Claro está, en el contexto de profesionalidad que estamos considerando.

Trudeau, en el siglo XI, hizo poner en su epitafio una frase que sintetiza con claridad meridiana lo que venimos reflexionado: “Curar a veces, mejorar a menudo, confortar siempre”. Pero cabe una aclaración fundamental: confortar no es sólo dar una palmada en la espalda, sino también acompañar al paciente en la búsqueda del significado de su sufrimiento. Enfermedad es una categoría médica, un diagnóstico científico, es la visión etic (definición que no tiene nada que ver con la ética, es un término que viene de la lingüística). El sufrimiento, en cambio, es la visión del propio enfermo (visión emic), es su subjetividad, comprende tanto lo simbólico como la materialidad de su sufrimiento.

Les voy a contar una experiencia personal relacionada con este tema. En una ocasión me derivan un paciente algo complicado, con diagnóstico de estafilodermia psoriasiforme, un problema de hipersensibilidad tardía por el cual, en una persona colonizada por estafilococos, estos, en vez de evolucionar a forúnculos, lo hacen a escamas. El aspecto del enfermo era patético: de tan sólo parpadear le caían escamas, al darle la mano uno se quedaba con colgajos de su piel. Le explico el diagnóstico y me dice: “Con todo respeto, doctor, no dudo de su diagnóstico, pero lo que yo tengo no se llama así, se llama ‘humillación’”. Le pido que me explique y me narra: hacía dos meses lo habían echado del banco donde trabajaba porque el gerente “accedió” a un petitorio de clientes a los que les resultaba desagradable su aspecto. Sus amigos lo habían raleado y hacía un mes uno de sus hijos le había dicho: “Papá, nos das asco”. Como resultado, desde ese momento vivía solo en una habitación de hotel. El diagnóstico, la disease, era estafilodermia psoriasiforme, pero su sufrimiento, su illness, era la humillación.¹³ ¿Dónde estaba, entonces, la verdad?

Para conocer el sufrimiento no basta con el clásico “interrogatorio”. En el imaginario social interrogamos los jueces, los policías y los médicos. Los tres estamos uniformados y los tres “internamos”, somos partícipes de alguna manera de un control social. De allí las metáforas militares: “mecanismos defensivos”, “elementos agresivos”, “armamento terapéutico”, “ganglio centinela”. Más aún, un hospital tiene estructura cuartelaria: “pabellones”, “cabas”, “cabos”, “Jefes de Departamento”, “Jefes de Unidad”, etc.

Por eso, para llegar al sufrimiento, más que al interrogatorio debemos estar dispuestos a un “escuchatorio”. En la facultad nos enseñan a auscultar, pero no a escuchar. Con una escucha activa y comprometida ayudaremos al paciente a que encuentre el significado, el verdadero sentido de su sufrimiento. Cuando aparece ese sentido, el sufrimiento deja de ser tal; es un sufrimiento, pero resignificado; quedará el dolor físico, pero para eso tenemos analgésicos. Los dolores de parto desaparecen cuando la mamá ve, siente a su bebé. En realidad, el dolor sigue, pero dejó de sufrir, porque en esa nueva vida encontró el “sentido” de su sufrimiento.

En el caso que les contaba del paciente con estafilodermia psoriasiforme, el buscar entre ambos el sentido de su humillación me permitió hablar con la familia, con los amigos, en fin, ayudarlo a resignificar su sufrimiento. Lo interesante fue que, hasta ese momento, los corticoides que había estado recibiendo desde hacía un mes no habían tenido efecto terapéutico, y después de esta intervención, en dos semanas se “blanqueó”. Podríamos definir esta situación como la eficacia biológica del efecto simbólico. Los que hacen psico-inmuno-neuro-endocrinología saben mucho de esto.

Si nos quedáramos en este enfoque de la relación médico-paciente reduciríamos la medicina a una dimensión fenomenológica, quizás más humanizada que la tradicional, pero positivista al fin. Esta forma de la relación médico-paciente no debe opacar –sino, por el contrario, profundizar– la dimensión social del proceso salud-enfermedad-atención. Tanto la salud, como la enfermedad y la atención son construidas por las relaciones sociales, y a su vez, son producto de ellas.

Respecto de la atención en medicina, quisiera ahora reflexionar sobre la formación enfática. ¿Qué quiero expresar con este término? Se trata de la formación de un profesional exclusivamente en un polo de su profesión. Por ejemplo: a los abogados, si exclusivamente se los forma para el litigio, no sabrán qué hacer en la armonía. Fíjense que la última tendencia en derecho y justicia es la mediación, y no consiguen abogados para ello porque, deformados por su especialización en el litigio, no saben mediar la armonía. Otro ejemplo es la formación enfática en los militares: formados sólo para la guerra, no saben qué hacer en la paz, entonces algunos se hacen presidentes. Por fin, la formación enfática en medicina es formarnos nada más en y para la enfermedad, entonces no sabemos qué hacer con la salud. Es más, si revisamos a alguien y no le encontramos nada, resulta decepcionante. Deformados por esa formación y presionados por la tecnocracia –ya volveré sobre este concepto–, le decimos al

paciente: “Mire, no le encuentro nada, pero por las dudas, véngase dentro de un mes que le repetimos la radiografía”, y como la radiografía no da nada, le pedimos una tomografía, y después una resonancia magnética, y después un “Spect”, y después una emisión de positrones, en fin, como el que no sabe lo que busca, no entiende lo que encuentra, descubriremos un “nodulito” en algún tejido remoto –es más, lo operaremos de ese “nodulito”– que no tiene nada que ver con lo que le pasa a ese pobre enfermo que recorrió el “síndrome de Ulises”. Es decir que, si seguimos con esta formación enfática en la enfermedad y presionados por la tecnocracia, haremos verdad el dictum de ese personaje de Jules Romain: “Un sano es un enfermo insuficientemente estudiado”.

Durante años hemos seguido un modelo paternalista donde las decisiones del médico eran guiadas por el principio de beneficencia y poco o nada importaba la opinión del paciente. El principio de autonomía, en cambio, nos señala que el enfermo no es un objeto que de modo pasivo recibe nuestras indicaciones, sino un sujeto que tiene todo el derecho de decidir, entre varias posibilidades, cuál es la más conveniente en función de sus convicciones y creencias. Como profesionales, nosotros determinamos las mejores opciones en el plano técnico, pero en lo que hace a la calidad de vida, se trata de una decisión del paciente, y no de una nuestra, por lo tanto es él quien debe elegir. Se trata de convertir una posición verticalista en una de horizontalidad, donde saberes y poderes fluyen con libertad en una relación simétrica, sin ningún tipo de sometimiento. Por eso, cuando a Marañón le preguntaron cuál era el aparato que más hizo progresar la medicina, él respondió: “La silla”, metáfora de esa horizontalidad.

El principio de autonomía debe tratarse en términos de relatividad y convivencia con los otros principios a los que hice referencia, porque si absolutizamos la autonomía se corre el riesgo del autonomismo, esto es, un privatismo moral y una atomización de la beneficencia y de la justicia o, en palabras de Baudrillard, de “una individualización sin límites”. No es cuestión de pasar de la tiranía del médico a la tiranía del enfermo, en aras de una autonomía “absoluta” que avasalle las autonomías de los demás.

Por otra parte, los principios bioéticos que he mencionado suelen tener un origen anglosajón (no tienen en cuenta otras realidades culturales), “clasemedistas” (ignoran otras historias de vida) y masculinos (ignoran la construcción social de género). El desafío antropológico de la bioética es considerarla como un producto histórico y social, teniendo en cuenta las particularidades culturales que la originan, o bien, que la cuestionan (Muller, 1994). En este sentido, no es lo

mismo el consentimiento informado de Amalita Fortabat que el de una mujer paraguaya o chaqueña de la Villa 21. Que quede bien claro: no estoy haciendo juicio de valores, sino analizando cultural y socialmente el problema de los principios de la bioética.

El único principio absoluto es la no-maleficencia: no podemos hacer el mal aunque nos lo pidan. Digo “absoluto”, porque los otros principios a los que me referí siempre tienen una posición relativa. Por ejemplo, la autonomía debe limitar al individualismo, la beneficencia al paternalismo. La no-maleficencia, en cambio, no puede limitarse.

En síntesis, la aplicación de los principios de la bioética debe servir para mejorar la calidad de vida de la gente, de no ser así, es una bioética vana. Cuando me refiero a la calidad de vida en el caso de la relación médico-paciente, no se trata sólo de la vida física, sino también de la espiritual y social, con sus logros y desazones. Desde Hipócrates, los médicos hemos estado al lado del enfermo. Llegó la hora de estar del lado del enfermo.

Ética y justicia en la distribución de recursos

La justicia es la mayor de las virtudes, la justicia política, la mayor de las justicias.

Aristóteles

Asistencialismo sin justicia es humillación.

Eduardo Menéndez

La necesidad de analizar la importancia que tiene la distribución de los recursos en salud debería ser evidente. Para esto es útil hacer un poco de historia. Mc Keown, en *The Modern Rise of Population* (1976) analiza las tasas de mortalidad por tuberculosis en Inglaterra desde 1840 hasta 1970. En 1840, la tasa de mortalidad era de 4.000 por millón de habitantes; en la década de 1950 aparecen los tuberculostáticos y la BCG, pero ya la mortalidad había bajado a 300 por millón y, en 110 años, la única intervención técnica de la medicina había sido el descubrimiento de Koch del bacilo que lleva su nombre. En la segunda mitad del siglo XIX se produce la Revolución Industrial y se consolida el capitalismo. La gente abandona el campo, llega a las ciudades industriales en busca de trabajo y en ella encuentra condiciones inhumanas: hacinamiento, desnutrición, pobreza extrema, etc. En la segunda mitad del siglo XX, en cambio, se consolida el Estado de bienestar que, haciéndose cargo de la salud, interviene en forma activa y sustantiva en la distribución de los recursos: cambian las condiciones de trabajo, disminuye la pobreza, mejora la educación, se combate la desnutrición, entre otros. En consecuencia, baja la mortalidad. ¿Qué pasó en la década de 1990? El Estado de Bienestar desaparece, hace un “striptease” de sus empresas –principal fuente de recursos– con el remanido argumento de su “tradicional ineficiencia” (es como si a un chico que crece, en vez de alargarle los pantalones, se le cortaran las piernas); el neoliberalismo introduce en la economía de mercado la salud como mercancía, y esta también se

privatiza. Pero es una privatización selectiva, para los pocos de bajo riesgo y alta capacidad de pago, mientras que los muchos de alto riesgo y baja capacidad de pago quedan a merced de un Estado sin recursos y descomprometido.

Consecuencia: reemergencia de la tuberculosis con epidemia de bacilos multirresistentes, que para esta década determinan una mortalidad de tuberculosis en todo el mundo de una muerte cada diez segundos y, en nuestro país, de una cada ocho horas, según datos de un informe sobre salud mundial de la OMS de 1999. Las verdaderas causas de esta enfermedad son sociales: abandono del tratamiento por falta de cobertura sanitaria y hacinamiento por escasez de viviendas. Realmente creo que las dos causas básicas –sociales– de toda enfermedad son: las necesidades básicas insatisfechas y las esperanzas frustradas. Un desocupado se enferma no sólo por falta de recursos, sino además, y fundamentalmente, porque le destrozaron la esperanza de mantener con decoro a su familia con un trabajo digno. Esas son las dos causas fundamentales, lo que está “debajo del iceberg”. Sobre eso póngase VIH y aparece el sida, póngase un oncogen y aparece el cáncer, póngale una dislipemia y aparece el ateroma, y así siguiendo. Las condiciones sociales son las desencadenantes y determinantes de las variables biológicas.

Tendríamos que agregar, en los tiempos que corren, una tercera causa de enfermedad: la corrupción. Esta debe ser analizada desde el campo sanitario, no sólo como un problema ético y legal –que lo es–, sino también como un problema sanitario; porque cuando se distraen –para usar un eufemismo– recursos de salud para fines menos dignos (cuando no francamente espúreos), eso también es causa de enfermedad.

Cruzando datos del informe del Programa para el Desarrollo Humano de las Naciones Unidas (PNUD) del año 1995, encontramos un ejemplo elocuente: el Estado en la Argentina invierte en salud 500 dólares per cápita por año, mientras que en Costa Rica se invierten 100 dólares. Cuando vamos a los resultados, vemos que ese país tiene la mitad de mortalidad infantil que el nuestro (1,1% versus 2,2%). Conclusión –y disculpen el lenguaje popular–: aquí alguien se queda con 400 dólares de vuelto. Por esto, la corrupción enferma. Nos está pasando algo peor que la corrupción en sí misma, y es el acostumbramiento a ella, porque de acostumbrarnos hay un delgadísimo y fácilmente franqueable paso a la admiración, y de allí a premiar a los corruptos. En este sentido, es notable la vigencia de los versos de Benedetti:

En la época de las bárbaras naciones
de las cruces colgaban los ladrones
y ahora, en las naciones de luces
del pecho de los ladrones cuelgan las cruces.

Las dos posiciones en salud

Existen dos posiciones claramente antagónicas: la salud como derecho humano personalísimo y la salud como mercancía en la economía de mercado. Para la primera, en términos jurídicos, es un derecho positivo, y en consecuencia, una decisión política, en tanto el Estado interviene activa y sustantivamente para asegurar a toda la población no sólo la promoción y protección de la salud, sino también el derecho a la atención de la enfermedad, en forma igualitaria en cantidad y calidad, con independencia de la situación social, económica y cultural del paciente. En cambio, para la segunda posición ideológica, la salud entra en el sistema de la oferta y la demanda. En términos jurídicos es un derecho negativo. Esto significa que el Estado simplemente tutela la promoción y protección de la salud, mientras que la atención de la enfermedad entra como una mercancía más en la economía de mercado. Quienes poseen los medios económicos acceden a ella, y los que no, serán provistos por la beneficencia pública o privada. En esta posición, la salud de la población también es una decisión política, pero enmarcada por las leyes de mercado. Conviene aquí recordar lo expresado por Kenneth Arrow, Premio Nobel de Economía en 1963: “La sola aplicación de las leyes del mercado hace a los enfermos más enfermos” (García Canclini, 1999).

En los últimos años se ha profundizado la brecha entre ricos y pobres (PNUD, 1998) como producto de un proyecto ideológico neoliberal que instrumenta la economía para perseguir fines políticos y sociales con concentración de saberes, riquezas y poderes en unos pocos comensales insaciables y con la exclusión de muchos espectadores hambrientos. En el caso de nuestro país, en el período 1990-1999, la brecha entre el 10% más rico y el 10% más pobre aumentó el

57%. Resulta interesante observar que es el mismo porcentaje de aumento del PBI, lo que demuestra con elocuencia que el mejoramiento de la macroeconomía no incide necesariamente en una mejor distribución de la riqueza, sino más bien en una inmoral concentración de la misma.

Resultado de este modelo es que el 80% del gasto mundial en salud se concentre tan sólo en el 20% de la población, teniendo que arreglarse el 80% restante sólo con el 20% de los recursos (OMS, 1999).

Ahora más que nunca resultan vigentes las sabias palabras de Mahatma Gandhi: “Hay suficiente riqueza en el mundo para satisfacer las necesidades de todos, pero no hay suficiente riqueza para satisfacer las necesidades de algunos”. Es así que los llamados “grupos de riesgo” para enfermarse son en realidad modelos de fragilización social que esta ideología imperante convierte, de víctimas, en culpables de su situación (Almeida Filho, 1992). Esta culpabilización de la víctima, operando moralmente, los estigmatiza con el mensaje, ya clásico, de que se “merecen” estar enfermos: por no trabajar, por no estudiar, por no cuidarse, en fin, por no estar “a la altura de los sanos”. Son “candidatos a enfermarse” (Frankenberg, 1994).

En este aspecto, toda decisión política necesita un encuadre ideológico para el reconocimiento crítico de la construcción social de la normatividad con sentidos morales de control y estigmatización. También el mismo reconocimiento para las relaciones de poder que estructuran dicha construcción (Grimberg, 1997).

La salud, como todo derecho humano, es universal, absoluto, innegociable e inalienable. Por eso, “promover y proteger los derechos humanos es un campo tan concreto como cualquier otro trabajo en el campo de la salud” (Mann, 1997). De esta manera, los así llamados “derechos de los pacientes” son en realidad derechos humanos, en tanto que los enfermos son primariamente personas y, como tales, en el sentido kantiano, tienen dignidad y no precio. Son sujetos y no objetos, son fines en sí mismos y no medios.

Propuestas

Un programa de salud en lo que hace a la distribución de los recursos debería basarse en los siguientes principios éticos:

Universalidad

En tanto la salud es un derecho humano principalísimo, ninguna persona puede quedar excluida bajo ninguna circunstancia. No hay para esto excusas válidas, ni económicas, ni políticas. Por otra parte, es una falacia argumentar que no alcanzan los recursos: según datos de la Unesco y de Unicef, para solucionar en todo el mundo el problema de la Atención Primaria de la Salud, que incluye la alimentación, es suficiente el 7% del gasto mundial en armas. En palabras de Ramón Carrillo: “La salud es una decisión política”. Más en nuestro país, que gasta en salud el 8% de su producto bruto interno, alrededor de 42 mil millones de pesos. Si para muestra basta un botón, Costa Rica, como ya dije, con una inversión bastante menor, tiene la mitad de mortalidad infantil. De no ser por el sistema inequitativo, perverso y corrupto de distribución de recursos que impera en nuestro país, este gasto debería alcanzar.

Igualdad

No hay una salud de mínimos y una salud de máximos. Sería como plantear una salud “villera” y una salud “VIP”. Toda persona, con independencia de su condición social, económica y cultural tiene derecho a la mejor calidad de atención. La misma siempre es de máxima; no hay poca salud o mucha salud: hay salud o no hay salud.

Muchas veces, la atención primaria de la salud se convierte en una atención “primitiva” de la salud, con niveles mínimos e insuficientes de atención existente, que invocan escasez de recursos. Según el gasto que hemos mencionado para la Argentina, cabe preguntarse: ¿escasez para quiénes? ¿Para todos o sólo para los desposeídos?

Equidad

Siguiendo el segundo principio de la teoría de la justicia de John Rawls, la equidad en la distribución de los recursos debe ofrecer algo menos a los que de por sí tienen más, para de esta forma poder dar más a los que de por sí tienen menos. Más aún, siguiendo el tercer principio de esta teoría, el de la diferencia, esta es éticamente aceptable si beneficia al más desposeído (Gracia, 1990). No se trata de robar a los ricos para darles a los pobres, al estilo Robin Hood, pero tampoco seguir, como ahora, un estilo “Hood Robin”: sacarle a los que menos tienen para darle a los que poseen más. Nuestro sistema fiscal estructuralmente regresivo es un ejemplo elocuente de esa inequidad distributiva.

Participación

La comunidad es nuestra auditora natural, y como tal, debe participar en todas las etapas de una política de salud; tanto en la planificación como en la ejecución y en la evaluación. “Participar” significa intervenir en la toma de decisiones; de no ser así, se retorna a viejas propuestas materialistas y funcionalistas que no hacen más que cumplir funciones de control social, legitimación de la subalternidad y abaratamiento (Menéndez, 1998). Según Howard Brody, asesor de salud y ética del presidente Bill Clinton, el programa que evaluó, confeccionado por expertos en salud pública, era excelente, pero fracasó en su aplicación al no participar la gente –ni técnicos ni profesionales– en las decisiones. En una experiencia en Oregon (EE.UU.), por otro lado, se demostró que cuando la gente decidía cómo distribuir los recursos en salud, no sólo alcanzaban, sino que además aumentaba sustancialmente el grado de satisfacción de los propios usuarios (Brody, 1995). Insisto entonces, la participación se refiere a la toma de decisiones y no simplemente a acatar de forma pasiva las decisiones de los expertos. Una anécdota personal ilustra este aspecto. Evaluando un centro de salud en una villa miseria, le pregunté al director del centro si la gente de la villa participaba, a lo que me respondió: “Sí, participa

mucho”. Al preguntarle en qué forma participaba, me explicó: “Todos los domingos vienen a pintar la salita”. Entonces le aclaré: “Mirá, eso no es participación; es, como aclara Eduardo Menéndez, volver a viejas propuestas funcionalistas con objetivos de control social (los tenés aquí todos los domingos y encima les pasás lista), de legitimación de la subordinación (son tan pobres, que los domingos también tienen que trabajar) y de abaratamiento (te ahorrás el dinero de los pintores)”. Terminé la entrevista de modo lapidario: “Mirá, viejo, yo nunca vi que los socios de Medicus fueran los domingos a pintar el Otamendi”.

Solidaridad

Me refiero a la solidaridad como estrategia política. Esta deberá implementarse en tres niveles:

Nivel macro: la solidaridad debe constituirse en una estrategia política para una redistribución equitativa del ingreso a fin de revertir la penosa e inmoral situación en nuestro país. Se necesita una decisión política para revertir esta situación, por ejemplo, implementar la tasa Tobin en las transacciones financieras sin fines productivos, volcando ese producto en educación y salud, como propone la Asociación para la Aplicación de Tasa Tobin y Ayuda al Ciudadano (ATTAC) (George, 2000). Por ejemplo: en nuestro país, los impuestos que gravan la producción y el consumo representan el 11% del PBI, mientras que los que gravan la renta y la riqueza personales son el 2% del mismo. Revertir esta situación implicaría una estrategia política con base en la solidaridad, como también implementar un IVA discriminado con valores muy bajos o nulos para consumos de primera necesidad y altos para objetos suntuarios.

Nivel meso: promocionar y proteger las redes sociales con las organizaciones intermedias elegidas y constituidas democráticamente. Esta participación comunitaria debe encararse en términos de control político, para superar lo reivindicativo y constituirse en el eje central de la transformación sociocultural y económica. Como profesionales y técnicos, nuestras funciones deben ser de promoción, asesoría y supervisión de dichas organizaciones, absteniéndonos de

todo tipo de control social o ideológico y respetando sus procesos de autonomía y de autogestión. Aquí también se necesita una decisión política de inversión en el tercer sector, ya que se ha demostrado que por cada millón de dólares invertido en la industria pesada se generan 30 empleos, mientras que la misma cifra, invertida en el sector social, crea 350 puestos de trabajo (Chomsky, 1994).

Nivel micro: Incorporar la solidaridad en nuestra cotidianeidad, tratando a compañeros de trabajo y a enfermos con la misma diligencia, dignidad y respeto con que nos dirigimos a nuestros superiores.

Generar estrategias de oposición a las injusticias sociales desde los mismos sectores marginados, sin copiar estructuras coercitivas del poder. En el sentido de Foucault, se trata de no enamorarse del poder, resistiendo sus mecanismos de seducción (Foucault, 2000).

Como trabajadores de la salud se nos presenta una nueva función, profética: denunciantes de las injusticias como primer paso hacia el camino de la justicia. Durante años hemos confortado a los afligidos y debemos seguir haciéndolo, pero agregando la función profética de afligir a los confortados.

Medicina basada en la evidencia y Medicina basada en la narrativa: un (des)encuentro

14

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue descrita por primera vez por Sackett (1995) como “la capacidad para acceder a la evidencia científica creciente, evaluar críticamente su validez y utilidad, e incorporarla dentro de nuestra práctica clínica.”

El mismo Sackett (2000), cinco años después afirmó: “He decidido nunca más escribir cualquier cosa relacionada a la MBE. Hay muchos más expertos de lo que sería saludable: retardan el avance de la ciencia y provocan daño a los más jóvenes al adueñarse de la verdad”.

La MBE puede informar pero nunca reemplazar el nivel de experiencia clínica individual; es esa experiencia la que decide si la MBE se aplica al paciente individual, y en ese caso, cómo debe ser integrado dentro de la decisión clínica (Doval y Tajer, 2001).

El metanálisis

Aun reconociendo su valor, debemos tener en cuenta sus limitaciones, dado que es un método retrospectivo que combina la información publicada y asume una uniformidad de tratamiento y de la población, aunque el problema tratado no sea uniforme y las diferencias grupales sean relevantes en términos médicos (Feinstein y Horowitz, 1997).

Aspectos críticos de la MBE

Detallamos aquí aquellos aspectos que consideramos críticos en relación con la Medicina basada en la evidencia:

- Evidencia de quién o quiénes: Cochrane Collaboration es una agencia internacional que se ocupa de la elaboración estadística de los estudios médicos de investigación.
- Intereses no científicos (presión de la industria tecno-farmacéutica).
- Los ensayos controlados informan sobre un paciente “promedio” y “sano”.
- Los protocolos no siempre son comparables (test de homogeneidad no concluyentes).
- Los resultados negativos no se publican.
- No se tienen en cuenta los contextos sociales (efectos simbólicos), que no pueden ser medidos con las técnicas cuantitativas habituales, pero son efectivos en términos cualitativos.
- No muestra evidencias sino los “argumentos” de esas evidencias, y a veces los argumentos son tan seductores que ocultan sus falacias.
- No tiene en cuenta los “datos débiles” y las “excepciones”.
- Utiliza sólo datos cuantitativos. Con sabiduría advertía Einstein en Mi visión del mundo: “No todo lo importante puede ser medido y no todo lo que puede ser medido es importante”.
- Pasamos del “magister dixit” a la “evidencia dixit”, y de la evidencia a la “obediencia”.
- Falacia “inductivista”: la población estudiada no es toda la población.
- Puede ser útil para demostrar eficacia y eficiencia.
- No es útil para demostrar calidad de vida.
- Los metanálisis no evalúan la “calidad” de los estudios (profesionales).

Estudios recientes encontraron un 63% de errores en 27 metanálisis, en el Centro Nórdico Cochrane.¹⁵

- No incorpora la “narrativa” (subjetividades de la enfermedad).
- Como dice Alberto Agrest, “la medicina es arte y ciencia, en arte no hay evidencia y en ciencia no hay certidumbres. Los autores de la evidencia son especialistas en efectos especiales”.¹⁶

Problemas éticos de la MBE

17

Los problemas éticos más relevantes serían:

- Restricción en la libertad del médico para la toma de decisiones.
- El costo-beneficio subordina valores morales, como la equidad distributiva, la justicia social, la autonomía, y la calidad de vida.
- Usos espurios por grupos de poder, como el Estado, las gerenciadoras, y las compañías de seguros.

La Medicina Basada en la Narrativa (MBN) (Hudson, 1999), por su parte, pone el acento no tanto en la visión médica, sino más bien en la visión del paciente. Es la illness en la literatura anglosajona.

La narrativa consiste básicamente en la subjetividad, esto es, lo que el enfermo siente que es su enfermedad. Para un adolescente con granos en la cara, el diagnóstico es acné, pero él siente vergüenza. Un paciente cuyo diagnóstico es sida siente discriminación. Esta narrativa consiste en la representación de su enfermedad, que es la experiencia social de lo vivido humano como enfermo.¹⁸

Para la MBE, los síntomas son objetividades medibles. Para la MBN, son subjetividades dolientes.

Para la MBE, la enfermedad es una construcción biológica desocializada. Para la MBN, la enfermedad es una construcción social con expresión biológica.

Para la MBE, el enfermo es un promedio estadístico. Para la MBN, el enfermo es, en términos kantianos, una persona; esto es, tiene dignidad y no precio, es un fin en sí mismo y no un medio, es un sujeto y no un objeto.

La MBE es la enfermedad, lo biológico. La MBN es el sufrimiento, “invisible” a lo biológico, que se “visibiliza” en lo biográfico.

Para la MBE, el enfermo es “un caso”. Para la MBN, el enfermo es una historia de vida.

La MBN es la búsqueda del “sentido” del sufrimiento: un modelo explicativo. Es la mediación simbólica para la comprensión de la enfermedad.

Cuando tenemos una idea cabal de por qué o para qué sufrimos, dejamos de sufrir, sigue el dolor, pero sólo físico, para lo cual tenemos analgésicos. El sufrimiento como dolor total desaparece.

Para la narrativa, más que el interrogatorio se necesita un escuchatorio, que en sí mismo ya es terapéutico. Un aforismo de Hipócrates ya lo advertía hace 2.500 años: “Muchos enfermos se curan con la satisfacción de un médico que los escucha”. Con sabiduría, advertía Osler (1980): “Practicar la medicina sin los libros es navegar sin brújula, pero intentar practicarla sin escuchar a los enfermos, ni siquiera es embarcarse”. En palabras de Nietzsche: “Cuando tenemos un porqué vivir, soportamos cualquier cómo vivir”.

Con lo hasta aquí planteado, ¿quiere decir que hay que eliminar la MBE? Nada de eso, hay que integrarla con la MBN. Esto significa que el diagnóstico y el tratamiento deben ser juicios reflexivos con un examen clínico minucioso; la lectura “inteligente” de los exámenes complementarios; la incorporación “crítica” de la MBE; la integración con experiencias propias y ajenas; y el enriquecimiento de la relación médico-paciente con la narrativa.

Debe recordarse siempre aquella sabia definición de enfermo que pensó Unamuno: “Es un ser humano que sufre, ama, piensa y sueña”.

Conclusiones

Dicho todo lo precedente, creemos que la mejor posición prescinde de fundamentalismos: ni “evidencismo” ni “narrativismo”; evidencia y narrativa en articulación armónica; en urgencias, más evidencia que narrativa; en pacientes crónicos, más narrativa que evidencia.

Como advertencia, cabe señalar que, habida cuenta de la rapidez con que cambian los nuevos conocimientos científicos,¹⁹ incluso en Medicina, en que se recicla el 80% cada siete años, todo conocimiento médico reciente debe ser: en términos epistemológicos, considerado un error transitoriamente irrefutable, en cuanto a lo epidemiológico, sometido a una prudente cuarentena.

Cultura y magia en el uso de antibióticos

Casi todos los hombres mueren de sus
remedios, no de sus enfermedades.

Molière

Alexander Flemming lejos estaba de imaginar ese 6 de agosto de 1942 en el Hospital St. Mary de Londres (Lyons y Petrucelli, 1980), cuando usó por primera vez la penicilina en un paciente afectado de meningitis estreptocócica (por extraña coincidencia, el descubridor del primer antibiótico ese día cumplía 61 años), que a ese éxito terapéutico seguirían en no muchos años más fracasos en el sentido opuesto: pacientes que morirían por sepsis²⁰ con gérmenes resistentes a los antibióticos (ATB).²¹

En nuestro país, la penicilina se aplicó por primera vez un 20 de octubre de 1944, en una paciente con neumonía en la ciudad de Tres Arroyos, por indicación del Dr. Martín Allende, distinguido colega cordobés llamado en consulta. La aplicó por vía intramuscular el entonces estudiante de medicina Carlos Sand, actualmente médico que, con más de 70 años, ejerce dignamente la profesión en la provincia de San Luis. Sirvan estas modestas líneas como un sincero homenaje a este colega, olvidado con injusticia por la infectología argentina.

Haciendo un poco de historia, ya en 1956, Jawets advertía sobre el uso exagerado de ATB, y Finland, en 1959, alertaba sobre la aparición de infecciones de mayor gravedad que en la época previa a los ATB (Kunin, 1991).

En la tabla 1 se aprecia la magnitud en el uso de ATB con datos para los Estados Unidos (nótese que en nueve años casi se cuadruplicó el gasto). En la tabla 2 se documenta el gasto de medicamentos en la Argentina, y se puede apreciar el aumento casi exponencial en los últimos años, con una evidente distorsión del mercado, como lo evidencia el número de marcas registradas. Según se

manifiesta en la tabla 3, gastamos más en remedios que en alquiler. Respecto de ATB en particular, los datos de la tabla 4 son elocuentes en cuanto a su magnitud.

Tabla 1: Magnitud del uso de antibióticos en los EE.UU.

Gasto en 1982	US\$ 2.000 millones
Gasto en 1986	US\$ 4.000 millones
Gasto en 1991	US\$ 7.600 millones
Segundo medicamento en frecuencia (sobre el total)	15%
% de uso en pacientes ambulatorios	13%
% de uso en pacientes hospitalarios	27-43 %
% del gasto total en farmacia	25-40 %

Fuente: Kunin (1991).

Tabla 2: Gasto en medicamentos en la Argentina

	1990	2007
Gasto total (millones de pesos)	4.150	8.200
Gasto <i>per cápita</i> (pesos)	125	198
Gasto total en salud (%)	20	34
P.B.I.	1,2	2,1
Marcas registradas	9.200	13.400

Fuente: Índice Nacional de Terapéuticas y Enfermedades, Scrib Internacional, FAAPROME.

Tabla 3: Incidencia en la canasta familiar

Población	Medicamentos	Alquiler
General	3,8%	2,7%
Jubilados	8,3%	1,5%

Fuente: INDEC, 2000.

Tabla 4: Uso de antibióticos en la Argentina

	Fuente: INDEC, 2000	2007
% gasto total medicamentos	7,8	10,2
Frecuencia	2 ^o	1 ^o
Gasto total (millones de pesos)	258	650
Gasto <i>per cápita</i> (pesos)	8	22
Envases vendidos sin receta (%)	47	51

Fuentes: Pharmaceutical Market Argentina, Índice Nacional de Terapéutica y Enfermedades.

Por supuesto, la magnitud en el uso de ATB estaría justificada si este fuera apropiado, pero existen claras evidencias de lo contrario, tanto en nuestro país como en el extranjero, como se observa en la tabla 5.

Tabla 5: Evidencias de uso inapropiado de antibióticos

Consultorio externo	60% en resfríos 50% mal indicadas en infecciones respiratorias superiores: US\$ 225 millones (Stolley, 1972)
Internación	48 al 66 % injustificadas o inapropiadas (Kunin, 1985) En profilaxis quirúrgica: 87% (Cooke, Londres, 1983) 88% (Clara, Buenos Aires, 1992)
Uso veterinario	Brotes de salmonellas resistentes (Cherubin, 1981)

Los efectos del uso inapropiado de ATB son graves, entre los principales se encuentran: aumento innecesario de costos de atención, toxicidad, selección de bacterias resistentes y aumento de infecciones graves intrahospitalarias. Los dos últimos se destacan, ya que constituyen un efecto epidemiológico que no se observa en ningún otro campo de la terapéutica, ya que si, por ejemplo, se utilizan mal los digitálicos, no por ello van a aumentar los casos de insuficiencia cardíaca refractaria a los mismos. Este efecto ha llevado a la situación actual en que una de las causas más frecuentes de mortalidad en áreas de cuidados críticos es la sepsis por bacterias multiresistentes. Es de tal gravedad que ha sido comparada con el holocausto nuclear (Sanders, 1984). Cabe preguntarse entonces cuáles son los factores para este uso inapropiado de ATB. Más allá de la discusión técnica específica, quisiera plantear el problema en términos antropológicos y explicitar entonces factores mágicos y factores culturales. Por magia, entendemos todo aquello que el hombre hace sin entenderlo ni explicarlo, pero con la convicción y esperanza de que resultará efectivo, constituyéndose como una ciencia sin racionalidad o una religión sin teología (Jorion y Delbos, 1986). La magia tiene tres características: aparece en momentos de incertidumbre, es compulsiva y tiene efectos de alivio (es catártica). Esto puede visualizarse en típicas expresiones jergales médicas: “Este paciente está muy grave, yo me cubro –o vos cubrite– con una cefalosporina de tercera”; “Dáselo endovenoso que es más fuerte”; o el famoso “Dos ATB es mejor que uno, y tres, mejor que dos”.

Esta magia no se presenta en otros campos de la terapéutica, ya que jamás escuchamos: “Me cubro –o cubrite– con dopamina”; o bien: “Dos corticoides es mejor que uno solo”. De esta manera, hay un verdadero “síndrome de prescripción compulsiva de ATB”(Lockwood, 1974).

Los otros factores de uso inapropiado son los culturales. Como definición operativa de cultura –dentro de las tantas que hay– adoptamos aquella que la define como las formas de pensar, sentir y actuar socialmente apprehendidas por los miembros de una comunidad (Harris, 1990). En este sentido, es típico de una cultura consumista de ATB el dato de la tabla 4: más del 50% de los envases de ATB se vende sin receta médica. Acá aparece lo que podríamos llamar “las tres P” en el consumo de ATB: el paciente, el pariente y el prospecto. Razón tenía Williams Osler al decir que “lo que más diferencia al hombre de los animales es su afán de tomar remedios” (Lyons y Petrucelli, 1980).

En este contexto cultural cabe considerar los factores políticos, entendidos como tales aquellos que hacen a la toma de decisiones públicas y privadas, conducentes al bien común (en este caso, el beneficio a la comunidad del uso correcto de ATB).

En la tabla 6 se describen estos factores. El fundamento científico de una correcta antibioticoterapia es el estudio bacteriológico; cuando los recursos en esta área son insuficientes, hay abuso de tratamientos empíricos, y en términos administrativos, la política de compras de ATB, en consecuencia, no es racional.

Tabla 6: Factores políticos

Administrativos	Recursos insuficientes para bacteriología. Abuso de tratamientos empíricos. Política no racional de compras.
Educacionales	Desconocimiento farmacológico. Déficit en el currículum médico.
Presión de la industria	positiva / negativa
Responsabilidad de la función pública	

La responsabilidad de la función pública ocupa su lugar en el uso inapropiado cuando funcionarios venales autorizan la comercialización de ATB que están prohibidos en sus países de origen. De esta manera, aquí la corrupción encuentra espacio. Esta responsabilidad también se pone de manifiesto en la tolerancia o, al menos, en la ignorancia frente al mercado clandestino de medicamentos. El presidente del Colegio de Farmacéuticos, Dr. Antonio Somaini, denunció en la edición del 10 de marzo de 1995 de El consultor de Salud los siguientes hechos: se asalta un camión de medicamentos por día (U\$S 1 millón); estos son escondidos durante 15 días sin ningún cuidado; mil millones de dólares anuales producen los laboratorios clandestinos; sólo el 20% de las farmacias tiene un profesional a cargo (en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires); hay tres inspectores para 1.500 farmacias y 200 droguerías (en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires); el 25% de los medicamentos no cumplen con los requisitos sanitarios mínimos y se expande la venta en supermercados y kioscos.

La tabla 7 ejemplifica la presión negativa de algunos sectores de la industria farmacéutica. Por presión positiva, en cambio, debe entenderse la colaboración de esa industria en todos aquellos aspectos de educación médica, jornadas, cursos, congresos, etc.

Tabla 7: Número de marcas registradas de antibióticos en diversos países (1981)

País	Total	Combinadas
México 1981 (1)	430	180
Suecia 1981 (1)	90	2
Argentina 1985 (2)	232	106
Argentina 1998 (3)	610	295

Fuentes: (1) Gustafson, L y Wide K (1980), "Marketing of Obsolete Antibiotic in Central America", en: *Lancet*, 1, 31. (2) *Therapia*, Vol. 1, 1985. (3) *Vademécum Vallory*, 1998.

Observando estos datos, ¿se puede hablar de una ética en antibioticoterapia? Decididamente, sí, y en distintos sectores podemos –y debemos– demandarla:

- Industria farmacéutica: ética en las investigaciones, respetando los códigos nacionales e internacionales que protegen los derechos humanos de los sujetos en los que se investiga. Igualmente, una ética en la promoción evitando frases como: “Del estafilococo a las pseudomonas” –más efectistas que científicas– y una ética en la comercialización, recordando que el medicamento es un bien social y, como tal, puede ser lógicamente remunerado, pero no lucrativo de manera salvaje.

- Función pública: la salud de un pueblo no es sólo una responsabilidad individual; es fundamentalmente responsabilidad de políticos y funcionarios cuyo objetivo principal debe ser el bienestar de la comunidad, y no el llenado de sus bolsillos.

- Cuerpo médico: demandar una receta “inteligente” (del latín: *intus-legere*: ‘leer dentro’) indicando los mismo ATB que ellos mismos tomarían. Siguiendo a Lister: “El mejor médico es aquel que tomaría los mismos remedios que receta” (Lyons y Petrucelli, 1980). Además, actuar pensando que las bacterias resistentes seleccionadas por una mala indicación van a colonizar en su esposa o en sus hijos.

Como conclusión, y como “vacuna” contra todos estos factores de uso inapropiado, ante el acto de recetar un ATB, convendría tener presente el cuadro que la empresa IBM tiene colgado en todas las oficinas de su casa matriz, en el que aparece una sola palabra: “Think” (‘piense’).

La otra mirada

En esta suerte de carta-ficción he querido reflejar, con algo de humor, la terrible realidad que nos ofrecen las infecciones con gérmenes multiresistentes desde “otra mirada”, la de una bacteria.

Sra. Presidenta de la Sociedad de Bacteriología Clínica (SADEBAC)

Dra. Alicia Farinatti

De mi bacteriana consideración:

Por los trágicos acontecimientos que son de bacteriano y público conocimiento y a los que seguidamente me referiré, las bacterias que ancestralmente vivimos en el colon de la tribu humana hemos decidido organizarnos frente al enemigo común: la alocada carrera armamentista antibiótica.

Para ello hemos fundado la Unión Colónica de Bacterias Saprófitas (UNCOBASA), entidad de bien bacteriano sin fines de lucro, con personería peptoglicana en trámite; en comicios celebrados limpiamente –es una forma de decir– en Av. Sigmoides a la altura de la vellosidad diez a la sexta y por abrumadora mayoría de fimbrias, ha recaído en mi humilde genoma la tremenda responsabilidad de ejercer la Presidencia y, como tal es que quiero dirigirme a bacteriólogos e infectólogos de esa institución.

Sra. Presidenta, nuestra ahora sufriente comunidad ha conocido épocas mejores. ¡Ah!, aquellos tiempos felices de armoniosa vida de leucocitos, complemento y anticuerpos, quienes conjuntamente con nuestros propios sistemas defensivos detectaban precozmente algún invasor a nuestra patria feliz y, con un mínimo derramamiento de ADN, era rápidamente expulsado.

Ahora, en cambio, crueles anillos beta-lactámicos, aprovechándose de nuestras inocentes porinas, desembarcan tomando por asalto cuanta PLP se le ponga por delante, no respetando pilis ni marcas, pagando justos por pecadores y quedando vellosidades devastadas y arrasadas.

Con seguridad, los ilustrados socios de la benemérita SADEBAC saben bien lo que significa un colon despoblado. ¿Quién o quiénes ayudarán en la síntesis de vitamina K, en el ciclo de la urea y en los circuitos entero-hepáticos? Por citar tan sólo algunas de las innumerables ayudas que brindamos a los humanos...

Ni que hablar del voluntariado anaerobio, otrora bien nutrido y presto siempre a

defendernos y defenderlos del artero ataque de las bacterias de rapiña; da pena verlos pasar, ahora, con sus paredes acribilladas por humanos pero “inbacterianos” cefaloporinazos.

Para colmo de desgracias, vemos con espanto cómo las lacras de la sociedad de consumo antibiótico han penetrado en nuestra juventud bacteriana: las Klebsiellasya no son aquellas bacteritas traviesas e inocentes, no, Sra. Presidenta, se han prostituido por un par de transposones mal pasados y andan pavoneándose por territorios que no les son propios. Ni que hablar del vergonzoso espectáculo que ofrecen ciertas bacterzuelas, algunas ya embarazadas con plásmidos de dudoso origen, que andan por recónditas vellosidades provocando a nuestros jóvenes Enterobacter.

Como si esto fuera poco, han aparecido unos coli, terribles y descastados, que arguyendo falsas promesas han inyectado con sus poderosos pili a nuestras hijas, vírgenes e indefensas, según ellos una “vacuna”, que bien sabemos las bacterias madres que se trata, en cambio, de un poderoso factor extracromosómico de multirresistencia.

Como decía una bacteria amiga en una carta al Director de esa prestigiosa publicación que es la Revista Chilena de Infectología (vol. 2, p. 56, a. 1985) y a la que mucho he seguido para esta comunicación: “Si hasta los clorstridios, por tradición laboriosos y honestos, se han puesto difíciles”.

Sabemos bien que se nos acusa de beta-lactamasas; pero qué podemos hacer frente a despiadados y por otra parte injustificados ataques, como por ejemplo, el tronar de cañones de una cefalosporina de 3a generación para un débil estreptococo en las fauces; es que no se han dado cuenta del daño devastador que nos producen aquí, a la distancia y en un sitio que nada tiene que ver con aquél. Quisiera verlos a ustedes, mis respetados bacteriólogos e infectólogos en esta situación, con millones de inocentes muertos, infinitos nichos ecológicos destruidos, millares de colonias desechas, cuando todo esto se hubiera evitado con un poco de nuestra honesta, fiel, segura y barata penicilina.

No queremos la guerra, Sra. Presidenta, pero no nos obliguen a esta lucha despiadada y cruel en la que todos perdemos: tenemos una hermosa vida por delante en cooperación y armonía; administren Uds. con prudencia y sabiduría los antibióticos, que nosotros sabremos recompensarlos con la saludable eubacteriosis que nos legaron nuestros mayores.

Por todo esto, Sra. Presidenta, apelando a su condición de mujer, le pido como bacteria y como madre: ¡Alto el fuego!

Sin otro particular, y haciéndole llegar desde estas profundidades nuestros sinceros deseos para el éxito de vuestro Congreso antimicrobiano de 1990, me despido de usted con mi consideración más bacteriana.

Esche Richia, viuda de Coli

Bioética social para América Latina

La Bioética (ética aplicada a la vida) no debe circunscribirse a lo discursivo; debe ser, además, un instrumento para mejorar la calidad de vida de la gente, promoviendo y defendiendo los derechos humanos fundamentados en la dignidad de las personas. De no ser así, es una bioética vana.

Tampoco debe circunscribirse al área médica, debe ser abarcativa de todos los espacios de la vida social. Veamos, entonces, las áreas de incumbencia de la Bioética en la problemática latinoamericana, resaltando en cada una de ellas los aspectos más conflictivos.

Economía

América Latina es una de las regiones del mundo de mayor injusticia en la distribución de la riqueza:

- El 10% más rico concentra el 58% de la riqueza.
- El 10% más pobre, sólo el 1,8%.
- 150 millones de personas viven con 2 dólares por día. El 75% de ellas son aborígenes.
- En el caso concreto de Argentina, el 28% de adolescentes (de 15 a 24 años) vive con 1 peso (moneda argentina) por día, y el 56% con 2 pesos.
- La deuda externa es una de las más importantes causas del atraso de la región. En los últimos veinte años se pagaron 1,4 billones de dólares en servicios de la deuda. Esto representó cinco veces la deuda original, pero aún se debe tres veces

más. De manera unilateral, la banca acreedora aumentó en la década de 1970 la tasa de interés del 6 al 20% anual.

Ecología

Por la tala indiscriminada sin políticas oficiales de reforestación se ha perdido el 70% de los bosques. Además, la introducción de semillas transgénicas se ha realizado sin cumplir los tres requisitos del principio bioético de precaución: que no dañe la salud de las personas, que no altere el equilibrio ambiental y que no profundice las diferencias sociales. El ejemplo más representativo es el cultivo masivo de soja transgénica sin rotación de cultivos, lo que ocasiona daños irreparables:

- El consumo casi exclusivo (más de una vez por semana) produce en los niños anemia ferropénica e hipocalcemia, al impedir la absorción de calcio.
- Empobrece al suelo de fertilizantes, y por esta razón, se deben usar agroquímicos que son muy costosos y que favorecen el efecto invernadero. Por otra parte, los herbicidas que se utilizan, en especial el glifosato (alergénico y potencialmente cancerígeno), están en manos de un monopolio transnacional. La naturaleza no es un shopping y los seres vivos no estamos en las góndolas.
- Provoca la desaparición del pequeño productor con incremento de grandes corporaciones. En Argentina, en los últimos diez años, han desaparecido 400.000 pequeños productores que engrosaron la lista de “nuevos pobres”. Se han profundizado (y legitimado) las diferencias sociales: los pobres comen soja y los ricos comen asado.

El problema del agua es otro tema ecológico prioritario: el acceso al agua pura es un derecho humano básico. Sin embargo, 1.500 millones de personas en todo el mundo carecen de agua potable; el agua contaminada ocasiona veinticinco muertes por día; el 80% del agua potable está privatizada y la mitad en manos de tres empresas.

Por otro lado, en América Latina se encuentra la segunda reserva mundial de

agua, suficiente para abastecer a toda la población mundial durante doscientos años. Es el acuífero “guaraní”, que abarca una superficie de 1.200.000 Km², extendiéndose entre Brasil, Argentina, Paraguay y Uruguay, cuyo epicentro es la llamada “Triple Frontera”. No es de extrañar que a 100 Km de esa “Triple Frontera”, con la excusa de combatir el narcotráfico, estén apostados regimientos de la Task Force. ¿Será porque para producir un litro de Coca Cola se necesitan nueve litros de agua?

Educación

En América Latina, el 30% es analfabeto y el 25% analfabeto funcional. Resulta demostrativo correlacionar la distribución de la riqueza y la educación: el 10% más rico tiene doce años de educación y el 10% más pobre tiene sólo dos años.

En Brasil, demostraron la relación entre pobreza y educación, estudiando la incidencia del retardo del crecimiento en menores de cinco años, en familias de igual situación de pobreza, según los años de estudio del padre. La conclusión fue que con diez años de estudio, el retardo del crecimiento fue del 3,94%; y con dos años de estudio, el retardo fue del 19,4%.

Nutrición

El subcontinente latinoamericano tiene 55.000.000 de niños desnutridos con déficit intelectual casi irreversible: 10% de desnutrición aguda, 20% de desnutrición crónica y 30% de subalimentados. En una de las regiones de mayor producción de alimentos para el resto del mundo, esto es inadmisibile.

Salud

En este tema, los datos son más que elocuentes. La mortalidad infantil evitable es de 100 casos por hora, y podría evitarse con el 5% de la producción mundial de granos o con el 4% del gasto mundial en armas. Se registra una gran cantidad de enfermedades endémicas controlables que no son controladas: Chagas, Dengue, Cólera, Parasitosis intestinal, etc.

En América Latina, hay un serio acceso restringido a la atención sanitaria y un déficit en atención primaria de la salud, que se convierte en atención “primitiva” de la salud.

La corrupción provoca un gasto desproporcionado en tecnología, más que en recursos humanos en salud. En este sentido, se vislumbran dos causas:

- Política: los recursos humanos no son “inaugurables”.
- Económica: en los recursos humanos no hay “retorno” (léase “coimas”).

Distribución de la tierra cultivable

El 40% de las tierras cultivables está en manos del 7% de la población. Existe un aumento de los latifundios improductivos a expensas de microproductores productivos. Además, es preocupante la inexistencia (o casi) de políticas de reforma agraria.

Investigación biomédica

El 90% del presupuesto en investigación biomédica es para el 10% de patologías no prevalentes en la región, y que sí son peligrosas para el primer mundo. En este sentido, se observa la aplicación de un “doble estándar”: un estándar moral

para el mundo desarrollado, que privilegia la autonomía, el consentimiento informado y el acceso a los mejores procedimientos comprobados, y otro “estándar moral” para el tercer mundo, donde la sumisión hace inexistente la autonomía, limitando el cuidado a los escasos recursos disponibles. En estas condiciones el consentimiento informado se convierte en “convencimiento interesado”.

La Bioética como solución

La Bioética no debe quedarse sólo en un diagnóstico de situación, debe arbitrar también las soluciones. De acuerdo a lo expuesto, queda claro que el problema de América Latina no es la falta de recursos, sino su distribución injusta. Esta injusticia tiene un hilo conductor: la discriminación, que los poderes hegemónicos quieren que sea “natural”, pues lo natural no se reflexiona, no se problematiza, y en consecuencia, no se cuestiona.

La discriminación, en realidad, es una construcción social, producto de relaciones hegemónicas de poder con sentidos de orden moral y funciones de normalidad, disciplinamiento y estigmatización. Por el contrario, el proyecto de “naturalizar” la discriminación tiende a legitimar las injusticias: “pobres hubo siempre”, es el slogan de este proyecto.

Si se piensa que el problema, entonces, es moral, la solución de fondo estará dada aplicando los principios éticos en la distribución de los recursos:

1. Universalidad: toda persona, por ser persona, en términos kantianos, tiene dignidad y no precio, es sujeto y no objeto, es un fin en sí mismo y no un medio. La dignidad, basamento y fundamento de los derechos humanos, consiste en la no instrumentalización de las personas, por más loables (en apariencia) que sean los objetivos; tal es la excusa “cientificista” del doble estándar.
2. Igualdad: en base a lo anterior, todas las personas tienen el mismo derecho a ser tratadas en un pie de igualdad. En el caso de la salud, por ejemplo, es

inaceptable la teoría de los estándares mínimos y máximos. No puede haber una salud “VIP” y una salud “villera” (de los pobres, una salud para ricos y otra para pobres). La salud es una sola, hay salud o no hay salud.

3. Equidad: este principio señala que en la distribución de los recursos se debe dar algo menos al que de por sí tiene más, para poder dar algo más al que de por sí tiene menos. No se trata de robar a los ricos para dar a los pobres, al mejor estilo “Robin Hood”, pero tampoco de dar lugar al “Hood Robin” del neoliberalismo, donde los que tienen menos terminan pagando (y enfermándose) más.

Si en esta distribución aparece alguna desigualdad, la única aceptable en términos éticos (siguiendo la Teoría de la Justicia de John Rawls) es aquella que beneficia a los más desposeídos y no a los poderosos. En esta distribución debe evitarse cualquier “focalización” que políticamente tienda a crear un clientelismo cautivo. Asistencialismo sin justicia es humillación.

4. Participación: la comunidad como sujeto colectivo que comparte en “común-uni3n” necesidades, valores y proyectos, debe participar por necesidad y de manera solidaria en la toma de decisiones. De no ser así, simplemente es una depositaria pasiva de las decisiones de un grupo de mesiánicos, “es retornar a viejas propuestas funcionalistas y materialistas con funciones de control social y legitimaci3n de la subalternidad” (Menéndez, 1998).

5. Solidaridad: debe ser implementada en tres niveles:

- Nivel macro, como estrategia política para una redistribuci3n equitativa del ingreso. Los instrumentos id3neos son varios, por ejemplo, un sistema tributario que grave más la renta y la riqueza, y menos la producci3n y el trabajo; políticas de generaci3n de empleos, de créditos para microemprendimientos, de promoci3n de la pequeña y mediana empresa, de reforma agraria que privilegie la producci3n y el trabajo de la tierra, “castigando” los latifundios improductivos; invertir en el tercer sector, el sector social que genera más puestos de trabajo: trescientos empleos por cada mill3n de dólares invertido. Esta lista no agota los instrumentos, es sólo para ejemplificar las decisiones políticas.

- Nivel meso, promocionando y protegiendo las redes sociales con las organizaciones elegidas y constituidas democráticamente, para superar lo

reivindicativo y convertirse en el eje central de la transformación sociocultural y económica. El poder político debe respetar los procesos de autogestión y autonomía de dichas organizaciones, evitando cualquier tipo de control ideológico o social.

- Nivel micro, incorporando la solidaridad en nuestra cotidianeidad. Generar estrategias de oposición a las injusticias sociales desde los mismos sectores marginados, sin copiar estructuras coercitivas del poder, resistiendo a sus mecanismos de seducción. “Se trata de no enamorarse del poder” (Foucault, 2000).

La idea es hacer de la cotidianeidad una denuncia de las injusticias como primer paso a la justicia, ya sí cumplir una función “profética”. Además de confortar a los afligidos, hay que empezar a afligir a los confortados.

En el Comité de Ética del Hospital F. J. Muñoz, hemos presentado la siguiente declaración: “Es necesario construir una ÉTICA LATINOAMERICANA que luche activamente a favor del más débil y de las necesidades de la región, denunciando los abusos del egoísmo y del lucro desmedido disfrazados de ‘Globalización’. Que preserve y respete la dignidad de las personas y nuestras identidades culturales”.

Interculturalidad en la Atención Primaria de la Salud (APS) con Participación Comunitaria (PC)

Como nos enseñaron los semánticos, antes de discutir, fijar términos. Primero definiremos, o mejor dicho, conceptualizaremos la interculturalidad, la Atención Primaria de la Salud y la Participación Comunitaria, y luego veremos la forma de integrarlas.

Interculturalidad

Comenzaremos con una definición antropológica de cultura, la propuesta de Marvin Harris (1990): “Son las formas de pensar, sentir y actuar aprendidas y aprehendidas socialmente por los miembros de una colectividad”. Como se ve, el proceso de aprendizaje puede ser consciente (aprendido) y no consciente (aprehendido).

Otra definición antropológica de cultura es la propuesta por García Canclini (1999): “Es el conjunto de los modos de producción, circulación y consumo de las significaciones de la vida social”. Cualquier cultura siempre es una trama de significaciones, y significar es la búsqueda del verdadero sentido, esto es, por qué pasan las cosas que pasan y por qué las personas hacemos las cosas que hacemos. Las relaciones entre las distintas culturas se pueden apreciar en la tabla 1.

Tabla 1

Relaciones entre las distintas culturas
Aculturación
Inculturación
Multiculturalismo
Interculturalidad

La aculturación es la desaparición de una cultura a través del despliegue de la fuerza por parte de otra dominante: los genocidios americano, judío, armenio, ucraniano y tantos otros que revelan los aspectos más repudiables y execrables de la especie humana.

En la inculturación también se produce la desaparición de una cultura por otra, pero en este caso no por la fuerza, sino por una forma sutil pero no menos efectiva. Al introducirse una cultura hegemónica en otra, esta última es subalternizada, perdiendo sus valores y principios, que son sustituidos de modo paulatino por los de la cultura invasora. Ejemplos de esta inculturación son algunos movimientos “evangelizadores” y “misioneros” que actúan sobre los pueblos originarios americanos, y que con la excusa de llevar la fe cristiana, terminan haciendo desaparecer sus culturas, sus tradiciones y sus estilos de vida. Esos movimientos son mal llamados “evangelizadores”, porque como decía San Pablo en su Carta a los Corintios: “Fides suadenda non imperanda” (‘la fe propuesta, no impuesta’).

Las características del multiculturalismo se describen en la tabla 2, y las de la interculturalidad en la tabla 3.

Tabla 2

Multiculturalismo
Apunta no a la coexistencia de culturas sino a su fusión en un mercado global.
Está al servicio de oligarquías que se presentan como representantes de la sociedad.
Es una estrategia del poder hegemónico.

Fuente: Negro Pavón, D., "Desmitificación del consenso político", revista *Razón Española*, núm. 145, Madrid, 2007, p. 152.

Tabla 3

Interculturalidad
Espacios interculturales de mutuo respeto.
Pluralismo cultural como procesos de interfecundidad.
No opera con un solo modelo teórico-conceptual.
Es una síntesis cultural, con nuevas formas de representaciones y prácticas.

Fuente: Fonet Betancourt, R., *Filosofía intercultural*, México, Universidad Pontificia, 1994.

Atención Primaria de la Salud (APS)

22

En la reunión de la OMS en Alma-Ata, en 1978, cuyo lema fue “Salud para todos en el 2000”, se definieron los alcances de la Atención Primaria de la Salud: es el primer nivel de atención médica, el más eficaz e imprescindible en cualquier programa de salud. No debe ser sólo una excusa para abaratar costos, porque sería entonces atención primitiva de la salud. Tampoco se circunscribe a la mera atención médica, sino que incluye: educación para la salud; promoción de nutrición, agua potable y saneamiento ambiental; asistencia materno-infantil; planificación familiar y salud reproductiva; inmunizaciones; suministro de medicamentos esenciales; prevención y tratamiento de enfermedades y traumatismos más comunes; y prevención y asistencia integral de enfermedades endémicas.

La Atención Primaria de la Salud es la función central de un sistema nacional de salud, y del desarrollo económico y social de la comunidad. Incluye la plena participación de la comunidad en cada una de las etapas de su desarrollo: planificación, ejecución y evaluación. Abarca al desarrollo total de la comunidad y a la salud como un derecho humano personalísimo y positivo en términos jurídico-políticos. El Estado participa en forma positiva y sustantiva, no limitándose a un simple coordinador.

Circunscribirla a la atención exclusivamente biomédica es “medicalizarla”, más aún, es bastardearla en una atención primitiva de la salud. Sus objetivos son las necesidades sociales en su totalidad, no sólo las sanitarias.

Participación Comunitaria (PC)

Canadá, con uno de los mejores sistemas de salud del mundo, a través de la

Carta de Ottawa, en 1986 institucionalizó la Participación Comunitaria (OMS, 2000). Sus acciones son:²³

- Reconstruye la identidad de grupos marginados; de agentes pasivos pasan a actores sociales activos con rituales de pertenencia y de significación.
- Supera la atomización social, pues lucha contra el individualismo y la dependencia.
- Construye el sujeto a través del “otro”: de la otredad a la yoidad.
- El grupo humano se convierte en sujeto de la reproducción social y no en mero objeto / recurso.
- Revierte la “culpabilización” de la víctima producida por un modelo médico hegemónico, cuyo instrumento es la medicalización.

Ahora bien, ¿qué debe entenderse por “comunidad”? No es sólo un agregado de individuos, debe ser un sujeto colectivo que comparta, en común-unión, necesidades, valores y proyectos. Una sociedad así organizada, comprometida, solidaria y participante es el mejor “reaseguro ético” contra los Cuatro Jinetes del Apocalipsis, que en el tercer milenio se ven representados por el individualismo, la corrupción, el autismo social y el fundamentalismo del mercado.

Los profesionales de la salud, con respecto a las organizaciones comunitarias, debemos limitarnos a funciones de promoción, asesoría y supervisión, respetando sus procesos de autonomía y autogestión, sin ejercer ningún tipo de control ideológico o social. De no ser así, sería una contradicción con el concepto de Atención Primaria de la Salud. Se estaría reproduciendo el modelo médico hegemónico y se volvería a viejas propuestas funcionalistas y materialistas con funciones de control social, legitimación de la subalternidad y de abaratamiento.

Como muy bien esclarece Eduardo Menéndez (1998), “la participación comunitaria en salud posibilita que de lo reivindicativo se pase a la transformación social, en cuanto a la toma de decisiones y al control político”. Esto es así, si asumimos que la comunidad es nuestra auditora “natural” (mal que le pese a un arraigado modelo médico hegemónico), auditora en términos de producto y no de medios.

De allí que Ramón Carrillo (1974) afirmaba que la evaluación de un programa de salud, además de lo técnico, debe incluir sustancialmente las “encuestas de satisfacción” en la comunidad. Pero esta participación debe ser en la toma de decisiones, y no debe ser simplificada y reducida a un “buzón de sugerencias”, porque de ser así, sería otro “buzón”.

Más aún, el American College of Physicians (1992) explicita: “Los médicos deben ayudar a la comunidad a reconocer y tratar las causas sociales de la enfermedad y ayudar a corregir las deficiencias en la disponibilidad de servicios de salud”. La salud pública debe ser considerada y estructurada como salud del público, con compromiso del Estado y con participación responsable y solidaria de la comunidad (Almeida Filho, 1999).

Integración de la APC y la PC con la interculturalidad

Analizaremos la interculturalidad en comparación con el multiculturalismo:

Multiculturalismo	Interculturalidad
Competencia.	Cooperación.
Intereses individuales.	Intereses grupales.
Monólogos.	Diálogos.
Que me escuchen.	Escuchar a los demás.
Yoidad en el yo.	Yoidad en la otredad.
Codo contra codo.	Hombro contra hombro.
La naturaleza es explotada.	La naturaleza es protegida como una “madre”.

En el multiculturalismo, una cultura médicamente etnocéntrica impone saberes y prácticas de salud a otra cultura, subordinándola y subestimándola. Es un sistema impositivo y reaccionario, y con frecuencia, el resultado es más enfermedad.

Por el contrario, en la interculturalidad hay dos etnomedicinas (una tradicional y otra oficial) que se encuentran en una relación vincular donde saberes y poderes circulan de forma simétrica sin ningún tipo de sometimiento. Es un proceso integrador y enriquecedor entre dos culturas, cada una con sus patologías determinantes, sus sistemas terapéuticos específicos y sus agentes sanitarios propios. Es una síntesis de “interfecundidad”.

Como glosa, quiero traer las palabras de mi amigo Julio Arce, médico neuquino con gran experiencia en comunidades mapuches:

Para Empacho y Mal de Ojo

la Machi te da una mano,

pero si es apendicitis

más te vale un cirujano.

Volviendo a Ramón Carrillo (1974), resulta pertinente recordar los tres pilares de la salud pública:

- Todas las personas tienen igual derecho a la salud y a la atención de la enfermedad.
- No puede haber política sanitaria sin política social.
- De nada sirven los adelantos técnico-científicos si no llegan a los desposeídos.

Desde Hipócrates, los médicos hemos estado al lado del paciente, llegó la hora

de estar del lado del paciente. Tenemos por delante una nueva función, la función profética, no tanto en la predicción del futuro, sino más bien en la denuncia de las injusticias. Durante mucho tiempo hemos confortado a los afligidos, la función profética es, ahora, afligir a los confortados.

Crisis del modelo hegemónico actual

La alternativa antropológica

Un enfermo es un ser humano de carne y hueso que sufre, ama y sueña.

Miguel de Unamuno

En Las leyes, la última obra que escribió (Platón, 1952) ya en la proximidad de su muerte, se describe cómo actuaban los médicos en la atención de los esclavos y de los hombres libres. Respecto de los primeros, predominaba el poco tiempo que se les dispensaba, no se les explicaba su padecimiento y se los atendía con “las bruscas maneras de un dictador”. En cambio, a los hombres libres les dedicaban más tiempo, se preocupaban por ganarse su confianza y la de sus familiares y les explicaban con detalle la naturaleza de la enfermedad y los medicamentos que les prescribían. También describe en la Apología de Sócrates las condiciones que este le asignaba a los médicos. Una era la tekne: los conocimientos y las habilidades para curar la enfermedad que los habilitaban como buen técnico. Pero para llegar a ser un “médico bueno” necesitaban además el medeo: el cuidado a la persona que está enferma, comportándose como persona-médico.

Después de veinticinco siglos, parece que las cosas no cambiaron mucho en la medicina, y tampoco en la sociedad. En la Argentina, el 20% más rico de la población concentra el 51% de los ingresos producidos en el país, mientras que el 20% más pobre se tiene que arreglar con menos del 4% (EPH, 2007). Obviamente, los perfiles epidemiológicos y de atención médica de los pacientes van a ser muy distintos en un grupo y en otro. De modo paralelo, el 70% de los médicos tiene tres o más trabajos y no superan en sus ingresos dos canastas básicas familiares (\$2.400), mientras que un 8% supera los \$25.000 mensuales.

Volviendo a Platón, en los albores del tercer milenio, seguimos teniendo hombres libres y esclavos, y también médicos esclavos, porque, ¿cómo tener medeos para los pacientes si apenas disponen de tiempo para el medeos hacia su propia familia?

Aristóteles decía que todos los conocimientos –según la utilización de los mismos– se podían resumir en dos saberes: el saber de servicio y el saber de poder (Aristóteles, 1952). La medicina no escapa a este concepto, habiendo engendrado tanto servidores de la humanidad como cómplices del poder, según se hayan ubicado del lado de los dominados o de los dominantes. Es menester que, a partir de nuestra práctica, internalicemos las redes de poder hegemónicas en y por un positivismo cientificista. Es preciso darnos cuenta de cómo somos utilizados en nombre de ese positivismo por la “nomenklatura” médica, convirtiéndonos en aliados inconscientes, lo que puede desculpabilizarnos pero no desresponsabilizarnos de la medicalización de la vida.

Las relaciones hegemónicas de poder no sólo medicalizan la vida de la gente, convirtiendo y reduciendo los conflictos sociales a patologías individuales, criminalizando a la víctima, responsabilizándola de todos sus sufrimientos, sino que también nos medicaliza a nosotros, los médicos.

La medicalización (Conrad, 1985) no es una función de la medicina, sino más bien un requisito funcional del sistema para concretar claros objetivos de control social a través de estrategias de normatividad, disciplinamiento y estigmatización. A través de ella, el Estado y la sociedad se desresponsabilizan de la enfermedad de sus integrantes, al transformar los conflictos sociales en patologías individuales que deben ser tratadas. La enfermedad –y la salud– pasan a ser una mercancía, que se cotiza en el mercado. La medicalización de los médicos, cuando nos opaca la visión social del proceso salud-enfermedad-atención, disuelve nuestras conciencias críticas y nuestras responsabilidades sociales, en aras de un destino cientificista y ahistórico.

Se nos “premia” con el desarrollo tecnológico, pero debemos preguntarnos cuándo el uso de la tecnología es en beneficio del paciente y cuándo está al servicio espúreo de la tecnocracia, de la “nomenklatura” médica, beneficiando a unos pocos privilegiados a expensas de la exclusión de muchos marginados. Tanto la salud como la enfermedad y la atención son construidas por las relaciones sociales y, a su vez, son producto de ellas. Estas relaciones determinan

y estructuran las dimensiones biológicas. No nos engañemos, no estamos viviendo un modelo económico, se trata de un modelo ideológico que instrumenta la economía para conseguir objetivos políticos y sociales, de concentración de riquezas, saberes y poderes –y en consecuencia de salud– en unos pocos, con exclusión de los más. Es fundamental que visualicemos críticamente esta dimensión social, el padecimiento, la sickness, en nuestra práctica médica. Ramón Carrillo (1974) nos ilustra al respecto: “Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, a la angustia y al infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedades son unas pobres causas”.

La salud no puede ser una mercancía sujeta a leyes inhumanas y a-morales del mercado (según definición del financista George Soros). La salud es un derecho humano positivo y, como tal, debe estar garantizado por el Estado, tanto en el acceso a la salud como en la atención de la enfermedad, coordinando y regulando con sentido de justicia y equidad en la distribución de los recursos, los distintos subsectores privados y públicos. Este modelo médico está en crisis, como lo está el modelo ideológico globalizante. La crisis pasa tanto por lo económico como por lo social, lo político y lo sanitario. Esta crisis no sólo se manifiesta en países periféricos como el nuestro, sino también en los centrales. En un discurso ante la Asociación Americana de Médicos, Bill Clinton manifestó: “Algo anda mal cuando los médicos pasan más tiempo con su contador que con sus pacientes”. Pero, más allá de lo económico, dicha crisis, en tanto descreimiento por parte de la sociedad, se debe en gran medida a que este modelo se redujo a una medicina del cuerpo, abandonando la medicina de la persona (Le Bretón, 1995). Al descreer del efecto simbólico –ironizándolo a veces como efecto placebo– reclasificó la enfermedad en factores de riesgo, en responsabilidades individuales, en fallas mecánicas; en definitiva, anatomizó el sufrimiento. Al interrumpir la circulación del símbolo, el médico renuncia a un recurso terapéutico fundamental y, por otra parte, esta “desculturización” promueve la desconfianza de los actores sociales sobre esta medicina “oficial”, favoreciendo el desarrollo de las llamadas medicinas alternativas, que sí tienen en cuenta esa eficacia simbólica. Estas consideraciones, sin embargo, no nos deben hacer caer en otras reducciones (como las vertientes fenomenológicas o las culturalistas relativistas), que tampoco tienen en cuenta la materialidad del sufrimiento, al no considerar los mecanismos histórico-ideológicos y político-económicos.

Lo social no es un eslabón más en la cadena epidemiológica: es la matriz del

proceso salud-enfermedad-atención. Como alternativa válida debemos, como médicos, promover la Atención Primaria de la Salud, pero con participación comunitaria en lo que hace a la toma de decisiones y al control político. Debemos reconocer en el trabajo comunitario (Menéndez, 1985) el primer nivel de atención primaria, respetando la autonomía y la autogestión de las organizaciones comunitarias, no ejerciendo sobre ellas control alguno, social o ideológico, sino funciones de promoción, asesoría y supervisión. De no ser así, habría una contradicción ideológica respecto del concepto de Atención Primaria de la Salud que, en la Declaración de la OMS: “Salud para todos en el año 2000” (Alma Ata, 1978), se definió taxativamente: “La Atención Primaria de la Salud incluye la plena participación de la comunidad en cada una de las etapas de su desarrollo: planificación, ejecución y evaluación. Es la función central de un sistema nacional de salud y del desarrollo social y económico global de la comunidad”.

Este último concepto es fundamental para no quedarnos en lo puramente reivindicativo de la salud, para que las organizaciones comunitarias produzcan las transformaciones estructurales en lo ideológico-político y en lo económico-social, para una sociedad más justa y en libertad. Como manifesté anteriormente, desde Hipócrates hemos estado al lado del enfermo. Creo que llegó la hora de ponernos del lado del enfermo. El siguiente texto de Aráoz Alfaro lo refleja elocuentemente (Staffyeri, 1942): “El médico verdadero, el que tiene el alma de tal, el que se interesa por el dolor y la miseria de la sociedad en que vive, no puede prescindir de ser un sociólogo, no puede prescindir de ser un político, no puede prescindir de ocuparse de la cosa pública”.

La antropología médica como disciplina científica de la antropología social nos esclarece a los médicos en este análisis macro del proceso salud-enfermedad-atención (Grimberg, 1995), proponiéndonos un reencuentro de la antropología y la medicina (Mir Candal, 1999; Grimberg, 1997), reinventando una antropología médica crítica (Comelles, 1997).

A través de una sana autocrítica, antropólogos y médicos nos asumiremos –y, en consecuencia, actuaremos– conjuntamente con la comunidad como co-sufrientes de un modelo que excluye a una mayoría en beneficio de una minoría etnocentrista y colonialista.

El primer paso al camino de la justicia es denunciar las injusticias; el silencio nos hace cómplices. Santa Catalina de Siena les espetaba a los obispos de

entonces: “Por su silencio hay corrupción”.

El mito de Asclepio y la omnipotencia médica

La diferencia entre Dios y los médicos es que Dios no se cree médico.

Martin Winckler

La naturaleza humana es la menos “natural” de todas las naturalezas; a diferencia del animal, para el hombre no hay nada naturalmente dado. Aun nuestro código genético es el resultado de una trama de relaciones sociales que modifican el fenotipo, más allá del genotipo. En esa inteligencia, el sida nos recuerda que el sistema inmunológico es un producto cultural (Mainetti, 1994), entendiendo aquí como “cultura” un proceso de construcción social con sentidos particulares y desde relaciones desiguales de poder (Álvarez y Barreda, 1995).

Nuestra práctica médica, en tanto práctica social, no es sólo resultante de una formación profesional y técnica en forma exclusiva, sino que también está tramada por las relaciones sociales de las que venimos hablando. De esta manera, la así llamada “omnipotencia médica” debe contextualizarse en la omnipotencia social; como médicos no somos un mero producto de la alquimia curricular, somos construcciones y productos de la historia, y esta, a través del habitus, en el sentido de Bourdieu (1991) nos condiciona, nos limita y nos da sentido.

En ningún caso debe interpretarse esta postura como un determinismo fatalista o un construccionismo ultramontano; gracias a Dios, la persona humana es libre y, acá sí, naturalmente libre. Puede, en consecuencia, oponerse a esos condicionamientos histórico-culturales y liberarse de situaciones opresivas, ya que, como decía Paulo Freire: “La verdad del opresor está en la conciencia del oprimido”.

Una educación profesional triunfalista y positivista nos forma médicamente omnipotentes pero, tramados y potenciados por una cultura hedonista y materialista, nos lleva a ser socialmente omnipotentes. Esta omnipotencia deviene de manera negativa en un ejercicio del poder, edulcorado a veces, con

un toque de paternalismo (a la manera de “no me coma dulces” –le decimos a un paciente diabético–, entre otros ejemplos cotidianos). El sida es un ejemplo cabal de cómo una enfermedad puede ser una categoría estratégica para el ejercicio de poder.

Como construcción social, nuestra práctica médica asigna sentidos de orden moral que operan desde relaciones de poder. Así, calificamos a nuestros enfermos como “buenos pacientes” cuando obedecen a pies juntillas nuestras indicaciones, mientras que son “malos pacientes” cuando no lo hacen o, lo que es peor, cuando las cuestionan. Pero eso sí, siempre definimos nosotros, porque somos los que podemos, ya que somos los que sabemos, desde nuestro saber-poder. Si a algún paciente se le ocurre otro saber que se oponga a nuestro saber-poder quedará, como diría Martin Buber, “pensando a la intemperie”.

Ese ejercicio de poder alcanza su grado máximo en la medicalización de la vida (Conrad, 1985) que mencionamos con anterioridad, apropiándose así la medicina de espacios o territorios que no le son propios o, al menos, no totalmente propios.

Establece como un nuevo paradigma la medicalización del concepto calidad de vida: ninguno de los sistemas médicos evaluativos de la misma tiene en cuenta la propia expectativa del paciente. Por el contrario, todos los parámetros parten del punto de vista del observador y no del observado.

Napoleón decía que un ejemplo lo explica todo. Reflexionando sobre esto, confieso que más de una vez a “un negrito de la villa”²⁴ –perdón por la franqueza– no le explicaba acerca de su enfermedad y me justificaba pensando: “¿Cómo me va a entender?”. Hasta que una vez leí a Ortega y Gasset: “La claridad es la cortesía del filósofo”. Entonces comprendí que había construido la ignorancia del “negrito”, porque era “natural” que él no comprendiera al médico; en realidad, mi saber había construido un poder sobre él. Ilustraré esta situación con un recuerdo personal. Allá por 1960, era médico de barrio, pero ya con una incipiente formación académica que me distinguía de otros colegas de la zona y, además, me granjeaba el reconocimiento de los pacientes. Tenía –y la expresión verbal tiene sentido en las mencionadas relaciones de poder– un paciente de 80 años, italiano, más exactamente del Sur, en fin, fundamentalmente mediterráneo. Mi práctica se limitaba a controlarle de manera periódica la presión arterial –a pedido de sus hijos–, pero yo además le medicalizaba la vida: “Mire, don Antonio, si usted sigue comiendo esos ajos con aceite de oliva y tomando ese

vino tinto y le llega a pasar algo, a mí no me llame”. Don Antonio sabía que igual podía llamarme porque, en realidad, yo no era tan malo. Como la mayoría de mis colegas, estábamos más bien disfrazados y obligados por un guardapolvo aséptico, impuesto y autoritario que no siempre consigue ocultar nuestra conmoción ante el dolor humano. Ante mis intentos medicalizadores, dictados por los avances científicos de la época, don Antonio me respondía con su sabiduría milenaria que todos sus antepasados habían muerto longevos comiendo ajos con aceite de oliva y tomando un vasito de vino tinto. ¿Cuál fue mi construcción? Para mis adentros pensaba: “¡Qué tano bruto!”, juicio moral, biólogo, a-histórico, a-social y desde relaciones de poder. Es interesante que este juicio lo compartía –y lo construía– junto a los familiares de don Antonio, quienes también intentaban cambiarle sus hábitos de vida; es decir, controlarlos. Estos familiares constituían su sector subalterno, con el cual yo procesaba una hegemonía como una relación tensa con momentos de consenso y de coerción (según una teorización desde mi práctica del concepto antropológico de hegemonías).

¿Cuál fue el final de la historia? Don Antonio se murió a los 95 años, tranquilo y en paz, de muerte natural, comiendo ajos con aceite de oliva y tomando vino tinto. Pasaron muchos años para que los “avances científicos” dieran la razón a la sabiduría mediterránea de don Antonio: hasta el Dr. Favaloro recomendaba una copita de vino.

Por desgracia, hay ejemplos más tenebrosos de medicalización y hegemonías que hemos revisado con anterioridad, al referirnos a la discriminación y a las categorías morales en el sida. Todos estos mecanismos no son conscientes –en general– entre los médicos; obedecen a procesos de socialización –es decir, los interiorizamos sin una reflexión previa– tanto desde nuestros aprendizajes técnico-específicos –facultad, hospital, etc.–, como a partir de nuestros roles socializados, desde nuestra experiencia de clase, ya que casi todos procedemos de clases medias o altas. Nos enseñan que las cosas son así, naturales, que están dadas: “No podés hacer nada si ese chico que atendés con infecciones a repetición no tiene comida porque el padre está sin trabajo”; “Eso pasó siempre, eso pasa en todo el mundo”, “Como médico, vos estás para otra cosa”. ¿Qué es otra cosa? Es el conformismo, es el “no se puede”, es el “no te metás”, es sacar la historia, es universalizar lo particular, es naturalizar lo social, es justificar lo injustificable, es pensar que si en el mundo hay un médico cada mil habitantes y un soldado cada cuarenta, es porque es así, porque debe ser así.

En esta inteligencia, lo social y lo histórico no son un eslabón más en la cadena epidemiológica: constituyen el centro, lo sustancial, el punto de referencia obligado en la consideración y análisis del proceso salud-enfermedad-atención. La medicina social no es –no tiene que ser– tan sólo un barniz humanitario; la medicina social es “hacernos cargo” –parafraseando a Erich Fromm– de las injusticias, de los sufrientes, de los oprimidos y de los excluidos. Siguiendo a Susan Sontag, no basta no compartir las metáforas moralizantes y discriminatorias, es necesario denunciarlas, perseguirlas, anularlas.

A manera de conclusión: cada vez que tracemos la típica raya sobre el Rp²⁵ que encabeza un recetario, recordemos el rayo con que Zeus castigó la soberbia de Asclepio, y rememoremos la oración de Maimónides: “Oh, Dios mío, aleja de mí la idea de que todo lo puedo”.

Hospital: ¿servicio o control?

La Organización Mundial de la Salud (OMS, o WHO por sus siglas en inglés), define así al hospital: “Es parte integrante de una organización médico-sanitaria completa, preventiva y curativa, cuyos servicios de consultorios externos irradian hacia el ámbito familiar. Es también un centro de formación de personal médico-sanitario y un campo de investigación biosocial” (WHO, 1984). Resulta tan claro el objetivo como la metodología (“irradiar hacia el ámbito familiar”) y los medios: administrativo, docente y de investigación.

Siguiendo a Foucault, un paciente internado está doblemente alienado, enajenado: por una parte, lo aliena la enfermedad, y por otra, esta es alienada por la estructura hospitalaria, que la convierte en datos estadísticos en un doble proceso de medicalización y deshumanización (Foucault, 2000).

La historia clínica está sobrebiologizada y abiografiada; esto es, hiperabundan en ella datos biológicos (análisis, radiografías, pruebas, etc.), pero está vacía de lo biográfico: de la vida del enfermo no se sabe nada. Sólo da cuenta del dolor, pero se ignora todo sobre el sufrimiento del paciente. Por lo tanto, se prescriben analgésicos, pero está deshabitada de alivio. Conocemos la identidad jurídica del enfermo (nombre, apellidos, documentos), pero ignoramos su identidad social: su familia, sus amigos, sus afectos, sus temores, sus esperanzas, sus sueños, en fin, su experiencia de lo vivido humano.

El hospital moderno tiene, desafortunadamente, una estructura cuartelaria: pabellones, horarios fijos y tempraneros desacoplados de la vida social cotidiana, jefes de división, recorridas y guardias, enfermeras cabas y enfermeros cabos, interrogatorios en las historias clínicas. Si el paciente no cumple las indicaciones, es un mal enfermo, y si protesta, además, le cabe el alta por indisciplina.

Para los médicos, el “interrogatorio” forma parte de nuestra cotidianeidad, pero para el imaginario social, los que “interrogan” son los jueces, la policía y los médicos. Los tres que interrogamos estamos uniformados, y los tres “internamos”. En una hermenéutica del discurso médico, cobran sentido como símbolos del poder elementos jergales, como “armamento terapéutico”,

“expectación armada”, “campañas”, “luchas”, “mecanismos defensivos”, hasta el paradigmático “ganglio centinela”.

En la práctica, la definición de la OMS se invierte: no es el hospital que se “irradia al ámbito familiar”, más bien la gente tiene que ir a él, y si no lo hace, es culpable de lo que le pueda suceder.

Volviendo a la definición de marras, ella explicita con claridad que para brindar asistencia, el hospital cuenta con medios (además de los técnicos específicos) administrativos, docentes y de investigación. Sin embargo, en muchas ocasiones estos medios se convierten en fines, y es el paciente el medio para mejorar los índices administrativo-financieros y la “excelencia” en la docencia y en la investigación.

Así, se llegan a adelantar o postergar altas médicas para regular índices de rendimiento operativo, como giro de cama, porcentaje ocupacional, etc. En el mismo sentido, a veces prolongamos una internación para dar tiempo a que las nuevas rotaciones de alumnos puedan ver “ese caso tan interesante”, o bien para completar un “protocolo” de investigación.

Si en realidad se quiere colocar al hospital al servicio de la comunidad y no a la inversa, se deberá articular la plena participación comunitaria a través de sus organizaciones representativas, en las tres etapas de todo programa sanitario: planificación, ejecución y evaluación.

La comunidad es la “auditora natural” de nuestra atención médica, y como tal, debe participar en la toma de decisiones sanitarias que hagan a su calidad de vida. Toda otra participación comunitaria que no pase por la toma de decisiones, no hace más que cumplir funciones de control, de legitimación de la subalternidad y de abaratamiento. No se trata de un hospital para la comunidad, sino más bien, de un hospital con y de la comunidad, siguiendo las directivas de la OMS en la reunión de Alma Ata (1978).

El hospital como “agente moral” debe garantizar el ejercicio de valores morales y principios bioéticos en el equipo de salud, pacientes y familiares desde el cumplimiento de los derechos humanos.

Medicina, sexo y poder

El mejor afrodisíaco es el poder.

Henry Kissinger

Siguiendo la costumbre oriental, milenaria y, quizás por eso, sabia, comentaré el título leyéndolo de derecha a izquierda. Reflexionaré primero sobre el poder, y después lo haremos sobre el sexo, para finalizar en la medicina.

El poder

El gran filósofo del poder fue Nietzsche, más que Marx. Así lo entiende Foucault cuando afirma que no hay un poder único y macro que domine al resto, sino más bien redes de poder que traman todo el tejido social, reproduciéndose en focos múltiples que a su vez originan más poder (Foucault, 2000). Gramsci introduce el concepto de hegemonías como categoría que da cuenta de relaciones interactivas que se articulan entre sectores dominantes y subalternos en una negociación para apoderarse de cuotas desiguales de poder (Gramsci, 1978). Esta articulación es a la vez conflictiva y dialéctica, y alternándose en instancias de acuerdo y de presión, se va configurando a través de mecanismos ideológicos, políticos y económicos.

El poder no es un medio, es un fin en sí mismo; los poderosos gozan con él, no lo buscan para “conseguir” algo, sino como un fin último, como un objetivo que hay que alcanzar a pesar de todo y caiga quien caiga; la estrategia es obtener cada vez más poder y la táctica utilizar cualquier medio para lograrlo.

Maquiavelo aconsejaba al Príncipe: “Governare é piú bello que fornicare”. Aquí ya encontramos una relación del poder con la sexualidad, relación que va a

desarrollar con prolijidad Foucault al describir las tecnologías políticas del poder. Estas comprenden las anatómicas, como sistema de control individual, y las biológicas, como mecanismos de control social, usando a la sexualidad como “bisagra” disciplinaria entre ambas. Volveré sobre esto más adelante.

El sexo

Conviene distinguir cuatro contenidos: el sexo fisiológico, el género, la orientación sexual y el erotismo. Respecto del primero, es de destacar que existen cuatro criterios para su diagnóstico: gonadal, genético, hormonal y morfológico. Ahora bien, en el momento de nacer el sexo fisiológico no se halla completa y armónicamente desarrollado, ya que ello ocurre entre los cuatro y cinco años de edad, con la maduración neurológica del sistema límbico, entre otros. Esto se produce en el 99,99% de los casos, pero en el 0,01% restante la naturaleza se “equivoca”, entra en la zona turbulenta del “caos” –recordemos con Lorenz y Prigogine, que el cerebro funciona como un sistema complejo–, y da lugar, en consecuencia, al transexualismo, el “cuerpo equivocado”, una mujer en el de un hombre, y con menos frecuencia, un hombre en el de una mujer. Esta situación está agravada por el hecho de haber sido educados y socializados durante años en el sexo contrario, ya que, al nacer, una interpretación más que una descripción de la realidad les dio una impronta social y jurídica para toda la vida. Estas personas son estigmatizadas y descalificadas moralmente como “degenerados y perversos” por estamentos del poder a los que sólo les importa el control y el disciplinamiento.

En cuanto al género (Bellelli, Berón y Scheissohn, 1993), este remite a una categoría de construcción social de femenino y masculino. Como toda construcción de esta naturaleza, está producida y reproducida desde relaciones desiguales de poder que otorgan sentidos de orden moral con efectos de normatividad social, disciplinamiento y estigmatización, de tal manera que lo femenino se construye desde el poder masculino, articulando con sectores subalternos del campo femenino algo así como aquello de “los nenes con los nenes y las nenas con las nenas”. En este sentido, resulta significativo que en la reforma educativa se haya eliminado de la currícula el término “género” y reemplazado por “sexo”.

Al calificar a cada sexo con particularidades psicosociales fijas y determinantes, la sociedad tiene serios problemas de clasificación cuando alguien se aparta de ese estereotipo, y entonces se “construye” al diferente, al otro, al “desviado”, y de allí a la estigmatización y exclusión social hay un solo paso, fácilmente franqueable.

Algo similar ocurre con el otro contenido del sexo, la orientación sexual, esto es, el objeto de deseo, también definido moralmente. Una doble moral, reaccionaria y autoritaria, descalifica y discrimina a aquellos cuya orientación sexual no es la que marcan “la moral y las buenas costumbres”, tratándolos como enfermos, perversos o desviados. Es una doble moral, porque por un lado pontifican y por otro son asiduos “clientes” de travestis, como lo demuestran investigaciones antropológicas tanto en nuestro país como en otros (Barreda, 1993). La homofobia –el rechazo social a la homosexualidad– no es más que una forma de racismo, ya que no es el judío perseguido, sino los homosexuales y las lesbianas (Finkel y Gorbato, 1995). No se trata de hacer una apología de determinadas orientaciones, ya sean hetero u homosexuales, sino de una convivencia armónica entre los que se consideran diferentes. No se trata de hacer desaparecer las diferencias, sino más bien de tratarlas como convivencias culturales y no construirlas como desigualdades sociales. Al respecto, cabe citar la definición de la OMS en el informe técnico N° 572, donde se afirma: “Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. Como vemos, en ningún momento se menciona la orientación sexual; esto es así porque en la medida en que la elección de dicha orientación sea libre y responsable, será sana, con independencia del objeto del deseo (Giddens, 1995). A aquellos que discriminan “demonizando” a los homosexuales, convendría recordarles que, según su criterio, se le hubiera tenido que impedir enseñar pintura a Leonardo Da Vinci, literatura a Marcel Proust, o estrategia militar a Alejandro Magno.

Respecto del último contenido del sexo, el erotismo, conviene diferenciarlo de la erotomanía. El primero es producto de la seducción, del encuentro. El “sentido” es el otro, determina una sexualidad responsable, enriquecedora, placentera y liberada de prejuicios. Por el contrario, la erotomanía resulta del exhibicionismo, de individualidades; el sentido no está en el otro, sino en el placer mismo, y ya advertía Freud en Más allá del principio del placer que cuando este está permanentemente investido por el acto y no por el otro, el placer se vuelve maníaco: es el placer que vacía de placer y entonces aparece la angustia.

Azucena Maizani, en su tango Pero yo sé, lo retrata en un fresco sin igual cuando trova: “Pero yo sé que de madrugada / cuando la farra dejás / sentís el pecho oprimido / por un recuerdo querido / y te ponés a llorar”.

Cuando el erotismo es compulsivo, actuado y desafectivizado aparece la erotomanía, y si a esta la mercantilizamos se convierte en pornografía. Es un error prohibirla, porque se transforma en un estímulo para su consumo, ya que, como decía San Agustín en Confesiones: “La prohibición aumenta el deseo de lo ilícito”, quizás inspirado en las palabras de San Pablo a los corintios: “La fuerza del pecado está en la ley que lo prohíbe”. Finalmente, la medicalización de la sexualidad la convierte en “funcional” para sectores reaccionarios y dominantes como ha sido considerado en el capítulo “El sida como enfermedad social”.

Los pacientes me enseñan

26

Explicación

Si bien “paciente” y “enfermo” son sinónimos, para el título de este capítulo elegí el primero por razones etimológicas (de ethymon: ‘lo cierto’, ‘lo verdadero’). “Enfermo” viene del latín infirmus, ‘falta de fuerzas’, cuando en realidad, muchas veces, a los que nos faltan fuerzas es a nosotros, los médicos. En cambio, “paciente” es la apócope de “padeciente”, el padecimiento, la experiencia social de lo vivido humano como enfermo. “Paciente” no viene de “paciencia”. Recuerdo que en mi examen de Semiología, en el tercer año de la Facultad (ubíquense en el Mesozoico), le dije al profesor: “El paciente tiene...”. Me interrumpió y me dijo: “Paciente soy yo, que tengo la paciencia de escucharlo”.

La relación médico-paciente, como toda relación humana, para que sea enriquecedora debe ser “osmótica”, de interfecundidad: el que enseña también aprende y el que aprende también enseña. En este proceso, los médicos tenemos la erudición pero los pacientes tienen la sabiduría, nosotros somos el “cómo” de la enfermedad, los pacientes son el “porqué”. Nosotros respondemos al “qué puedo hacer” y ellos al “qué debo hacer”. Nosotros tenemos la fisiopatología y ellos la epistemología. Para llegar a esta interfecundidad, debemos pasar del interrogatorio (la biología) al escuchatorio (la biografía). Este capítulo es producto de ese escuchatorio durante cuarenta años, aunque más que capítulo es una “bitácora”: lo que los pacientes me enseñaron (valga la redundancia).

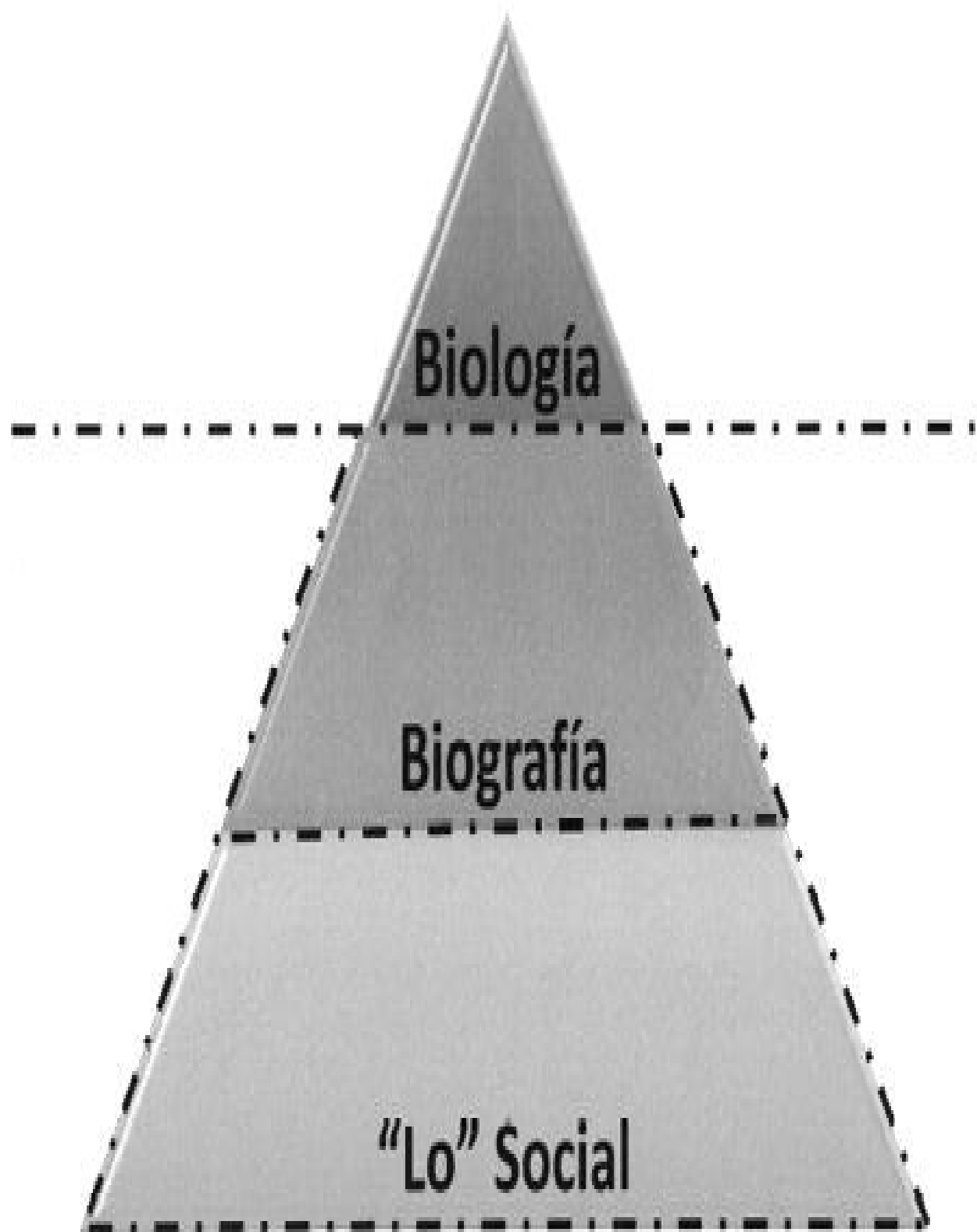
La enfermedad es un iceberg

Lo esencial es invisible a los ojos.

El Principito

Un gran aporte de la Antropología Médica (Grimberg, 1995 y Mir Candal, 1999) es el conocimiento pormenorizado de las distintas categorías de la enfermedad. En la figura adjunta, se representan en un iceberg. En la parte superior está lo visible para la biología, en la inferior lo invisible para ella, pero visible para las ciencias sociales: la biografía.

De una misma situación (los síntomas de una enfermedad; en la figura, la línea de flotación), dos miradas, la del médico y la del enfermo (la biológica y la biográfica), contradictorias pero ambas válidas.



En su teoría del “pensamiento complejo”, Edgar Morin nos ilustra de modo epistemológico que el conocimiento debe nutrirse de las contradicciones, si las incorporamos como complementarias. Las dos teorías físicas actuales, la de la relatividad de Einstein y la de mecánica cuántica de Plank, son contradictorias pero ambas verdaderas.

Apelando a la sabiduría de nuestro folklore (de folk, ‘pueblo’, y lore, ‘conocimiento’), encontramos un ejemplo bello y al mismo tiempo desgarrador, en una zamba que cantaba de manera entrañable (como todo lo que él hacía) Atahualpa Yupanqui. Narra las desventuras de un puestero en el campo, cuando llega el tasador del banco a cobrarle la deuda que no podía pagar, por los altos intereses bancarios. El puestero lo increpa: “No venga a tasarme el rancho con ojos de forastero las cosas no son como se ven sino como yo las siento”. Es decir, un mismo objeto, supongamos un portarretrato con la foto de su mamá, para él no tenía precio, y para el tasador valía diez centavos.

En este relato vemos tres miradas (contradictorias pero verdaderas para cada una de ellas) que corresponden a las tres dimensiones de la enfermedad. Veamos estas tres dimensiones:

Mirada del relato	Dimensiones de la enfermedad
Del taxador.	La biología.
Del puestero.	La biografía.
Del banquero.	Lo social.

	Biología	Biografía
Sustrato	Positivista	Psico-socio-afectivo
Instrumento	Interrogatorio	escuchatorio
Epistemología	Evidencia científica	Narrativa social
Poder	Médico-Paciente	Paciente-Médico
Bioética	Beneficencia	Autonomía
Eficacia	Biológica	Simbólica

Dimensión social

La dimensión social es la articulación de lo histórico, lo ideológico, lo político y lo económico. Lo resumió con claridad meridiana el gran sanitarista argentino Ramón Carrillo: “Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedades son unas pobres causas.” (Carrillo, 1974). No eliminó lo biológico, sino que lo subsumió en lo social.

Esta dimensión tiene que incorporarse en la práctica médica, más allá de su contextualización ideológica. Ya nos enseñaba (y enseña) ese párrafo del juramento hipocrático: “Iré en beneficio del paciente para liberarlo de toda injusticia y de todo agravio.”

El Manual de Ética del Colegio Norteamericano de Médicos indica a sus miembros: “Los médicos deben ayudar a la comunidad a reconocer y tratar las causas sociales de la enfermedad y ayudar a corregir las deficiencias en la disponibilidad de los servicios de salud.” (College of Physicians, 1992).

En el apartado “Me sentí un leproso”, relato cómo un enfermo a través de su narrativa me enseñó estas tres dimensiones.

El escuchatorio

Es necesario diferenciarlo y complementarlo con el interrogatorio.

	Interrogatorio	Escuchatorio
Comunicación	Monólogo	Diálogo
Resultado	Historia clínica	Narrativa
Sustrato	Biológico	Biográfico
Eficacia	Biológica	Simbólica

El escuchatorio no es nuevo. Decía Azorín, “para novedades los clásicos”. Un aforismo hipocrático: “Muchos pacientes se curan con la satisfacción que les produce un médico que los escucha.” Un dictum de Osler: “Practicar la medicina sin los libros es navegar sin brújula, pero intentar practicarla sin escuchar a los enfermos, ni siquiera es embarcarse.” (Osler, 1980).

Para efectivizar este escuchatorio se necesita una relación médico-paciente desde la Medicina Antropológica y una ética de los principios.

Podemos definir la relación médico-paciente como un proceso, esto es, una relación entre dos necesidades: una de curarse y otra de curar. Para que esta relación se dé en términos de justicia, debemos plantear tres aspectos: empatía, aceptación y veracidad.

¿Qué entendemos por empatía? Freud afirmaba: “En mi experiencia clínica he observado que los grandes afectos tienen mucho que ver con la resistencia a las infecciones.” (Freud, 1952). ¡Qué observación! Se adelantó cien años a la psicoimmunología. Por lo tanto, es menester querer al paciente, y además, demostrárselo, tanto como nos gusta a los médicos que los pacientes nos quieran y lo demuestren. En una época nos decían: “No te involucres con el paciente, no demuestres tus sentimientos, mantén la objetividad”. Pero no nos explicaban que al desubjetivizar al paciente, terminábamos despersonalizándonos, dando lugar al médico robot, y lo que es peor aún, finalizábamos como personas robot. “Yo no soy el otro, pero necesito al otro para ser yo”, afirmaba Levinas (Aubrol, 1993).

El otro extremo es sobresubjetivizar al enfermo, con lo cual perdemos objetividad y nos desestructuramos como médicos y como personas. Aparece el síndrome de compulsión: patológica responsabilidad, permanente duda y culpa maníaca, una puerta al burnout (Maglio et al., 2007).

En palabras de Unamuno: “Hay que estar con el enfermo sin ser el enfermo.” (De Unamuno, 1997). Puede ser que no sintamos afecto, que no haya feeling con el paciente (decía Pascal que el corazón tiene razones que la razón no entiende). En estos casos no debemos sentirnos obligados a quererlo, porque esa ficción va a ser captada con facilidad por el enfermo, y en términos populares, es peor el remedio que la enfermedad. En estas circunstancias, lo mejor para el paciente y

para nosotros es que lo asista otro médico que sí tenga ese feeling. A esa obligación muchas veces nos lleva una enseñanza mítica de la medicina: “Ser médico es un sacerdocio”. De ninguna manera, la medicina es una profesión y como tal debe ser reconocida con dignidad y ejercida con ética, porque con el mito del sacerdocio nos obligan a desarrollarla en condiciones indignas de trabajo, tanto para nosotros como para los pacientes, y sin siquiera contar con el derecho a protestar. A lo sumo, la medicina es un apostolado, pero laico.

En estos términos, es interesante aclarar que cuando se habla de deshumanización de la medicina debemos tener en cuenta los dos polos en que se ha deshumanizado. Es tan inhumano que un paciente tenga que ir a las seis de la mañana a pedir turno a un hospital –sin siquiera saber si se lo van a dar ese día–, como obligar a un médico a que atienda a un enfermo en diez minutos para que no se resienta la “eficiencia” del servicio.

El otro término de la relación médico-paciente es la aceptación, y me refiero a la aceptación moral. Aclaraba Maimónides (1980): “La medicina debe señalar lo beneficioso y alertar sobre lo dañino, pero no debe obligar a lo primero ni condenar a lo segundo.” A veces escuchamos: “Tiene Sida, se lo merece por homosexual, se lo merece por promiscuo, se lo merece por drogadicto”. Así nos convertimos en “empresarios morales”. “Un enfermo es un ser de carne y hueso, que sufre, ama y sueña”, clarificaba Unamuno, y por lo tanto, es digno de nuestra comprensión.

Se podría cuestionar, entonces, si la moral no tiene nada que ver con la medicina. Sí, tiene y mucho, pero la moral en medicina tiene que servirnos para ser cada vez más justos con los pacientes, y no sus jueces. Nos tiene que interesar con fines preventivos lo que la gente hace, no lo que la gente es. Es la diferencia entre prácticas y conductas: las primeras deben considerarse para el campo preventivo, pero las segundas no pueden juzgarse, ni ser motivo de encuestas epidemiológicas, pues pertenecen a la privacidad de cada uno.

Al naturalizar las conductas como de riesgo en sí mismas, las estamos cargando de significación moral. Por ejemplo, desde la prevención del VIH no nos debe interesar la conducta de si es o no promiscuo –por otra parte, ¿quién es capaz de definir qué es “promiscuo”?–, sino más bien la práctica: si utiliza o no preservativos.

El tercer término de la relación médico-paciente que estamos considerando es la

veracidad. No hay ninguna excusa ética para mentir; el punto es cuándo y cómo decir la verdad. Viene al caso recordar una anécdota: cuando Freud se enfermó de forma severa, le preguntó a su médico qué tenía. El Dr. Schür, que de él se trataba, cuenta en sus memorias: “Si no le digo la verdad a Freud, a quién se la voy a decir”. Entonces, le espetó: “Don Sigmund, usted tiene cáncer”. Cuenta Schür que Freud lo miró fijamente y apuntándolo con el dedo índice le recriminó: “Y usted, ¿con qué derecho me lo dice?”. (Schavelzon, 1988).

Este episodio nos deja una gran enseñanza: distinguir entre el derecho de los enfermos a saber y el derecho a no saber. Delimitar en tiempo y espacio cada uno de esos derechos pertenece al arte de la medicina, más que a la ciencia.

Así como se habla de encarnizamiento terapéutico, también caemos a veces en un encarnizamiento informativo. Hay que decir la verdad siempre, pero bajo dos condiciones fundamentales: la verdad escalonada y la verdad soportable. La primera evita “diagnósticos-fusilamiento”. Debe ser como enseñaban los griegos: “meden agan, metros ariston”, o sea, “nada en demasía, lo óptimo es la medida”.

En cuanto a la verdad soportable, debemos fijarnos bien en lo que es soportable para el enfermo, no para nosotros o para los familiares, que muchas veces somos los que no soportamos la verdad. Sobre este tema me extenderé en otro capítulo, ahora pasemos a las virtudes.

Ética de las virtudes

Para poder llevar a buen término la relación médico-paciente, debemos recurrir no sólo a una ética de los principios –los ya mencionados–, sino además a una ética de las virtudes. ¿Cuáles?

En primer lugar, la virtud de la integridad. La medicina se puede definir como “una confianza que se encuentra con una conciencia”. Pues bien, la virtud de la integridad es, como conciencia, responder con fidelidad a esa confianza.

El primer requisito ético, en este contexto, es preguntarnos con profundidad:

¿qué queremos? ¿La curación o nuestro éxito terapéutico? Sé que esta pregunta es muy movilizadora y que puede hacer surgir cuestionamientos en algunos colegas. Pero les voy a dar un ejemplo de nuestra cotidianeidad. En un ateneo, ¿qué se discute? ¿Se debate, acaso, a veces con ensañamiento, sobre el diagnóstico y el tratamiento en cuanto a lo más beneficioso para el paciente? ¿O se discute sobre quién tiene razón? Seamos sinceros, ¿qué nos interesa en realidad? ¿Lo mejor para el paciente, aunque no concuerde con nuestro diagnóstico y tratamiento? ¿O bien –perdonen la jerga– “ponerle la tapa” al colega? A esto me refiero cuando hablo de la virtud de la integridad.

La otra virtud es la ecuanimidad, que clarifica el siguiente episodio histórico. En 1350, el Papa Clemente VI se enferma con gravedad. Su amigo, el poeta Petrarca, le escribe:

Me he enterado de que estás muy enfermo y quiero enviarte todo mi apoyo; pero supe algo terrible, peor que tu enfermedad, y es que te atienden veinte médicos; acordate del epitafio del emperador Adriano: “Turba medicorum perii” (‘He sucumbido a una turba de médicos’). Tenés que elegir a un solo médico y que sea él quien disponga a qué colegas llamar en consulta (qué clarividencia, ¿no?, se adelantó quinientos años al médico de familia). Tenés que elegir un médico que practique la virtud de la ecuanimidad, aquel que atienda al último de tus siervos con la misma diligencia y dignidad que te atiende a vos como Papa” (Petrarca, 1969).

Queda claro, entonces, qué es la virtud de la ecuanimidad.

La tercera virtud es la del respeto en relación con tres situaciones: dignidad como persona, privacidad y confidencialidad. En cuanto a la primera, me refiero a una dimensión kantiana de persona: sujeto y no objeto, no un medio sino un fin en sí mismo, la persona tiene dignidad y no precio.

Confieso que en algunas oportunidades he tergiversado estos términos. Me desempeñaba en una sala-cátedra; allí se internan casos “interesantes” –claro, para el academicismo, no para el interés de la gente– y cuando eran “muy

interesantes”, a veces postergaba un alta un fin de semana para que la próxima rotación de alumnos pudiera ver ese “caso tan interesante”.

Con ello había convertido al enfermo en un “medio” para la docencia, en vez de ser la docencia un medio para mejorar la salud y la atención. No desarrollaba otras circunstancias creativas para ejercer la docencia; simplemente el paciente era un “precio”, sustrayéndole ese fin de semana a su familia y a sus amigos. En fin, no respetaba su dignidad como persona.

En segundo término, aparece el respeto a su privacidad. En tren de confesiones, recuerdo que llevaba a los alumnos a la sala de enfermedades eruptivas diciéndoles: “Les voy a mostrar una varicela”. Y sin mediar más que un “buen día”, levantaba las sábanas y dejaba ese cuerpo desnudo, indefenso, ante miradas inquisidoras a las que lo único que les importaba del paciente era su piel y sus mucosas.

Fíjense en un consultorio de ginecología: esas mujeres con sus piernas abiertas, invadidas sus vaginas por fríos espéculos, que ni siquiera ven; tan sólo escuchan voces, muchas veces hablando de otras cosas, y cuando hablan de ellas se refieren sólo a la zona del pubis para abajo. Reconozcamos que muchas veces cometemos violaciones a la privacidad, simbólicas quizás, pero no por eso menos deletéreas.

El tercer término es el respeto a la confidencialidad. En la historia se registra un hecho elocuente al respecto: en tiempos del emperador Luis Felipe (Schnerb, 1960), después de una de las tantas refriegas populares, muchos involucrados fueron a parar al Hospital de París. Al día siguiente se presenta el jefe de Policía y pide al médico que lo recibe, nada más y nada menos, que el gran Dupuytren: “Deme la lista de los insurrectos”. El padre de la traumatología le responde: “Jefe de Policía, en mi hospital no hay insurrectos, hay enfermos”.

¡Qué lección de confidencialidad! Sin embargo, según el teleclick de la época, Dupuytren después le dio la lista. Es así que, a su muerte, lo despide Bichat con estas palabras: “Se ha muerto el primero de los cirujanos y el último de los hombres”. Nadie es como profesional mejor de lo que es como persona. Claro está, en el contexto de profesionalidad que estamos considerando.

En síntesis, la ética médica consiste, nada más y nada menos, en atender al paciente como nos gustaría que nos atiendan a nosotros si estuviéramos en su

lugar.

El poder

Decía Foucault, marxista crítico, que el poder no es único ni macro, es múltiple y micro; hay redes del poder en las estructuras cuartelarias, donde el poder se transforma y se reproduce porque si no se agota (Foucault, 2000).

El hospital tiene una clásica estructura cuartelaria que se expresa a través de sus denominaciones: “pabellones”, “guardia”, “recorridas de sala”, “jefes de división”, “cabos y cabas”, etc. Las palabras no son inocentes, se articulan en la gramática, pero se construyen de modo ideológico (Chomsky, 1994).

La jerga médica está impregnada de metáforas militares. Hablamos más como Napoleón que como Hipócrates: estrategias quirúrgicas, arsenal terapéutico, expectación armada, dosis de ataque, ganglio centinela, etc. Este poder médico lo expresamos de modo inconsciente en el interrogatorio. En el capítulo “Los doctores interrogan”, relato cómo me lo enseñó un paciente preso.

En el interrogatorio, el poder es unidireccional, del médico hacia el paciente. En el escuchatorio, es bidireccional, en una relación vincular donde poderes y saberes circulan con libertad, simetría y de manera solidaria sin ningún tipo de sometimiento: ni el paciente sometido al médico, ni el médico sometido al paciente.

La narrativa

27

La narrativa no pone tanto el acento en la visión médica, sino más bien en la visión del paciente. Es la illness en la literatura anglosajona. Consiste

básicamente en la subjetividad, esto es, lo que el enfermo siente que es su enfermedad. Para un adolescente con granos en la cara, el diagnóstico es acné, pero él siente vergüenza. Un paciente cuyo diagnóstico es sida siente discriminación.

Esta narrativa gravita en la representación de su enfermedad, que es la experiencia social de lo vivido humano como enfermo. Para la biología, los síntomas son objetividades medibles, para la biografía son subjetividades dolientes. La narrativa es la expresión de la biografía.

Para la biología, la enfermedad es una construcción biológica des-socializada. Para la biografía, la enfermedad es una construcción social con expresión biológica.

Para la biología, el enfermo es un promedio estadístico. Para la biografía, el enfermo es, en términos kantianos, una persona; es decir, tiene dignidad y no precio, es un fin en sí mismo y no un medio, es un sujeto y no un objeto.

Para la biología, un enfermo es “un caso”. Para la biografía, un enfermo es una historia de vida.

La narrativa es la búsqueda del “sentido” del sufrimiento: un modelo explicativo. Es la mediación simbólica para la comprensión de la enfermedad. Cuando tenemos una idea cabal de por qué o para qué sufrimos, dejamos de sufrir, sigue el dolor pero sólo físico, para lo cual tenemos analgésicos. El sufrimiento como dolor total desaparece. Así nos enseña Spinoza en la parte V de su Ética demostrada según el orden geométrico.

En los próximos capítulos, si el estimado lector todavía no se aburrió, lo cual ya sería para mí un éxito, no trataré de convencerlo, porque esa no es mi intención. Aunque es probable que en lugar de convencerlo, lo confunda, y eso no sería un éxito, sino casi un inevitable resultado de la locura de escribir este libro. Pero, ¿no es lindo estar un poco loco?

“Me sentí leproso”

Un colega me derivó un enfermo en interconsulta infectológica, afectado de una Estafilodermia Psoriasiforme, enfermedad no tan rara, aunque se la confunde con una Psoriasis, de allí que se la diagnostica con poca frecuencia. Se trata de un enfermo sobrecolonizado de estafilococos en piel y mucosas, y por un problema inmunológico, en vez de evolucionar a forúnculos –que es lo habitual–, evoluciona a escamas. De allí el nombre, por su parecido a la Psoriasis.

El motivo de la interconsulta era doble: por un lado, confirmar el diagnóstico, y por otro, explicar, si se confirmaba, por qué no mejoraba después de un mes de corticoides, que es la medicación indicada. El aspecto era patético, parpadeaba y se le desprendían pequeñas escamas, como las que se pegaban a uno si se le daba la mano. En fin, francamente desagradable.

Para la dimensión biológica (el interrogatorio), la pregunta es: “¿cuándo comienzan las escamas?”. Para la biográfica (el escuchatorio), la pregunta es: “Cuando comenzaron las escamas o un tiempo atrás, ¿pasó algo en su vida que lo conmovió? Yo lo voy a escuchar”.

Me contó (Wittgenstein decía que lo que no se puede escribir, hay que contar) su narrativa, su experiencia social de lo vivido humano como enfermo.

Yo era cajero de un banco, tenía algunas escamas, muy pocas y pequeñas; pero los clientes, tal vez molestos por mi aspecto, juntaron firmas en una nota y se la pasaron al gerente, el cual, Ley de Flexibilización Laboral mediante, me echó sin indemnización, ni darme una carta de recomendación para otro banco. En un minuto me encontré sin nada, y a la semana me “incendié” (sic), me quedé como estoy ahora.

Con mis amigos me fue mal: éramos un grupo que nos veíamos una vez por semana para jugar al billar, pero fueron dejando de venir y quedó uno solo. Y ya que me pregunta si algo me conmovió, recuerdo que, en una ocasión, al pasarle el taco para que jugara, sin querer me tocó la mano, y entonces hizo un ademán con su mano como de rechazo y de repugnancia.

A esta altura del relato le pregunté: “Y usted, ¿qué sintió?”. Me contestó: “Me

sentí leproso (sic). Con mi familia me fue peor: hace una semana mi hijito de siete años me dijo: ‘Papá, nos das asco’. Entonces decidí ir a un hotel y vivir solo”.

Al conocer esa narrativa, me expliqué por qué la cortisona no surtía efecto. Una persona desafectivizada, excluida, es un inmunodeprimido (la psicoimmunología lo ha demostrado). La cortisona lo estaba deprimiendo más.

Hablé con la familia y los amigos y les expliqué que hasta que no volvieran a comportarse con él como antes, con afecto y respeto, sobreponiéndose a la impresión de su aspecto, no se iba a curar. Así lo entendieron y actuaron.

A los diez días se había curado, manteniendo la cortisona. A la eficacia biológica se había agregado la eficacia simbólica. La psicoimmunología ha demostrado que actúa por los mismos intermediarios inmuno-cito-químicos que la eficacia biológica, no es simplemente sugestión (Maglio et al., 1996).

Este paciente, a través de su relato, me enseñó las tres dimensiones de la enfermedad que mencionaba antes:

- La dimensión biológica: la descripción de las escamas.
- La dimensión biográfica: la narrativa de su experiencia social, de lo vivido humano como enfermo. Su relato –cuando describe “me incendié”, después de que lo echaron del banco– es una demostración palmaria de la expresión biológica de una situación biográfica.
- La dimensión social y política: el gerente lo echa basándose en una ley injusta, para quedar bien con los accionistas, relegando los derechos del trabajador. La decisión a nivel micro se sustancia por una política a nivel macro.

“¿Me toma el pulso?”

En una oportunidad, una viejita (el diminutivo es cariñoso) me pidió que le tomara el pulso. Miré el cardioscopio, y sin acceder a su pedido, le dije:

“Tranquila, abuela, tiene 80, está muy bien”. Pero me seguía pidiendo que le tomara el pulso, y ante su insistencia le pregunté por qué, ya que la máquina era muy confiable. Ella me contestó: “Es que aquí nadie me toca”. La palpábamos pero no la tocábamos. Razón tenía Benjamin cuando dijo: “En los hospitales hay gente que se muere con hambre de piel”. En nosotros está saciarla (Maglio, 2008).

Esta enferma me enseñó la diferencia entre *tekné* y *medeos*. Yo había actuado con *tekné*, pero sin *medeos*. ¿De qué se trata? Como dicen en los noticieros de TV, “ampliaremos”.

Según describe Platón en la Apología de Sócrates, este decía que los médicos tenían que tener dos condiciones: una era la aptitud que le daban sus conocimientos y habilidades para curar la enfermedad, y a esta la llamó *tekné* (de allí “tecnología”), con lo cual era un buen técnico. Pero para ser un buen médico tenía que tener además la actitud de una persona que cuida a otra persona, y decía: “Esto es el *medeos*”. Por lo que, en cuanto a su etimología, médico es la persona que cuida a otra persona y además la cura.

Enfatizo lo que Sócrates decía, porque como ustedes saben, él nunca escribió nada (me refiero a textos filosóficos). Pero me he anoticiado hace un tiempo, y con cierto azoro, de que un famoso político argentino estuvo “leyendo” a Sócrates; es más, estuvo leyendo las “obras completas” de Sócrates. En fin, estas son las pequeñas delicias de la posmodernidad: no perdemos la capacidad de asombro, y si, como decía Einstein, el primer paso del camino científico es el asombro, entonces vamos bien.

La etimología latina también enfatiza ese cuidado. En latín, “*medicus: vir bonus, plena humanitas, medendi peritus*” (‘médico: buena persona, plena de humanidad, perita en el arte de curar’). (Barcia, 1875).

Ambas etimologías privilegian la circunstancia de buena persona, persona que cuida. Por eso, cuando me dicen “atendete con Fulano, es un gran especialista pero como persona no tanto”, no voy; y les sugiero, estimados lectores, que no vayan porque nadie es en su profesión mejor de lo que es como persona. Si es un mal tipo, va a terminar siendo un mal médico.

“Tengo algo por qué vivir”

Cuando tenemos un porqué vivir, soportamos cualquier cómo vivir.

Friedrich Nietzsche

Una mujer joven, de unos veinticinco años, afectada de sida y consumidora dependiente de drogas por vía inyectable, se negaba a tratar su dependencia. Pero un día me dijo: “Doctor, quiero tratarme, no quiero drogarme más, estoy embarazada. Ahora tengo algo por qué vivir, mi hijo es mi proyecto de vida, antes no tenía ninguno, por eso me drogaba”.

Esta enferma me enseñó cuál es uno de los motivos más frecuentes para el consumo de drogas, el “vacío existencial”: “La visión desoladora ante una vida sin sentido” (Frankl, 1989). Por eso se drogaba, pero cuando apareció un proyecto de vida, su hijo, dejó las drogas. En sus palabras, tenía “algo por qué vivir”.

Los proyectos de vida son fundamentales, a tal punto, que podemos afirmar que más allá del comienzo biológico de la enfermedad (el día en que aparecen los primeros síntomas), en sentido antropológico, nos enfermamos el día en que, debido a esos síntomas, se ve interrumpido nuestro proyecto de vida. Por el contrario, empezamos a “sanarnos” el día en que, a pesar de esos síntomas, podemos reiniciar dicho proyecto.

Uno de los ejemplos paradigmáticos de la importancia de tener un proyecto de vida es el célebre astrofísico Stephen Hawking. Padece una Esclerosis Lateral Amiotrófica en estado muy avanzado (enfermedad del sistema nervioso que produce parálisis progresiva que no afecta la conciencia), como podemos ver en la figura correspondiente.

Mueve sólo un dedo, y con él maneja la computadora a través de la cual habla; fíjense en el sensor en la laringe (porque incluso perdió la fonación) y todas las computadoras del mejor centro de astrofísica del mundo.



Cuenta en su libro Breve historia del tiempo:

Cuando tuve los primeros síntomas, sabía que iba a quedar como estoy ahora. Era tal mi terror a la invalidez que tuve tres (!) intentos de suicidio. Felizmente no logré ninguno porque un día apareció como proyecto de vida asomarme al misterio de la vida, escudriñar el comienzo del universo. Mientras pueda hacerlo, yo sé que estoy cada vez más enfermo, pero no me siento más enfermo.

En términos biológicos, muy enfermo, pero en sentido antropológico, muy sano: tiene un proyecto de vida.

En una entrevista, un periodista le preguntó (quizás para chicanearlo): “Supóngase que aparece Newton, el otro gran astrofísico, y usted tiene dos posibilidades: todo un día conversando con Newton o una noche con Kim Bassinger. ¿Qué elegiría?”. A lo que Hawking respondió: “No lo dudo un instante, una noche con Kim Bassinger, y le voy a decir por qué, tres razones: primero: ya sé lo que Newton me va a decir, segundo: Kim Bassinger está mejor que él, y tercero: me enteré de que Newton tenía un carácter de mierda. Me quedo con Bassinger”.

Para una dimensión biologicista, es un inválido, para una dimensión biográfica, un canto a la vida. Tiene un proyecto, algo por qué vivir. Relataré algunas experiencias que avalan esta postura.

“Etto non e vita”

Don Antonio (italiano, 75 años) era un hombre sano, pero por requerimiento de su familia, le hice un “chequeo”. Dada su edad, los valores de laboratorio estaban un poco por encima de los normales, nada significativo. Como médico

recién recibido y con poca experiencia, le indiqué un estricto “régimen higiénico-dietético”, dentro del cual estaba la prohibición absoluta de alcohol.

A la semana, la familia me llamó porque don Antonio estaba enfermo, y al revisarlo, de verdad no estaba bien: hipotenso, adinámico (sin fuerza), asténico (sin deseos). Cuando le pregunté cómo se sentía, me dijo en un enternecedor cocoliche: Etto non e vita. Como no le encontraba explicación, le pregunté a la familia si en esa semana había pasado algo que lo pusiera mal. Me contestaron que desde que le instalé ese régimen, no salía. ¿Adónde salía?, pregunté. Me explicaron que todos los días, sin variación, iba al bar de la esquina a tomar un vermutino con los amigos veteranos de la guerra de Abisinia.

Entonces comprendí: ese vermutino con los amigos era su proyecto de vida, y al desconocerlo, mi prescripción se había convertido en una “proscripción”. Fue suficiente que volviera a esas salidas para que desaparecieran los antes mencionados síntomas.

“Ese es mi proyecto de vida”

A veces, los proyectos de vida no son tan obvios y se necesita profundizar en la narrativa. Una buena estrategia es pedirle al paciente que nos relate un día habitual de su vida cuando estaba sano.

Un pastor protestante estaba en una unidad coronaria por un infarto agudo de miocardio con un angor inestable, asociación de gravísimo pronóstico. En el relato al que nos referimos manifiesta lo siguiente:

Me levanto muy temprano, oro, estudio, ordeno el templo (hablaba muy nervioso y angustiado, lo que se reflejaba en el cardioscopio por su gran inestabilidad eléctrica), y por la tarde vienen unos hermanos (sic) con los que tenemos un grupo de reflexión (a esta altura del relato se veía calmando, no estaba tan nervioso, lo que se reflejaba también en el trazado electrocardiográfico), y si viera, doctor, qué bien nos hacemos, yo a ellos y ellos a mí, pero ahora vaya a

saber dónde están y yo aquí rodeado de tubos y aparatos (vuelve a ponerse nervioso y también su correlato en el cardioscopio).

Le pregunté si ese grupo de reflexión era muy importante para él, y, después de pensar un poco, me dijo: “Ahora que no lo puedo hacer, me doy cuenta de que ese es mi proyecto de vida”.

Se localizó a ese grupo y dos veces por día, durante media hora, concurrían a la unidad coronaria y restablecieron aquel contacto. A los tres días, seguía el infarto, pero había desaparecido el angor inestable: se había reintegrado a su proyecto de vida.

“No me dejen morir”

Teresita era una joven, que a la mañana siguiente de su fiesta de quince años, amaneció con una cuadriplejía (parálisis en los cuatro miembros) por una Poliomielitis. Estuvo once años en un pulmotor, moviendo nada más que la cabeza. Nunca en mi vida profesional conocí a alguien tan aferrado a la vida. Había aprendido a dibujar con la boca y hacía tarjetas de Navidad que mandaba al Hospital de Niños: era su proyecto de vida.

Un día se complicó con un cuadro abdominal agudo por una Apendicitis. En esa época, no existían los respiradores modernos que permiten que el paciente esté fuera del aparato; en el pulmotor estaba dentro, y para revisar al paciente se le ponía una campana con aire a presión cubriendo la cabeza. Este procedimiento permitía abrir el pulmotor pero por un lapso de no más de quince a veinte minutos.

En esta situación, la revisamos comprobando el abdomen con cuadro agudo, y ante la imposibilidad de la cirugía (dado el escasísimo tiempo disponible), cruzamos nuestras miradas como diciendo: “Dios se apiadó de ella”.

Cuando sacamos la campana y volvimos a poner a Teresita dentro del pulmotor,

me dijo (como adivinando nuestro pensamiento): “Paco, háganme todo, hasta lo imposible, pero no me dejen morir, mirá que los chicos del Hospital de Niños esperan mis tarjetas”.

Ante ese pedido, un cirujano, uno de los más brillantes que he conocido (el Dr. Hugo Zabalza, por desgracia fallecido), se animó y la operó fuera del pulmón (dentro era imposible) con la mencionada campana. La operación duró exactamente doce minutos y Teresita vivió siete años más, mandando sus tarjetas al Hospital de Niños.

“Cuestione de sentido comune”

Todo conocimiento científico nuevo no es más que el sentido común
convalidado.

William Popper

Esta computadora no es otro cerebro, porque todavía no la pude cargar de
sentido común.

Stephen Hawking

Volvamos a ese personaje entrañable, don Antonio, del capítulo anterior, el del vermutino. Dirigía (onda don Corleone) una familia de las que ahora se llaman extendidas: abuelos, hermanos, padres, tíos, etc. Convivían en una de esas casas “tipo chorizo”, vecina a la casa de mis padres, en el barrio de San Cristóbal, donde yo, médico recién recibido, había instalado el consultorio.

Eran los años en que se podía disfrutar la vida de barrio, entre los vecinos nos conocíamos todos, los chicos jugaban en la vereda, reinaba la solidaridad, la seguridad era cosa de todos los días. Nos cuidaba el famoso “agente de la esquina”, amigo de los chicos y protector de los viejitos. Hasta los ladrones

tenían códigos (en el propio barrio no se robaba); se tomaba mate en la vereda conversando sin apuro. Parafraseando a Eduardo Galeano, “era el tiempo en que había tiempo para perder el tiempo”. Valga esta digresión para situar al lector en tiempo y espacio.

Al ser tantos de familia, siempre había alguien enfermo, en general de cosas banales, como resfríos, anginas, enterocolitis, etc. Entonces me llamaban al Hospital Muñiz y me pedían que, antes de entrar a mi casa (la de mis padres en esa época) pasara para atender al enfermo.

Recuerdo, como un flash, en la memoria, la escena: entraba y a la izquierda estaba la cocina, donde don Antonio (era el mediodía), se preparaba la frittata, que consistía en un cucharón de esos picantes de la “mala palabra” (aunque en realidad malas palabras son “hambre”, “guerra”, “corrupción”) fritados en su propio aceite. Los ponía sobre una rodaja de pan, y acompañado con un vaso de vino, lo comía antes de almorzar.

Al verme pasar, me decía con su entrañable cocoliche: “Paquite (me conocía de chico, no me decía ‘doctor’), ¿no queré un po de frittata?”. “No, don Antonio, me va a hacer mal al estómago”, le respondía. Con su sabiduría popular (su doxa, dirían los griegos), me enseñaba: “Non e así, si la frittata la comés ante de la comida, te aligera la digestione y un buon vin é buono per il cuore”. Le preguntaba de dónde había sacado eso, y me respondía: “E questione de sentito comune”.

Pasaron cincuenta años, y la ciencia (el episteme, volviendo a los griegos) encontró que el principio activo del picante, la capseína, es gastrocinética, y que un vaso de vino es cardioprotector. Don Antonio tenía razón, ¡qué sabio! Por eso Platón, en El banquete, recomendaba que cuando no se encontrara la explicación en el episteme se la encontraría en la doxa.

“Doctor, ¿me puede abrazar?”

Dejen toda esperanza los que entren
en este lugar.

“El Infierno”, La Divina Comedia,

Dante Alighieri

Tenía que dar la tristísima noticia a una mamá de que su hijito de siete años, con un sida terminal (postransfusional, al comienzo de la epidemia), se iba a morir. Pronuncié la consabida frase: “Ya no hay nada que hacer”. A lo que la mamá me contestó: “Sí, hay por hacer”. “¿Qué puedo hacer?”, le pregunté. Y con lágrimas en los ojos, me dijo: “Doctor, ¿me puede abrazar?”.

Nunca volví a decir “no hay nada que hacer”, sino “ya no hay nada que tratar. Como médico ya no puedo hacer nada, pero como persona, ¿puedo hacer algo por usted?”. Y siempre se puede hacer algo. Cuando ya no hay tekné siempre hay medeos.

Nuestro mensaje, aun con el más fatídico de los pronósticos, siempre debe ser de esperanza, como me enseñó esta mamá. Cuando las palabras son de esperanza, de manera simbólica son “abrazadoras”, el que las recibe siente que lo abrazamos. Como dice el tango: “Tus palabras son como un manto, un manto grato de amistad”.

“¿Los doctores interrogan?”

La medicina puede ser
un uso estratégico del poder.

Michel Foucault

En el principio de este capítulo me referí al poder en medicina, explicitado con claridad por Foucault, y les conté que había aprendido algo al respecto de un paciente preso.

En ese entonces, el Servicio Penitenciario Federal no contaba con una Sala de Enfermedades Infecciosas, por eso, cuando un preso tenía alguna afección de esta naturaleza, lo derivaba para ser internado en el Hospital Muñiz.

Recuerdo que una mañana, apenas llegué, tuve que atender a un paciente de esa condición, estableciéndose el siguiente diálogo:

—Buenos días, soy el doctor Maglio. Voy a ser su médico de cabecera.

—Muy bien, doctor, mucho gusto.

—Tome asiento, lo voy a interrogar.

—¿Qué me va a hacer? —me preguntó echándose para atrás, como si se defendiera.

—Lo voy a interrogar. ¿Ve? Acá, en la historia clínica, dice “interrogatorio”.

—Entonces, ¿los doctores interrogan?

—Sí, ¿por qué le extraña?

—Porque hasta ahora, los que me interrogaban eran los jueces y la Policía.

El imaginario social (Castoriadis, 2001), no es una manera de ver el mundo, es una manera de interpretarlo, un sistema de significaciones. Los tres que “interrogamos”, los médicos, los jueces y la Policía, tenemos “uniforme”, y los tres “internamos”: en la cárcel, “internos”, y en el hospital, “internados”. En el capítulo 1, se detalla la estructura cuartelaria de los hospitales.

Me imagino que Borges, con ese sutil juego que tenía para describir las palabras, así como decía que “oscuro” es una palabra oscura por la “u” (Carrizo, 1986), afirmaría que la fuerza del interrogatorio está en la “erre”.

La palabra es mitad del que la dice
y mitad del que la escucha.

Montaigne

“Si Dios quiere”

Una vez, para tranquilizar a un paciente, le dije con la consabida palmadita en el hombro: “Si Dios quiere, todo va a andar bien”. Me contestó con un mal disimulado enojo: “No, doctor, Dios no. Usted es el que tiene que querer”.

“¡Qué buen aspecto!”

La familia de un paciente con diagnóstico de cáncer me había pedido que no se lo dijera. Entonces, cada vez que venía al consultorio, o yo lo visitaba en su casa, le decía: “¡Qué buen aspecto tiene!”. Hasta que una vez, cansado de ese latiguillo mío, me increpó: “Doctor, yo no estoy enfermo del aspecto, tengo cáncer, ¿podemos hablar?”.

“Usted no parece doctor”

Esta frase me la dijo una paciente viejita (con cariño) pidiéndome permiso y

rogándome que no me enojara. “No me voy a enojar, por supuesto, ¿pero por qué me lo dice?”, le pregunté. Ella me enseñó: “No parece doctor porque se le entiende todo lo que dice”. Recordé entonces a Ortega y Gasset: “La claridad es la cortesía del filósofo”. Gran verdad, aunque no soy filósofo, pero esos “solemnes” (que como bien los definía Ingenieros, son “piratas del talento”), hablan con palabras tan rebuscadas y raras que nadie les entiende. ¿O será que ni ellos se entienden?

“La deuda de oxígeno”

29

Teníamos (en Terapia Intensiva) la mala costumbre, en las recorridas de sala, de hablar de la enfermedad delante del enfermo, cuando en esa circunstancia hay que hablar del paciente-persona (“¿cómo estás?”, “¿estás mejor?”, “¿necesitás algo?”, etc.) y no de la enfermedad.

Recuerdo que en una ocasión, estuvimos discutiendo delante del enfermo sobre la “deuda de oxígeno” (concepto y cálculo sobre el oxígeno a administrar) durante... ¡quince minutos! Al pasar a otra cama, el paciente me llamó y me dijo: “Doctor, quiero avisarle sobre esa ‘deuda’ de la que ustedes hablaban. Si la obra social no se hace cargo, yo no tengo un peso”.

Esta frase fue recibida por nosotros con mucho humor, por supuesto, pero le indiqué: “Qué bueno que lo dijiste, porque si no, a la angustia de estar en Terapia Intensiva, se le sumaba la angustia de una deuda que no podías pagar, esta noche te fibrilabas”. Y nosotros, sabios en la biología e ignorantes en la biografía, estudiaríamos un algoritmo (que los pacientes no leen) de arritmias para buscar la causa.

“Doctor, yo estoy listo, ¿no?”

Los pacientes están más atentos a cómo les decimos las cosas que a las cosas que les decimos, más aún están pendientes de cómo nos movemos.

Esto me lo enseñó un paciente cuando me preguntó: “Doctor, yo estoy listo, ¿no?”. En realidad estaba muy mal, y al preguntarle por qué me lo decía, me contestó: “Porque ustedes, en la recorrida, se quedan cada vez menos tiempo conmigo”.

Por desgracia, tenía razón. Cuando el paciente pierde interés científico para nosotros (“ya no hay nada que hacer”), seguimos de largo, aunque en realidad sea cuando más tiempo tendríamos que estar con él: más medeos, ya que no hay tekné.

El valor de la amistad

Un amigo es uno mismo con otro cuero.

Atahualpa Yupanqui



Lo que relataré sucedió hace ya más de cuarenta años. Recuerdo que fue durante un día de guardia, cuando se internó un paciente con diagnóstico de Encefalitis (inflamación del cerebro) de probable origen viral en estado inconsciente, muy grave. Quedé muy impresionado por la cantidad de amigos que prácticamente se “internaron” junto con él. Toda una noche al lado sin moverse, haciendo “guardia” en los jardines del Hospital Muñiz.

Tal fue mi impresión, que al día siguiente (recuerdo que era feriado), habiendo terminado mi horario de guardia, igual me quedé a su lado. Su hermano, al ver que no me había ido, me preguntó por qué seguía en el hospital si mi guardia había concluido. Le contesté que teniendo tantos amigos debía ser una gran persona, y quería cuidarlo porque al ser feriado no venían los médicos de sala. Me dijo algo que me marcó la vida: “Doctor, por un amigo, bandera verde con Dios”. Expresión de la jerga turfística (“bandera verde”), cuando dos caballos llegan juntos a la meta sin sacarse ventaja. Casi un mandato evangélico: amar al prójimo, es decir a Dios, como a uno mismo, ni menos ni más.

Pasaron los años, y hoy día, ese grupo de personas forma parte de mi corazón. Me enseñaron que un amigo es un regalo de Dios, y como tal hay que valorarlo y cuidarlo.

Hace un par de años me dieron un premio (últimamente me están homenajeando con tantos títulos de honor que me hacen sentir una “próstata ilustre”), y estos amigazos, sin yo saberlo, ¡viajaron hasta Salta!, para darme la sorpresa de estar conmigo en ese momento. Decía Freud en su Tratamiento del psiquismo, tratamiento del alma que los afectos tienen mucho que ver con la resistencia a las infecciones (Freud, 1952).

Más allá de que la psicoimmunología lo ha demostrado, tuve oportunidad de sentir en mí mismo ese efecto terapéutico de la amistad, confirmando aquel aserto de Maimónides: “A igualdad de saber, el mejor médico es el más amigo” (Maimónides, 1980).

A raíz de una Peritonitis (cuadro infeccioso muy grave), estuve internado en Terapia Intensiva del Hospital Muñiz (mi “segundo hogar”) rodeado de amigos muy queridos. Para monitorear la función respiratoria, tenía colocado en el dedo de una mano un censor que medía la saturación de oxígeno, cuyo valor normal

tenía que ser superior a 90%. Como mi estado era muy grave, no alcanzaba esa cifra y el monitor indicaba alrededor de 80%, pero cuando entraba a mi habitación uno de esos colegas-amigos, ¡el monitor marcaba más de 90%! Parafraseando a Ripley, “créase o no” Avicena tenía razón, la amistad es terapéutica.

Como infectólogo y ex paciente, puedo afirmar que el mejor antibiótico es la amigomicina, valga el neologismo, y en mi caso particular, por todos los cuidados que me brindó mi esposa, la adelitamicina.

El Taoísmo define así la amistad: “Un amigo es una persona con la cual se puede estar un largo rato sin pronunciar palabra e irse con la sensación de haber tenido la mejor de las conversaciones” (Encyclopaedia Britannica, 1969). Vayan como homenaje a todos mis amigos estos versos:

Amistad, nunca mudable
por el tiempo o la distancia
ni sujeta a la inconstancia
del capricho o del azar,
sino afecto, siempre lleno
de tiernísimo cariño
tan puro como el de un niño
y tan inmenso como el mar.³⁰

Modestamente, yo incluiría: “Un amigo es un hermano que se elige”.

Morte digna, onora vita.

Francesco Petrarca

Estamos (mal) acostumbrados a decidir por el paciente, pensando que nuestras decisiones son las mejores, pero estas pertenecen siempre al enfermo y no a nosotros, por mejor intencionados que estemos.

Ante un paciente terminal, con frecuencia (y muchas veces a pedido de la familia) aumentamos la dosis de sedantes para que no sufra, para que “no se dé cuenta”. Pero, ¿siempre debe ser así? En muchas ocasiones, debemos tener el coraje (porque no es fácil) de avisarle al enfermo de que está transitando sus últimos momentos. En la Edad Media, la gente elegía a un amigo que tenía la obligación de anunciarles su final: se lo conocía como el “nuncius mortis”.

¿Por qué debemos proceder así? Porque la inminencia de la muerte es el momento reflexivo más trascendente de la vida, el momento de las grandes decisiones, y no sólo me refiero a las testamentarias, sino también, y más importante aún, a las afectivas.

En mi experiencia de muchos años en Terapia Intensiva, fueron muchos los pacientes que me decían: “Cuando llegue el momento, no quiero sufrir, pero quiero estar lúcido”, otra gran enseñanza. Relataré algunas de esas ocasiones.

“Yo quiero tener un millón de amigos”

En una ocasión, el Dr. Carlos Giannantonio, maestro de la medicina y de la vida, me llamó por un chiquito de nueve años con un síndrome disentérico (diarrea con mucus, pus y sangre), para pedirme opinión como infectólogo, ya que en ese entonces no se había desarrollado totalmente la Pediatría Infectológica. Resultó que bajo esa sintomatología, se desarrollaba un sarcoma (cáncer de muy mal

pronóstico) de intestino, que se identificó cuando el niño fue estudiado con más exámenes complementarios.

Los niños, ante la muerte, dan “saltos cualitativos”, la asumen (más que aceptarla) como una contingencia de la vida (Kübler-Ross, 1995). El pacientito en cuestión empeoraba día a día, pero con un ánimo que era, de manera paradójica, un canto a la vida.

Ante la cercanía de su cumpleaños, le pregunté qué quería de regalo. “Traeme ese disco de Roberto Carlos Yo quiero tener un millón de amigos”, me dijo. En la inminencia de la muerte, valorizaba un sentimiento de la vida, la amistad. Recuerdo con emoción nuestro último diálogo:

—¿Vos tenés amigos?

—Sí.

—¿Muchos?

—Sí.

—Es muy lindo tener muchos amigos.

Se murió con una carita llena de expresión de felicidad y abrazado al disco que me había pedido de regalo.

“Llamen a un juez”

Un paciente en muy malas condiciones, pidió: “Llamen a un juez”. Vivía en concubinato hacía diez años. Llegó el juez, llamó a la concubina y... ¡se casó! Me dijo: “Recién ahora me atrevo”. Falleció al día siguiente.

“Doctor, llame a este teléfono”

En similares circunstancias, un paciente me dio un número de teléfono, me pidió que llamara, y a la persona que atendiera, le dijera que él estaba internado y quería verlo. Cumplí su deseo y al rato llegó un señor corriendo, preguntando dónde estaba el paciente. Fue a su cama, quedó inmóvil unos segundos, se entrelazaron en un estremecedor abrazo y lloraron un largo rato. Cuando se fue, el paciente me llamó y me dijo: “Doctor, gracias por la gauchada de llamar por teléfono. El que se fue es mi hermano. Hace quince años lo eché de mi casa, lo eché mal, yo tenía la culpa. Nunca tuve el coraje de pedirle perdón; ahora que sé que me voy a morir, recién ahora, me atreví a pedirle perdón y me perdonó”.

Tuvo un gesto que nunca olvidaré, me tomó las manos y me dijo: “Gracias por dejarme morir en paz”. No lo entendí. Volví a la mañana siguiente, se había muerto la noche anterior. Entonces entendí, había tenido el “permiso” para morirse: el perdón del hermano.

Le pregunté a la enfermera de ese turno (para no inducirle la respuesta): “¿Vos estuviste cuando se murió ese enfermo? ¿Notaste algo diferente?”. Me respondió: “Mirá, Paco, en años de Terapia Intensiva, nunca vi morir a alguien con tanta paz, aun muerto parecía que estaba sonriendo”. Cuando ayudamos a bien morir, nos ayudamos a bien vivir.

A modo de colofón

Dentro de una formación biologicista-positivista, nos enseñan en la Facultad de Medicina a interrogar y no a escuchar. Con el interrogatorio estamos al lado del enfermo, pero con el escuchatorio, estamos del lado del enfermo. Ni más ni menos, es la narrativa, y lo más importante es que es terapéutica.

Los clásicos, la salud y los médicos

Muertes dignas e indignas

Mucho se está hablando y escribiendo en estos tiempos sobre la muerte digna o dignidad de muerte. Con la experiencia de haber estado en contacto con la muerte casi a diario, durante cuarenta años de práctica hospitalaria en áreas críticas del Hospital Francisco Javier Muñiz, y desde un marco teórico de las ciencias sociales (Foucault, Aries, Ziegler, Sudnow, Frankl), me permito modestamente algunas reflexiones.

La muerte es lo único seguro en la vida y, como ella, no tiene explicación, pero ambas tienen “sentido”, y es la trascendencia. Esta trascendencia se constituye en el principio organizador de nuestras vidas pues, como decía Borges, “me moriré realmente cuando se muera el último de mis amigos, cuando se muera el último que me recuerde”, y sólo puede ser negada, según Sábato, por “ateos presuntuosos”.

Esta conceptualización de vida-muerte como proceso trascendente, más que como opuestos angustiantes, fundamenta y alienta nuestro pasaje terrenal como camino de dignidad y tránsito de esperanza. La dignidad de vida se refrenda en la dignidad de muerte, decía Camus en *La peste*; “una sociedad se conoce al ver en ella cómo se ama, cómo se trabaja y cómo se muere”.

Los chicos que mueren por causas evitable en nuestro país (uno cada cuarenta y cinco minutos) y en el mundo (uno cada cuatro segundos) son también muertes indignas, aunque los proyectos legislativos atiendan solamente a los casos de “encarnizamiento terapéutico”. Con esta última postura, se corre el riesgo de una “judicialización” de la muerte, pero la muerte digna es más que un frío trámite legal. A mi entender, la muerte digna es aquella sin dolores, con capacidad para recibir y transmitir afectos y con la lucidez necesaria y suficiente para tomar decisiones con autonomía y libertad en el momento reflexivo más trascendente de la vida; en ese instante en que, mensurando lo vivido, podemos desentrañar

nuestra trascendencia, descifrar nuestro destino y encontrar el “sentido” de la vida.

Cuando los médicos, frente a un paciente terminal, decimos “no hay nada que hacer”, deberíamos decir “no hay nada que curar, pero hay mucho que hacer”. Me refiero, siguiendo a Benjamin, al efecto sanador de nuestras palabras (si son de esperanza, serán balsámicas), de nuestras manos (para que los pacientes no se mueran con “hambre de piel”) y de nuestra presencia como personas (el “personare” de los latinos); si ayudamos, así, a bien morir, nos ayudamos a bien vivir porque, como decía Petrarca, “morte digna onora vita”.

Calidad de vida

Las palabras son como estuches vacíos que cada uno llena con aquello que más le gusta o más le conviene. Toda palabra es, por definición, polisémica: tiene tantas lecturas posibles como personas que la leen. Por lo tanto, lo que estas líneas puedan definir como calidad de vida debe interpretarse como la visión personal de quien las escribe, que de ninguna manera intenta convencer a nadie.

La calidad de vida puede entenderse en tres direcciones: para uno mismo, para los demás y para uno en los demás.

La calidad de vida para uno mismo estaría asociada al paradigma del consumismo hedonista: la mayor cantidad de cosas que me produzcan cada vez más placer sin importarme mayormente si se las quito a otros. En su Diccionario sobre la desigualdad de los hombres, a este egoísmo retorcido Rousseau lo llamaba “amour propre” y lo definía como el querer las cosas de los otros.

Más allá del cuestionamiento ético que tal proceder implica, hay un problema psicológico de satisfacción o, mejor dicho, de sentido: cuando el placer está investido sólo por el placer, con angustia termina vaciado de placer, como describía en forma acertada Sigmund Freud en “Más allá del principio de placer”.

En el otro extremo, la calidad de vida puede pensarse y, en consecuencia,

“vivirse” para los demás, sin importar mayormente uno mismo. Tal situación de altruismo de ninguna manera es moralmente obligatoria, aunque sí muy loable.

Esta actitud franciscana de vida, para que sea realmente virtuosa —en el sentido tomista de “virtud”—, debe ser encarada con total libertad de decisión y no como una obligación o un imperativo, porque, según Santo Tomás de Aquino, “el que hace el bien porque lo manda la ley, y no por convicción, no es virtuoso ni es libre”.

Entre ambas posiciones, existe una tercera posibilidad: la calidad de vida de uno en la de los demás; el bien individual en el bienestar común o, como decía Carl Jaspers, la idea de que “somos en la medida en que otros son”.

Cuando el placer está investido del otro, cuando el sentido de la felicidad individual es la felicidad de la otredad, cuando los proyectos de vida consisten en “com-partir” tanto las alegrías como las tristezas, cuando más que un yo y un vos hay un nosotros, encontramos la calidad de vida como una ética, la que decía Wittgenstein: “Todo aquello por lo que la vida vale la pena ser vivida”.

El hospital

Las siguientes reflexiones se basan en mi experiencia como trabajador de la salud, en una práctica de más de cuarenta años en el Hospital Muñiz, y están apuntaladas por un marco teórico que incluye a pensadores de la talla de Foucault, Bourdieu y Menéndez, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (oms) elabora una definición clásica de hospital de la que se desprenden con claridad las relaciones de servicios que hay en él. Se trata de las relaciones asistenciales, preventivas, docentes y de investigación.

Cuando estas relaciones se invierten, se “instrumentaliza” al paciente junto con los familiares y los trabajadores de la salud. Pasan de ser sujetos a ser objetos, dejan de tener un fin en sí mismos y se convierten en medios, y es porque se les pone un precio y se los despoja de su dignidad.

El hospital se transforma, así, en una estructura “cuartelaria”, con horarios tempraneros, metáforas militares (“jefe de división”, “de unidad”, “guardias”, “recorridas”, “cabos y cabas”, etc.), falta de privacidad con violaciones simbólicas (pero no menos deletéreas), colas y esperas durante toda una noche para sacar un turno, etc. En la década de 1940, durante la inauguración del Hospital Ramos Mejía, el embajador de Francia, que había sido invitado a la ceremonia, dijo: “Muy bien, muy bien, pero ¿dónde están los soldados?”. Como vemos, nada nuevo bajo el sol...

De esta manera, se genera una violencia institucional que se ejerce no sólo en los pacientes y en los familiares, sino también en los médicos. Esta violencia, a mi entender, es uno de los mayores males de la actualidad.

Una encuesta publicada por Intramed en 2006 indica que, sobre 30.000 médicos en América Latina, el 54,6% reportó agresiones de pacientes y familiares; en esa estadística, Argentina es el país en que se registró mayor frecuencia de este tipo de conflictos. Los lugares en que tiene lugar la mayoría de las agresiones son las salas de emergencia y los servicios de psiquiatría, y las causas señaladas tienen que ver con los tiempos de espera, las carencias estructurales, la incomunicación y la mala relación entre médico y paciente.

Como contrapartida, en 2005 un informe de la Organización Panamericana de la Salud (ops) sobre 15 hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires registró actitudes discriminatorias hacia pacientes con vih/sida en el 68% de los médicos y en el 28% de las enfermeras, con un 30% de abandono del tratamiento por parte de los pacientes: “defunciones anticipadas”.

En este contexto, cabe mencionar la responsabilidad del sistema de salud en lo que tiene que ver con el tiempo insuficiente de atención médica (como un camino al burnout, al agotamiento; la buena atención médica es tiempo-dependiente), la falta de recursos humanos y técnicos, como así también de incentivos intelectuales y académicos, el no garantizar los tiempos adecuados de descanso, etc.

Como reflexión personal, a estas causas hay que agregar la corrupción del sistema, porque “distrar” recursos de salud para fines menos dignos, cuando no francamente espurios, es causa de enfermedad. Como afirma el ilustre sanitarista argentino Ramón Carrillo: “Uno de los pilares de la salud pública es la transparencia en la utilización de los recursos”.

Como solución, propongo constituir el hospital público como “agente moral”; esto es, garantizar el ejercicio de valores morales, principios bioéticos y protección bio-psico-social al equipo de salud, a los pacientes y a los familiares, desde el cumplimiento de los derechos humanos, asumiendo que la dignidad de las personas no es un derecho más, sino el fundamento ético y práctico de todos esos derechos.

Para contrarrestar esta violencia social que padecemos, debemos hacernos —la comunidad y los funcionarios— partícipes y actores en la consagración de un nuevo nombre para la paz: la justicia.

Algunas formas de ser

31

Ser solidario es saludar al portero con el mismo respeto y la misma delicadeza que saludamos al dueño de la empresa. Los dos son personas y, como tales, tienen dignidad y no precio.

El ser solidario implica incorporar el “buen día” y el “gracias” al lenguaje diario; aprender a pedir perdón en los detalles mínimos (cuando tropezamos con alguien, por ejemplo), como entrenamiento para el perdón de los grandes defectos; reconocer nuestros errores para posibilitar la “culpa reflexiva”, que permite reparar el daño y, al mismo tiempo, liberarnos de la culpa.

Somos solidarios cuando, antes de opinar en una discusión, nos detenemos a pensar si acaso el otro tiene razón; cuando tratamos a los demás como nos gustaría que los demás nos traten a nosotros; cuando nos preguntamos si aceptaríamos que nos hicieran aquello que hacemos a alguien.

La solidaridad es encontrar en el otro la razón de ser de uno; es buscar el bálsamo del consenso antes que la estadística de una votación; es no callarse ante las injusticias, y más bien denunciarlas, como les espetaba Santa Catalina de Siena a los obispos de entonces: “Por su silencio, hay corrupción”.

La esencia solidaria está en ver, en los otros rostros, rostros tan queribles y tan humanos como nuestros propios rostros, porque ser solidario, en definitiva, es amar hasta el fin.

Ser fuerte es amar a alguien en silencio, irradiar felicidad cuando se es infeliz y perdonar aunque el perdón no sea merecido.

Se es fuerte al esperar, aunque no se crea en el regreso; al mantenerse en calma en los momentos de desesperación; al demostrar alegría aun en la tristeza.

Ser fuerte es sonreír cuando se desea llorar una tristeza, hacer a alguien feliz cuando se tiene el corazón hecho pedazos, callar cuando lo ideal sería gritar a todos tu angustia, consolar al que necesita consuelo y tener fe aunque no se crea.

Porque ser fuerte es sentirse amado, más que sentirse con fortaleza.

Ser humilde es desistir de querer tener siempre la razón, porque así cometeremos menos errores; eso se llama humildad. El humilde siempre está dispuesto a escuchar y a aprender.

Ser humilde es permitir que cada experiencia enseñe algo. La humildad consiste en callar nuestras virtudes y permitirles a los demás descubrirlas. Nadie está más vacío que aquel que está lleno del “yo mismo”.

Decir y sentir que todavía tengo mucho que aprender y no lo sé todo es humildad. Ser humilde es callar y escuchar el grito del silencio, es no juzgar a alguien antes de tiempo. Quien conoce su ignorancia revela una gran humildad y una profunda sabiduría. Lao Tsé decía que el sabio se distingue sin exhibirse.

El taoísmo recomienda: “Habla simplemente cuando sea necesario. Si no tienes nada bueno, verdadero y útil que decir, es mejor quedarse callado.

Ser humilde es ser inmune a los elogios o a las alabanzas desmesuradas.

Cuando te quedan sólo dos galletas y tu esposa elige la más chiquita, es porque te ama y es humilde.

Como decía Confucio, “no procuro saber las respuestas, procuro comprender las preguntas”.

Como el ser solidario, ser justo es ver, en los otros rostros, rostros tan queribles y tan humanos como nuestros propios rostros.

No se puede vivir sin límites, no se puede vivir sin leyes, pero cuando hay amor las leyes no son necesarias.

La única diferencia justa es la que favorece al más desposeído y no al más poderoso. Cuando la diferencia se convierte en desigualdad, no hay justicia. Cuando la diferencia se construye como convivencia, entonces hay justicia.

La justicia es la equidad distributiva. Como dice Rawls: al que de por sí tiene más, darle un poco menos, para darle un poco más al que de por sí tiene menos. La justicia es la mayor de las virtudes y la justicia política, la mayor de las justicias, afirma Aristóteles.

Ser justo es dar sin recordarlo y recibir sin olvidarlo.

Un amigo es un hermano que se elige.

El taoísmo ve la esencia de la amistad en conversar con un amigo durante un rato muy largo sin pronunciar palabras e irse con la sensación de haber tenido la mejor de las conversaciones.

Es imposible vivir sin amigos. Al amigo hay que quererlo por lo que es y no por lo que tiene.

Don Atahualpa Yupanqui decía que “un amigo es uno mismo con otro cuero”. Un proverbio anónimo reza que la amistad es como la sangre que acude a la herida sin que la llamen.

La amistad es un alma en que habitan dos cuerpos, es un corazón en que habitan dos almas.

En un dicho del turf, la sabiduría popular resume con sencillez qué es ser un amigo: “Con un amigo, bandera verde con Dios”.

Ser feliz es desear lo que se tiene, vivir para los demás, no envidiar y querer el bien para los otros.

Aristóteles habla de la eudaimonia, palabra griega que comúnmente se traduce como “felicidad”, y dice al respecto que “el bien-hacer lleva al bien-estar”.

El taoísmo dice: “Si te quedás llorando mirando la puerta de la felicidad que se cerró, las lágrimas te impedirán ver las otras puertas que se abren”.

Compartir es partir-con, y en ello radica la felicidad.

Ser feliz es cumplir con el deber, sobreponerse a la adversidad y no quedarse en el lamento.

“La melancolía es la felicidad de estar triste”, según Victor Hugo.

Los clásicos, la salud y los médicos

Las opiniones de los grandes pensadores me han servido siempre para reflexionar acerca de esta práctica médica que se ha convertido en una de mis grandes pasiones. Conocer esas opiniones ayuda a generar la capacidad de buscar posibles respuestas a los interrogantes que se plantean día a día en el contacto con los pacientes y con quienes forman parte del sistema de salud, y también valen para reconocer la mirada que los demás tienen sobre los médicos y la medicina (que no siempre es buena).

Así, creo, funciona el conocimiento: no se trata de acumular datos, sino de saber dónde y cómo rastrear los fundamentos y los testimonios que se relacionen con nuestras dudas y nuestros intereses.

Churchill

Winston Churchill era depresivo y padeció unas cuantas enfermedades; entre ellas, erisipela, neumonía, fiebre tifoidea, angina de pecho, arterioesclerosis, además de sufrir accidentes cerebrovasculares y dos infartos (el segundo terminó con su vida). Alguna vez, refiriéndose a la salud, dijo: “La salud es un estado transitorio entre dos épocas de enfermedad y que, además, no presagia nada bueno”.

Dubos

René Dubos fue un gran científico que se dedicó con pasión al estudio de las enfermedades y al análisis de los factores medioambientales y sociales que afectan la salud. Entre sus grandes aportes, cabe destacar el descubrimiento de varios antibióticos y las investigaciones acerca de la tuberculosis, la neumonía, los mecanismos de inmunidad adquirida, la susceptibilidad natural y la resistencia a las infecciones. Es decir, cuando se refería a la salud, a la enfermedad y a la vida, sabía de qué hablaba. Alguna vez afirmó: “Estar completamente sano es incompatible con la vida”.

Voltaire

Voltaire, el gran historiador, filósofo y abogado francés cuyos pensamientos sirvieron, en gran parte, para sentar las bases de la Ilustración, fue un hombre que gozó de salud y larga vida. De hecho, murió a los 83 años. Tenía opiniones particulares sobre temas muy variados, por ejemplo, sobre los médicos y sobre la medicina: “Un médico es una persona que da remedios que no conoce a otra persona que conoce menos todavía”; “el arte, en medicina, consiste en entretener al paciente mientras la naturaleza sigue su curso”.

Shaw

George Bernard Shaw, el incisivo y ácido escritor irlandés, fue un prolífico y exquisito autor de grandes obras de teatro, críticas teatrales y musicales, y cartas; a tal punto, que ganó el Premio Nobel en 1925. Se dice que era un hombre tímido, introspectivo y generoso, además de un agudo crítico social. Tuvo una relación muy conflictiva con Winston Churchill. Sus frases son repetidas por la agudeza de su mirada y por el humor que ostentan: “El mejor médico es aquel al que corremos y nunca alcanzamos”; “no hemos perdido la fe, pero la hemos transferido de Dios a la profesión médica”; “la profesión médica es una conjura que tiene por objeto ocultar la propia deficiencia”.

Lewis Carroll

Hay muchos y muy distintos clásicos de la literatura, pero pocos se asemejan, por su originalidad, belleza y humor, a Alicia en el país de las maravillas. Su autor, Lewis Carroll, se inició en la lógica y en la matemática, fue docente y luego incorporó el oficio de la escritura gracias a los paseos que hacía con su sobrina, Alicia Liddell. En esos paseos contaba historias llenas de imaginación y cargadas de paradojas lógicas. Fue así que nació su gran historia: a su sobrina le encantó el relato y el tío terminó escribiéndolo en poco tiempo para publicarlo de manera independiente. Se convirtió en un éxito inmediato y en un clásico que aún hoy genera estudios literarios, congresos, interpretaciones y hasta una intensa actividad comercial llena de merchandising y puestas en escena.

El impacto social y cultural de los libros de Alicia es asombroso. No es extraño encontrar alusiones a ellos en campañas políticas o publicitarias, en discursos académicos o parlamentarios, en charlas familiares, historietas o comentarios deportivos. Y como no quiero ser menos...

No recuerdo si alguna vez se refirió explícitamente a la medicina, los médicos, la

salud o la enfermedad, pero lo cierto es que leer esos textos me hizo pensar el día a día de la terapia intensiva en relación con esta bella historia. Por ejemplo, en el relato de Lewis Carroll, Alicia pasa a través del espejo para meterse en el mundo de las maravillas y observar sus curiosidades, que exceden a lo que puede ver en general en lo cotidiano. Los médicos, cuando estamos trabajando en terapia intensiva, también pasamos a través de ese espejo que son las máquinas, el instrumental de alta complejidad; un espejo que nos devuelve imágenes de algo que no vemos a simple vista: la salud del paciente. Pero, en realidad, ¿qué miramos? ¿La maravilla de la tecnología o la realidad del enfermo? Asimismo, en esta bella historia la Reina Roja le a Alicia: “Para permanecer en un mismo sitio, no hay que dejar de correr”. En terapia intensiva, a veces los médicos corremos tanto que no avanzamos nada...

Apuntes sobre la obra

de Enrique Santos Discépolo

Discépolo filósofo

Si entendemos la filosofía como la ciencia (“madre” de ellas) que investiga las causas ontológicas, primarias, universales de los hechos, es obvio que no corresponde considerar aquí la obra de Enrique Santos Discépolo, por la sencilla razón de que no fue ese su objetivo ni esa su profesión. Pero si dejamos de lado la mirada acerca de la filosofía como discurso de los filósofos profesionales y más bien la asimilamos al “filosofar” —tarea humana por excelencia—, al interrogar-se y al interrogar-nos sobre los misterios de la cotidianidad, sobre las tribulaciones (del latín “tríbulo”: “abrojo” y, por extensión, cosa que irrita, que molesta) del hombre de carne y hueso (donde está la metafísica, según Nietzsche), no cabe duda de la realidad concreta de la filosofía discepoliana. Es en este contexto que Ernesto Sábato afirma que los autores de tango hacen metafísica sin saberlo.

En mi modesta opinión, creo que no todos los autores de tango pueden ser

incluidos en la mirada de Sábato, pero entre los que sí hacen metafísica Discépolo sobresale de manera contundente. En el filosofar discepoliano vibra una cuerda netamente existencialista, ya que prioriza la existencia sobre la esencia. Dice en “Yira, yira”: “Cuando manyés que a tu lado / se prueban la ropas que vas a dejar”. Pero no se trata de la vertiente existencialista atea de Jean-Paul Sartre, sino más bien de la angustia existencial con trasfondo teológico de Kierkegaard. “¿Dónde estaba Dios cuando te fuiste?”, se pregunta en “Canción desesperada”. Si Miguel de Unamuno estudió danés sólo para leer a Kierkegaard en su lengua original, seguramente hubiera disfrutado escuchando “Canción desesperada” interpretada por la orquesta de Aníbal Troilo y cantada por Alberto Marino.

Discépolo poeta

Si, como dice Hegel, la obra de arte embellece lo mundano, cuando se pone el alma aun en lo más trivial, ¡qué poetas tiene el tango!

Ernesto Sábato califica a Discépolo como poeta “horaciano”. Resulta curioso, interesante y muy gratificante bucear en la obra de Quinto Horacio Flaco, conocido como Horacio, y encontrar elementos discepolianos. Por ejemplo, en el epodo VIII dice el gran poeta latino: “Tu vieja decrepitud surca tu frente [...] Muslos pegados a tus hinchadas piernas”. No sé si lo dice de madrugada, en la oscuridad y con algún trago de más encima —aunque seguro no está a la salida de un cabaret—, pero es como si Horacio expresara, con tono discepoliano, el principio de “Esta noche me emborracho”: “Sola, fané, descangayada”.

En la sátira II, criticando la corte de Julio César, Horacio describe: “Ruina caterva de parásitos, flautistas, sabios, charlatanes, músicos y danzantes”. Parece recordar, con un tono llamativamente similar, ese desfile grotesco y patético de “Cambalache”. Es evidente que el mundo no solo “fue y será” como “en el 506”, sino incluso como en la segunda mitad del siglo I antes de Cristo.

Por último, en la sátira IX el genial Horacio esgrime al poeta Lucilio una frase que, con el mayor de los respetos, tiene el espíritu de nuestro gran autor: “En tu loca vanidad...”.

Discépolo universal

Enrique Santos Discépolo es uno de los autores argentinos más conocidos fuera de nuestras fronteras. Esa universalidad radica en la capacidad de dar cuenta de ciertos rasgos propios expresados con una justeza que trasciende los tiempos y el espacio.

Como decía Arturo Jauretche, “el ser nacional es lo universal visto por nosotros”, y yo creo que pocas miradas son tan propias como la de Discépolo. Como él, supo hacerlo León Tolstoi con su época, quien tenía como premisa: “Describe (pinta) tu aldea y describirás (pintarás) el mundo”.

Discépolo era un hombre absolutamente involucrado con su tiempo, y tal vez por eso las palabras de Hegel encajan a la perfección con su lugar en nuestra cultura: “Cuanto más de su tierra y de su época es un espíritu, más se universaliza su prédica”.

Discépolo: ¿crítico social, político o moral?

Como hacían los semánticos, que antes de discutir fijaban términos, conviene hacerlo especialmente en el terreno de “lo social”, porque a veces la cotidianeidad de las palabras ensombrece su etimología y su correcto significado.

Una sociedad no es una simple sumatoria de personas, aunque tengan un objetivo en común (nadie afirmaría que los espectadores en un estadio de fútbol forman una sociedad). Para ser calificada como tal, son requisito sine qua non las llamadas, por sociólogos y antropólogos, “estructuras sociales”. No es pertinente su análisis aquí, pero va de suyo que no puede haber crítica social si no se hace una crítica de sus estructuras, por propia definición.

En ningún momento Discépolo criticó las “estructuras sociales”. Sí lo hizo, por

ejemplo, Juan Carlos Marambio Catán: “Los hijos que vengan / sin techo ni pan / vendiendo La Prensa / ganando dos guitas...”. En estrofas anteriores del mismo tango “Acquaforte”, dice: “Un viejo verde que gasta su dinero / emborrachando a Lulú con el champán / hoy le negó el aumento a un pobre obrero / que le pidió un pedazo más de pan”. También hizo crítica social Mario Battistella en “Al pie de la Santa Cruz”: “Declaran la huelga, / hay hambre en las casas, / es mucho el trabajo / y poco el jornal; / y en ese entrevero / de lucha sangrienta, / se venga de un hombre / la Ley Patronal”. Una crítica de esta naturaleza no la encontramos en la obra discepoliana.

La política como disciplina, de acuerdo a quienes resultaron sus “fundadores” en el siglo de Pericles, era el manejo de la polis (la ciudad), la res pública (es decir, la cosa pública), expresión griega que, por contracción, origina el vocablo “república”. De acuerdo con esta mirada, ¿cuándo intervino Discépolo en la política? Nunca. Su aproximación al peronismo, según explica Tania, su pareja, fue emocional y no política: “Él se identificaba con los descamisados con el corazón, más allá de lo político”.

La moral, del latín mor-moris, es la conducta del hombre frente a la decisión de elegir entre el bien y el mal: son los códigos; las costumbres, según los latinos; el ethos de los griegos.

En este sentido (no en otros, su discurso es el de los profetas), la crítica de Discépolo es justamente la denuncia de las costumbres in-morales, sin-moral (“sin moral, hecho un mendigo, cuando se fue”, dice en “Esta noche me emborracho”). Las letras de sus tangos, algunos de los cuales fueron citados aquí, así lo atestiguan.

Discépolo y el sentido religioso

El estudioso José Gobello lo define como un “espíritu angustiadamente religioso”. La religiosidad y, más aún, el catolicismo “popular” de Discépolo son reivindicados por el padre José María Meisegeier, cura del llamado Movimiento de Sacerdotes para el Tercer Mundo (mstm) que acompañara al padre Mugica en sus labores en la Villa 31. Ambos autores se han exployado en este aspecto con

muchísima más autoridad que el que escribe estas desordenadas líneas. Simplemente quisiera rescatar aquí que su duda religiosa (“yo siento que mi fe tambalea”, dice en “Tormenta”; “¿dónde estaba Dios cuando te fuiste?”, se pregunta en “Una canción desesperada”) es siempre desde la perspectiva de la fe en Dios, no desde el agnosticismo ni, mucho menos, desde el ateísmo; uno y otro, por formación y por convicción, niega a Dios, cosa que Discépolo nunca hace.

Se trata de una duda desde la perspectiva de la fe; no es una duda como metodología de pensamiento, tal como aparece en El discurso del método, de René Descartes. Más bien se resuelve escatológica y teológicamente: “De blanco al morir, / llegará tu esperanza, / vestida de novia ante Dios / como soñó”, expresa en “Infamia”; o “porque soñé / que era Jesús y te salvaba”, dice en “Soy un arlequín”; o “moriré con vos, ¡feliz, Señor!”, reza en “Tormenta”.

Creer que porque se tienen dudas no se tiene fe no es, según mi modesto entender y con absoluto respeto por quienes no son creyentes, una postura cristiana. Se cuenta que San Pablo afirmaba: “Si alguien nunca dudó, es porque nunca creyó”. Y aún más: el mismísimo Jesucristo, en “aquel atardecer sublime de la redención” —como lo definió Dalmiro Sáenz—, atribulado en su esencia humana, decía antes de expirar: “Dios mío, Dios mío, ¿por qué me has abandonado?” (Marcos 15: 33-37). Sería disparatado pensar que, por esta expresión (más fuerte incluso que “¿dónde estaba Dios cuando te fuiste?”), Cristo no tenía fe en Dios, aunque con la Posmodernidad nunca se sabe...

La escatología teológica de Discépolo se hace plena cuando, después de su muerte, encuentran en un bolsillo de su saco partes del tango “Mensaje”, escrito para que Tania lo leyera cuando él no viviera: “Yo, tan chiquito y desnudo, / lo mismo te ayudo / cerquita de Dios”. Refiriéndose a su muerte, cuenta Tania que Aníbal Troilo alzó su cuerpo ya sin vida (llegó a pesar 37 kilos) y dijo: “Pibe, pibe...”. En mi sentir, con esta palabra, la más entrañable y de mayor ternura del lunfardo, Pichuco sintetizó “Oración fúnebre”, síntesis a la que seguramente hubiera suscripto Jacques Bénigne Bossuet.

Para concluir, creo que no se trata de discutir qué “fue” Discépolo. Para aprehenderlo, no hay otra forma mejor que hacerlo dentro del contexto tanguero, antropológico y culturalmente hablando: Enrique Santos Discépolo no fue sino que es Discepolín.

Códigos

Cuando estaba cursando el segundo año en la Universidad del Tango, escuché de la boca del profesor José Gobello la siguiente anécdota...

En la segunda década del siglo xix, funcionaba en la calle Boedo (según Dante Linyera, “la calle de todos, la alegre Florida del triste arrabal”) la peña Pacha Camac (que en la mitología incaica es el dios de la inspiración y de la artes). Allí se reunían poetas de la talla de Homero Manzi, González Tuñón, Nicolás Olivari, Baldomero Fernández Moreno y José González Castillo, padre de Cátulo Castillo (el creador de tangos inolvidables, como “María”, “Café de los angelitos”, “A Homero”). Justamente González Castillo es el protagonista de esta historia.

En aquella peña, los sábados a la noche se realizaban funciones de teatro. A la salida de una de ellas, le arrebatan una cartera con dinero y documentos a González Castillo, que había asistido con un amigo. Cuando el amigo le pregunta por qué no perseguía al ladrón, el ilustre poeta responde: “Dejalo, cuando se den cuenta de quién se trata, me la van a devolver. En este barrio hay códigos”.

Efectivamente, al día siguiente le entregan en su casa una caja con el dinero y los documentos, ambos intactos, y además una gran cantidad de papel en blanco, tinta y una lapicera junto con una nota que decía: “Discúlpeme, no sabía que era usted, le devuelvo sus cosas y otras más para que siga escribiendo tan lindos versos. El ladrón”.

Parafraseando el famoso tango “Tiempos viejos”, de Francisco Canaro y Manuel Romero, se me ocurre decir: “¿Te acordás, hermano? ¡Qué tiempos aquellos! Hasta los chorros tenían códigos de honor”.

Al final

Estimado lector: espero que usted no sea de esos “lectores salteados” a los que se refería Macedonio Fernández y no haya venido al final directamente desde la introducción. En caso de que así no haya sido, si tuvo la estoica paciencia de leer el libro, quiero compartir con usted estas últimas reflexiones.

Habría advertido que la discriminación y el poder son temas recurrentes en este libro, y desearía hacer algunas precisiones más. Encerrados en una realidad virtual –por ende, no real–, creemos que estamos comunicados con todos, pero no conocemos a nadie, ya que sin presencia física no hay relación humana. Estamos en todas partes al mismo tiempo: que es una forma de no estar nunca en ningún lugar. Estamos informados de todo al mismo tiempo: una forma de no enterarnos de nada. Cada vez vemos más y miramos menos, cada vez oímos más y escuchamos menos.

Por primera vez en la historia de la humanidad, corremos el riesgo de la desaparición de la especie humana, pero no por enfermedades, cataclismos o falta de reproducción biológica, sino por algo atroz: la ausencia de reproducción social, del no-otro al no-yo, porque es imposible la yoidad sin la otredad. En palabras de Jaspers: “Somos lo que otros son”.

Otro riesgo de desaparición son los “agujeros negros”, pero no los espaciales sino los del poder. Es tal la concentración de poderes y riquezas en tan pocos que se forman grupos de altísima fuerza de gravedad, de tanta atracción que se ahogan en sus propios tesoros, pero arrastrándonos a todos, como los remolinos de un río que consumen tanto el agua que los enriquece como a los desventurados de su alrededor. No nos olvidemos del rey Midas, quien por convertir en oro todo lo que tocaba, según su deseo, estuvo a punto de morir de sed y de hambre.

El tercer riesgo, y creo que el más peligroso, es ideológico, moral. La profecía nietzscheana de la transvaluación de los valores se ha invertido, y ahora asistimos a la involución de los valores. En palabras de Baudrillard, estamos ante el “pánico amoral de la indiferenciación”, traducción posmoderna del dictum discepoliano: “No hay valores ni doblez”.

Los chicos dicen “está todo bien”. ¿Será lo mismo, volviendo a Discepolín, “ser derecho que traidor”? ¿Serán lo mismo los asesinos que los desaparecidos? ¿Serán lo mismo los torturadores que las Madres de Plaza de Mayo? En lo personal, me resisto a estas indiferenciaciones. ¿Qué podemos hacer, entonces, querido lector?

También habrá advertido usted que otro concepto recurrente en este libro es la solidaridad. Permítame extenderme un poco más sobre esto: planteo la solidaridad como una solución integral a los desastres descriptos, en tres niveles, que ya he presentado.

A nivel macro, la solidaridad como estrategia política en la distribución equitativa de los recursos. Concretamente, en nuestro país, revertir la política regresiva fiscal actual que permite que los que tienen más paguen menos y obliga a los que tienen menos a pagar más. Una decisión política que revierta esa situación sería una estrategia política de la solidaridad para disminuir los “agujeros negros” económicos a los que hacía referencia.

Otra posibilidad ya mencionada: implementar la tasa Tobin a las transacciones financieras que no inviertan en el sector productivo, habida cuenta que de cada 100 dólares de intercambio comercial, 2 van a bienes y servicios y 98 al circuito financiero.

También, implementar un IVA discriminado –en el buen sentido–, ya que no puede ser que tribute lo mismo un litro de leche que un tapado de visón.

A nivel meso, la solidaridad en el fortalecimiento –pero en serio– de las economías regionales, de las organizaciones intermedias y del sector social. Este “tercer sector” es el que genera más empleo: 250 puestos de trabajo por cada millón de dólares de inversión frente a los 60 que genera, por ejemplo, la industria automotriz con igual inversión. No se trata, por supuesto, de no invertir en el sector industrial, sino de una decisión política de regular los mercados. El neoliberalismo entra en convulsiones cuando escucha la palabra “regulación”, pero se quiere ser más papistas que el Papa, ya que olvidan –en el caso de que lo hayan leído– a Adam Smith –nada menos– cuando afirma en La riqueza de las naciones (1776): “El sistema de la libertad natural como sustento de la mano invisible del mercado necesita de la mano visible del Estado y las instituciones. De no ser así, la renta y el beneficio personal reducen los salarios y las clases superiores oprimen a las inferiores”.

Por último, a nivel micro, la solidaridad se transforma en práctica de la cotidianeidad: saludar al portero con el mismo respeto y delicadeza que saludamos al dueño de una empresa; incorporar el “buen día” y el “gracias” al lenguaje diario; aprender a pedir perdón en los detalles mínimos –cuando tropezamos con alguien, por ejemplo–, como entrenamiento al perdón de los grandes defectos. Y hay otras cuestiones para considerar, en múltiples ámbitos, como muestras de solidaridad:

- Reconocer nuestros errores para posibilitar la culpa reflexiva, que permite reparar el daño y al mismo tiempo liberarnos de la culpa.
- Antes de opinar, en una discusión, pensar si el otro tal vez tiene razón.
- Tratar a los demás como nos gustaría que los demás nos traten a nosotros.
- Al hacerle algo a otro, pensar si a mí me gustaría que me lo hicieran.
- Practicar aquello de “la solidaridad de la sangre que acude a la herida sin que la llamen” (parafraseando la cita de un autor al que pido perdón por no recordar).
- Encontrar en el otro la razón de ser de uno.
- Dar sin recordar y recibir sin olvidar.
- Construir las diferencias en convivencias y no en desigualdades.
- Buscar el bálsamo del consenso antes que la estadística de una votación.
- No callarse ante las injusticias, sino denunciarlas.

Planteo la solidaridad no como la mejor opción sino como la única opción. Cuenta una vieja leyenda –decía Ricoeur que la verdad está en la leyenda y no en la historia– que un rey preocupado porque el egoísmo había invadido su corte quiso dar una lección de solidaridad y organizó un gran banquete. Llegaron los cortesanos al palacio, encontraron espléndidas mesas con exquisitos manjares, pero no podían comer porque los tenedores medían un metro. Aún haciendo malabares no podían llevarse la comida a la boca. Entonces pidieron al rey tenedores más cortos, pero él les contestó que era imposible, y que tenían que arreglarse con esos tenedores tan largos. Después de varios ensayos, la única forma de comer fue dándose la comida unos a otros. En palabras de Luciano de

Crescento: “Las personas somos ángeles con una sola ala, la única forma de volar es abrazándonos”.

Gracias, querido lector, por haberme acompañado hasta el final, y lo dejo para brindar.

Brindis

Amigos míos,
reconfortadme con un vaso de vino.
Dad a mi piel el color del ámbar;
el color del rubí.
Lavad con vino mi cuerpo inerte
y haced con las maderas de la vida
las tapas de mi féretro.
Omar Khayyam

El vino (del latín *vitis*, ‘uva’) tiene un origen mítico-religioso y uno científico. Dentro del primero aparece Noé, el primer “hacedor” de vino para la cultura judeocristiana, quien cargó con una buena cantidad de la espirituosa bebida en su famosa arca: había que “pasar el invierno”, adelantándose en milenios al conocido consejo de un no menos conocido ingeniero argentino. Para la mitología griega fue Dionisio –el Baco de los romanos– el dios del vino. Según se cuenta, dicho personaje encontró una plantita y, para cuidarla, la guardó en un huevo de pájaro. Luego la plantita creció, y entonces la transplantó a un hueso de león. Al crecer más, su destino fue el fémur de un burro. De allí que el vino nos haga volar al principio, luego nos dé vigor y, si seguimos bebiendo, terminemos diciendo burradas.

El origen científico de la bebida fue documentado recientemente al encontrarse una jarra de cerámica en Zagros, región montañosa de Irán, la antigua Persia, que contenía un residuo de ácido tartárico y una oleoresina vegetal (terebinthus), datada en el 5.400 a.C. El primero es un producto natural que solamente se presenta en las uvas, y el segundo es un aditivo usado desde la Antigüedad para

inhibir las bacterias del género acetobacter, que convierte el vino (alcohol etílico) en vinagre (ácido acético). Al encontrarse ambas juntas, no hay dudas de que el hombre del neolítico producía vino.

Muchos años han pasado y el vino sigue vigente –enhorabuena– en exaltadores y consumidores. Repasemos algunos testimonios de los primeros (ya estamos incluidos en los segundos):

- En La Ilíada y en La Odisea el vino corre a raudales.
- Plinio el Viejo fue el primer catador, creador del sistema COS: color-olfato-sabor. Dijo: “El hombre es el único animal que bebe sin tener sed”.
- Ovidio, en su Ars amatoria, afirma: “Las preocupaciones huyen ante el vino”.
- En el Ecclesiastés: “El buen vino alegra el corazón”.
- Eurípides, en Bacantes: “El amor es la amistad sublimada, y donde no hay vino no hay amor”.
- Los médicos de la escuela de Salerno combatían con vino los excesos del vino. Para una resaca lo mejor es un vaso de vino: “Un clavo saca otro clavo, como un amor saca a otro amor”.
- San Jerónimo: “Bebed, hermanos, bebed para que el diablo no os halle ociosos”.
- Pasteur: “El vino es la bebida más sana y más higiénica”.
- Fleming: “La penicilina cura a los hombres, pero el vino los hace felices”.
- Atribuido a Shakespeare: “Beber o no beber, he aquí la cuestión”.
- Camilo José Cela, Premio Nobel de Literatura: “Hay cinco causas para tomar vino: la llegada de un amigo, la sed del momento para saciar, la sed futura que se quiere evitar, la bondad del vino y cualquier otra no prevista en las anteriores”.
- Del mismo autor: “El vino tiene efectos translativos: le hace mucho bien a las mujeres cuando lo toman los hombres”. Algo machista, ¿no?

- Quevedo, en El libro de todas las cosas y otras muchas más: “El vino es tan noble que jamás se brinda para maldecir”.
- Coplas anónimas (según Borges, el anonimato es la mejor virtud del escritor):

Bebed en paz el rojo vino

buena nueva de la viña.

Espirituoso, el sorbo cristalino

arrulla el alma... la cree niña.

Como ocurre en las solicitadas, siguen las firmas: Baudelaire, Verlaine, Edgar Allan Poe, Rulfo. Este último, autor de una de las mejores novelas en lengua castellana, Pedro Páramo, cuando se curó de su alcoholismo dejó de escribir. En palabras de Kierkegaard: “In vino veritas”.

Pero cuidado, también ilustres pensadores nos advierten sobre los excesos del mal uso o del vino adulterado:

- El Príncipe Don Juan Manuel en El Libro de los Exemplos: “El vino es muy virtuoso, mal usado es dañoso”.
- Chesterton: “Bebed para ser felices, pero nunca por ser desgraciados”.
- Lope de Vega en El Entremés de los Sordos: “Si bebo el vino aguado, berros me nacerán en el costado” (¡grande, Don Lope, prevención primaria de la fasciola hepática).

Es oportuno –y coherente– terminar esta semblanza del vino con un brindis gallego, que por gallego es inteligente, mal que les pese a algunos xenófobos ilustrados:

Antes que no nos conociámos, bebíamos.

Ahora que nos conocemos, bebemos.

Pues bebamos, hasta que no nos conozcamos.

Bibliografía citada

AA.VV. (2003), “El agua como un derecho humano”, Boletín temas de salud de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, núm. 94, diciembre de 2003.

AA.VV. (1981), Mitología griega y romana, Buenos Aires, Paidós.

aa.vv. (1967)

, Poetas latinos. Virgilio, Horacio, Ovidio, Madrid, Edaf, col. Los clásicos, 1967.

aa.vv. (1991), Vigencia del filosofar. Seminario de filosofía en homenaje a Héctor D. Mandrioni, Buenos Aires, Ediciones Paulinas.

Almeida Filho, N. (1992), A clínica e a epidemiologia, Río de Janeiro, Apce Abrasco.

Almeida Filho, N. (1999), “Salud colectiva en Latinoamérica”, Cuad Med Soc, núm. 75, Rosario, pp. 5-30.

Alonso, M. (1969), Historia de la literatura mundial, Madrid, EDAF.

Álvarez, M. y Barreda, V. (comps.) (1995), Cultura, salud y enfermedad, Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología.

American College of Physicians (1992), Annals Internal of Medicine, diciembre de 1992.

Aprá, R. (1992), Bioética en área crítica, Medicina Intensiva, núm. 9, pp. 20-32.

Aráoz, Alfaro (1942), Rev. Universidad, Rosario.

Ariès, P. (1977), L' homme devant le mort, Paris, Seuil.

Ariès, P. (1999), El hombre ante la muerte, Buenos Aires, Taurus.

Aristóteles (1952), "The works of Aristotle. The Great Books", Encyclopaedia Britannica, Chicago, University of Chicago.

Aubrol, F. (1990), Los filósofos, Madrid, Acento.

Aubrol, F. (1993), Los filósofos, Madrid, Acento.

Augé, M. (1994), Los no-lugares: espacios de anonimato, Barcelona, Gedisa.

Barcia, R. (1875), Diccionario general etimológico de la lengua española, Barcelona, Seix, tomo V.

Barondess, L., Prolonginig What? Ethical Issues in Terminal Care, sin referencias.

Barra, Clarín, 4 de noviembre de 1994.

Barreda, V. (1993), “Cuando lo femenino está en otra parte”, Antropología y Ciencias Sociales, núm. 3, pp. 27-32.

Baudrillard, J. (2001), El paroxista indiferente, Buenos Aires, Anagrama.

Beauchamp y Childress (1979), Principles of Biomedical Ethics, New York, Oxford University Press.

Belderrain, J. E. (1990), “El equipo de salud y la terminalidad”, Quirón, La Plata, p. 22.

Belderrain, J. E. (1994), “Del aborto a la paliogénesis”, Quirón, núm. 25, La Plata, pp. 83-86.

Bellelli, C., Berón, B. y Scheinsohn, V. (1993), “Una arqueología de distinto

género”, Publicar en Antropología y Ciencias Sociales, año 2, núm. 3, pp. 47-62.

Bernárdez, F. L. (1951), La Flor, sin referencias.

Bourdieu, P. (1991), El sentido práctico, Madrid, Taurus.

Brody, H. (1995), “Plan de reforma del sistema de salud americano”, 2º Seminario Internacional del Programa Integral hacia la Calidad Total (1997), Buenos Aires, Fundación Osde.

Busso, A. (junio de 1995), “El derecho del enfermo a saber la verdad”, Revista clínica Pergamino, núm. 6-8.

Callahan, D. (1970), Abortion: Law, Choice and Morality, New York, MacMillan.

Carrillo, R. (1974), Contribución al conocimiento sanitario, Buenos Aires, EUDEBA.

Carrizo, A. (1986), Borges, el memorioso. Conversaciones con Jorge Luis Borges, México, Fondo de Cultura Económica.

Castoriadis, C. (2001), Figuras de lo pensable, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Chinoy, Ely (1973), *La sociedad. Una introducción a la sociología*, México, Fondo de Cultura Económica.

Chomsky, N. (1994), *Política y cultura a fines del siglo XX*, Barcelona, Ariel.

CIHFE (Committee of Inquire into Human Fertilization and Embriology) (1984), *Report*, Her Majesty-2 Stationnary Office, Londres.

Comelles, J. M. (1997), “The Fear (One’s Own) History. On the relations Between Medical Anthropology, Medicine and History”, DYNAMIS.

Conrad, J. (1969), “Lord Jim”, en *Encyclopedia Britannica*, vol. 6, pp. 364-366, University of Chicago.

Conrad, P. y Schneider, A. (1985), *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Ohio, Merill Pub.

De Aquino, Santo Tomás, *Summa Theologiae*, parte I, cuestión 98, artículo 2.

De Unamuno, M. (1997), *La vida literaria*, Madrid, Espasa-Calpe.

Department of Health and Social Security (1984), *Report of the Committee of the Inquiry into Human Fertilization and Embriology (The Warnock Report)*,

Londres, Her Majesty's Stationary Office.

Doval, H. y Tajer, C. (2001), Evidencias en Cardiología, Buenos Aires, GEDIC.

Durkheim, E. (1973), El suicidio, Buenos Aires, Shapire.

ECAFS (Ethics Committee of the American Fertility Society) (1984), Fertil Steril.

Eco, U. (1986), La estrategia de la ilusión, Buenos Aires, Lumen / Ediciones de la Flor.

Elías, N. (1987), La soledad de los moribundos, México, Fondo de Cultura Económica.

Encyclopaedia Britannica (1969), "Taoísmo", Chicago, University of Chicago.

Ethics Committe of the American Fertility Society (1984), Fertil Steril, núm. 62, pp. 5-93

Fabbri, E. (1987), El encanto de la ancianidad, Buenos Aires, Mensajero.

Feinstein, A. R. y Horowitz, R. (1997), "Problems in the 'Evidence' of

‘Evidence-based Medicine’”, American Journal of Medicine, diciembre de 1997.

Finkel, S. y Gorbato, V. (1995), Amor y sexo en la Argentina, Buenos Aires, Planeta.

Fornet Betancourt, R. (1994), Filosofía intercultural, México, Universidad Pontificia.

Foucault, M. (2000), Las redes del poder, Buenos Aires, Almagesto.

Frankenberg, R. (1994), “The Impact of HIV-AIDS on Concepts Relating to Risk and Cultura Within British Community Epidemiology: Candidates or Targets for Prevention”, Social Science & Medicine, núm. 38, pp. 10-15.

Frankl, V. (1989), El hombre en busca de sentido, Barcelona, Herder.

Freud, S. (1952), Tratamiento del psiquismo, tratamiento del alma, Chicago, The Great Books, University of Chicago.

García Canclini, N. (1999), La globalización imaginada, Buenos Aires, Paidós.

George, S. (2000), Informe Lugano, Buenos Aires, Icaria.

Gherardi, C. (2007), Vida y muerte en terapia intensiva, Buenos Aires, Biblos.

Giddens, A. (1995), La transformación de la intimidad, Madrid, Cátedra.

Gobello, José, “La búsqueda de Dios en los tangos de Discépolo”, conferencia radial reproducida en La Voz del Interior, Córdoba.

Goffman, E. (1989), Estigmas, Buenos Aires, Amorrortu.

Gracia, D. (1990), “¿Qué es un sistema justo de servicios de salud?”, en Bioética: temas y perspectivas, Washington DC, OPS (Oficina Panamericana de la Salud).

Gramsci, A. (1978), Concepción dialéctica de la historia, Río de Janeiro, Civilización.

Greenhalgh, Trisha y Hurwits, Brain (1999), “Narrative Based Medicine. Why Study Narrative?”, BMJ, enero de 1999.

Grimberg, M. (1995), “Teoría, propuestas y prácticas sociales. Problemas teórico-metodológicos en antropología y salud”, en Álvarez, M. y Barreda, V. (comp.), Cultura, salud y enfermedad. Temas de Antropología Médica, Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano.

Grimberg, M. (1997), “De conceptos y métodos: relaciones entre epidemiología

y antropología”, en Álvarez, M. (comp.), Antropología y práctica médica, Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano.

Grimberg, M., Margulies, S. y Wallace, S. (1994), “Construcción social y hegemonías: representaciones médicas sobre sida. Un abordaje antropológico”, Programa de Antropología y Salud 1-15, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Grupo de reflexión rural (2003), Estado en construcción en diálogo con Ignacio Lewkowicz, Buenos Aires, Editorial Tierra Verde.

Haring, B. (1989), Moral y Medicina. La vida humana: origen y desarrollo, Madrid, Federación Internacional de Universidades Católicas PS edit.

Harris, M. (1985), El desarrollo de la teoría antropológica, Madrid, Siglo XXI.

Harris, M. (1990), Antropología cultural, Madrid, Alianza.

Hudson Jones, Anne (1999), “Narrative in Medical Ethics”, BMJ, enero de 1999.

Jorion, P. y Delbos, G. (1986), “La noción espontánea de magia en el discurso antropológico”, en El Hombre, Buenos Aires, Manantial.

Kleinman, A. (1988), The Illness Narrative, Nueva York, Basic Books.

Klimovsky, G. (1995), Las desventuras del conocimiento científico, Buenos Aires, A-Z Edit.

Kübler-Ross, E. (1995), Sobre la muerte y los moribundos, Madrid, Grijalbo.

Kunin, C. (1991), “Problemas en el uso de antibióticos”, en Mandell et al., Enfermedades Infecciosas. Principios y práctica, Buenos Aires, Medicina Panamericana.

Le Bretón, D. (1995), Antropología del cuerpo y modernidad, Buenos Aires, Nueva Visión.

Lockwood, E. R. (1974), “Antibiotics anonymous”, en New England Journal of Medicine, núm. 290, pp. 465-468.

Lyons, A. y Petruccelli, A. (1980), Historia de la medicina, Barcelona, Doyma.

Maglio, F. (2008), La dignidad del otro, Buenos Aires, Libros del Zorzal.

Maglio, F., Bevacqua, A., y Barreda, V. (1996), Proposal of a New Model of Hospital Care in Hiv/Aids, XI International Conference on Aids, Vancouver, Abstract Mo B núm. 1.153.

Maglio, F., Blajeroff, N. y Dabas, D. (2007), Clínica del síndrome del burnout, Santa Fe, Universidad Nacional del Litoral.

Maimónides (1980), en Lyons, A. y Petrucelli, J., Historia de la Medicina, Barcelona, Doyma.

Mainetti, J. (1994), Bioética ilustrada, La Plata, Quirón.

Maliandi, Ricardo (1991), Ética. Conceptos y problemas, Buenos Aires, Biblos.

Malreaux, A. (1933), La condición humana, sin referencias.

Mann, J. M. (1994), “El sida en 1994: el desafío personal y global de la renovación”, Actualizaciones en sida, núm. 2, pp. 234-241.

Mann, J. M. (1997), “Medicina and Public Health, Ethics and Human Right”, The Hasting Center Report, 27, pp. 6-13.

Marquís, D. (1995), “¿Por qué es inmoral el aborto?”, Luna, F. y Salles, A. (comps.), Decisiones de vida y muerte, Buenos Aires, Sudamericana.

Martí, J. (1954), Versos sencillos, en Bibliografía martiana, Peraza Sarnaza.

Mc Keown, T. (1976), *The Modern Rise of Population*, New York, Academic Press.

Meisegeier, José María, “Tango, religiosidad y catolicismo popular”, en *Palabra*, núm. 18, Buenos Aires, mayo de 1969.

Menéndez, E. (1985), “Modelo médico hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción en el sector salud”, *Cuadernos Médicos Sociales*, núm. 33, Rosario.

Menéndez, E. (1992), “Grupo doméstico y proceso salud-enfermedad-atención”, *Cuadernos Médicos Sociales*, núm. 59, pp. 3-18, Rosario.

Menéndez, E. (1998), “Participación en salud como realidad técnica”, *Cuadernos Médicos Sociales*, núm. 73, Rosario, pp. 5-22, Rosario.

Mir Candal, L. (1999), *Construyendo el reencuentro de la Antropología y la Medicina*, Mundo Hospitalario, Asociación de Médicos Municipales, núm. 8, pp. 4-7.

Muller, J. (1994), “Anthropology, Bioethics and Medicine: A Provocative Trilogy”, *Medical Anthropology Quarterly*, año 4, núm. 8, pp. 448-467.

Negri, T. y Hardt, M. (2000), *Imperio*, Buenos Aires, Paidós.

Neira, M. y Palazzo, E. (1998), “Reflexiones sobre la información médica al paciente oncológico adulto”, *Experiencia Médica*, núm. 15, pp. 173-75.

Negro Pavón, D. (2007), “Desmitificación del consenso político”, *revista Razón Española*, núm. 145, Madrid, p. 152.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (1978), Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, “Salud para todos en el año 2000”, Declaración de Alma Ata, del 6 al 12 de septiembre de 1978.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (1999), “La salud en el mundo”.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2000), *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, WHO Archives.

OPS (2002), “La salud en las Américas”, Washington DC.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1990), “Bioética. Temas y perspectivas”, publicación científica núm. 527, Washington DC.

Ortega y Gasset, José (1980), *Origen y epílogo de la filosofía*, Madrid, Espasa Calpe.

Osler, W. (1980), en Lyons, A. y Petrucelli, J., *Historia de la Medicina*, Barcelona, Doyma.

Ovidio (1967), *Metamorfosis*, libro II, en *Poetas latinos*, Madrid, EDAF.

Paci, Enzo, *La filosofía contemporánea*, Buenos Aires, Eudeba, 1961.

Pagés Larraya, A. (1998), *Tehuelches: antropología psiquiátrica de la extinción*, Santa Cruz, Ediciones Culturales.

Petrarca, F. (1969), en *Historia de la literatura mundial*, Madrid, EDAF.

Petrarca, F. (1976), en *Grandes biografías*, México, Asuri.

Pfeiffer, María Luisa (edit.) (2002), *Transgénicos: un destino tecnológico para América Latina*, Argentina, Ediciones Suárez.

Piscitelli, A. (1998), *Post-televisión*, Buenos Aires, Paidós.

Platón (1952), “The Great Books”, *Encyclopaedia Britannica*, Chicago, University of Chicago.

Popper, K. (1962), *La lógica de la investigación científica*, Madrid, Tecnos.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Informe 2003.
Disponible en línea: [tgh://www.undp.org](http://www.undp.org).

Reich, W. (1972), *Listen Little Man*, Londres, Souvenir.

Richard, H. (1990), *Ethical Issues in the New Reproductive Technologies*, California, Wadsworth Publishing Co.

Ronstand, J. (1961), *Ciencia falsa y pseudo ciencia*, Tecnos, Madrid.

Rubio Carracedo, J. (1987), "Moralidad y eticidad. Contextualización, responsabilidad y pluralismo", *Zona Abierta*, núm. 43-44, pp. 139-169.

Sábato, Ernesto (1963), *Tango. Discusión y clave*, Buenos Aires, Losada.

Sackett, D. L. (1995), "The Need for Evidence-Based Medicine", *J R Soc Med*, núm. 88, pp. 620-624.

Sackett, D. L. (2000), "The Sins of Expertness", *BMJ*, mayo de 2000.

Sanders, C. (1984), *The Cephalosporin Explosion: The Day After*, *Inf. Dis. Newslette*, núm. 3, pp. 27-30.

Savater, F. (1993), *Ética para Amador*, Madrid, El País.

Schavelzon, J. (1988), *Paciente con cáncer*, Buenos Aires, Editorial Científica Latinoamericana.

Schnerb, R. (1960), en *Historia general de las civilizaciones*, vol. VI, Barcelona, Destino.

Sudnow, D. (1971), *La organización social de la muerte*, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo.

Summer, L. (1981), *Abortion and Moral Theory*, New Jersey, Princeton University Press.

Thomas Aquinas (1952), *Summa Theologica*, 1,90 y supl. 80, 490, *Encyclopaedia Britannica*, Chicago, The University of Chicago, The Great Books (19).

Thomas, L. (1993), *Antropología de la muerte*, México, Fondo de Cultura Económica.

Unamuno, M. (1997), *La vida literaria*, Madrid, Espasa-Calpe.

Virilio, P. (1997), *Un paisaje de acontecimientos*, Buenos Aires, Paidós.

Walser, Michael (1993), Interpretación y crítica social, Buenos Aires, Nueva Visión.

Warren, M. (1987), “The Abortion Issue”, Van der Veer, D. y Reagan, T. (comps.), Health and Care Ethics, Philadelphia, Temple University Press.

WHO (1984), Issues in Planning and Management for Health, Ginebra.

Yalom, M. (1998), Historia del pecho, Barcelona, Tusquets.

Ziegler, J. (1976), Los vivos y la muerte, Buenos Aires, Siglo XXI.

Zorrilla, J. (1992), “Cantos del trovador”, Diccionario enciclopédico Larousse, Barcelona, Planeta Internacional.

¹ Oración en la que los elementos lingüísticos funcionan como una unidad.

² Esto fue escrito antes de que asumiera la Lic. Graciela Ocaña como Ministra de Salud. [N. de E.].

³ El Programa de Atención Médica Integral (PAMI) depende del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Este instituto fue pionero en la asistencia médica a las personas de la tercera edad.

⁴ Para este recorrido, he consultado los siguientes textos: Yalom (1998), Piscitelli (1998), AA.VV. (1981), Lyons y Petruccelli (1980).

⁵ Estas posiciones pueden observarse en Callaham (1970) y en Summer (1981).

⁶ Véase, por ejemplo, Warren (1987).

⁷ Véase Ethics Committee of the American Fertility Society (1984), también Department of Health and Social Security (1984), y por último, Richard, H. (1990).

⁸ Escrito en colaboración con la Lic. María Isabel del Valle.

⁹ La inexorabilidad del destino.

¹⁰ En el norte argentino, “las nocturnas” consisten en comer, beber y bailar junto al muerto durante nueve días. “Locrear” consiste en darle de comer loco (especialidad de la región). En ambas ceremonias se “celebra” la nueva vida.

¹¹ Escrito en colaboración con la Lic. María Isabel del Valle.

¹² Escrito en colaboración con el Dr. Ignacio Maglio.

¹³ Entendemos disease como la mirada del médico e illness como la del paciente.

¹⁴ Escrito en colaboración entre Francisco Maglio, Alicia Miranda y Leila Mir Candal, Presidente, Vicepresidenta y Secretaria General de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica, respectivamente.

¹⁵ Centro Nórdico Cochrane, JAMA, núm. 298, pp. 430-437.

¹⁶ Conferencia dictada en la Academia Nacional de Medicina, en mayo de 2003.

¹⁷ Sackett (2000).

¹⁸ Véase, por ejemplo, Kleinman (1988) y Greenhalgh (1999).

¹⁹ Véase al respecto Klimovsky (1995) y Popper (1962).

²⁰ Infección generalizada: vehiculizadas por la sangre, bacterias y toxinas se diseminan por todo el organismo. De pronóstico muy grave.

²¹ Antibiótico (ATB): sustancia química –natural o sintética– capaz de frenar el desarrollo de microbios patógenos o causar su muerte.

²² Véase Organización Mundial de la Salud (OMS), Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, “Salud para todos”, Declaración de Alma-Ata, del 6 al 12 de septiembre de 1978.

²³ Véase Menéndez (1998).

²⁴ Entrecomillo la expresión porque muchos de los habitantes de las villas son de tez y ojos claros, hecho que no incide en que desde las casas vecinas de clase media se los tilde de “negritos”, clara discriminación que deja transparentar las relaciones de poder.

²⁵ Rp: apócope del latín Recipe: “recibe y prepare”, con que encabezaban las recetas los médicos de la Edad Media al dirigirse a los farmacéuticos. Los médicos trazamos una raya de derecha a izquierda y de arriba hacia abajo (de allí la similitud con el rayo) para iniciar la receta. Véase capítulo “Medicina, la vida y la muerte”, para el mito de Asclepio.

²⁶ El presente capítulo, escrito para esta nueva edición de La dignidad del otro, retoma o repite muchos conceptos, pasajes y anécdotas volcados con anterioridad. Sin embargo, éstos se inscriben aquí en un contexto diferente para resignificarlos, en la búsqueda de todo aquello que “los pacientes me enseñan”.

²⁷ Véase Kleinman (1988).

²⁸ Este relato está inspirado en uno similar de mi amiga, la Dra. Viviana Herrera.

²⁹ Esta anécdota es compartida con mi amigo, el Dr. Marcelo Zerbo.

³⁰ Zorrilla (1992).

³¹ Este texto fue editado originalmente en Intramed por el doctor Daniel Flichtentrei. Ofrecemos aquí una nueva versión adaptada para el presente libro.