

La enfermedad

Sufrimiento, diferencia, peligro,
señal, estímulo

Giovanni Berlinguer

SERIE SALUD COLECTIVA

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX
Lilía Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica
Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (compiladoras), 2020

Pensar en salud
Matteo Testa, 2020

Adiós, señor presidente
Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI
Jairmilson Silva Paim, 2021

Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina
Sonia Fleury, 2021

Teoría del juego social
Carlos Matus, 2021

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

Salud: cartografía del trabajo vivo
Emerson Elias Merhy, 2021

Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud
Hugo Spinelli, 2022

Saber en salud: La construcción del conocimiento
Mario Testa, 2022

El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante
Carlos Matus, 2022

La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

SERIE CLÁSICOS

Política sanitaria argentina
Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo
Josué de Castro, 2019

La salud mental en China
Gregorio Bermann, 2020

SERIE TRAYECTORIAS

Vida de sanitarista
Mario Hamilton, 2021

SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología
Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Altadir de planificación popular
Carlos Matus, 2021

Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita
Viviana Martinovich, 2022

SERIE INFORMES TÉCNICOS

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014
Instituto de Salud Colectiva, 2020

La enfermedad

Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo

Giovanni Berlinguer



Secretaría de Investigación y Posgrado

Berlinguer, Giovanni

La enfermedad : sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo / Giovanni Berlinguer. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2022.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Hugo Spinelli ; Clásicos ; 28)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-18-6

1. Historia Social. 2. Enfermedades. 3. Salud Pública. I. Título.

CDD 362.9

Colección *Cuadernos del ISCo*
Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki, Ignacio Yannone*

Coordinación editorial de esta obra: *Ignacio Yannone*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Procesamiento de imágenes: *Marcela ElAdem*

Ilustración de tapa: *Christine Kohler*

Corrección de estilo: *Gabriela Presentado*

Diagramación: *Griselda Marrapodi*

Título original: *La malattia*

Primera edición en italiano: 1984

Primera edición en español: 1994

© 2022, Giovanni Berlinguer

© 2022, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-18-6

DOI 10.18294/9789878926186

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

Índice

Presentación de esta nueva edición	VII
Presentación de la primera edición en español	XIII
Prólogo	XV
Introducción	1
Capítulo 1 Muchas definiciones, pocas certezas	7
Capítulo 2 La enfermedad como sufrimiento	25
Capítulo 3 La enfermedad como diferencia	45
Capítulo 4 La enfermedad como peligro	61
Capítulo 5 La enfermedad como señal	77
Capítulo 6 La enfermedad como estímulo	101
Capítulo 7 Perspectivas para la salud	119



Presentación de esta nueva edición

*Hugo Spinelli*¹

Giovanni Berlinguer (1924-2015) fue un hombre de múltiples actividades, cuidador de cuerpos y almas, ciudadano del mundo, un humanista que cultivaba la ironía, un luchador de la salud por la vida donde sea que anduviera y adonde fuese convocado.

Nació en Sassari el 9 de julio de 1924, hijo del abogado Mario Berlinguer (1891-1969), defensor de los derechos humanos, periodista y político, y de María Loriga (1894-1936). De ese matrimonio nació otro hijo, Enrico (1922-1984), quien fue secretario del Partido Comunista Italiano (PCI) como sucesor del líder histórico del PCI, Palmiro Togliatti. Enrico fue creador y líder del eurocomunismo, que marcó el distanciamiento del comunismo europeo de la URSS. Los dos hijos de Mario y María llevaron los nombres de sus abuelos, uno el paterno (Mario) y el otro el materno (Giovanni). Mario y muchos de sus antepasados pertenecieron a la francmasonería italiana, incluso él llegó a ser Gran Maestro de la logia regular. También perteneció al Partido Socialista Italiano y, entre 1924 y 1968, fue cuatro veces diputado y una vez senador. Mario Berlinguer fue hijo de Enrico Berlinguer (1850-1915), nacido en una familia sarda de origen catalán. El padre de María Loriga era médico y fue una figura importante en el tema de salud y trabajo en la época.

Su vida política

Desde principios de la década de 1950, junto con su hermano Enrico, Giovanni fue una de las personalidades más conocidas del PCI. Entre 1949 y 1953, siendo estudiante, fue secretario y presidente de la Unión Internacional de Estudiantes.

Desde 1965 hasta 1969, Giovanni Berlinguer fue consejero provincial de Roma. En 1965, formó parte —hasta su disolución— del comité central del

¹Director del Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús

PCI, en cuyas listas fue elegido diputado en 1972, 1976 y 1979 y senador en 1983 y 1987. Entre 2004 y 2009, fue miembro y presidente del Parlamento Europeo, en representación de la Izquierda Democrática.

En 1999, fue elegido Caballero de la Gran Cruz de la Orden del Mérito de la República Italiana y, en 2001, recibió la Medalla de Oro al Mérito Cultural y Artístico de Italia.

En mayo de 2007, la disolución del PCI dio lugar al nacimiento del Partido Democrático de Izquierda. Giovanni se unió a la Izquierda Democrática de Fabio Mussi y hasta mayo de 2009, fue diputado del Parlamento Europeo en Estrasburgo, como miembro del Partido Socialista Europeo.

Su vida académica

Giovanni fue una figura destacada que contribuyó a difundir la cultura científica y el análisis crítico del sistema de salud italiano y del proceso salud-enfermedad-atención a través de su actividad como profesor de medicina social y sus publicaciones. Fue profesor de Medicina Social en la Università degli Studi di Sassari y de Higiene del Trabajo en la Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, donde recibió el título de Profesor Emérito en el año 2001, al momento de jubilarse.

Varias instituciones le otorgaron distinciones. En 1992, recibió el título de Profesor Honorario de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (República Dominicana); en 1996, recibió el título de Doctor *Honoris Causa* de la Universidad de Montreal (Canadá) y de la Universidad de Brasilia (Brasil) y, en 2002, de la Fundación Oswaldo Cruz (Brasil). En el 2001, recibió el título de Profesor Emérito de la Universidad de Roma. También fue miembro de honor de la Sociedad Cubana de Salud Pública y del Comité Internacional de Bioética de la Unesco (2001-2007) e integró la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (2005-2008).

El movimiento sanitario italiano

Junto a Franco Basaglia, Julio Maccacaro, Laura Conti, Ivar Oddone, Mario Timio, Franca Ongaro Basaglia, Gastone Marri, Mario Tommasini y tantos otros, fue participante fundamental del movimiento sanitario italiano, una construcción y movilización colectiva conformada por centenares de agrupaciones obreras, sindicales, sociales, políticas y profesionales. El movimiento sanitario italiano fue un actor político muy importante que logró la

aprobación de una nueva legislación laboral en 1970, a partir de problematizar la salud en el ámbito fabril, sin dejar de denunciar la monetarización de la salud por parte de los sindicatos, contrariando la consigna “no cambiar salud por dinero”. Años después, participó de la Reforma Psiquiátrica y la Reforma Sanitaria italiana. Esas experiencias de lucha fueron tomadas por países como Brasil, Argentina y México, donde Berlinguer tuvo un muy importante rol en el movimiento latinoamericano de medicina social y de salud colectiva. Además, fue fundador de la International Association of Health Policy (IAHP)

Su obra escrita

Tuvo una importante tarea editorial con el propósito de difundir las ideas de una medicina humanizada y la importancia de lo social en las formas de enfermar y morir de los conjuntos sociales. Colaboró en la creación de la colección *Medicina e Potere*, de la histórica editorial Feltrinelli. Esta colección fue fundada por Giulio Maccacaro y su comité editorial estaba conformado por Berlinguer, Giorgio Bert, Albano del Favero y Massimo Gaglio. En esa colección se publi-

caron 32 títulos de autores de diferentes nacionalidades (italianos, franceses, estadounidenses e ingleses). Esos textos tuvieron una fuerte influencia en América Latina y fue una referencia para distintas colecciones similares realizadas en México, Brasil y Argentina a partir de la década de 1970. Sus libros fueron traducidos al portugués y al español, y constituyen referencias ineludibles para una lectura social del proceso salud-enfermedad-atención. Entre sus más de 50 libros e incontables artículos podemos recuperar: *Malaria urbana; Patologías de la metrópolis; La profesión del*



Giovanni Berlinguer, junto a José Carlos Escudero y María Teresa Lodieu, en las VI Jornadas de Atención Primaria de la Salud y IV de Medicina Social desarrolladas entre el 19 y el 25 de julio de 1992 en la Facultad de Medicina, de Ciencias Sociales y de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

médico; La salud de las fábricas; Psiquiatría y poder; Medicina y política; La droga entre nosotros; Una reforma para la salud; Mis pulgas; Bioética; Un leopardo en la sala de espera; Historia y políticas de salud; Cuestiones de vida: ética, ciencia y salud. La mayoría de estos libros han sido traducidas al español y portugués.

Su obra marcó la agenda sanitaria, en la que sus reflexiones sobre la relación entre salud y trabajo, ética y bioética fueron sustanciales.

Su muerte

El 6 de abril de 2015 falleció en Roma. A partir de su muerte hubo numerosos pronunciamientos de importantes figuras de Italia, entre ellos, el presidente de la República, Sergio Mattarella, quien expresó: *“Personalidad brillante y de alto sentido moral médico de gran valor, que supo cómo unir en su dilatada carrera la pasión civil, el rigor científico y un sentido de profunda humanidad”* (La Repubblica, 2015). El primer ministro, Matteo Renzi, —en su calidad de líder del Partido Democrático— lo caracterizó como *“Una personalidad con una aguda conciencia crítica de la izquierda italiana y europea, un hombre de ciencia manso y apasionado que aportó al debate cultural y político del país”* (La Repubblica, 2015). En ese sentido, el presidente de la Región de Lazio, Nicola Zingaretti, subrayó: *“Con la muerte de Giovanni Berlinguer se perdió un punto de referencia, un político de valor y un hombre de cultura con una profunda humanidad”* (La Repubblica, 2015). El alcalde de Roma, Ignazio Marino, expresó:

Como estudiante de medicina, en los años setenta, conocí bien su trabajo y su pasión por difundir la importancia de los valores de la ciencia en nuestra sociedad. Admiré la obstinación con la que se comprometió a apoyar la ley de cierre de asilos y de eso hablamos muchas veces cuando asumí como presidente de la Comisión de Investigación del Servicio Nacional de Salud del Senado y me ocupé del cierre de los hospitales psiquiátricos judiciales. (La Repubblica, 2015).

El presidente del Senado, Pietro Grasso, expresó: *“Giovanni Berlinguer llevó el rigor ético del hombre de ciencia a la política y a las salas parlamentarias, supo compaginar una intensa carrera política con una importante vida académica que le valió varios premios”* (La Repubblica, 2015). El ministro de Políticas Agrarias, Maurizio Martina, afirmó: *“Una dolorosa desaparición. Con él perdemos a un protagonista de la historia política y cultural de nuestro país. Es importante recordar su larga experiencia al servicio de las instituciones, en Italia y en la Unión Europea”* (La Repubblica, 2015).

En la revista *Salud Colectiva*, con motivo de su muerte, le rendimos homenaje en un artículo en el que 12 sanitaristas de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, México y Venezuela recordaron momentos y destacaron la importancia de su trabajo y militancia por la salud de los pueblos (Tambellini *et al.*, 2015).

Bibliografía

- Fleury, S. (2015). Giovanni Berlinguer: socialist, sanitarian, and humanist!. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 11, p. 3553-3559. doi: 10.1590/1413-812320152011.15052015.
- La Repubblica. (2015). *Addio a Giovanni Berlinguer, una vita nel Pci*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/35kw88cj>.
- Spinelli, H.; Librandi, J.M.; Zabala, J.P. (2017). Los Cuadernos Médico Sociales de Rosario y las revistas de la medicina social latinoamericana entre las décadas de 1970 y 1980. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 24, n. 4, p. 877-895.
- Tambellini, A.; Testa, M.; Escorel, S.; Rojas Ochoa, F.; Minayo, M.C.S.; Laurell, A.C.; Franco, S.; Fleury, S.; Mercer, H.; Bahia, L.; Escudero, J. C.; Castellanos, P.L. (2015). Homenaje a Giovanni Berlinguer (1924-2015). *Salud Colectiva*, v. 11, n. 2, p. 137-149. doi: 10.18294/sc.2015.680.



Presentación de la primera edición en español

Hugo Spinelli

Esta obra que publicamos dentro de la colección Salud Colectiva permite una lectura tan sencilla como completa, acerca de las concepciones y prácticas que generó el concepto de enfermedad en distintos momentos y situaciones históricas.

El profesor Giovanni Berlinguer, indudablemente uno de los referentes a nivel mundial de la corriente de medicina social, nos brinda en esta obra una riquísima síntesis que ha sido elaborada colectivamente desde las décadas de 1950 y 1960 y que logra (re)discutir la relación entre condiciones de vida y el proceso salud-enfermedad-atención.

Si bien el título del libro puede no resultar muy alentador para quien se acerca a hojear estas páginas, sí podemos asegurar que el lector encontrará hechos que van a ir develando el otro componente oculto: "la salud".

Berlinguer analiza, a manera de ejemplos, problemas surgidos de las condiciones del trabajo, o como consecuencia de trastornos ecológicos, de características genéticas; o de cómo las condiciones socioeconómicas determinan los problemas de salud y de enfermedad de millones de niños, mujeres, hombres y ancianos, permitiéndonos reflexionar sobre la compleja trama de relaciones que se establecen entre condiciones de vida y situaciones de salud. Para ello, no duda de recorrer las diferentes especialidades, como la clínica, la salud mental y varias otras que se ven implicadas en una discusión tan intensa como esclarecedora.

También se hallan referencias etimológicas, que permiten resignificar algunos conceptos que son usados acríticamente en nuestros espacios cotidianos y que resulta fundamental analizarlos, si pretendemos una praxis transformadora en salud.

Hemos invitado al profesor José Carlos Escudero a escribir el prólogo para este libro de la colección. Escudero nos acerca una reflexión que parte de la situación particular de Argentina, lamentablemente extrapolable a muchos países hermanos de América Latina, acerca de la particular experiencia de la

vida política de estos pueblos y su relación con la medicina social. Desde allí nos dará su opinión sobre la obra y la actitud militante de este autor italiano.

Si otro de los libros de esta colección, *Pensar en Salud*, nos colocaba en situación de reflexionar sobre nuestra propia conformación como trabajadores de la salud, exigiendo para ello tener que recurrir a otras disciplinas y discutir paradigmas o corrientes del campo de la filosofía y la sociología, en este libro (complementariamente con el anterior), encontraremos colocados de manera muy clara una serie de conceptos que, de poder ser incorporados a nuestras prácticas, contribuirán en dirección de poner la salud al servicio del pueblo y no la salud como una mercancía sujeta a las leyes del mercado.

Es nuestro deseo que libros como este se transformen en las primeras hojas que un estudiante del área de la salud recorra al entrar a las universidades. Que sea de los primeros libros de aquel trabajador que ingresa al campo de la salud. Que sea una lectura autorreflexiva de aquel que lleva años en la práctica asistencial-sanitaria, luchando contra el dolor y el sufrimiento. Así, iremos colaborando en la construcción de prácticas que nos liberen de la alienación en la que hoy nos sumergen las macropolíticas, las instituciones y un trabajo mecanizado que hace perder la creatividad a costa de la salud de los pueblos y de los propios trabajadores de la salud.

Recuperar nuestras facultades, nuestros hospitales y nuestros centros de salud; compartir la construcción y defensa de organizaciones no burocratizadas, apostando a la potencia de los sujetos, desencadenando procesos que lleven a una discusión de lo cotidiano para alcanzar una construcción libre y creativa, que atravesase los espacios y las instituciones sociales; luchar, en síntesis, por la salud, por la vida, por la plena vigencia del derecho a ser libres, contra el sufrimiento y el dolor. Discutir los modelos de atención, apostando y defendiendo la vida, rescatando así la fuerza de miles y miles de trabajadores de la salud como también de las propias comunidades. Luchar por el acceso a la ciudadanía de quienes son despojados (o nunca accedieron), a los derechos más básicos del hombre. Luchar por el fin de prácticas e instituciones anacrónicas del ámbito médico y social (manicomios, asilos, orfanatos, etcétera). Estas son algunas de las principales directrices que pretendemos seguir en esta colección. Esta obra, indudablemente, las cumple.

Prólogo

José Carlos Escudero

La dictadura militar argentina se caracterizó, no solo por sus torturas, asesinatos, saqueos, violaciones y robo de niños; ni solo por hundir al país en una deuda externa cuyo pago no tiene fin; sino que también se caracterizó por congelar la vida intelectual nacional en todos aquellos temas que pudieran suponer un cuestionamiento —aunque fuera potencial— del sistema represivo vigente.

La medicina social fue uno de estos temas. La hipótesis de que la organización de la sociedad pesa en la ocurrencia de las enfermedades y que una modificación de esta puede resultar en una salud mejor, es vieja como la historia y es siempre subversiva para la visión "oficial"; que las enfermedades son el resultado de una desafortunada combinación entre microbios malos y la desidia y la ignorancia de la gente. La medicina social ha tenido precursores de la talla de Ramazzini, Villermé, Marx, Engels y Virchow; entre nosotros tuvo a Juan B. Justo, Rawson, Biale Massé y Carrillo; y a partir de la década de 1960, experimentó un reverdecer en todo el mundo, espoleada por una crisis capitalista que ya comenzaba a despuntar (una de cuyas consecuencias fue la deuda externa impuesta al tercer mundo) y por brisas intelectuales nuevas que soplaban por doquier; resistencias en EEUU y Francia a las guerras de Vietnam y Argelia; el Mayo francés y el otoño caliente italiano; el despertar latinoamericano ante la posibilidad —la esperanza— de que el cortocircuito cubano pudiera repetirse en otros países. Cuba fue un país que pasó, casi de la noche a la mañana, de ser una semicolonía y un garito de EEUU, a ser un país con dignidad, justicia social y el mejor sistema de salud de América Latina.

En todo el mundo aparecieron voceros de esta reevaluación de lo social en la causación de la enfermedad, línea de pensamiento que se había opacado cuando el positivista siglo XIX inventó el paradigma microbiano y con él, una visión recortada, ahistórica y mecanicista de la causación de las enfermedades.

Toda una serie de nuevos escritores sobre la influencia de lo social en la salud aparecieron en el ruedo intelectual, casi todos de izquierda, muchos declaradamente marxistas, con las múltiples y a veces contradictorias acepciones del término. Comenzaron a escribir, siguen escribiendo; fundaron revistas y colecciones de libros y elevaron mucho el nivel de discusión en

el área llamada laxamente “salud pública”, que, antes de ellos, parecía estar reservada para profesores universitarios con buenas relaciones con el *establishment* médico y la industria de la salud; y a funcionarios internacionales sanitaristas, que escribían en los intervalos que les quedaban libres entre los proyectos y las consultorías.

Aparecieron nombres, algunos bien conocidos hoy, otros no tanto, algunos virtualmente desconocidos. Entre los primeros, Berlinguer en Italia, Navarro en EEUU, Cristina Laurell en México. Y entre los últimos, Juan César García, argentino, ignorado hoy en su país natal. Además de ellos, centenares de investigadores más jóvenes, provenientes de todas las ciencias sociales y varias de las biológicas, cuya producción puede leerse en la Argentina, en las cinco revistas que aparecen sobre el tema.

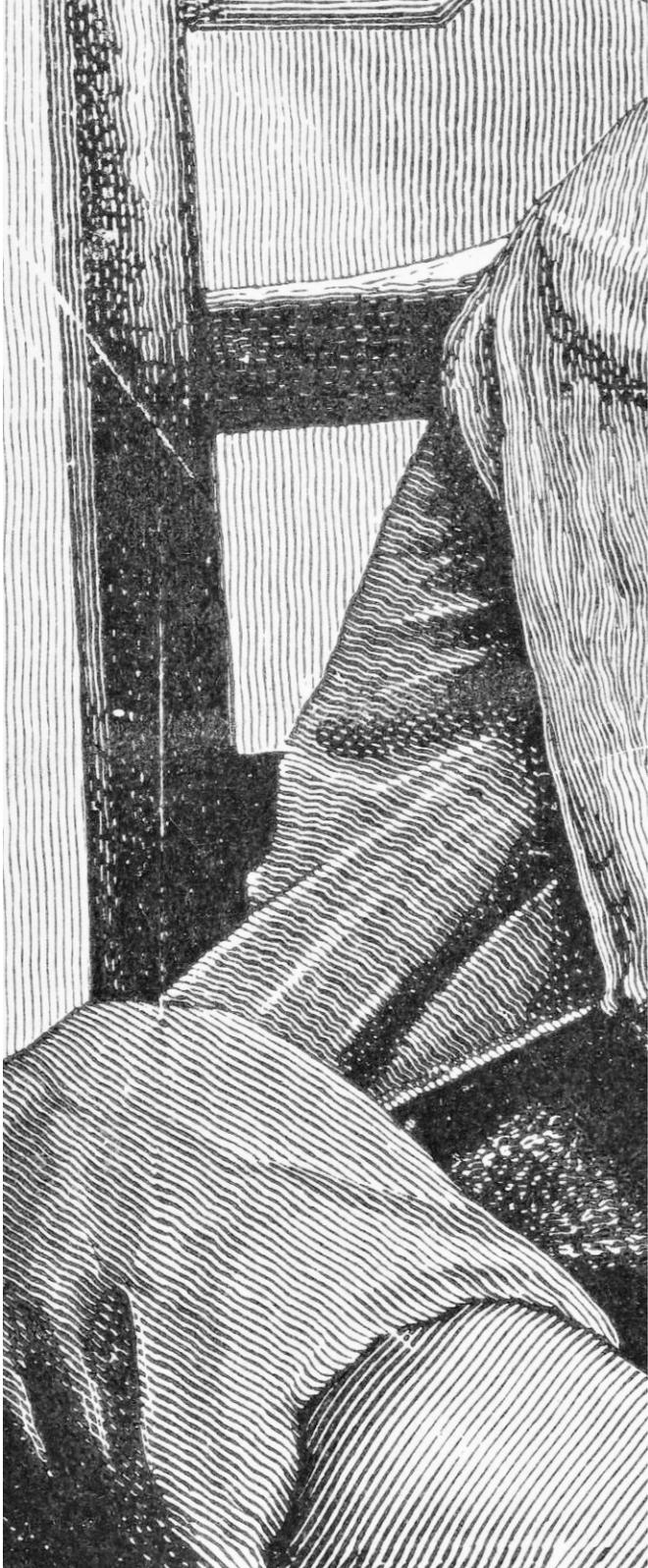
La existencia de estos autores, de estas revistas y de colecciones de libros como la que incluye a *La enfermedad*, y las múltiples reuniones sobre medicina social que se realizaron en nuestro país —sobre atención primaria, sobre salud y trabajo, sobre epidemiología del ajuste, sobre salud mental, sobre medicina general— muestran que en la Argentina estamos recuperando el tiempo perdido en los años de plomo de la dictadura; porque hasta el retorno de la democracia era imposible entre nosotros —con una universidad intervenida, con investigadores censurados o exiliados— plantear con ninguna profundidad el real peso de lo social en la génesis de la enfermedad y sobre todo las implicancias políticas de este planteo. Fue precisamente en la agonía de la dictadura militar, que se fundó en Córdoba el Movimiento por un Sistema Integral de Salud, primer nucleamiento público de quienes querían en nuestro país dar su real peso a lo social en la epidemiología y en el diseño de políticas para combatir la enfermedad.

Como hemos visto, Giovanni Berlinguer es una de las figuras más importantes del mundo, como autor, sobre temas de medicina social. Este libro es testigo de sus intereses y sus destrezas, pero la personalidad de Berlinguer es mucho más rica que lo que puede reflejar cualquier texto, por brillante que este sea. En Berlinguer se combinan virtudes que parecen ser opuestas o que, por lo menos, es difícil encontrar juntas en una sola persona. Por lo pronto, es un intelectual comprometido; siempre ha tomado partido políticamente; para él no cabe el cómodo apoliticismo del académico que se limita a enseñar y publicar. En segundo lugar, ha pagado precios por este compromiso, no a nivel latinoamericano en uso con intelectuales desafectos, pero importantes al tratarse de la aséptica Europa Occidental: prohibiciones de viajar al extranjero, expulsiones de países, discriminación académica. Es, a la vez, profesor universitario y hombre de acción política: la “reforma sanitaria” italiana, hasta la fecha, la más reciente tentativa por parte de un país capitalista central

para poner orden, eficiencia y justicia social en su sistema sanitario, se debe en parte a él. Berlinguer escribe en una prosa transparente y fácil de entender, huyendo así de la oscuridad textual en la que muchos se refugian, quizás para parecer profundos sin serlo o, quizás, deseando que su mensaje contestatario se mimetice dentro de la incomprensibilidad. Finalmente, y para quienes tienen el privilegio de conocerlo, Berlinguer es un trabajador tan modesto y sabio como incansable: son numerosos los viajes que hace para cumplir con su misión autoimpuesta de difundir los contenidos de la medicina social por el mundo y especialmente por América Latina, área que visita muy frecuentemente. En esas visitas, siempre hay lugar para una conferencia o una entrevista adicional, no importa la carga de trabajo ya existente o la incomodidad de los horarios.

Giovanni Berlinguer es actualmente profesor en la Universidad La Sapienza, de Roma y envidiamos a sus colegas y alumnos que pueden aprovecharlo cotidianamente. Afortunadamente, están también sus viajes y su muy abundante producción bibliográfica, de la cual este libro es una muestra. Con un estilo ameno y didáctico, Berlinguer revela su erudición a través de la síntesis que hace de los diversos conceptos bajo los cuales puede caracterizarse a la enfermedad: sus variadas definiciones, la enfermedad como sufrimiento, como diversidad, como peligro, como señal y como estímulo. Citando autores diversos, desde los clásicos hasta recientes investigaciones, no se olvida de Diderot y D'Alembert porque Berlinguer cree en las Luces, a la vez que abomina la injusticia y el sufrimiento, posición no muy usual en estos tiempos posmodernos, y resulta un deleite acompañarlo en este recorrido sobre visiones de la enfermedad en la especie humana.

Buenos Aires, junio de 1993.



Introducción

Los hombres y las mujeres pueden estar sanos o enfermos. Más que una aseveración científica, es un juicio de sentido común. Salud y enfermedad están desigualmente distribuidas entre los individuos, las clases y los pueblos. Existen incluso algunos sujetos que, de nacimiento o por mala suerte, representan en sí mismos y en sus familias una enciclopedia viviente de la enfermedad.

En la clínica del trabajo de Milán, fundada en 1902, se guardaban las carpetas clínicas de muchos trabajadores y sus familiares. Una de estas pertenecía a un pintor, nacido en 1868, que se enfermó a los 15 años de reumatismo articular agudo; luego hizo el servicio militar en África y fue afectado por la malaria y la disentería amebiana; a continuación, comenzó a tener cólicos llamados “saturninos”, por intoxicación a causa del plomo contenido en las pinturas. Se casó, y sus hijos tuvieron muchas y graves enfermedades: una niña murió de bronconeumonía y otra de embolia cerebral y endocarditis secundaria. La mujer murió después de tuberculosis pulmonar y él se casó nuevamente. Nacieron otras dos niñas que murieron, una de bronconeumonía y la otra de meningitis. Mientras tanto, el pintor continuaba presentando los síntomas de la intoxicación saturnina, y finalmente murió en 1933 por miocardiopatía agravada por nefritis crónica.

¿Qué tienen en común (además del azar para quien cree en eso) todas estas desgracias? Si se las considera una por una, se trata de manifestaciones patológicas, de sufrimientos (*pathos*, en griego antiguo significaba precisamente sufrimiento) muy diferentes. Desde el punto de vista histórico, tienen en común el hecho de que gran parte de ellas han desaparecido en sus formas graves y difundidas en los países industriales y perduran en cambio en las zonas explotadas y subdesarrolladas del mundo. Así ocurre con la malaria, la disentería amebiana, el saturnismo grave, la bronconeumonía, la meningitis, la tuberculosis. Desde un punto de vista conceptual, tienen en común el hecho de que alteran la salud individual, y por ello las agrupamos bajo el nombre de *enfermedad*.

A partir de las civilizaciones primitivas, los hombres se interrogaban sobre este concepto. Al comienzo parecía claro que las enfermedades se debieran a la *ausencia* o a la supresión de algún principio vital; otras veces, a una presencia extraña y nociva: corpúsculos de *materia peccans*, materia impura, o bien demonios o animales perversos. Diríamos hoy: presencia de sustancias tóxicas, accionares destructivos, conductas malsanas, microbios y parásitos.

La ciencia de la Grecia antigua introdujo la idea de la desarmonía de los factores, desequilibrados entre ellos. Alcmeón, filósofo y científico del siglo VI a. C. —que fue el primero en intuir que el cerebro es el órgano del pensamiento—, decía que la salud es un equilibrio de fuerzas: húmedo-seco, caliente-frío, amargo-dulce. Si una de estas asume el dominio (la palabra usada es monarquía), se tiene la enfermedad. La salud, en cambio, se basa en la isonomía o igualdad. Hay, en consecuencia, una cierta semejanza o tal vez una influencia recíproca, positiva o negativa, entre las leyes de la política y las alteraciones del cuerpo humano. El mayor médico de la antigüedad, Hipócrates (aprox. 460-377 a. C.), profundizó y complejizó el análisis, afirmando que el estudio de las enfermedades debe fundarse

en cuanto hay de común y cuanto de individual en la naturaleza humana: en la enfermedad, en el enfermo, en la dieta y quien la prescribe (porque de eso dependen los desarrollos favorables o funestos); en la constitución general y específica de los fenómenos celestes y de cada región, en las costumbres del pueblo, el régimen, las profesiones, la edad de cada uno; en las conversaciones, los modos, los silencios, los pensamientos; en el sueño y el insomnio, en los sueños (cómo y cuándo), en los gestos involuntarios (arrancarse los cabellos, rascarse, llorar); en los paroxismos, las heces, las orinas, los esputos, el vómito, en la concatenación de las enfermedades (cuáles derivan de las pasadas y cuáles generan hacia el futuro); y en los abscesos (si son signo de muerte o de crisis), en el sudor, los escalofríos, el frío, la tos, los estornudos, el bostezo, la respiración, los eructos, las flatulencias (silenciosas o ruidosas), las hemorragias, las hemorroides. Sobre la base de todo esto se debe extender la indagación, y también todo lo que de esto se deriva.

Estas frases pueden parecer un amontonamiento casual de palabras, que tienen entre ellas poco en común. ¿Por qué mezclar flatulencias y pensamientos, vómitos y razonamientos, tos y profesión, hemorroides y costumbres, escalofríos y sueños? Solo en la época moderna se ha demostrado (y no solo intuido) que la tos crónica de los mineros se debe a la inhalación de polvos de silicio durante el trabajo, que el hábito de beber alcohol favorece las hemorroides, que sueños y gestos involuntarios pueden ser expresiones de estados morbosos no reconocibles por otra vía, que el “encadenamiento” de las enfermedades, del pasado y del futuro, permite estudiar la anamnesis (historia), la diagnosis (comprobación) y la prognosis (previsión) de las enfermedades, y esto vale tanto para los individuos como para las colectividades humanas.

El llamado de Hipócrates: “se extienda la investigación”, es el llamado a una búsqueda sin dogmas y sin límites, que no ha sido realizado siempre en

las épocas siguientes. Por ejemplo, las obras de Galeno (129-201 d. C.), que ejerció el arte médico en la corte de Marco Aurelio, fueron estudiadas casi como textos sagrados hasta el Renacimiento. Se consideraba que contenían todo el conocimiento sobre anatomía (estructura de los organismos vivos), fisiología (funciones) y patología. Esto obstaculizó durante largo tiempo el progreso de los conocimientos médicos. Cuando William Harvey (1578-1657) expuso los resultados de sus descubrimientos sobre la circulación continua de la sangre, que desbarataban las teorías precedentes, tuvo conciencia de estar diciendo “cosa nueva y no pensada” y de estar arriesgándose a que “toda la humanidad pueda alinearse en mi contra, ya que la costumbre sostenida por el respeto a lo proveniente de autoridad, se vuelve una segunda naturaleza”.



Figura 1. Hipócrates (460-377 a. C.) y Galeno (129-201 d. C.), los dos médicos más famosos de la Antigüedad, representados idealmente juntos en un manuscrito del siglo XIV.

A partir del siglo XVII, el conocimiento del hombre sano y del enfermo, progresó notablemente. Fue Giambattista Morgagni (1682-1771), de Forli, quien creó la Anatomía Patológica; en efecto, demostró que los síntomas clínicos corresponden a lesiones orgánicas internas, reconocibles cuando se examina un cadáver (autopsia). Luego fue Claude Bernard (1813-1878) quien echó las bases de la fisiopatología: afirmó que si se conoce un fenómeno fisiológico, se

debe estar en condiciones de explicar los disturbios que puede sufrir en estado patológico. Subrayó que el conjunto de las funciones —la fisiología humana y animal— que él estudió experimentalmente, está basado en las leyes físicas y químicas, pero tiene también leyes propias. Tiende, por ejemplo, a mantener o a recomponer la constancia del “medio interno”, sangre o linfa, respecto a las modificaciones del medio externo. Este concepto fue retomado en el siglo XX, con el término *homeostasis*, con el descubrimiento de los mecanismos reguladores del equilibrio fisiológico (nerviosos y hormonales) frente a los agentes modificadores, y con la teoría del *estrés*. Con esta palabra inglesa se indica agotamiento de los mecanismos de adaptación frente a agresiones intensas o prolongadas.



Figura 2. Durante muchas décadas, se preguntó qué tipo de enfermedad de la piel tenía este joven, retratado en el siglo XVI por Hans Holbein, el Joven. La pintura, por otra parte, testimonia la historia de las enfermedades.

Desde el fin de siglo XIX, por otra parte, con el perfeccionamiento de una serie de instrumentos, y en particular del microscopio, un importante número de científicos, médicos y estudiosos, desde Robert Koch (1842-1910) a Louis Pasteur (1822-1895), individualizaron las causas, los mecanismos de transmisión, las medidas preventivas e higiénicas (profilaxis) para muchas enfermedades infecciosas, de la peste a la viruela, de la tuberculosis a la malaria, contribuyendo a reducir y en algunos casos a eliminar flagelos seculares.

Pero se alimentó, simultáneamente, la tendencia a imaginar una relación demasiado simplificada entre normalidad y patología, entre salud y enfermedad. Al mismo tiempo, se creó la ilusión de que todas las enfermedades pudieran ser conocidas a través del microscopio y ser vencidas con sueros y vacunas, ya que se las atribuía a causas específicas, a agentes mórbidos, portadores o generadores de enfermedades claramente identificables.

Se descubrió, en consecuencia, el hecho de que aun existiendo organismos y factores que podríamos llamar “profesionalmente patogénicos”, es decir, capaces solo de producir enfermedades y de provocar en el hombre fenómenos destructivos, es necesario admitir que cada elemento y cada fenómeno natural, como cada condición de existencia del hombre, pueden volverse también fuente de enfermedades. Los mismos factores que permiten vivir al hombre (alimento, aire, clima, habitación, trabajo, técnica, relaciones familiares y sociales, etcétera) pueden causar enfermedad si actúan con particular intensidad, si pesan excesiva o insuficientemente, o si operan sin control. Un mismo elemento puede asumir dos valores: puede ser fuente de salud o razón de malestar. La misma ambivalencia que engloba las *causas* de salud y enfermedad, vale también para las *manifestaciones* de los dos fenómenos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), al constituirse en 1946, ha tratado de dar una definición de la salud lo más vasta posible: “Bienestar físico, mental y social”. Esta definición ha tenido durante algún tiempo efectos positivos, relacionando al tema de la sanidad fenómenos psíquicos y sociales, antes olvidados. Pero no ha respondido luego al uso y a la crítica. Identificando a la salud con el bienestar y confundiendo en consecuencia los males mentales y sociales con las enfermedades, la definición de la OMS ha ampliado desmedidamente la esfera del accionar sanitario, con el riesgo de transformar a cada señal de conflicto y a cada distorsión en las relaciones entre los hombres, en ocasión o pretexto para curas médicas. Estas pueden ser útiles, pero a veces son ineficaces y aun perjudiciales.

¿Qué es, en consecuencia, la enfermedad? Este libro no pretende dar una respuesta. Existen, en efecto, fenómenos morbosos muy diferentes entre sí: ¿qué tienen en común la esquizofrenia y el resfrío, un tumor y una diarrea? Existen además diferencias profundas entre individuos y pueblos en lo que

hace al sufrir o al modo de reaccionar ante las enfermedades. Existen, por fin, cuadros morbosos que dominan una época, como la peste en el siglo XIV y la tuberculosis en el XIX, que luego retroceden mientras se presentan y prevalecen otras patologías, como ahora lo hacen los tumores y las enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, las naciones, las clases, las personas, son afectadas por los morbos en medida muy diferente.

Este libro de base no pretende, en consecuencia, tratar de manera completa el tema. Por otra parte, en esta serie editorial han sido ya publicados o están en programa otros libros de base que encaran temas o aspectos más específicos y también generales, en el campo de la salud y la enfermedad. Este volumen quiere ser un intento de razonar con el lector: una aproximación al encuadre del tema. En consecuencia, comprende un primer capítulo que trata de definir el concepto de enfermedad. O mejor, que aporta y comenta algunas definiciones, para llegar a la triste conclusión de que ninguna de ellas parece satisfactoria y que en consecuencia conviene partir de los sufrimientos, de las diferencias y anomalías, de los peligros, de las señales y los estímulos que cada proceso morboso desencadena e induce en la vida de los individuos y en las relaciones sociales.

A cada una de tales expresiones o interpretaciones de la enfermedad están dedicados los sucesivos capítulos. Por esta vía se espera que cada uno, aun en ausencia de respuestas globales, pueda entender y actuar mejor cuando deba enfrentar una enfermedad propia o ajena. El deseo, naturalmente, es que no tenga nunca necesidad de ello.

Capítulo 1

Muchas definiciones, pocas certezas

Entre los muchos deberes que la sociedad, en una y otra época, atribuye a la medicina y a los médicos (curar, consolar, ilusionar, controlar, prevenir, educar, etcétera), hay uno específico que encontramos siempre: combatir las enfermedades. Cambian las formas organizativas, los métodos científicos, los instrumentos para obtener el objetivo. No la finalidad. Sin embargo, todo se complica cuando hay que definir la enfermedad: cuál es la naturaleza del fenómeno que se quiere controlar.

Propongo ahora a los lectores un ejercicio: si tienen ustedes, o si pueden hacerse prestar (¡Y devolverlos!) algunos diccionarios o enciclopedias, busquen la palabra *enfermedad*. Dificilmente encontrarán dos definiciones semejantes.

En los países subdesarrollados, hoy, enfermo quiere decir esencialmente desnutrido o afectado por morbos infecciosos. En Europa y en los EEUU, esto era así hace algunos siglos; hoy, cuando se habla de enfermos graves, se piensa más bien en los tumores, en las enfermedades mentales y en las cardiopatías.

Cambian los conocimientos y las apreciaciones científicas, y evoluciona la cultura general. Cambia también el poder y con ello el valor de los hombres. Un ejemplo, aparentemente paradójico, es que en el siglo pasado, la salud de los esclavos del sur, en los EEUU, no era ciertamente buena; pero, no obstante, era mejor que la de los negros libres y que la de los blancos pobres del norte. El cuidado de los esclavos (posesión usable y vendible) era una inversión o un gasto de mantenimiento. Ocurría incluso que los obreros irlandeses eran contratados para evitar a los esclavos el trabajo en zonas de malaria.

Es muy variable, finalmente, el ojo del observador: es distinta la enfermedad si es juzgada por la persona afectada o por parientes y amigos, o por quien debe evaluarla para un trabajo, una revisión de la conscripción, una pensión por incapacidad, o finalmente, por los médicos para curarla.

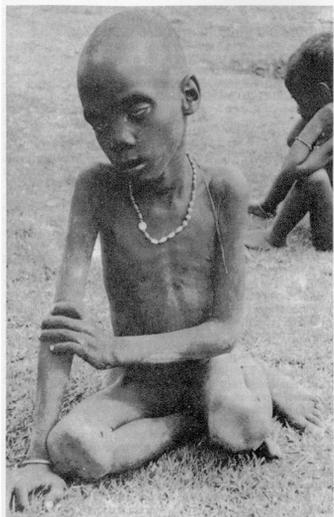


Figura 3. El hambre, si bien ignorada en las estadísticas sobre las enfermedades, es la causa (o el factor) principal de la alta mortalidad en los países pobres.

En resumen, en el fenómeno enfermedad se entrecruzan, cuando se trata de la especie humana, por los menos tres componentes: a) un hecho objetivo corpóreo, es decir una alteración de algún órgano, aparato, sistema o función, más o menos demostrable; b) una mayor o menor conciencia individual del mal; c) una idea y una medida derivadas de los conocimientos, los prejuicios y los intereses de la época; en consecuencia, un juicio de valor, una interpretación ética, además de científica, que sirve como guía operativa.

Aun respecto a un solo individuo, a menudo no es fácil juzgar si está sano o enfermo. En algunos casos, ni siquiera si está vivo o muerto. Recordemos la famosa consulta en la cabecera de Pinocho, después que el títere había sido colgado de un árbol por el Gato y el Zorro. Eran tres los médicos: el Cuervo, que sentenció solemnemente: “El títere está bien muerto; pero si por desgracia no estuviera muerto, ello sería indicio seguro de que está siempre vivo”; la Lechuza, que lo contradijo: “Para mí, en cambio, el títere está siempre vivo; pero si por desgracia no estuviera vivo, eso sería señal de que está verdaderamente muerto”; y finalmente el Grillo Hablador, que concluyó juiciosamente: “Yo digo que el médico prudente, cuando no sabe lo que dice, lo mejor que puede hacer es quedarse callado”.

¿Ironía de un literato? Ciertamente.

¿Qué dice la ley?

También el Parlamento italiano ha discutido largamente, con toda seriedad, cómo establecer con certeza si un ciudadano está muerto o vivo. Era necesario para aclarar cuándo sería lícito extraer de ese cuerpo órganos para trasplantar, con el fin de curar o salvar a otra persona. La ley que fue aprobada (en 1975) dice que no basta haber verificado la cesación del latido del corazón. Es necesario que se verifique “el relieve continuo del electrocardiograma registrado por no menos de veinte minutos, la verificación de la ausencia de respiración espontánea después de la suspensión, durante dos minutos, de la respiración artificial, y que sea también comprobada la ausencia de actividad eléctrica cerebral, espontánea o provocada”. Para evitar cualquier abuso se prevé que la muerte debe ser certificada por una junta médica compuesta por un médico legal, un médico anestésista-reanimador y un médico neurólogo experto en electroencefalografía. Se agrega, quizá recordando la consulta de Pinocho, que los tres expertos deben expresar un juicio concorde. Si no, por ley, el sujeto está aún vivo.

En otra ocasión el Parlamento discutió qué es la vida, y cuándo comienza. Fue al formular la ley sobre el aborto. Se decidió finalmente evitar cualquier definición precisa, y proceder empíricamente, porque ni la ciencia ni la moral han ofrecido respuestas unívocas sobre el origen de la vida. Se decidió afrontar el aborto con la prevención y la asistencia, en la intención de resolver una dramática cuestión social sin pretender transferir a las leyes del Estado, controversias biológicas o creencias religiosas. El referéndum de 1981 confirmó esta elección.

No obstante, en muchos casos es necesaria una apreciación legalmente válida acerca de la salud o de la enfermedad. Existe una materia que se enseña tanto en las facultades de medicina como en las de derecho: la medicina legal, que se propone establecer, caso por caso, si hay o no enfermedad. En efecto, en el campo de los seguros, la enfermedad o el accidente causados por culpa ajena determinan un resarcimiento, una indemnización monetaria. En el campo penal, la enfermedad o lesión causada por dolo, es decir, por explícita voluntad, provoca una sanción judicial que puede significar una larga reclusión. Existen otras precisiones para los daños que se derivan del trabajo: una está dada por una lista de enfermedades definidas como profesionales, que es periódicamente (y con atraso) puesta al día a medida que se conocen nuevos cuadros morbosos relacionados con el trabajo. Está luego la distinción entre enfermedad y accidente. Intuitivamente esta diferencia es

clara: la primera es un proceso más o menos lento y el accidente es un hecho súbito. Es necesario, no obstante, una delimitación temporal: ¿cuán súbito?, ¿un instante, o bien un minuto, o una hora? En el caso del accidente por caída o fulminación, se trata de un instante. Pero una intoxicación química, por ejemplo, de vapores de cloro o de mercurio, ¿puede ser definida como accidente, o se convierte en enfermedad? Para resolver la cuestión desde un punto de vista jurídico se llegó a una distinción: es accidente cuando la causa ha actuado durante menos de veinticuatro horas; es enfermedad si ha actuado durante un tiempo mayor. Cualquiera se da cuenta de que esta distinción es legalmente cómoda, pero científicamente arbitraria; y que todas las definiciones de enfermedad sancionadas por las leyes suscitan muchas controversias.

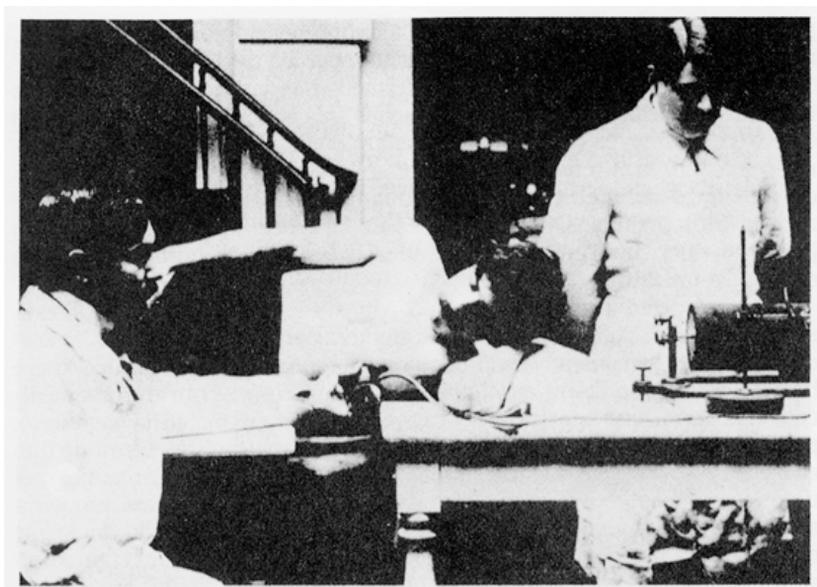


Figura 4. La electrónica proporciona actualmente los medios fundamentales de control y diagnóstico. Arriba, el primer electrocardiograma: los impulsos cardíacos son traducidos en gráficos.

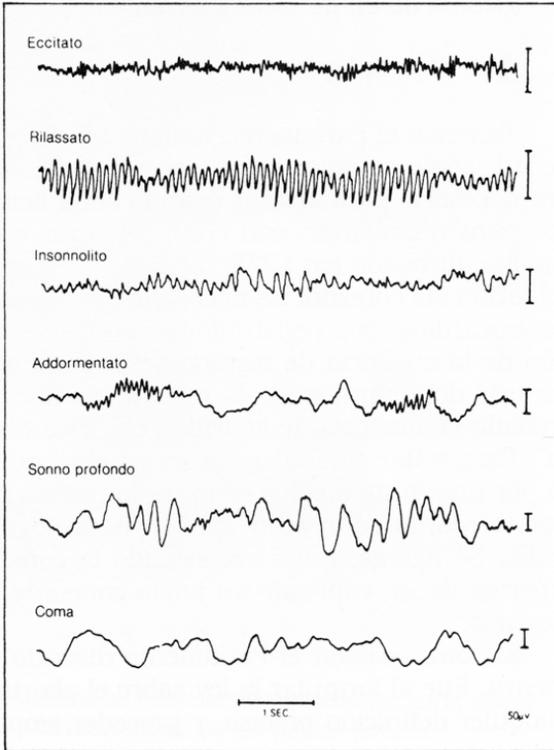


Figura 5. Los registros electroencefalográficos ilustran el curso de la actividad cerebral en situaciones diversas. De las ondas de alta frecuencia y baja amplitud, típicas del estado de excitación, se pasa a ondas menos o poco frecuentes, hasta el índice del estado de coma.

Diccionarios y enciclopedias

Pero volvamos a las definiciones. Yo también hice el ejercicio aconsejado a los lectores, y tuve inmediatamente dos sorpresas. Tomé el viejo *Vocabolario nomenclatore*, definido como el *Tesoro de la lengua italiana*, recopilado por Palmiro Prémoli. En la palabra *enfermedad* encontré: “la condición, el estado de quien está enfermo”. Lleno de esperanzas he buscado enfermo, y el círculo se ha cerrado enseguida: “quien está afectado por una enfermedad”. He buscado entonces entre mis libros de medicina. En un texto escrito por Luigi Ferrio en 1946, que compré cuando era estudiante, titulado *Terminología Médica*, la palabra *enfermedad* no existe. Hay muchas páginas con descripciones de enfermedades según el color que toma el paciente (enfermedad azul, bronce, negra, etcétera), según las profesiones (de los buzos, de los radiólogos, de los sastres, de las telefonistas, de los vagabundos, de los criadores de puercos, de

los místicos, etcétera) y especialmente, según los nombres de los descubridores (Adam-Stokes, Addison, Albers, y así a lo largo del alfabeto hasta Winkel, Woillez y Zenker). Curiosamente, parece que la mayor ambición de un médico es la de pasar a la historia por haber dado su nombre a una enfermedad, y no a nuevas curas o prevenciones. Así es como las enfermedades epónimas (con nombre de autor) son más de mil quinientas, lo que genera algún abuso y mucha confusión. El profesor Emanuele Dialma Vitali nos recuerda que, por ejemplo, el megacolon congénito —una rara malformación intestinal— es conocido como morbo de Hirschsprung. Esto requiere de nosotros un gran esfuerzo de pronunciación, pero honra al estudioso danés que en 1888 produjo una eficaz descripción de la enfermedad. Vitali (autor de libros como *Guía de la alimentación, la nutrición, los alimentos*) agrega:

Pero, puesto que esta última estaba ya descrita desde un siglo antes, y continuó siendo objeto de estudio también después, le fueron atribuidas otras denominaciones epónimas. Los holandeses la llamaron *enfermedad de Ruysch* y los italianos, a veces, *enfermedad de Battini-Hirschsprung*, o también *enfermedad de Mya* (atención: Mya era italiano).

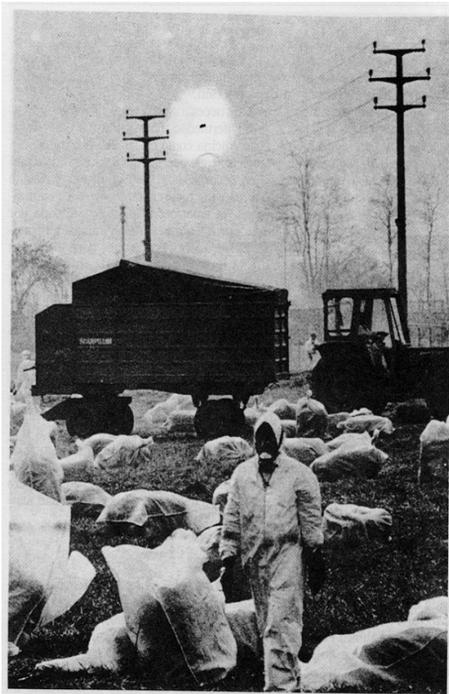


Figura 6. Muchas enfermedades son causadas por error o responsabilidad humana; esta fotografía recuerda el drama de Seveso (1976), cuando la formación y la liberación de dioxina pusieron el peligro la salud de miles de personas e hicieron necesario auxiliar a zonas enteras de la región.

Esta carrera de reivindicación de las prioridades es casi humorística, y nos recuerda, por contraste, la antigua y conocida polémica (siglos XVI y XVII) a propósito de la pretendida responsabilidad sobre la difusión de la sífilis, que era llamada por los italianos ‘mal francés’, por los franceses ‘mal napolitano’, y por los turcos ‘mal de los cristianos’. Y no se crea poder escapar del todo a las amenidades cuando se elige el camino del internacionalismo, como se hizo con el *Morbo de Calvé-Legg-Perthes-Waldenström*: cuatro banderas para designar una sola enfermedad.

Nacionalismo o internacionalismo, la confusión aún aumenta cuando se verifica la circunstancia opuesta, es decir cuando no se trata de una enfermedad única que recibe varias denominaciones, sino que se trata de una misma denominación que indica varias situaciones morbosas. Recordemos solo, sin extendernos más allá, que con el nombre de *enfermedad de Marfan* y de *síndrome de Marfan*, existen cinco formas morbosas, diferentes una de otra.

Volviendo a Ferrio, es evidente que él renunció a afrontar el tema general, por ser este demasiado complejo; pero también por una elección cultural, la especialización exasperada, la subdivisión del organismo humano (y de las disciplinas médicas) en compartimentos incomunicados entre sí.

Después de estas desilusiones, he preferido dirigirme a las enciclopedias en vez de los diccionarios: la fuente más autorizada de las definiciones.

La primera consultada fue, obviamente, la enciclopedia por excelencia, es decir la *Encyclopédie* de Diderot y d’Alembert. La *maladie*, dice allí, “*c’est un général l’état de l’animal vivant qui ne jouit pas de la santé; c’est la vie physique dans un état d’imperfection*” [es, en general, el estado del animal vivo que no goza de salud; es la vida física en un estado de imperfección].

Frente a la pregunta más bien obvia: ¿qué son entonces la salud y la perfección?, la *Encyclopédie* agrega que la palabra *enfermedad* es bien comprendida por todos, que no es fácil darle una definición clara y precisa.

Es interesante comprobar que estos estudiosos del siglo XVII, tan cuidadosos en el abrir luces a la razón humana, hayan sido víctimas, por su propia condescendencia, de un círculo vicioso. En las páginas sucesivas de la *Encyclopédie* están expuestos los conceptos de Galeno, según los cuales la enfermedad es una afección, disposición, constitución contra natura; un cambio de estado de lo natural a lo antinatural. Tales posiciones son refutadas usando precisamente el argumento de que no está claro qué es natural y qué es antinatural. Después están ilustradas las ideas de Thomas Sydenham (1624-1689) según quien, por el contrario, la enfermedad es una fuerza saludable de la naturaleza, un movimiento extraordinario tendiente a restablecer la integridad de las funciones orgánicas. Las posiciones de Sydenham son criticadas usando el argumento de

que a menudo se ve en el en ferino lo opuesto: atenuación del movimiento, depresión de las funciones, paso de una enfermedad a otra más funesta.

Para alcanzar la época contemporánea me he referido a los textos típicos de varias culturas.

En la *Encyclopaedia Britannica*, en la palabra *disease*, la enfermedad es considerada “*a departure from the normal physiological state of a living organism, sufficient to produce over signs or symptoms*” [un desplazamiento de la condición fisiológica normal del organismo, suficiente para producir señales evidentes o síntomas]. Esta es una definición empírica: enfermedad es lo que se puede ver y comprobar porque produce señales o síntomas. La explicación de las dos palabras, *señales* y *síntomas*, es esta: las *señales* se advierten mediante observaciones desde el exterior (con o sin instrumentos), mientras que los *síntomas* son aquellos perceptibles por el sujeto. Asombra que una definición impresa en 1979 incluya el concepto restrictivo de “señales o síntomas evidentes”. En efecto hoy la medicina se orienta, en sentido curativo o preventivo, hacia muchas enfermedades que tienen una larga fase asintomática durante la cual no hay “señales o síntomas evidentes”. Es el caso de muchos tumores y cardiopatías, por ejemplo. En la *Encyclopaedia Britannica* aparece además el concepto de “desplazamiento de lo normal”: a la antítesis entre sano y enfermo, entre perfección e imperfección, entre naturaleza y contranaturaleza, resulta ahora agregada otra entre normalidad y anormalidad, términos que como veremos en el Capítulo 3, son muy discutibles porque al metro biológico se agrega a menudo, para medir la salud, un metro cultural y social.

El concepto de enfermedad está dilatado al extremo en la *Enciclopedia americana*, donde *disease* es considerada como “*lack or absence of ease; a condition of uneasiness or of pain*” [carencia o ausencia de bienestar, condición de malestar o dolor]. Puesto que *ease* es traducido como “calma”, “tranquilidad”, “reposo”, “bienestar”, “alivio”, y también como “facilidad”, “gracia”, “espontaneidad”, “prontitud”, la falta o escasez de esos atributos debiera desembocar enseguida en lo patológico, y necesitarla, en consecuencia, la acción del médico (o del psiquiatra o psicoanalista). Si a esto se agrega la alusión al dolor (¿físico o también moral?) el cuadro de las condiciones evaluadas como patológicas se amplía casi al infinito, hasta coincidir con todo problema existencial; hasta querer poner cotidianamente al lado de cada individuo un médico y, eventualmente, un psicoanalista.



Figura 7. Una clase de anatomía en la universidad, según el Manual de Anatomía del flamenco Andrea Vesalio (siglo XVI).

La *Bolsčaja Sovetskaja Enciklopedija* define la palabra *Bolezn* en los siguientes términos: “*process, vozniakuscij v rezul'tate vozdejstvija na organizm vredonosnogo (crezvyčajnogo) razdrazitelija vnes. ili vnutr. sredy, karakterizujuščijsj ponizeniem prisposobljaemosti živogo organizma k vnes. srede pri odnovremennoj mobilizacii ego zascitnych sil*”. La enfermedad es “un proceso que resulta como consecuencia de una acción sobre el organismo de un estímulo (extraordinario) nocivo, del ambiente externo o interno, con una movilización simultánea de las fuerzas defensivas”. Es interesante la aparición de nuevos conceptos: *proceso*, que implica un fenómeno evolutivo, y *lucha*, acción nociva, movilización consecuente de las fuerzas vitales. Esto ocurre en infecciones de bacterias que suscitan reacciones inmunitarias o en lesiones a las que sigue regeneración de los tejidos (piel o huesos, por ejemplo). Pero no siempre, a veces la infección

tiende a suprimir las defensas inmunitarias; otras veces, los procesos degenerativos (como la arterioesclerosis) avanzan gradualmente, sin que intervengan defensas espontáneas.

Por otra parte, es discutible la afirmación de que existe siempre en los enfermos una reducción de la capacidad de adaptación al medio. Es aún más discutible el concepto, expuesto a continuación, según el cual la enfermedad implica en el hombre “la reducción temporaria de su capacidad de trabajo”. Descubrí después que estas afirmaciones de la edición de 1970 no aparecen en la precedente de 1950: ¿señal de una concepción productivista, ahora dominante? En realidad, no es exacto que un proceso morboso signifique siempre una menor eficiencia en el trabajo: hay casos de indiferencia, y hasta casos (como las formas maníacas) de mayor empeño operativo. Según algunos, por otra parte, la creación artística y literaria (veremos los casos en el Capítulo 6) ha sido incluso exaltada por enfermedades como la tuberculosis y la neurosis.

Pero también en la vida cotidiana es riesgoso aceptar para el bienestar humano un metro basado en el rendimiento. Se llegaría a justificar la definición de salud del sociólogo norteamericano Talcott Parsons: “Condición de capacidad óptima de un individuo para cumplir con eficiencia los roles y deberes para los que fue socializado”. Puesto que la socialización no es nunca espontánea, sino guiada y a menudo maniobrada por quien tiene el poder, se siente la tentación de responder que, de esta manera, la salud resulta “lo que deciden los poseedores de los medios de producción, para explotar a quien trabaja”. Veamos dos hechos ejemplares. Uno es el artículo 6 del *Reglamento General para la Higiene del Trabajo*, 14 de abril de 1927, que establecía, en el período fascista, los deberes del médico de fábrica. Este debía controlar a los trabajadores antes de ser contratados para “comprobar si tienen los requisitos especiales de resistencia a la acción de los agentes nocivos a cuya influencia deben exponerse”. ¿Está claro? Deben, sea como fuere, exponerse a los agentes nocivos; y es necesario, en consecuencia, que llenen para ello requisitos especiales de resistencia: una salud a prueba de todo. El otro ejemplo, más reciente, es de 1966. En el *Tratado italiano de Medicina Interna* a cargo de Paolo Introzzi, el capítulo sobre tumores profesionales habla también de aminas aromáticas, sustancias colorantes que provocan tumores malignos en la vejiga. El autor escribe: “Elección de los obreros: el criterio que hay que respetar escrupulosamente es el de destinar a estos trabajos a individuos de edad mayor de 40 años”. La razón es clara: estos tumores conducen a la muerte después de 15-20 años de trabajo, y sería un despilfarro destinar a estas tareas obreros jóvenes, que pueden ser explotados más tiempo. Un cuarentón, en cambio, llega con el tiempo justo: se jubila, y muere enseguida. También el Estado ahorra.



Figura 8. Una operación de fistula lacrimal y los equipos del cirujano en una lámina de la *Encyclopédie*, dirigida por Diderot y D'Alembert. Las ilustraciones de temas de medicina, de la colosal obra de los iluministas, son una fuente valiosísima para estudiar los conocimientos anatómicos y quirúrgicos del siglo XVII.

Viejo y nuevo testamento

Una sorpresa, finalmente, me llegó desde la *Enciclopedia Católica*, donde la palabra *enfermedad* no existe: se remite al término *seguro social* de la *enfermedad* (*assicurazione sociale di malattia*), una idea francamente demasiado utilitaria del fenómeno. Existe luego la voz mal: “Es todo lo que contraría el bien y la perfección de cualquier cosa” “*Hoc est esse mali quod est privatio boni*” (*Sum. Theol.* 1.a, q. 14, a.10). El mal es la privación del bien. Según la naturaleza de la perfección contrastada por el mal, este puede ser *físico* o *moral*. Está subrayado que “el creacionismo cristiano enseña que todo lo que Dios ha creado es en sí, bueno”, y que en consecuencia, el mal indica “una situación posterior de los seres, debida a los defectos de los mismos y no a Dios”. A pesar de todo, también el mal tiene un rol, porque “sirve de alguna manera al plan de la Divina Providencia”, como instrumento de la justicia de Dios y

como contribución a un bien mayor: “El mal físico puede, en efecto, volverse ocasión de virtud, y el mal moral, con su desorden, estimula a la razón a defenderse persiguiendo el bien”.

Se tiene la impresión de que estas tesis expresan solo una parte (la más reaccionaria) de las ricas elaboraciones sobre la enfermedad, y de su evolución en el tiempo. Es cierto que en el Antiguo Testamento, donde todo era mostrado como dependiente de la voluntad divina, la enfermedad estaba siempre asociada a la presencia de un Dios castigador, ligada al pecado, a veces derivada del accionar del ángel exterminador, pero más a menudo del demonio. En el Nuevo Testamento también Jesús la relaciona a veces con el hecho de la presencia demoníaca y con el pecado. Pero en el evangelio de San Juan (9: 1-3), ve a un hombre ciego de nacimiento, ya los discípulos que le preguntan: “Maestro, ¿quién ha pecado, él o sus padres, para que haya nacido ciego?”, responde: “Ni él pecó, ni sus padres; es así a fin de que se manifiesten en él las obras de Dios”. Y lo cura.



Figura 9. En el pasado, la enfermedad era considerada como un signo diabólico o como un castigo divino. Tenemos un ejemplo en la lámina del siglo XVII: un sacerdote cura por medio de la hipnosis a una enferma a quien se creía poseída por el demonio.



Figura 10. La célebre estatua del Castillo Sant'Angelo: representa el arcángel San Miguel en el acto de envainar su espada, con lo que pone fin a una terrible peste enviada por Dios como castigo de los pecados humanos. La leyenda de la visión del ángel data del tiempo de Gregorio I (590-604), que coincidió exactamente con una epidemia de pestes que se abatió sobre la ciudad de Roma.

De estas concepciones cristianas derivan por un lado, la incitación a soportar la enfermedad como sacrificio y purificación, por otro, el estímulo a asistir a los enfermos. Es interesante que, en 1981, la Conferencia Episcopal Italiana haya subrayado que la relación entre el mal físico y el pecado debe ser entendida “en la novedad y la esperanza de la Pascua, más allá de la resignación y contra la desesperación”; que, en la práctica, los cristianos hayan sido invitados a sentirse implicados “no solo en la reestructuración de la asistencia sanitaria, sino particularmente en la modificación de ese complejo de factores —de la realidad social al ambiente físico y a la situación económica— que inciden sobre la salud”.

El ciclo salud-enfermedad

Cada cultura, en consecuencia, expresa para la salud (o para la enfermedad) sus definiciones. Las que he citado provienen en su mayoría de las varias ramas del pensamiento teórico-científico que se afirmó en Occidente a partir de los siglos XVII-XVIII. Deberían recordarse otras definiciones provenientes de Oriente, de África o de América precolombina: la comparación sería utilísima. Cito solo como ejemplo el libro *Guía para la salud*, escrito por el gran filósofo y político indio Mahatma Gandhi en 1923, en el que su autor afirma:

...las indisposiciones, las enfermedades, no son sino una admonición de la naturaleza, la que nos advierte que las inmundicias se han ido acumulando en esta o en aquella parte del cuerpo, y sería ciertamente una sabia acción el dejar hacer a la naturaleza en vez de encubrir la suciedad a fuerza de medicinas.

Y agrega también:

Está probado por la experiencia que las enfermedades aumentan en proporción al aumento del número de médicos en un país dado.

También en este caso, la definición y los análisis tienen una finalidad explicativa, pero indican además conductas, decisiones y actos que influyen sobre la existencia de cada uno.

¿Podemos, llegados a este punto, intentar una evaluación propia? El razonamiento sería más preciso si habláramos de enfermedades en plural. En efecto, es necesaria una clasificación de los fenómenos morbosos que supere los esquemas dicotómicos usados habitualmente. Según estos esquemas las

enfermedades se dividen rígidamente en bloques que existen de a pares: dicotomía, del griego antiguo, significa justamente “división en dos partes contrapuestas”. Por lo cual, las enfermedades debieran ser: endógenas o exógenas, infecciosas o no infecciosas, orgánicas y funcionales, idiopáticas y traumáticas, agudas y crónicas, congénitas y adquiridas, profesionales y sociales, físicas y mentales, etcétera. Y bien, este tipo de esquema está superado. Hablaremos de ello enseguida. Ahora, para ser breve, expreso tres convicciones.

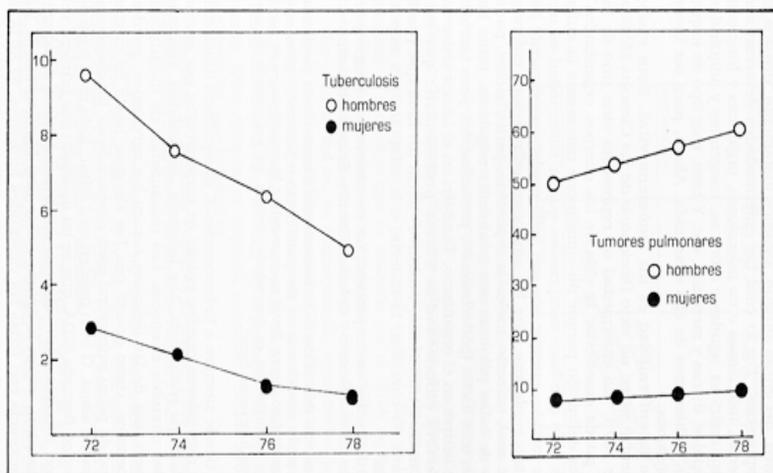


Figura 11. La evolución de estos gráficos —reproducidos del Informe sobre el estado del país (1980), del Consejo Nacional de Salud—, ilustra la relación entre ciertas enfermedades y las condiciones históricas en las cuales se verifican. En las ordenadas se indican las tasas de mortalidad por tuberculosis y por tumores pulmonares. En la abscisa se indican los años a los cuales se refieren los valores. Un mismo órgano humano, el pulmón, es atacado menos por la tuberculosis, hoy mejor controlada, y de modo creciente por los tumores como consecuencia de la contaminación atmosférica, del hábito de fumar y de las intoxicaciones profesionales.

Primero, que la enfermedad es un fenómeno vital. Esta visión dialéctica se encuentra ya en un viejo *Diccionario de las Ciencias Médicas y Veterinarias*, de 1875: “La enfermedad no representa sino uno de los modos en que se puede manifestar la vida de los cuerpos organizados”. Es interesante esta definición porque no contrapone netamente la enfermedad a la salud, sino que hace

comprender que la enfermedad es uno de los aspectos de la vida, aunque sea con un sello predominantemente negativo. Y esto es tan verdadero, que los sinónimos afines son: enfermedad, indisposición, mal, enfermo, malestar repentino, perturbación, padecimiento. Algunas de estas palabras son totalmente negativas, otras hacen pensar más en una lucha (padecimiento, perturbación, pero también indisposición) que ocurre en el organismo. También en el *Léxico universal italiano*, en la palabra enfermedad se afirma precisamente que este fenómeno es típicamente transitorio, evolutivo “hacia un final que puede ser, según los casos, la curación, la muerte, o la adaptación a nuevas condiciones de vida”.

Segundo, la enfermedad es un proceso, un movimiento de acción y reacción, un conflicto entre agresión y defensa. Escribe Enrico Ciaranfi:

La enfermedad es una desviación de la homeostasis (caracterizada por la sintomatología clínica, y por modificaciones fisiopatológicas o histopatológicas) que los mecanismos de control no logran llevar nuevamente a las condiciones de partida, ya sea porque la perturbación es demasiado elevada, ya sea porque algunos sistemas de control no funcionan bien.

El organismo tiende siempre a la homeostasis, al equilibrio funcional; pero sus aparatos reguladores pueden entrar en cortocircuito: por exceso de presión o por falta de resistencia. Los hombres, en realidad, son más complicados que los circuitos eléctricos. Los mecanismos de inmunidad, por ejemplo, que son una de las defensas contra las agresiones, pueden también ser exasperados, como ocurre con las alergias: basta en ciertos individuos un grano de polen primaveral para desencadenar hinchazones, secreciones mucosas, o asma. O bien pueden casi faltar. Este es el caso de una nueva enfermedad llamada sida, que se ha asomado por primera vez al mundo hace poco. Efectivamente, algunos cuadros morbosos desaparecen y otros se presentan, según la época: existe una historicidad de las enfermedades, relacionada con todas las vicisitudes humanas. El sida, o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que ataca preferentemente a los homosexuales y es mortal en casi un tercio de los casos, parece deberse a un virus, y consiste precisamente en la pérdida de las defensas inmunitarias: el individuo que es atacado por el sida no tiene suficientes defensas para reaccionar a las infecciones normales, que resultan en consecuencia exacerbadas, y a menudo se vuelven fatales.

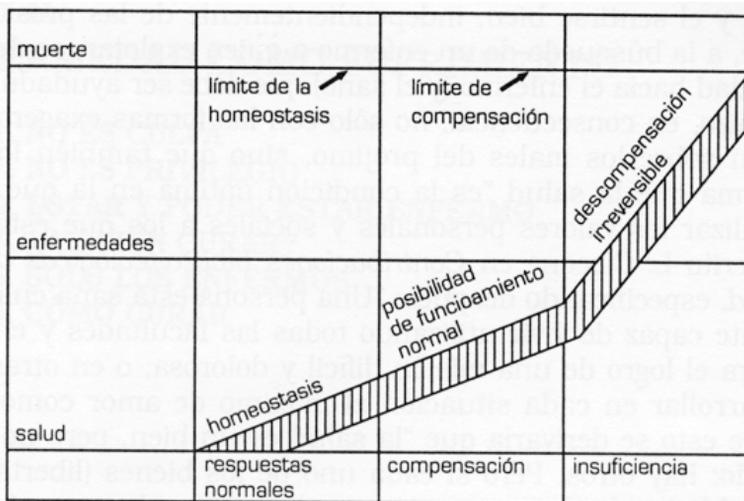


Figura 12. La homeostasis, es decir, el equilibrio funcional del organismo, atraviesa varias fases antes de alterarse de modo irremediable. Parte de las respuestas normales (salud), pasando por el estado de compensación, hasta la insuficiencia (muerte).

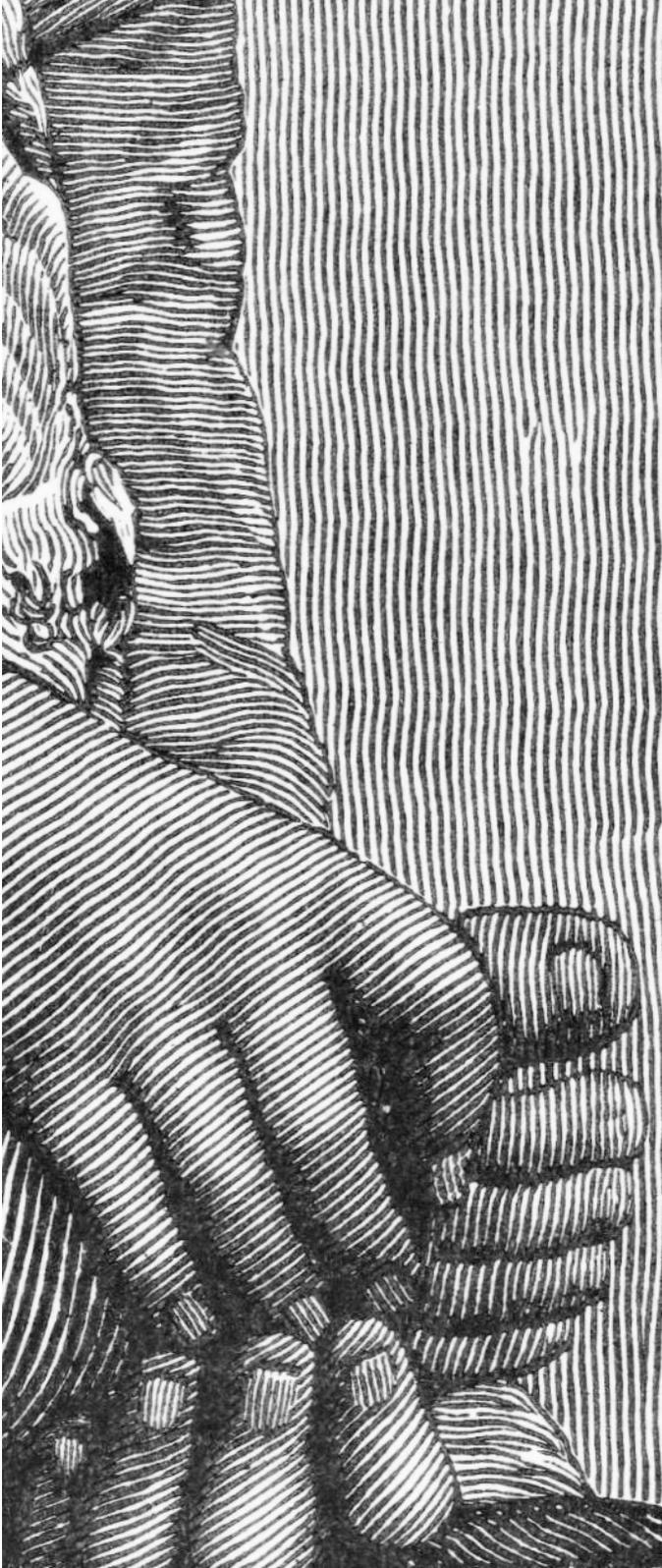
La enfermedad es, en consecuencia, una incapacidad permanente o transitoria de mantener la homeostasis, el equilibrio entre las funciones del organismo, y es un proceso: tiene un comienzo, una historia y una conclusión. Sería mejor hablar de un ciclo continuo salud-enfermedad, que se desarrolla no solo en el interior del organismo, sino entre él y el medioambiente. Dice Alessandro Seppilli, estudioso de los problemas médicos y ambientales, que la salud es "...condición de armónico equilibrio funcional, físico y psíquico, del individuo dinámicamente integrado en su ambiente natural y social".

Integración, obviamente, no significa adaptación forzosa del hombre a condiciones inhumanas. Al contrario, es una condición que permite prolongar la vida y llegar a completar el ciclo biológico en la relativa plenitud de las capacidades físicas y mentales.

Aquí expreso la tercera convicción: que a la salud instrumental, evaluada sobre la base de criterios de productividad o de adaptación, debe preferirse el impulso hacia una mayor salud sustancial, es decir, hacia el estar bien y el sentirse bien, independientemente de las presiones externas; y que, a la búsqueda de un enfermo a quien explotar, se debe preferir la solidaridad hacia el enfermo (y el sano) que debe ser ayudado.

Polemizo, en consecuencia, no solo con las formas exageradas de especulación sobre los males del prójimo, sino que también lo hago con quien afirma que la salud “es la condición óptima en la que el hombre puede realizar los valores personales y sociales a los que está llamado”. Así ha escrito L. Ciccone en *Contribuciones bíblico-teológicas al problema de la salud*, especificando después: “Una persona está sana cuando es habitualmente capaz de vivir utilizando todas las facultades y energías que posee, para el logro de una misión difícil y dolorosa o, en otras palabras, para desarrollar en cada situación el máximo de amor como ofrenda a Cristo”. De esto se derivaría que “la salud es un bien, pero no el mayor”. De acuerdo: hay otros. Pero si cada uno de los bienes (libertad, trabajo, amor, igualdad, religión para quien cree) es asumido como *instrumental*, para otros fines, aunque sean estos nobles, el riesgo es que luego sean todos pisoteados juntos.

Pongámonos, en consecuencia, en el punto de vista del enfermo. Veamos cómo la enfermedad es vivida y afrontada. Preguntémonos, mirando más allá de las definiciones, qué consecuencias tiene para el sujeto, y qué comportamiento suscita en los otros. Desde este punto de vista he tratado de esquematizar en los títulos de los capítulos siguientes, las cinco caras de todo proceso morboso: sufrimiento, diversidad, peligro, señal y estímulo. Los tres primeros términos expresan más la faz negativa, doliente, agresiva y opresiva de la enfermedad; los dos últimos tratan de rebatir, hasta donde es posible, tales manifestaciones. En los cinco capítulos siguientes el lector encontrará, en consecuencia, análisis, ejemplos y algunas líneas de acción.



Capítulo 2

La enfermedad como sufrimiento

Casi siempre la enfermedad implica molestia, malestar y pena. La raíz de la palabra rusa *Bolezn* es *Bol'*, que significa “sufrimiento” o “dolor”; también en otras lenguas la palabra se identifica como “sentirse mal”. El enfermo es, en consecuencia, una persona que necesita atenciones especiales y cuidados.

Persona singular: la salud es un bien colectivo, que atañe a toda la sociedad, pero eso no anula las características individuales de las enfermedades. Por el contrario, la dimensión social de los fenómenos sanitarios es la suma y la síntesis de las necesidades, de los requerimientos y de las particulares condiciones de cada hombre o mujer.

Persona sufriente: en realidad, no es un culpable al que ha de castigarse con el descuido o la penitencia. Por otra parte, también para las enfermedades mentales se ha dado en los últimos decenios el redescubrimiento de la faz sufriente en vez de la agresiva, en la locura. Al miedo, que llevaba a internar en el manicomio, se lo ha sustituido, en los mejores casos, por la solidaridad, y esta ha inducido a la tolerancia y, a veces, ha estimulado la integración.

Sufrimiento: no siempre es dolor. La diabetes, por ejemplo, no es dolorosa, pero limita la funcionalidad del organismo e impone obligaciones terapéuticas que obstaculizan la vida cotidiana. En el síndrome de Down (antes llamado mongolismo), parece que quien lo sufre puede ser no menos feliz que los niños normales; pero puede sufrir la familia o la sociedad dedicada a asistirlo con gastos o servicios sociales.

La enfermedad, a menudo, más que dolor físico es pérdida de poder o dignidad humana, que se traduce en prepotencia de los sanos, y que acentúa las diferencias sociales. En los hospitales públicos, por ejemplo, a menudo se tutea a los enfermos, o se los despierta antes del alba para adaptarlos a los turnos de trabajo del personal. Este también es un sufrimiento para el hombre, que quiere ser respetado.

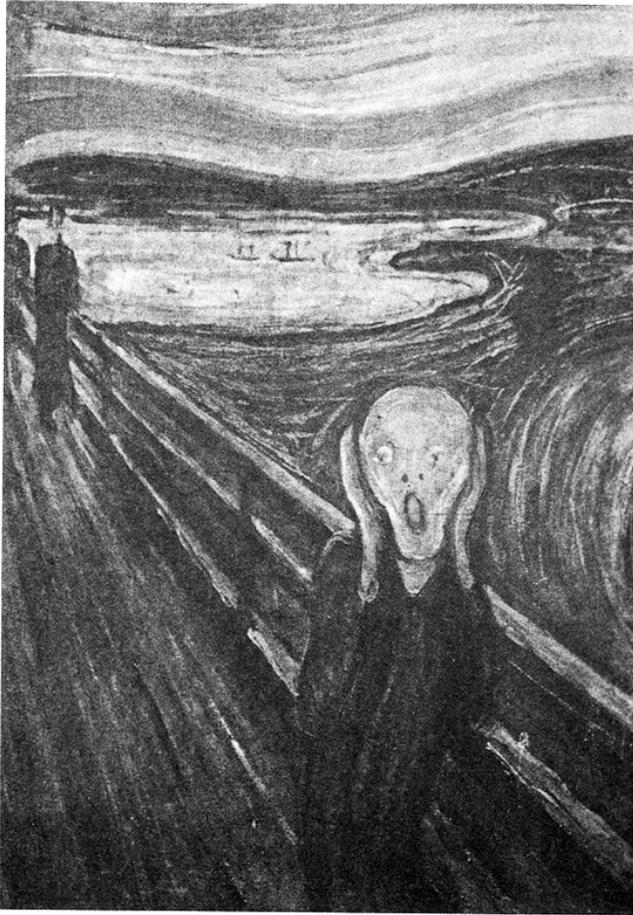


Figura 13. El sentimiento de crisis y dolor, no menos psicológico que material, se ve en este cuadro del pintor noruego E. Munch: El grito.

El Congreso Nacional de Filosofía debatió en 1967, en Pisa, el tema de las relaciones entre hombres y autómatas, previendo sabiamente que los robots formarían parte de nuestro mundo futuro. La diferencia, sostuvo el filósofo Guido Calógero, no puede consistir en la capacidad de trabajo ni en la lógica, porque “un autómata electrónico puede resolver problemas de álgebra lógica y controlar la validez de una nueva teoría lógica”. Pero “un autómata puede resolver problemas de cálculo infinitesimal y no ser un individuo”. En efecto, “conciencia implica siempre placer o dolor; el otro es quien sufre, no quien razona”. He aquí por qué “otro es aquel a quien podemos comprender y

ayudar en sus aspiraciones, y por quien nos volvemos moralmente responsables si no nos ocupamos de hacerlo”.

En consecuencia: si la enfermedad es sufrimiento, ¿qué cosa no es?

No es culpa

No es culpa, antes que nada. La idea de que la enfermedad es una culpa está presente en casi todas las culturas primitivas, desde la Polinesia hasta Alaska y hasta el Asia. Según eso, la enfermedad deriva, o de la violación de un tabú, o de un sortilegio mágico que obliga a la expiación. La cura del chamán, del médico primitivo, consiste a menudo en extraer del cuerpo, simbólicamente, el objeto que ha provocado la enfermedad, y la prevención consiste en alejar en el mar un “barco de los espíritus de las enfermedades”: rito análogo a la expulsión de las impurezas y los pecados del grupo. En la antigua Grecia, en cambio, tierra de sanos y de sabios, la salud aparece como aspiración difusa (no por casualidad nacieron entonces los juegos olímpicos); se buscaron las causas reales de las enfermedades, y los médicos eran tenidos en la mayor consideración cuando lograban traer nuevamente a la belleza, eficiencia y perfección un cuerpo enfermo.

Pero la idea de culpa persiste porque el enfermo es incómodo, estorba, y a veces es odioso y hasta repugnante. ¿Qué mejor que acusarlo de su mal? Esto ocurre en todas las religiones, y también en la católica, que ha afirmado asimismo que el sufrimiento merece gracia y purificación. Un santo como Francisco, tan benigno hacia todas las criaturas, dictaba así una de sus reglas:

Si un fraile se enfermara, un fraile o más deben servirlo, y luego el fraile enfermo rendir gracias al Creador. Si, en cambio, se turbara y encolerizara contra Dios y contra los frailes, o bien pidiera con insistencia medicinas, deseando demasiado liberar la carne, destinada pronto o tarde a morir, y que es enemiga del alma, esto le viene del maligno, y es un hombre carnal y no parece ser un fraile, puesto que ama más el cuerpo que el alma.

Un papa reciente, Pío XII, que ciertamente no era tan bueno como Francisco, en sus discursos a los médicos insistía en la idea de que “Dios no ha querido dolor y muerte: el pecado os los ha introducido”, y en el hecho de que “es necesario padecer y morir para entrar en la gloria”. Desastres y enfermedades, decía, son consecuencia de la violación de las leyes divinas: la esterilidad es castigo del pecador; la parturienta debe sufrir porque así amará más a su propio hijo, porque así expiará mejor el pecado original.



Figura 14. Chamanes de una tribu de Malasia (1913).

La idea de culpa, del enfermo como reo de una transgresión, se representa continuamente en nuevas formas. Existe sobre todo en los EEUU una amplia opinión, difundida a través de libros y artículos, que acusa a aquellos que tienen *life styles* morbígenos (estilos de vida que pueden llevar a contraer enfermedades) y que alcanzan a menudo la *victim blaming* (culpa a las víctimas). La crítica se dirige a comportamientos malsanos, como fumar, entregarse al alcohol o las drogas, la vida demasiado sedentaria, el manejo peligroso de automóviles, la elección de trabajo, los comportamientos familiares, etcétera. Se va abriendo también camino la idea motivada por la necesidad de restricciones económicas, de que cuando hay una “complicidad” del enfermo en el origen de la enfermedad, el Estado debería suspenderle la asistencia, porque si así no fuera, aquel recibiría servicios que no le corresponden. Hablaré aun sobre la relación entre estilo de vida y salud, porque es compleja e intensa, hoy más que en el pasado; y porque el *victim blaming* no tiene en cuenta los condicionamientos y las presiones que determinan, aun dejando mucho espacio a las elecciones personales, el estilo de vida o el impulso autodestructivo de cada uno. Las acusaciones dirigidas solo a los individuos muestran cómo la relación entre enfermedad y culpa reaparece continuamente en la historia, en formas siempre variadas, y por ello está muy enraizada en el ánimo popular.

No es privilegio

La enfermedad no es culpa, y no debiera ser tampoco privilegio. En muchas religiones se afirma, en cambio, que los dolores y los padecimientos son un signo de elección: un don divino, una señal particular de amor de los dioses, un medio de salvación. También en la realidad cotidiana se puede encontrar esta interpretación. En su libro *Enfermedad y civilización* (1945), H. E. Sigerist escribe:

...el enfermo, por su posición preferencial, está liberado de muchos deberes. El niño enfermo es justificado en la escuela, el adulto no debe trabajar y es eximido de muchas obligaciones que la sociedad exige a sus miembros sanos. [...] Cuánto más acentuada es la posición preferencial de un enfermo, tanto más obvia es la inclinación a alejarse de la lucha por la existencia y a refugiarse en la condición de enfermo.



Figura 15. Arriba, una operación quirúrgica en la antigua Roma (bajorrelieve de Herculano, hoy en el Museo Nacional de Nápoles).

Abajo, el miedo y el desaliento espiritual ante la peste, en El triunfo de la muerte, de Orcagna (siglo XIV).



Pero cada una de estas afirmaciones puede ser invertida: en caso de enfermedades leves el niño puede sentirse feliz de quedarse en casa, pero si se agrava, sufrirán, además de su salud, sus amistades y su formación; de la misma manera un trabajador puede gozar una jornada de reposo, pero también puede que tenga que trabajar estando enfermo, y aun puede ser despedido por ello. Esto dependerá de la enfermedad, de las relaciones de trabajo, de cuánto sea indispensable el trabajador, y de la protección sindical o jurídica.

Un ejemplo de cómo la legislación social puede influir sobre la evaluación de la enfermedad (¿daño o privilegio?) se tiene en los beneficios, económicos o laborales, que son asegurados a los trabajadores por accidente o por enfermedad profesional. El fuerte sindicato metalúrgico de San Pablo (Brasil), por

ejemplo, ha obtenido en el contrato colectivo de trabajo de 1981 que los trabajadores afectados por accidentes o por enfermedades profesionales adquiridas o agravadas en una fábrica, sean obligatoriamente mantenidos por ella en el trabajo aunque estén disminuidos en su capacidad (art. 15 del contrato). Esto es un derecho legítimo, es una sanción para los patrones culpables, y es para ellos un estímulo a la prevención; pero puede inducir a los trabajadores a descuidar la acción colectiva para la salud y a considerar un daño físico como un mal menor frente al despido. Ha habido incluso casos de autodestrucción, de personas que se hieren o mutilan a sí mismas, como lo hacían durante la guerra algunos soldados para evitar las primeras líneas.



Figura 16. La asistencia de los enfermos prestada por las órdenes monacales en el Hotel Dieu de París, según un grabado del siglo XVI.

Estar y poder estar enfermo

Existen, en resumen, cuatro dimensiones del fenómeno para el individuo. Una es *estar* enfermo, es decir sufrir alteraciones a causa de enfermedades en el cuerpo y en sus funciones; otra es *sentirse* enfermo, es decir percibir tales modificaciones del propio organismo; la tercera es *identificar* la enfermedad basándose en los conocimientos adquiridos en su época y referidos al tema; la última es *poder* estar enfermo.

Para la primera, las desigualdades entre pueblos, clases e individuos consisten esencialmente en la mayor o menor probabilidad de enfermarse y luego de sanar. Cito un solo ejemplo: en Francia se ha calculado, entre 1966 y 1971, la mortalidad entre los 45 y los 54 años entre trabajadores no calificados, comparándola a la de los dirigentes de empresa de igual edad. El grupo tenía un índice 3,03 veces más alto. Para las diversas enfermedades, estas eran las diferencias:

Tabla 1. Diferencia de la mortalidad de los trabajadores no calificados, respecto a la de los dirigentes de empresa. Francia (1966-1971).

Enfermedades	Veces
Cardiovasculares	1,3
Tumores	2,3
Accidentes	4,3
Suicidios	5,0
Tuberculosis	9,4
Cirrosis hepática	10,9

También la percepción de la propia enfermedad está influida por la cultura, el trabajo y la riqueza. Una investigación realizada hace tiempo en los EEUU sobre varios síntomas, para determinar si los afectados solicitaban o no curas médicas, encontró respuestas muy diferentes entre sujetos de varias clases sociales (ver Tabla 2). Algunos fenómenos (como el dolor de espalda o la disminución de peso) son considerados en las clases pobres como casi normales; pero incluso señales que hacen suponer graves enfermedades, como la presencia de sangre en las heces y en la orina, o nódulos probablemente tumorales en el seno o en el abdomen, no eran considerados, a menudo, como suficientes para someterse a tratamiento.

El sentirse enfermo está por lo tanto relacionado con la percepción del propio cuerpo. A menudo, en los individuos pertenecientes a las clases populares, la cultura somática (del griego *sôma*, ‘cuerpo’) es escasa, mientras que en las clases pudientes hay una mayor costumbre de escuchar las señales que vienen del propio interior. Uno de los resultados es que la enfermedad se precipita de manera imprevista sobre los primeros, agravada por no haber sido afrontada a tiempo.

A veces las señales son sofocadas, más o menos a sabiendas, porque se supone dentro de lo posible que se está bien, que se pueden desempeñar las propias obligaciones laborales o domésticas de las que depende la existencia cotidiana y a veces la misma supervivencia. O bien, la falta de educación sanitaria y de conocimientos científicos actualizados no permite identificar la enfermedad. En estos casos, aunque se perciban los síntomas singulares, no ocurre la síntesis de diagnóstico que lleva a la búsqueda de una terapia, o de medidas para obstaculizar el avance del mal.

También en el poder estar enfermo, en fin, cuentan las discriminaciones sociales. En el diálogo del filósofo griego Platón, titulado *La República*, Sócrates habla con su amigo Glauco de enfermos pertenecientes a distintas clases. Dice Sócrates:

—En los Estados con buenas leyes, todos tienen un deber determinado y deben, necesariamente, cumplirlo y no pueden concederse el lujo de estar enfermos y curándose toda la vida; y es cosa que nosotros, es raro, observamos en los artesanos (los trabajadores de aquella época) y no en personas ricas.

(Glauco le pregunta): —¿Qué quieres decir?

(La explicación de Sócrates es esta): —Cuando un leñador pretende del médico una cura enérgica y resolutiva, un emético para vomitar su mal, un purgante para liberarse de él, un cauterio o un cuchillo, estos son remedios adecuados. Pero si el médico le prescribe una larga cura con régimen, o le encaja en la cabeza gorros de lana para que esté caliente, aquel responderá enseguida que no tiene tiempo para hacer de enfermo, que no puede vivir pensando en su enfermedad y descuidando el trabajo; por ello se despedirá de tal médico y retornará a su sistema de vida. Si recupera la salud, vive atento a su trabajo; si la fibra no resiste, muere y se libra de sus preocupaciones.

Platón y los personajes de su diálogo vivían en el siglo V-IV a. C. No obstante, también hoy, quien no tiene propiedades ni rentas y vive solo de su propio trabajo, teme la enfermedad porque afecta simultáneamente a la persona

y al instrumento de la ganancia, y es en consecuencia una doble amenaza. También quien ocupa una posición elevada y se considera indispensable para una máquina compleja (una fábrica, un partido, un diario, una misión que se quiere cumplir a cualquier costo) se pone en análoga situación. La enfermedad es a veces negada hasta los límites de lo posible; el conflicto entre exigencias de curación y necesidad de ser eficiente ofusca hasta negar la realidad.

El poder estar enfermo depende tanto del tipo de enfermedad como del tipo de trabajo: una leve bronquitis puede ser indiferente para el obrero o para el director de la fábrica, e impedir, en cambio, toda actividad a un cantante o a un orador; la artrosis puede ser desagradable para un empleado, pero inaceptable para un cargador.

A pesar de ello la enfermedad existe y es reconocida y afrontada. Parece obvio, pero a menudo se lo olvida, hasta que los mismos enfermos no recuerdan este deber. En marzo de 1983 hubo en Cagliari una huelga de hambre de los internados del Instituto Oncológico: personas afectadas por tumores (quizá sea el primer caso en la historia... sindical de los pacientes que se pusieron impacientes). Los enfermos protestaban porque los médicos habían decidido, por razones contractuales, operar solo los casos urgentes. Se sabe que la definición legal de urgencia, que indica formalmente que la vida corre peligro, no tiene sentido en el caso de los tumores, porque nadie sabe con certeza cuándo se difunden las metástasis y cuándo el caso se vuelve inoperable. Eran los enfermos quienes recordaban a los médicos, en este caso, lo que los médicos habrían tenido que conocer perfectamente como especialistas en la materia.

Tabla 2. ¿Qué síntomas requieren curas médicas? (porcentajes sobre 100 interrogados).

Síntomas	Clases pobres (%)	Clases medias (%)	Clases ricas (%)
Angustia	21	55	77
Dolor de espalda	19	44	53
Inapetencia	20	50	57
Nódulo en el abdomen	34	65	92
Nódulo en el seno	44	71	94
Pérdida de peso	21	51	80
Sangre en la orina	69	93	100
Sangre en las heces	60	89	98
Tos crónica	23	28	27

Fuente: Koos, E. (1954). *The Health of Regionville*. New York: Columbia University Press.

¿A quién curar?

Curar: ¿a quién y cómo? El punto fundamental es que hay que actuar contra las enfermedades y no contra el enfermo. Se debe, por otra parte, curar cada enfermedad en cada enfermo. Recuerdo que una vez, alrededor de 1968, fui invitado a una discusión por los estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad Católica, en Roma. Uno me preguntó: ¿se debe curar también al tirano? Respondí: ciertamente; si el tirano muere por falta de cuidados, surge otro; si es abatido por un movimiento popular, la tiranía puede caer para siempre.

Existe desde hace siglos una discusión sobre la ética y los deberes (deontología) de los médicos. Pero a menudo uno está tentado de imponer normas de comportamiento tomándolas directamente de teorías sobre el hombre y la sociedad, violando por ello las necesidades reales de los individuos. Un libro de E. F. Healy titulado *Medicina y moral*, por ejemplo, usado como libro de texto en las escuelas católicas de medicina y como “referencia para usar en los hospitales católicos”, prescribía en 1956 “soluciones rápidas y seguras para eventuales perplejidades”. Cito solo, entre muchas, las indicaciones sobre uno de los temas entonces más discutidos (y hoy superados casi en cualquier parte por los progresos de la obstetricia): si el parto es peligroso para la madre y para el niño, ¿cómo actuar? ¿a quién salvar? El principio de Healy es que en ninguna situación es lícita la intervención para resolver el conflicto entre dos vidas. Entre los ejemplos citados, recuerdo estos:

Cesárea en caso de tuberculosis. La paciente de 27 años está embarazada, con un feto de 8 meses. Está a punto de morir de tuberculosis. El único medio para extraerle el niño es la cesárea, pero esta operación causaría la muerte de la madre en la mesa operatoria. ¿Puede el médico interviniente realizar la cesárea a efectos de salvar al niño?

Solución: En esta circunstancia la cesárea no está permitida. Apenas la madre muera de tuberculosis, el niño será extraído y bautizado.

Explicación: El quinto mandamiento y la ley natural prohíben quitar directamente la vida a una persona inocente.

El otro ejemplo es aún más paradójico, porque se refiere a un fenómeno raro, incluso excepcionalísimo, y a un feto destinado ciertamente a no sobrevivir:

Parto de un niño con dos cabezas. El médico, asistiendo a un parto, descubre después de la salida de la cabeza, que el neonato tiene dos. Piensa amputar la segunda para hacer posible el nacimiento del niño.

Solución: La amputación de la segunda cabeza sería altamente ilícita. En un caso semejante al aquí descrito, el obstetra puede proceder lícitamente en el intento de liberar al niño tratando de hacer pasar la cabeza por la vagina de la mejor manera posible. Si durante esta operación el niño muere, este efecto dañoso de la acción del médico no es querido ni imputable a él. Durante un parto tan peligroso, el médico debiera acordarse de suministrar el bautismo a ambas cabezas, si ambas pueden ser reunidas.

Otros consejos, que señalo por curiosidad, se refieren a fenómenos que no tienen nada que ver con el campo científico: por ejemplo, la posesión diabólica. Pero también para esto hay preceptos a cumplir:

La mayoría de los psiquiatras practicantes no encontrarán probablemente jamás un caso de un individuo que sea poseído por el demonio. No hay duda, sin embargo, que tales casos se han verificado también en nuestra generación. Frente a síntomas que debe reconocer como sobrenaturales, es mejor para el psiquiatra que renuncie a efectuar una cura con métodos de su conocimiento, y se dirija al sacerdote pidiendo ayuda, puesto que las condiciones son tales que solo la oración puede servir de remedio.

Hay que agregar que el juramento del médico soviético, junto al compromiso de “proteger y mejorar la salud de los hombres, curar y prevenir las enfermedades, trabajar conscientemente en cualquier parte donde lo exijan los intereses de la sociedad”, contiene también lo de “basar todos mis actos sobre los principios de la moral comunista [...] siempre consciente de mis responsabilidades hacia el pueblo y el Estado soviético”.

Es conocido que tales indicaciones se han prestado a muchas aplicaciones arbitrarias, por ejemplo en la psiquiatría. Tanto en el caso de la “moral católica” como en el de la “moral comunista”, interpretadas así, se tiene como inevitable consecuencia la de desacreditar todo lo que tienen de valedero las respectivas tradiciones de asistencia y solidaridad.



Figura 17. En las culturas pasadas el mal era considerado como un signo de la acción de fuerzas ultraterrenas: en esta miniatura del siglo X, el diablo sale, gracias a la intervención de los Apóstoles, de la boca de su víctima.

Las motivaciones para curar pueden ser muy distintas. Una es la solidaridad: el enfermo es un hombre, es un individuo que tiene el mismo derecho a vivir sin sufrir, como aquellos que están sanos; en consecuencia, se lo debe curar. A esta motivación se ha agregado otra, a saber, el interés. Esto está también precisado en la Carta Constitucional de la República Italiana, que en el artículo 32, dice: “La República tutela la salud como fundamental derecho del individuo e interés de la colectividad”.

Mientras se trate de un interés de la colectividad, que requiere esencialmente una acción preventiva, nadie puede tener dudas, por lo menos en teoría. Cuando, en cambio, se debe evaluar el interés por curar a un individuo determinado, entonces aparecen cálculos económicos complejos, que son además diferentes según los sujetos. Hay mayor o menor interés en curar a un individuo según su pertenencia a una clase social, según su rédito, según su productividad. Pero mientras que la solidaridad tendría que comprender a todos los hombres en el mismo nivel, el interés (la otra motivación que lleva a curar) comprende a todos los hombres, pero de una manera diferenciada entre ellos. Es este el presupuesto de las “dos medicinas” curativas, es decir de la aplicación de los conocimientos médicos según una

discriminación social. Por un lado prevalece el género humano, por el otro la clase a que se pertenece.

Este fenómeno no es nuevo. Recordaré que había sido notado ya por Platón. El filósofo griego había imaginado un Estado ideal: en su República, las divisiones sociales eran rígidas, estáticas y justificadas. Reconocía las diferencias de clase en las curaciones y las juzgaba válidas. Quizá por esto las expresa con mayor sinceridad que en nuestro tiempo, cuando tales diferencias persisten pero son de alguna manera camufladas. En un diálogo de Platón, aquel entre Clinia de Creta y su huésped ateniense, el huésped (que es Sócrates) afirma que hay médicos y “sustitutos de médicos”, y que los enfermos están divididos en dos clases: los enfermos libres y los enfermos esclavos.

Los esclavos son curados por esclavos que se movilizan para visitarlos, o que los atienden en las salas de consulta. El médico esclavo no discute con el paciente las razones de su enfermedad, sino que prescribe autoritariamente algún remedio, con aire omnisapiente, como un tirano soberbio, y luego enseguida se retira, dirigiéndose a otro esclavo enfermo, aliviando así la tarea del médico libre de la cura de tales pacientes. Este estudia desde el comienzo la naturaleza de la enfermedad y la mantiene bajo observación; provee información al enfermo y a sus amigos, aprende él mismo del paciente, trata de amaestrar al enfermo: no prescribe nada antes de haber persuadido al paciente, y trata de llevarlo a su completa curación, logrando informarlo y convencerlo respecto a los remedios sugeridos.

La descripción es precisa, y también actual.

Solo los enfermos

¿A quién curar? Solo a los enfermos. Existen, no obstante, estadísticas demostrativas según las cuales el número de los pacientes catalogados como mentales es directamente proporcional al número de los psiquiatras existentes en cada territorio; y así sucede también respecto a los cirujanos y otros especialistas. La única excepción son los obstetras, que no pueden hacer crecer a voluntad el número de partos. Pero los peores entre ellos se resarcan con la calidad de la intervención: hace tiempo se abusaba del fórceps, y muchos neonatos han sufrido lesiones cerebrales y deficiencias psicomotoras determinadas por tal instrumento; ahora se abusa del parto cesáreo, que se paga más, que puede ser programado sin esperar las contracciones, y requiere menor disponibilidad de tiempo del obstetra.

El impulso y las motivaciones del abuso de las curas son muy variadas: desde el interés de los sanitarios, al de la industria y a veces al de los parientes. He aquí, por ejemplo, el episodio contado por un clínico de Catania, Massimo Caglio:

Me dejo involucrar, excepcionalmente, en una consulta fuera de la provincia. Se trata de un hombre riquísimo, con cáncer de estómago y metástasis hepática en la etapa terminal. El problema no es ayudar al enfermo. Pero quien ha llamado al 'profesor de Catania' conseguirá beneficios por una modificación del testamento en provecho suyo. Pienso que mañana, si llegan a tiempo, otros parientes llamarán a otros profesores.

En este caso, el enfermo por lo menos existía. En otros casos es solo un pretexto o una autoinvención. Existe la tendencia a multiplicar exageradamente los diagnósticos de sufrimiento, con el objeto de llevar al infinito las ocasiones de cura. El profesor Mario Coppo ha tenido que escribir en la revista *Minerva Médica* un artículo para definir quién está enfermo del hígado. Había comprobado que, como consecuencia de la prescripción demasiado frecuente de una vasta batería de análisis para estudiar la funcionalidad hepática, es muy probable que por lo menos uno de estos dé un resultado anómalo. Enseguida el individuo es considerado como enfermo del hígado, sometido a una terapia de la que se podría prescindir, y a veces termina por enfermarse realmente. Lo mismo puede ocurrir a los niños llamados "debiluchos", sometidos por madres y padres demasiado solícitos a curas de vitaminas y reconstituyentes. En realidad, solo necesitarían aire libre, deporte, y crecer libremente.

Ha escrito L. Cadorini:

¿Cuántos niños que comen bien y crecen muy bien, son llevados al pediatra porque sus padres y abuelos quisieran que coman más? ¿Para cuántos escolares inquietos la maestra sugiere un electroencefalograma? ¿Cuántas veces los padres piden al médico un 'calman-te' para su niño, que soporta mal el confinamiento en el pequeño departamento en que vive (y al que probablemente no se lo lleva a correr al jardín, y en la escuela está obligado a permanecer sentado en el banco la mayor parte del tiempo)? ¿Cuántos niños son hartados de vitaminas, jarabes de calcio, reconstituyentes varios —recurriendo al médico, al farmacéutico, o a la 'autocura'— a pesar de ser niños bien nutridos y desarrollados, vivaces y no, males? ¿Cuál es el motivo por el que los padres quieren darles 'más' de lo que necesitan? ¿Son los modelos consumistas propuestos por la publicidad, o bien complejos de culpa maternos (o paternos) porque se sacrifica al niño al

propio trabajo, o mecanismos psicológicos que pescan en lo profundo? ¿Se quiere supernutrir el cuerpo de nuestro hijo, a quien damos menos de lo debido en el plano espiritual?

La necesidad de tener más confianza en el crecimiento natural, más márgenes de tolerancia hacia las disfunciones menores (cuando estas no sean anuncios de disturbios más graves), comienza a afirmarse en la población y entre los médicos.

Pero simultáneamente se ha difundido otra moda, casi una borrachera cultural, por el *check-up*, consultas médicas acompañadas por numerosísimos exámenes de laboratorio y comprobaciones instrumentales, o por el *screening multifásico*, que parte de análisis múltiples de los líquidos orgánicos, para descubrir, como por un cedazo, casos de varias enfermedades. Los gastos son altos, los resultados pobres. Se ha dicho, malignamente, que los médicos han encontrado por esta vía la manera de obtener ganancias, no solo sobre los enfermos, sino que hasta de los sanos.

La dificultad para distinguir quién está sano y quién enfermo, resulta complicada por dos factores. Uno es el poder: en realidad, la decisión de establecer si un individuo pertenece a uno u otro grupo, no está en manos del interesado sino en las del médico. Es otro, en consecuencia, reconocido como competente, y habilitado por la ley. Solo él tiene el poder de establecer si uno está sano o enfermo. El otro factor es la técnica: a veces el control y la revelación de los síntomas están viciados, inconscientemente, por la presencia misma del especialista. Una investigación sobre 48 personas ha permitido demostrar, por ejemplo, que la presión arterial subía un promedio de 25 puntos, es decir milímetros de mercurio (mm Hg), y en ciertos casos hasta 75, cuando se sometía a los pacientes a medición en el consultorio del médico; también la frecuencia cardíaca aumentaba un promedio de 15 latidos por minuto, y en ciertos casos hasta 45 (*The Lancet*, 24 de setiembre de 1983).



Figura 18.

Además de no ser una necesidad real sino inducida, un acto superfluo y a veces dañoso, la terapia puede ser también una necesidad buscada por otros

motivos, no precisamente sanitarios. Hay muchos casos de malestares que necesitarían solo un régimen de vida más sano: no queriendo o no pudiendo realizarlo, se recurre a los fármacos. A veces la enfermedad y el pedido de curación son un refugio psicológico frente a otras dificultades y conflictos. O son, finalmente, un refugio material ante otras necesidades. Se simula una enfermedad para obtener primas del seguro (hasta llegar, en ciertos casos, a la “neurosis de indemnización”), o bien se prefiere la internación de los ancianos en los hospitales, por las dificultades que trae el atenderlos en casa. A veces para irse tranquilos de vacaciones.

Cómo curar

Curar a los enfermos, ¿pero cómo? Al arsenal técnico-científico de la medicina se han agregado, progresivamente, resultados y conquistas de las ciencias de base (química, física, biología) y de otras ciencias aplicadas, como la ingeniería. Hemos registrado, simultáneamente, éxitos y deformaciones, hasta una exasperación de las tecnologías que a menudo hace perder de vista al hombre enfermo en su complejidad. Se olvida así la exigencia de concentrar la actividad curativa no solo sobre los órganos o aparatos, sino también sobre los regímenes de vida, sobre las conductas, sobre la participación del paciente en la cura de su enfermedad.

La participación del enfermo es siempre útil, porque la curación es efecto de tres factores: la fuerza medicadora de la naturaleza (*vis medicatrix*, decían los latinos), la ayuda de la ciencia (comprendida la acumulada en la experiencia popular) y la determinación consciente del enfermo. Siempre ha sido útil esta última, pero hoy es indispensable: de la malaria era posible curarse a fuerza de quinina, mientras que para algunas enfermedades típicas de la época moderna, donde es necesario un cambio de costumbres, el acto de voluntad de las personas es insustituible. Tales son, por ejemplo, las toxicodencias, las cardiopatías y la vasta serie de enfermedades psicósomáticas.

Cada enfermedad requiere terapias apropiadas: ni más ni menos. Todas requieren que las curas sean hechas con disposición a la solidaridad; con igual tiempo, empeño y solicitud, cualquiera que sea la clase social, la edad, el sexo y la cultura del paciente. Si se pregunta a un médico qué distinciones hace entre sus propios enfermos, casi siempre se ofende por la pregunta. Pero si se cronometra el tiempo de las consultas, o se registran el tono y los argumentos sobre la evolución de la enfermedad, las diferencias resultan a menudo abismales. En algunos casos son, leal o cínicamente, reconocidas. En el *Tratado de Medicina Interna* de un clínico ilustre, Michele Bufano, se dice a propósito

de la curación de la bronquitis crónica: “Naturalmente, en la estación fría los enfermos deberán trasladarse al mar o a zonas de clima templado; los obreros y los pobres se quedarán en casa, o irán al hospital”.



Figura 19. Entre los flagelos típicos de nuestro siglo, la difusión de las drogas está asumiendo aspectos cada vez más devastadores. Solo hace poco tiempo el problema de la toxicoddependencia era considerado sin prejuicios, como un gravísimo problema social.

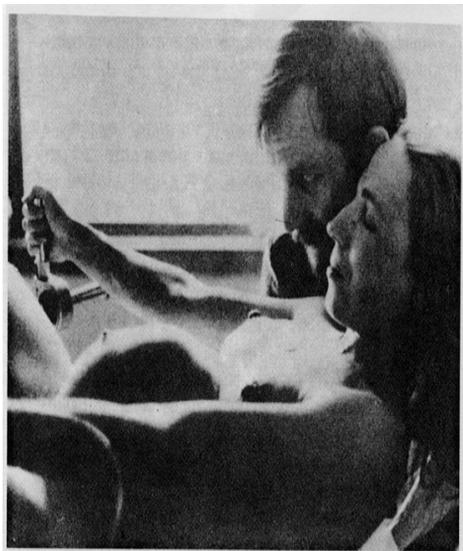
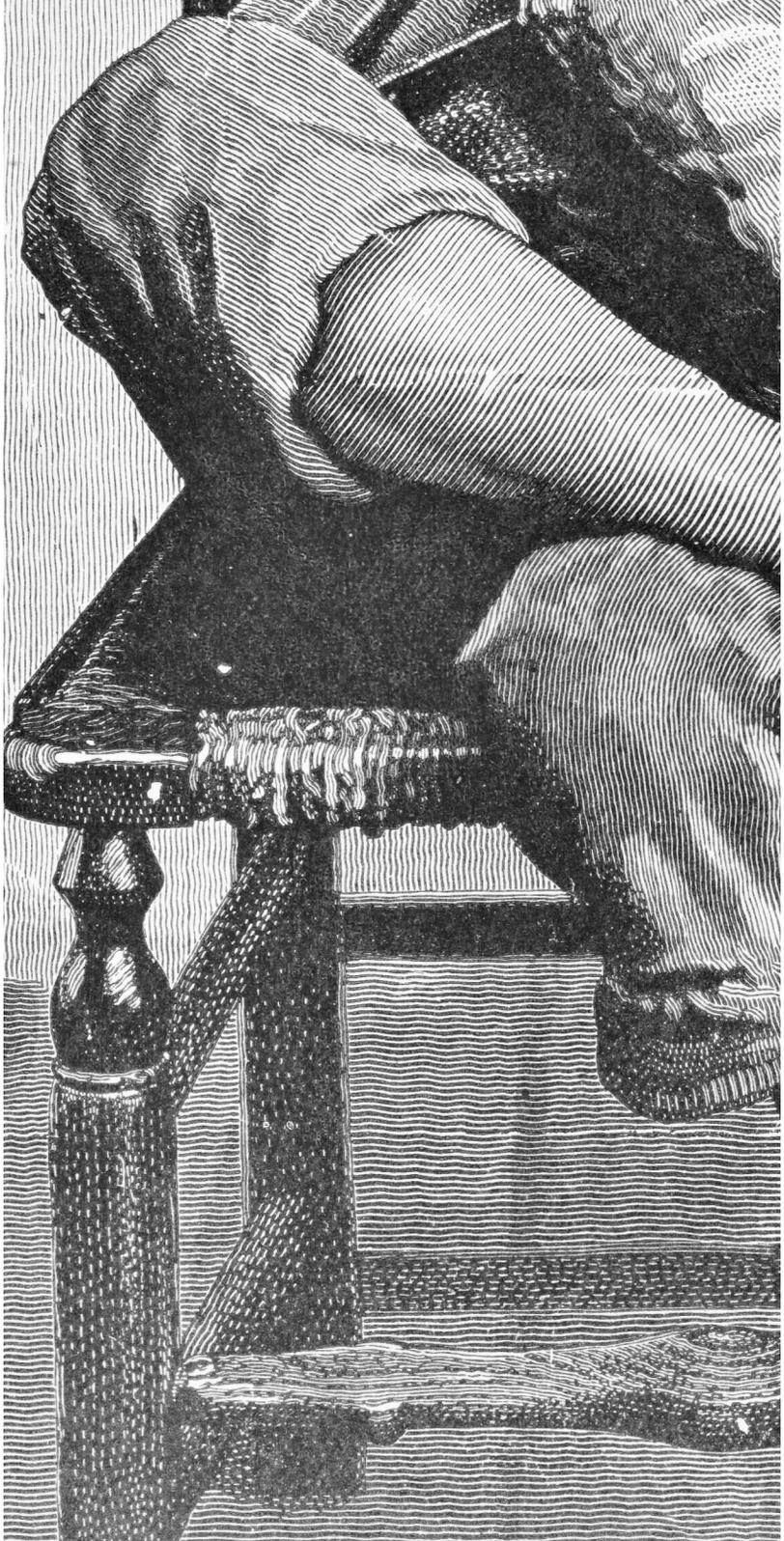


Figura 20. Durante el parto, la presencia de la pareja puede cumplir una importante función de apoyo psicológico para la mujer.

Además de la presión de la industria y de los especialistas para el uso de instrumentos y fármacos en exceso respecto a las necesidades de cura, además del abuso de la internación hospitalaria, es necesario también superar en el público la idea de que sean preferibles las terapias que parecen llevar consigo una expiación de la culpa: así, los medicamentos amargos son más eficaces, las punciones son más benéficas que las píldoras, la confesión de los pecados es necesaria para sanar. El estudioso francés Michel Foucault ha hecho notar que la medicina moderna, prescribiendo de manera rigurosa y autoritaria lo que el enfermo debe hacer para curarse, rompe su relación con la enfermedad. Lo obliga a romper con una parte de sí mismo, que el enfermo debiera hacer aflorar en su conciencia para decidirse voluntariamente a combatir. Es necesario que el enfermo conozca su mal y contribuya a vencerlo con sus propias fuerzas. Se discute mucho entre médicos si es justo o no informar al enfermo en caso de enfermedad letal. Pero el verdadero problema es informar sobre la salud y sobre cada enfermedad, aun si es leve: no solo por una exigencia de verdad y lealtad, sino también para asociar el sano y el enfermo a la prevención y a la cura.

Sobre la elección de los métodos asistenciales, existe hoy la tendencia a añorar e idealizar el pasado. Se recuerda la mayor “naturalidad” de las curas del pasado; se alaba la espontaneidad de actos como el parto que la medicina moderna ha transformado a veces en intervenciones altamente especializadas, quitándoles su carácter humano. Pero es necesario recordar que en la antigüedad, la relación no era a menudo entre el enfermo y su enfermedad, sino entre él y los espíritus, potencia esta, divina o diabólica, mucho más ajena que cuanto pueda serlo hoy el médico. También en lo que hace al parto, se debe recordar que muchísimos niños morían al dar a luz con métodos llamados naturales, y con ellos morían muchas parturientas. La medicina científica ha intervenido para librar al nacimiento de estos peligros; ha impuesto, no obstante, la inmediata separación entre madre y niño, a menudo sin reales motivaciones higiénicas. La exigencia actual es la de reconstruir la relación entre la parturienta y el recién nacido, entre el enfermo y su enfermedad, pero en el nivel de la medicina moderna y de la sociedad en que vivimos. No se trata, en consecuencia, de volver al pasado.



Capítulo 3

La enfermedad como diferencia

Más que como diversidad, la enfermedad es habitualmente definida como anormalidad o desviación, o como inferioridad respecto al promedio de la población. Pero, ¿cuál es la norma? En el texto de patología de Guido Vernoni, que fue maestro en la materia, se encuentra esta consideración sobre el concepto de normal y patológico:

Las observaciones estadísticas en biología han demostrado cómo en cada especie de vivientes se encuentran innumerables variantes, de las cuales las más frecuentes corresponden al prototipo de la especie, es decir, al máximo de la *normalidad*, mientras que aquellas menos frecuentes se alejan de ellas gradualmente, pasando invariablemente al campo de la *anormalidad*.

Este concepto, muy conocido, no se refiere solo a las enfermedades, sino a toda la estadística biológica. Vernoni agrega:

Existe entre el típicamente normal y el netamente patológico, toda una zona gris intermedia de condiciones seminormales. En el lenguaje corriente esas condiciones de observación común han sido siempre distinguidas con términos especiales. En el campo morfológico exterior, por ejemplo, se emplean definiciones de 'lindo, feo y deforme'. En el campo moral 'bueno, malo y salvaje'; en el campo de las sensaciones corpóreas, se habla de 'bienestar, malestar y enfermedad'.

¿Quién es normal?

La pregunta parece bastante simple. Pero la norma es difícil de evaluar, incluso en los sistemas físicos, y mucho más en los biológicos. Hoy todas las ciencias biológicas, que estudian los seres vivientes, ponen cada vez más el acento en la individualidad, volviendo así más al concepto de norma, y eliminando la

rigidez que dominaba en las ideas del siglo pasado. Para las enfermedades, la distinción de normal y anormal, y luego entre anormal y patológico, es aún más complicada, también en el campo específicamente diagnóstico.



Figura 21. La enfermedad como caso particular de la diferencia social: en este dibujo de W. Hogarth se ilustra el alcoholismo en Inglaterra, hace dos siglos, como un flagelo social muy difundido.

Mientras, depende de las capacidades de comprobación, que progresan continuamente. El plomo, por ejemplo, no es un componente normal (al contrario del hierro, el magnesio y el zinc) del organismo humano. Cuando se lo buscaba solo en la sangre (plombemia), o en la orina (plomburia), resultaban solo intoxicaciones de cierta gravedad. Después se descubrió que el plomo altera también los sistemas enzimáticos, es decir el conjunto de sustancias orgánicas que aceleran o permiten las reacciones químicas en los seres vivos. Actualmente se recurre también a pruebas funcionales, como la alteración de los reflejos y movimientos de las manos, y se documentan así lesiones mínimas.

Muchas otras pruebas de diagnóstico han introducido márgenes de arbitrariedad; se pueden interpretar de diversas maneras, según quién sea el que juzga, quién sea el árbitro de las decisiones. Por ejemplo, el colesterol en la

sangre ha sido evaluado de diversas maneras, en varios países y periodos. Uno corre el riesgo de ser definido como arterioesclerótico en Italia, y sano o solo predispuesto, en los EEUU. Otro ejemplo es el del azúcar en la sangre; por arriba o por debajo de cierto límite, todos dicen “es un diabético”, o bien al contrario “es un hipoglucémico”, pero las zonas de frontera son inciertas y variables.

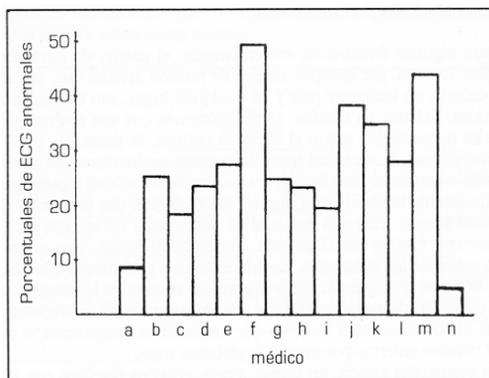


Figura 22. Porcentuales de electrocardiogramas considerados anormales por catorce diferentes cardiólogos. La variedad de las respuestas suscita legítimas inquietudes.

También el *check-up*, o uso y abuso de análisis para verificar el estado de salud, puede dar lugar a inexactitudes y errores. La glucemia normal es de 100 mg cada 10 ml. Una población ha sido examinada con el presupuesto de que 110 mg cada 100 ml es ya un valor excesivo. Así se descubrió el 93% de los diabéticos pero el 7% restante resultaron “falsos negativos”: diabetes con glucemia temporalmente normal. Además, el 51% de los sanos aparecieron como “falsos positivos”. Otra población ha sido examinada partiendo del presupuesto de que el valor excesivo es de 140 mg y no de 110 mg. El error de los “falsos positivos” bajó al 9% pero creció del 7 al 26% el de los “falsos negativos”: eran verdaderos diabéticos que en ese momento no reunían la alta glucemia de 140 mg sobre 100 ml.

Otra causa de perplejidad nace en la disparidad de juicios entre los médicos, respecto a un mismo caso clínico. Por ejemplo, los electrocardiogramas de 38 personas han sido presentados a 14 cardiólogos de prestigio en los EEUU, preguntándoles: ¿se sospecha que estas personas han tenido, o no, una isquemia miocárdica? Las respuestas varían del 5% de positivas para el cardiólogo N, al 50% para el cardiólogo F. Imaginen ustedes las consecuencias de la avaricia y del despilfarro en los diagnósticos de infarto. Investigaciones

análogas, hechas sobre verdaderos o presuntos enfermos mentales evidenciaron juicios aún más divergentes.

Norma biológica y norma social

Para algunos fenómenos, evidentemente, el patrón de juicio es solo biológico. Existen, por ejemplo, niveles de presión arterial que, por exceso o por defecto, en cualquier país y en cualquier lugar, son evaluados como anormales. Existen, en cambio, otros fenómenos que son evaluados como normales o anormales según el oficio, la cultura, la renta, las posibilidades terapéuticas: la sociedad transforma estas evaluaciones en motivo de exclusión o condena. Por ello, hacer coincidir anormalidad y patología es a menudo arbitrario. Existe una normalidad biológica, con un campo de variabilidad propio, más allá del cual se desemboca netamente en lo patológico; con ella se entrelaza una anormalidad social, una evaluación ética o moral de las conductas, basada en juicios y prejuicios que cambian según la época. Por ejemplo, un leve grado de anemia en la mujer es a menudo considerado patológico; pero, dado que no está acompañado de ningún disturbio, existen mujeres que empiezan a preguntarse si no estará el hombre enfermo por exceso de glóbulos rojos.

La evaluación mezcla, en consecuencia, criterios objetivos con la actitud, las reacciones y las operaciones puestas en marcha por la diversidad y las variaciones. Estas son típicas de cada especie y de toda la historia humana, pero en las sociedades desarrolladas hay cada vez más reacciones o interacciones institucionales que se relacionan con la economía, con el Estado, con la cultura y el poder. Cuanto más pobres y marginadas son las personas, mayor es la probabilidad de que se las defina como “desviadas”.

En el siglo pasado había una pronunciada tendencia a considerar iguales, a confundir, los dos conceptos: anormal y patológico. Se terminaba por fijar, de manera rígida y arbitraria, las características y los límites de las enfermedades, su origen y sus consecuencias. Cuando aparece entre los braceros del Valle del Po como enfermedad masiva la pelagra, por ejemplo, inmediatamente se afirmó que ella “como otros males que manifiestan una profunda transformación de la forma y de la composición del organismo, engendrándola, es desgraciadamente hereditaria, transmitiéndola tanto el padre como la madre, por generación alternada, de uno a otro antepasado”. Es necesario explicar, dando alguna razón, la frecuente internación de los pelagrosos en manicomios: los braceros eran anormales, tarados por constitución. No era la dieta que se les había impuesto, sustituyéndoles con maíz la comida

anterior, más variada, con que antes se nutrían. El extraño hecho de que este atavismo patógeno, esta herencia antiquísima, se manifestara solo en el siglo XIX, y no antes ni después, no suscita ni siquiera dudas.

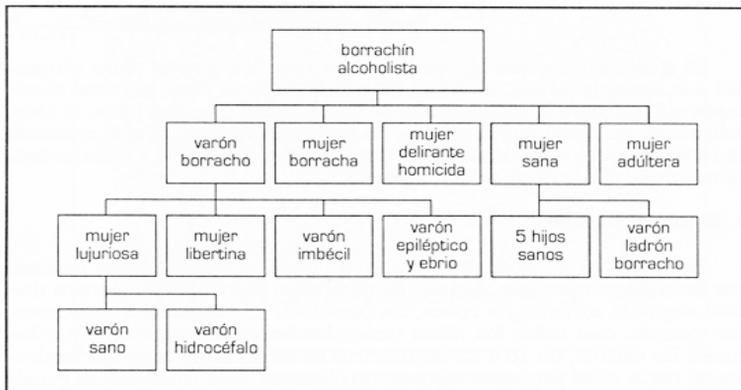


Figura 23. Pero también cuando existía una herencia morbosa, ya fuera verdadera, presunta o pretendida, como hacia el alcoholismo, los diagnósticos médicos y juicios morales se mezclaban de la manera más desenvuelta. Es típica, por ejemplo, la descendencia descrita por César Lombroso de la familia de un alcoholista. Veamos un poco este árbol genealógico construido por el célebre antropólogo turinés.



Figura 24. La epilepsia es una obra de Felipe Guamam Poma de Ayala (de 1613). La quinta reina inca Chimbomamacava estaba afectada por esta dolencia.

Una enfermedad grave, imprevista y desconcertante como la epilepsia ha sido vista como señal divina o bien como posesión del demonio, según el caso, antes y después que Hipócrates aclarara que no era un “mal sagrado”, sino un cuadro morbosamente científicamente reconocible. Esta doble faz, esta ambivalencia de la epilepsia, se presentó nuevamente en el siglo XIX cuando la ciencia positiva pretendió explicar y encasillar todos los fenómenos, incluso la creación artístico-literaria. Escribía Giuseppe Antonini:

Es imposible negar valor a la suma de hechos [...] que prueban cómo el genio tiene en común con la epilepsia la extraordinaria irritabilidad de la corteza (cerebral), los vértigos, las convulsiones, las amnesias, las alucinaciones, las intermitencias y las periodicidades; cómo las características degenerativas del genio, el zurdismo, la precocidad, la esterilidad, la doble personalidad, las hiperestésias, las anestésias o las verdaderas formas del alienación, como en Baudelaire, Comte, Tasso, Cardano, Lenau, Gérard de Nerval, Maupassant, etcétera, son más frecuentes en los genios, y cómo la etiología del genio está sometida a un cúmulo de influencias [...] con estrecha analogía con lo que ocurre a los alienados.

Pero la referencia no es solo al pasado o a otras civilizaciones. Hoy, en la *Labelling theory* (teoría clasificatoria basada en las “etiquetas” de la enfermedad mental) se afirma que muchos síntomas no son sino confirmaciones de desviación de la normalidad; que la condición de sano y enfermo deriva también de una “negociación”, influida a su vez por las relaciones de poder; y que cuanto más marginales son los atributos de una persona, mayor es la posibilidad de entrar en la categoría de las personas que son definidas como desviantes.

La marginación, que resulta así agravada, puede también provenir de anormalidades físicas y no solo de las mentales. Es típico, por ejemplo, un caso ocurrido recientemente en Cerdeña.

¿Quién puede trabajar?

Un desocupado de 23 años, Claudio Nocco, de Guspini, solicitó ser nombrado guardiacárcel. Pasó los exámenes y fue sometido a revisión sanitaria. Se lo juzgó sano, pero portador de microcitemia (deformación de los glóbulos rojos, que afecta al 10-20% de muchas poblaciones costeras del Mediterráneo). Después de la espera, recibió del Ministerio de Justicia, firmada por

el doctor Francesco Di Girolamo, jefe de la dirección sanitaria, la siguiente carta: “Se comunica que, después de los consiguientes exámenes médicos, la comisión designada para el enrolamiento del cuerpo de los agentes de Custodia lo ha declarado no apto por microcitemia”. Puesto que no existía ninguna relación (ni por propensión a enfermarse ni por el riesgo de contagiar a otros) entre la microcitemia y el trabajo de guardia en las cárceles, es evidente que una anomalía biológica ha sido interpretada (por ignorancia o por prejuicio) como una *enfermedad* y ha servido de pretexto para una *marginación* a través de una condena civil.

El hecho paradójico es que por muchos milenios esta anomalía había sido una ventaja, porque los portadores eran menos afectados que los sujetos normales por la más grave enfermedad de la región: la malaria. El protozooario *plasmodium*, que la provoca, anida y se multiplica, inoculado por la picadura de los mosquitos (solo de las hembras y solo del género *Anopheles*), en los glóbulos rojos de la sangre. Tener glóbulos anormales no determina en el sujeto ningún malestar (solo la unión de padres microcitémicos puede hacer nacer un hijo cada cuatro afectado por un grave mal, llamado mal de Coley) y en cambio protege de los parásitos maláricos, más golosos de glóbulos gordos que de aquellos un poco raquíuticos pero suficientes para vivir bien, de los microcitémicos. Puesto que un agente carcelario no se debe casar ni con sus colegas ni con los detenidos porque sería inconveniente, como de cualquier manera no podría procrear hijos con ellos, su enfermedad no puede transmitirse a otros en las cárceles. No obstante, Claudio Nocco (y muchos otros semejantes a él) ha sido descartado. Lo que genéticamente había sido una ventaja, una manera para sobrevivir más fácilmente a la adversidad del ambiente, por la ley de los hombres, se vuelve un obstáculo y un pretexto para ser excluido del trabajo.

¿Ignorancia? Probablemente. Pero existe también la tendencia, más acentuada en la actual sociedad, fuertemente competitiva y tecnificada, de multiplicar las barreras selectivas tratando de justificarlas con la patente de cientificidad, en vez de buscar una mayor integración y de reducir las condiciones patógenas. Otro ejemplo en las fábricas de la URSS. Se sabe que el amianto puede provocar tumores pulmonares, y que cuando el obrero es fumador, entre las pos condiciones cancerígenas (costumbre de fumar y amianto en el ambiente de trabajo) se tiene un efecto multiplicador (sinergismo). Las estadísticas sobre los tumores eran elocuentes: en una fábrica sobre 370 obreros se habían tenido veinticuatro casos de cáncer en los 283 fumadores, y cero en los 87 trabajadores no fumadores. Por ello en la URSS se decretó que los fumadores no pueden ser empleados donde se usa el amianto. ¿No habría sido mejor, además de desalentar el vicio de fumar, sustituir el amianto por otras

sustancias menos nocivas? ¿O por lo menos, sanear el ambiente y renovar las tecnologías productivas? En gran parte de los casos, esto es posible.

En las fábricas de los EEUU están ganando terreno sistemas más serios: la selección genética y los exámenes biológicos para la incorporación al trabajo. Si se piensa que uno no es apto para soportar la nocividad, se lo descarta. Se dice: no se trata de bajar el riesgo ambiental, sino de aumentar la resistencia de los trabajadores.

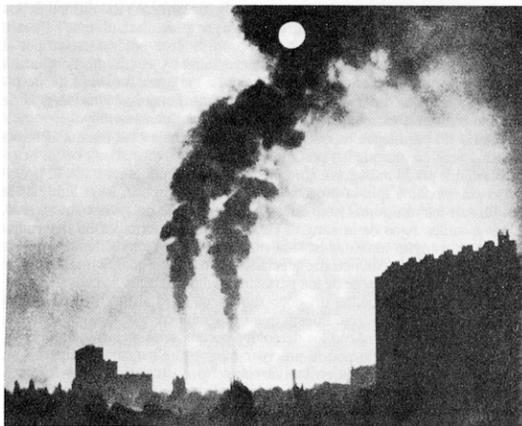


Figura 26. La nocividad de las sustancias químicas y los desechos de la civilización industrial, es uno de los factores críticos para la "calidad de vida" del mundo de ayer, y más aún, de hoy.

El *Washington Post* se ocupa del asunto con estas palabras:

Dieciocho grandes empresas estadounidenses ya han efectuado controles genéticos sobre sus dependientes con este fin, mientras otras cincuenta y nueve, según informa el Congreso, se estarían preparando para cumplir dentro de poco la misma operación. La iniciativa, que numerosos parlamentarios han definido como 'digna de los sueños de ciencia ficción de Orwell' podría en el futuro hacer posible una determinación sobre si el patrimonio genético de los trabajadores sometidos a este test se ha comprometido por haber sido expuesto a radiaciones o sustancias químicas usadas en los procesos productivos, o bien, si eso puede causar, por motivos hereditarios, una mayor predisposición a la aparición de enfermedades. Además, usando el test para tales fines, se podrían discriminar algunos sujetos o grupos étnicos solo porque el patrimonio genético los hace más susceptibles que a otros a las enfermedades. ¿Qué significaría hacer una selección sobre la base de consideraciones raciales? 'Supongamos que el test demostrara que un obrero negro que pide trabajo en una fábrica textil tuviera un patrimonio genético que lo hace más

sensible que los blancos, digamos, en un 5% a enfermarse del síndrome del algodón: ¿será rechazado por ese motivo?. Es la pregunta del diputado Albert Gore, uno de los congresistas que se oponen a la iniciativa en el Parlamento.

Además, nunca hubo la certeza de que las anomalías genéticas hagan más vulnerables a los sujetos, o creen peligros para otros. No obstante, por mucho tiempo estuvo prohibido el ingreso a la Academia de Aeronáutica de los EEUU a los enfermos de microcitemia, porque en atmósferas pobres de oxígeno “pilotos, copilotos, miembros de la tripulación submarina portadores de esta deficiencia genética corren el riesgo, a gran altura o en ejercicios en el fondo del mar, de poner en dificultad a los propios colegas”. Después se comprobó que no era verdad. Pero mientras tanto, muchísimos negros (afectados de este mal con más frecuencia que los blancos) habían sido excluidos.

La aplicación de esta lógica selectiva ha llevado a resultados paradójicos. Como las sustancias usadas en algunas fábricas pueden dañar al embrión humano, algunas empresas estadounidenses han pedido a los trabajadores en edad de procrear que demuestren su propia esterilidad. Una joven señora de 32 años, Bárbara Cantwell, perita química, declaró que una situación económica difícil la obligó a someterse a una intervención para esterilizarse y así salvar el trabajo. En estos casos, no la salud, sino la supresión de una función orgánica, es decir, una condición patológica, resulta ventajosa para poder trabajar. Cuando no hay incapacidad para el trabajo productivo, se crea una incapacidad para la vida reproductiva.

En ciertos casos, el mismo enfermo se resiste a curarse porque usa la condición de enfermo para acceder a una indemnización o para conseguir un trabajo. Tomemos por ejemplo, un actor que hace de feo y malo en los films de aventuras. Tiene, en realidad, una hipertrofia en la mandíbula, en la nariz, los senos frontales y los maxilares que le dan un aspecto feroz. Está afectado de acromegalia, una disfunción de la hipófisis. Esto le da para vivir y ganar bien, mientras que si se curase, arriesgaría caer en la miseria. Pero casi siempre ocurre que la enfermedad lleva a la marginación y la desocupación.

¿Somos todos discapacitados?

Análoga actitud discriminatoria se asume a menudo ante los discapacitados. Uno de ellos, Mauro Cameroni, un joven valiente, que aun habiendo sufrido de niño una parálisis con lesiones cerebrales llegó a estudiar y recibirse de médico, ha escrito en su libro *Dentro y más allá de la deficiencia*:

El discapacitado es considerado como un sujeto que no puede trabajar o que, por lo menos, tiene una capacidad laboral inferior a la normal. Esto es absolutamente equivocado porque en la mayoría de los casos, si al afectado se lo pone en un lugar de trabajo apropiado, puede rendir como todos. Admitamos que un sujeto sea completamente paralítico de los miembros inferiores y que el resto del cuerpo sea completamente normal y que se le reconozca una reducción del 80% de su capacidad laboral. Veamos el absurdo de que hablo: este sujeto, puesto a hacer un trabajo que le exija un uso perfecto de las piernas o le reclame un esfuerzo físico, tendrá en ese cargo una reducción de la capacidad de trabajo del 100%. En cambio, si lo ponen a hacer un trabajo que requiera el uso de las manos, de la mente, de la voz, el mismo sujeto rendirá al máximo. Tomemos, por ejemplo, un sujeto que tenga una parálisis de tipo espástico, atetósico, atáxico y que esté gravemente afectado en toda su actividad motora (uso de miembros inferiores, superiores y lenguaje) pero que tenga una inteligencia normal o directamente superior a la media; a este le será atribuido, sin duda, un grado de invalidez del 90 o directamente del 100%. También el rendimiento de este discapacitado, si lo ponen en un cargo que requiera el máximo de la actividad motora, será nulo o mínimo. En otro puesto, que demande el máximo uso de las facultades mentales e intelectuales y el mínimo de las motoras, el rendimiento, con la ayuda de los necesarios soportes técnicos, será el máximo o casi el máximo.

Para confirmar esto, basta reflexionar sobre experiencias personales o próximas. Yo, por ejemplo, soy un minusválido de la vista. La corrección mediante anteojos me permite ser profesor universitario, pero se me hubiera considerado anormal si hubiese querido ser piloto de avión. La misma enfermedad, en mi caso la miopía, tiene una evaluación distinta. Al mismo grado de anormalidad biológica, corresponde un juicio opuesto de normalidad y anormalidad social. Esto ocurre no solo en el trabajo, sino también en la escuela. Un sujeto puede ser considerado como discapacitado y tener una capacidad de aprendizaje igual o mayor que la de otros, según como sea afrontado el problema por parte de los docentes, del personal sanitario y de los compañeros.

Las enfermedades y las discapacidades existen, tanto en el campo físico como en el mental. Es riesgoso, no obstante, catalogar la salud como ideal y lo patológico como desviación, porque los dos fenómenos son parte de un proceso único, y porque la enfermedad, que se constituye sobre base biológica o psíquica, es revestida de un juicio social por las consecuencias que provoca en la vida cotidiana. De esto se derivan actitudes que pueden agravar, en vez de atenuar, los fenómenos patológicos. Entre los personajes de Luigi Pirandello (1867-1936) tenemos, por ejemplo, muchísimos extravagantes y

numerosos locos. Pero Pirandello no los encierra jamás en el manicomio. En una de sus novelas —*Uno, ninguno, cien mil*— muestra que, en ciertas condiciones, puede ocurrirle a cualquiera que “se lo tome por loco”. Frecuentemente nos encontramos frente a situaciones alienadas, trabajos incompatibles con la vida, más que vidas incompatibles con el trabajo, una sociedad para transformar más que hombres para descartar.



Figura 27. Las perturbaciones mentales pueden mejorar con ayuda de una atenta acción de sostenimiento y de reinserción social. En esta fotografía, un grupo de pacientes en el Hospital Santa Maria de la Piedad, de Roma (1982).

¡Abajo las barreras!

¿Cómo actuar, en consecuencia? En el plano ético, es válida la frase del Talmud, el texto sagrado de la ley hebrea: “Quien vea un negro, un hombre manchado de rojo o de blanco, un jorobado, un enano, un hidrópico, diga ‘bendito seas, tú que varías el aspecto de tus criaturas’”. Esto equivale a considerar a la enfermedad como variedad, no como desviación. Puesto que no todas las anormalidades son enfermedades, sería erróneo afirmar lo opuesto: que las enfermedades son algo carente de objetividad y sostén biológico y psíquico. En cambio, hay que reconocer, utilizando y acrecentando los conocimientos científicos, las variaciones del equilibrio que pueden resultar nocivas; y reducir, simultáneamente, tanto las causas de tales anormalidades, como la amplitud de los criterios de desviación, cuando el metro cultural y social se sobrepone al clínico.

En la época actual esto es muy posible, tanto por las mayores posibilidades de indagación sobre el organismo humano, como por la mayor

tendencia a la solidaridad colectiva, sostenida además por técnicas específicas de integración.

No obstante, frecuentemente nos comportamos como las tribus Kubú, de la isla de Sumatra, de las que habla Sigerist. Estas aceptan e integran en el grupo, normalmente, los casos de enfermedad (enfermedades menores, heridas leves) que no perturban la vida comunitaria. Pero cuando la enfermedad impide tomar parte en la vida colectiva, descartan con medios bastante enérgicos a los afectados. Los alejan y los condenan a un fin prematuro. Sigerist escribe que “la víctima muere socialmente mucho antes de que lo alcance la muerte física”. Hay que reconocer que hoy, en la sociedad industrial altamente competitiva y despiadada, ocurre algo parecido cuando no interviene la asistencia pública o la solidaridad de los particulares. Hay un retroceso a las leyes tribales, con el agravante de que aquellas eran quizá necesarias para la supervivencia de la tribu. Hoy no.

Para actuar más moderna y humanamente, existen cuatro caminos a recorrer.

Uno es prevenir y curar las enfermedades. Gran parte de los discapacitados no debieran existir como tales: son el fruto de omisiones o errores. La prevención, además de ser una exigencia moral, es hoy también una necesidad económica. De lo contrario, los costos de la asistencia se hubieran vuelto insostenibles, y aquel que tenga verdadera necesidad no podría ser atendido. Volvamos al tema de la epilepsia: antiguamente los afectados podían ser adorados o quemados vivos. Hoy no ocurre eso; no solo porque han cambiado los conocimientos y las actitudes, sino también porque el acceso, que impresionaba tanto a los antiguos (pérdida repentina del conocimiento, ahogo, palidez y congestión, mirada fija, secreción mucosa en la boca, convulsiones violentas y luego retomo a la normalidad), se ha vuelto hoy algo excepcional. Aunque no estén curados, hoy los epilépticos controlan sus condiciones con psicofármacos: medicinas que aunque no curan la epilepsia, atenúan los síntomas más dramáticos.

Otra vía que se puede recorrer es la de las prótesis individuales para corregir minusvalías sensoriales o motoras. Estas ya han entrado en el uso común, tanto que en algunos casos (anteojos, aparatos acústicos) pasan desapercibidas. Los telefilms nos vienen presentando desde hace tiempo hombres y mujeres “biónicos”, dotados de miembros y hasta de cuerpos enteros artificiales, mucho más fuertes y sólidos que los naturales. No es solo ciencia ficción. En muchos casos esto ocurre.



*Figura 28.
Técnicas cada vez
más perfeccionadas
permiten resolver
con prótesis
especiales
situaciones de
deficiencia incluso
gravísimas. En
la foto se ve una
prótesis de material
sintético que
sustituye la cabeza
y el cuello del
fémur.*

Es posible, además, actuar técnicamente sobre el ambiente físico y social, a fin de reducir la esfera de las anomalías. Hoy, por ejemplo, se pide la anulación de las barreras arquitectónicas (escalones, puertas y otros obstáculos), que no permiten a algunos discapacitados, como los parapléjicos, llegar a cualquier parte. Es una gran obra de civilización reducir estas barreras para ofrecer iguales posibilidades a sujetos que podrían verse apartados de la vida colectiva. Nos cuenta Mauro Cameroni que incluso la Asociación Italiana de Asistencia a los Espásticos (AIAS) se instalaba a veces en edificios inaccesibles:

En Roma, en vía Giuliana, cerca de la plazoleta Clodio, tenía su sede un centro de la AIAS frecuentado por lesionados cerebrales con notables dificultades de desplazamiento; y bien, para llegar a este centro había una escalera larguísima, empinadísima, externa y sin la menor posibilidad de apoyo. En la misma ciudad, en vía Vittor Pisani, en el barrio de Prati, estaba ubicado otro centro del AIAS donde, para comunicar el interior con el jardín, había una plataforma muy larga, inclinadísima, cuya subida tenía poco que envidiar a la del Cervino, y era inaccesible para los discapacitados en sillas de ruedas.

Obstáculos laborales, además de arquitectónicos: también en las fábricas se podrían tomar mil previsiones para que las máquinas se proyecten no solo para ser usadas por los individuos considerados normales, sino también por los "anormales". Un ejemplo simple es que todavía muchas máquinas son construidas para individuos diestros, y un zurdo, frente a ellas, es un anormal porque no las puede manejar.

En síntesis, hay que organizar la sociedad de manera de integrar “las anomalías” impidiendo la tendencia a definir las siempre como enfermedad, con las consecuentes discriminaciones y agravamientos, como ha ocurrido tantas veces con las internaciones en el manicomio. La tendencia a la integración es tanto más practicable cuando la sociedad es menos competitiva. Si se convierte en norma de vida la competencia despiadada por cualquier medio, se tenderá inevitablemente a aceptar en el trabajo, en la escuela, en la colectividad, solo a los individuos dotados de cualidades particulares; se llegará a estrechar el cerco alrededor de las personas consideradas como anormales, y arrinconadas así en el callejón sin salida de la internación forzada y del abandono.

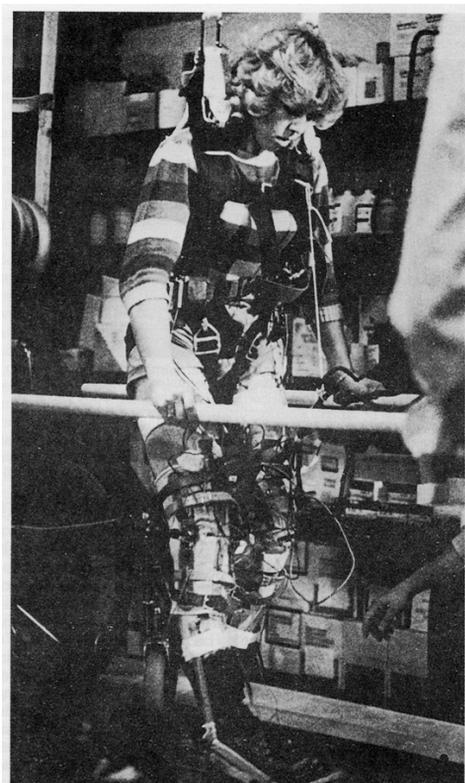
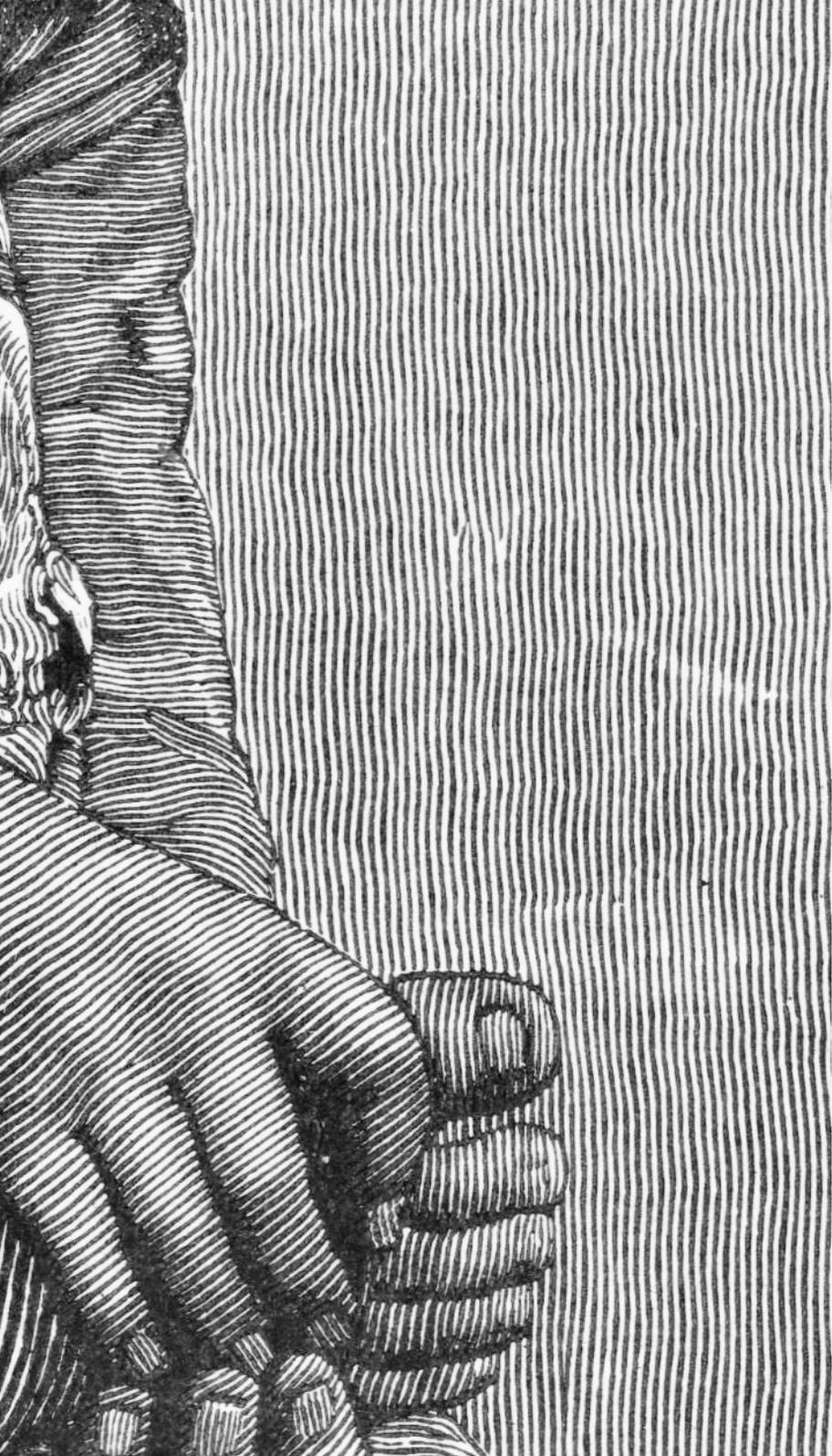


Figura 29. Una joven parapléjica puede volver a mover las piernas gracias a un sofisticado aparato electrónico.



Capítulo 4

La enfermedad como peligro

En los tiempos en que la lepra asolaba a Europa, a lo largo de toda la Edad Media, los enfermos eran obligados a andar, cuando se les permitía salir de sus casas, cubiertos de largas túnicas y provistos de cencerros en las manos y en los pies, para que hicieran ruido y los sanos pudieran alejarse. A veces los leprosos eran segregados en ceremonias parecidas a los funerales, y se los daba por perdidos para la sociedad humana. ¿Edad Media? Un tratamiento análogo —hasta la ley 180 de 1978, que ha empezado a transformar la asistencia psiquiátrica en Italia— era asignado a muchos enfermos mentales: diagnósticos de irrecuperabilidad, internación en manicomios, abandono, y en la carpeta clínica el sello redondo: “peligroso para sí y para los otros”.

La enfermedad, o mejor dicho algunas enfermedades, en todas las épocas, han sido consideradas un peligro. Varios motivos se han sumado: el riesgo directo para la salud de los otros; la búsqueda de un “blanco” o chivo expiatorio sobre el cual descargar las miserias de la comunidad para librarse de ellas, y las dificultades y las angustias que la enfermedad introduce en la convivencia familiar y social.

Contagio y condena

La primera motivación es la más razonable, y tiene su origen en un hecho real: la conciencia empírica de que el mal se puede transmitir de uno a otro hombre (directamente o por medio del aire, del agua, de los excrementos, de los insectos y de las ropas), es muy antigua. Pero solo se afirma como demostración científica en el siglo XIX, junto a las posibilidades de tomar medidas oportunas, de profilaxis específicas. Pero siempre hubo, y todavía se mantiene, una ligazón entre la exigencia legítima de aislar la fuente de contagio real y otras razones o prejuicios extrasanitarios.

La primera elaboración orgánica del concepto de infección se debe a Girolamo Fracastoro (1474-1553), en el libro *De contagione et contagiosis morbis* [Sobre contagios y enfermedades contagiosas]. Pero medidas sistemáticas de

prevención no se afirmaron hasta el siglo pasado: sea porque antes no se conocían los microbios y los virus, visibles solo al microscopio, sea porque muchos preconceptos impedían ver claro el “qué hacer”. Los Estados más adelantados tomaron medidas eficaces, como el Gran Ducado de Toscana, que para evitar la peste trató de cerrar sus fronteras y la República de Venecia, que estableció rigurosas cuarentenas (cuarenta días de espera obligada lejos del puerto para las naves sospechosas). Pero a veces, ideas arraigadas impedían entender hasta lo que se tenía ante los ojos. Cuando se introdujo, por ejemplo, un vestuario que cubría enteramente el cuerpo y una capucha cerrada saturada de olores, a los médicos se los escarnecía diciéndoles “¿para qué sirve?, como máximo para evitar el fastidio de las pulgas”. En cambio, eran precisamente las pulgas, como se descubrió a fines del siglo XIX, las que transmitían la enfermedad. Tenerlas alejadas ayudaba a vivir.



Figura 30. En la Edad Media los enfermos de lepra eran mantenidos fuera de los muros de la ciudad y obligados a anunciar su presencia con una especie de campanilla. Las personas sanas podían así alejarse y evitar cualquier riesgo de contagio.

Pero también con relación a la lepra, no ha habido siempre una correcta relación entre contagiosidad y medidas de prevención. Se pueden citar dos hechos, uno antiguo y otro reciente; uno de peligro real sin aislamiento y el otro de intento de segregación sin que hubiera un real peligro.

Un historiador de la medicina, Pericle di Pietro, escribió que en el pasado

...se consideraba a los leproso como castigados por Dios por sus graves culpas, y es por esta razón que debían ser aislados de la sociedad

de los hombres. Pero se les concedía el ingreso a la ciudad en ocasiones particulares, como la Semana Santa, para no privarlos de la ayuda divina, de la que tenían evidente necesidad. Por otra parte, los leprosos eran introducidos en el centro de la ciudad para realizar trabajos especiales. En Módena, por ejemplo, está codificado en los estatutos de 1327 (libro II, rúbrica 60) que los leprosos debían limpiar los viernes la plaza comercial para los días de feria. Es evidente, por estas dos excepciones, que el aislamiento de esos hombres no apuntaba tanto a evitar las enfermedades contagiosas sino el contacto con los pecadores.

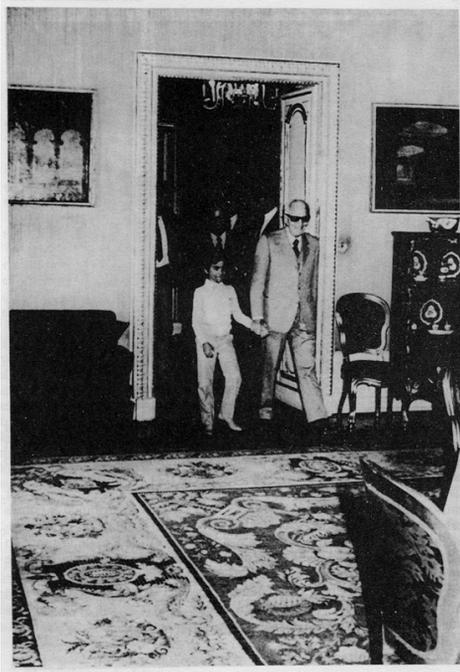


Figura 31. El presidente Pertini acompaña al pequeño Peppino Galli a la sala de desayuno del Quirinal.

El otro hecho, un episodio reciente, muestra que aun cuando no haya razones sanitarias, subsisten los miedos hacia el enfermo. En el otoño de 1981, un niño de 7 años, exleproso, Peppino Galli, tuvo dificultad para ser admitido en la escuela, en la provincia de Téramo. Y cuando entró en la clase, casi todos los padres retiraron a sus hijos. El episodio tuvo un final feliz por la acción valiente del director didáctico, que convenció a los temerosos, pero suscitó muchas polémicas y provocó incluso la intervención del presidente de la República, Sandro Pertini, que invitó al niño a desayunar en la Presidencia. No se puede reprochar en estos casos a los padres desconfiados. Muy

enraizado y muy antiguo es el pavoroso recuerdo de la lepra. Se deben entonces exaltar los dos factores que hicieron posible la incorporación a la escuela de Peppino Galli: los conocimientos científicos que han permitido curar al enfermo y anular el riesgo para los otros, y el coraje de la democracia, personificada aquí por un educador moderno y después por Pertini, que impulsó hacia la integración y no hacia la marginación.

En cambio, la conclusión fue trágica en un episodio ocurrido en la estación terminal de Roma el 31 de enero de 1982. De la crónica periodística:

Son las ocho de la mañana. En la estación hace frío. Una mendiga, una de las tantas de la numerosa colonia que frecuenta la estación, se siente mal. Lo advierten algunos viajeros, que señalan el hecho a los agentes de policía. Ellos le prestan las primeras atenciones y la transportan en una motocarga hasta el dispensario de la estación. Acá el médico de guardia le echa una mirada, ve que la mendiga 'está afectada por pediculosis', como informaron las agencias; es decir que tenía la ropa llena de piojos. El médico llama a la Cruz Roja. Son las 8.23 horas cuando suena el teléfono en el Policlínico. Parte la ambulancia que debía ser el principio de la salvación de la mendiga. Fue el principio del fin. Llegaron a Términi los camilleros, vieron directamente el estado de la mujer, vieron que estaba llena de piojos, y objetaron —la información proviene de la Cruz Roja— que la ambulancia no estaba preparada para transportar enfermos infecciosos. Según otra versión —de la agencia informativa— sobre la declaración de la policía ante el magistrado, consta que los camilleros se resistieron a cargarla porque no sabían a qué hospital llevarla 'a causa de las condiciones higiénicas determinadas por la presencia de piojos'.



Figura 32. Roma, estación Términi, en un día cualquiera. Los mendigos se defienden del frío gracias al calor que sale, a través de la reja, del subsuelo.

La mujer quedó allí, en el dispensario de la estación Términi, y sus condiciones se agravan. Probablemente nadie lo advierte, y nadie le presta atención. Lo importante es establecer a quién le corresponde el deber de transportar a un enfermo 'tan fastidioso'. Entre negativas y tratativas, el tiempo pasa. Después alguien tuvo la idea de llamar al Spallanzani, el hospital de enfermedades infecciosas. Quizá porque se pensó que los piojos son una enfermedad infecciosa. Con la radio de la primera ambulancia llaman al Spallanzani, que decide mandar la ambulancia preparada para trasladar infecciosos.

Entre tanto surge otro conflicto de competencias. Desde el Spallanzani preguntan si la mendiga puede ser internada. El médico de Términi contesta que no la considera ni infecciosa ni contagiosa. Se notifica del problema al director local de la Cruz Roja, doctor Marinocci. Otra ronda de phoneadas: al dispensario de la estación, al Spallanzani, al Policlínico. Al fin, la decisión fue que se la lleve al hospital dermatológico San Gallicano. Es casi mediodía. Nueva phoneada al Spallanzani para que parta la ambulancia. Cuando al fin llega el nuevo equipo de camilleros, la mendiga está muerta.

Este episodio ocurrió por insensibilidad humana. De los vértices de poder nos llega el ejemplo de que el Estado es maniobrado por intereses privados, y se borra así, hasta los últimos engranajes-personas, la idea de que los servicios sanitarios son para los enfermos, las escuelas para los alumnos, y las oficinas para los ciudadanos.

Este episodio nació por un conflicto de competencias entre hospitales pero también por ignorancia. Los piojos son fastidiosos, es verdad; son un signo de suciedad. Pero no transmiten la enfermedad. Han pasado, felizmente, los tiempos en que estos insectos transmitían el tifus petequial, la terrible 'fiebre de las trincheras', que diezmo al ejército de Napoleón en Rusia y que hizo estragos en la Primera Guerra Mundial. Hoy el verdadero peligro no es el insecto sino el desprecio por la vida humana.

Cuando las verdaderas enfermedades epidémicas hacían estragos por causas todavía desconocidas, el flagelo era fácilmente atribuido a culpas personales de individuos perversos. Lo supo Renzo Tramaglino, el protagonista de *Los Novios*, cuando fue acusado de ser "untador" de la peste en Milán. Lo supieron los gobernantes de la Italia unida, cuando la plebe de Nápoles acusó a los jefes del estado de Saboya de haber provocado la epidemia de cólera que castigó a la ciudad a fines del siglo XIX. Pero ahora, las causas de las enfermedades son en gran parte conocidas y los peligros pueden ser afrontados sin afectar a inocentes.

La policía sanitaria

También, cuando en los siglos XIX y XX se descubrió que los causantes de las enfermedades infecciosas eran los microbios y no los hombres, el concepto de “peligro social” se siguió usando, más que como medidas específicas de prevención, como pretexto para un control sobre las personas y no sobre las enfermedades. Es decir, se hizo un uso cultural y político negativo de descubrimientos positivos. Fue en ese periodo cuando se desarrolló, como eje de la intervención pública en la salud, el sector de la “Policía Sanitaria”. Casi siempre la organización sanitaria moderna se desarrolló adscripta al Ministerio del Interior. En Italia, esto duró hasta la caída del fascismo: la Dirección General de Sanidad era parte del Ministerio. El concepto de Policía Sanitaria comprende las cuarentenas y las vacunaciones, es decir, lo que era obligatorio de ley para circunscribir las epidemias, pero que se acerca mucho a las organizaciones del Estado policial, junto a otros aspectos de la actividad represiva del Estado.

Naturalmente, hay una justificación: la Policía Sanitaria no ha sido solo una perversidad política; también ha sido una necesidad preventiva. Todavía, con frecuencia la represión se dirige contra el enfermo más que contra la enfermedad. Esto también se debe al hecho de que al afirmarse el capitalismo, la sociedad pasó a ser menos tolerante que las anteriores en lo que respecta a las desviaciones que ponen en duda la organización fundada sobre poderes y valores establecidos desde arriba: sobre jerarquías.

La historia más clarificadora en este sentido es la de los manicomios. Estos no han existido siempre. Nacen a partir del siglo XVIII y tienen mayor expansión en el periodo sucesivo. Nacen cuando el temor a la lepra se atenúa y se vacían los leprosarios; ahora hay una nueva enfermedad para aislar: los locos de atar. Y estuvieron rápidamente vacíos y listos los edificios para segregarlos. Pero también en otros campos se acentuó la caracterización de la medicina no como ciencia orientada a conocer y controlar las enfermedades, sino como organización que quiere controlar a los enfermos, por peligrosos. Se acrecienta, entonces, el poder de los médicos sobre los enfermos. Este fenómeno viene a veces acompañado de la reducción de su poder sobre las enfermedades, de la disminución de la eficacia de la acción sanitaria.

En los casos en los cuales la definición de enfermedad está dictada por motivos claramente políticos, como para muchos disidentes en la Unión Soviética, tenemos, sin más, una inversión del juicio clínico: no es “peligroso por estar enfermo”, sino “es peligroso, en consecuencia, está enfermo”. En las reglas sanitarias soviéticas sobre internación urgente por enfermedad mental, se hace referencia a la “necesidad de prevenir acciones dañosas para

la sociedad". Los sujetos a ser internados en el hospital son aquellos que tienen comportamientos peligrosos a causa de:

a) estado psicótico agudo;

b) síndrome de delirio sistémico;

c) delirio hipocondríaco que determina agresividad "hacia ciertas personas, organizaciones o instituciones".

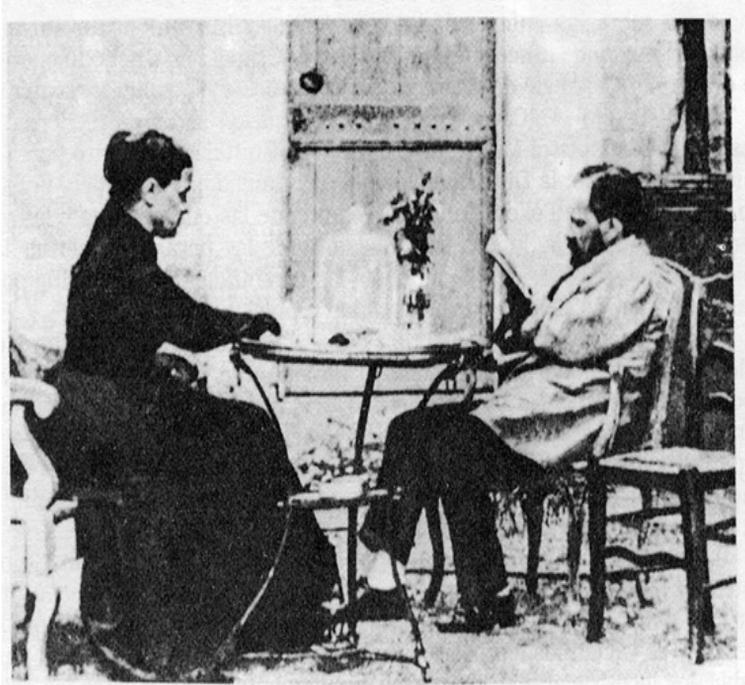
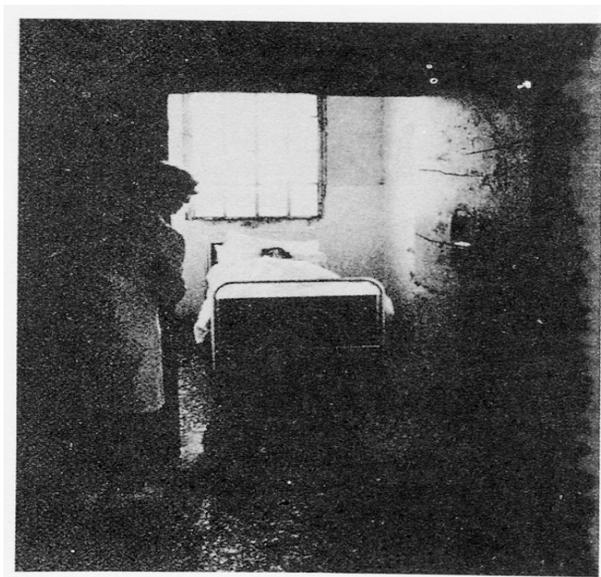


Figura 33. Luis Pasteur con su esposa. La obra de Pasteur fue de importancia decisiva para el desarrollo de la bacteriología y la inmunología y, por consiguiente, para el control de las epidemias.

La gravedad de esta última formulación se acrecienta por la indicación de que "los estados patológicos pueden ser acompañados por un comportamiento aparentemente correcto y simulatorio. Por ello, se impone la más grande vigilancia en la evaluación de las condiciones mentales de tales pacientes, para prevenir toda acción socialmente peligrosa".

En la práctica, cualquier crítica dirigida al poder puede ser definida como enfermedad, y el presunto paciente, internado y recluido. La medicina es

punitiva en vez de curativa, y los diagnósticos resultan juicios políticos. En la historia clínica del disidente Grigorenko estaba escrito que él “considera su lucha justa, y el camino que ha seguido, como el único. Que si un médico trata de disuadirlo, se pone nervioso y se encoleriza”. Para la disidente N. D. Gaidar se afirmaba que “sufre de fatiga nerviosa provocada por la búsqueda de justicia. Debe ser internada por cierto tiempo, así no se lamentará más”, y para Feinberg, el parte dice: “esquizofrenia de disidencia”. La visión que lleva a estos abusos es quizás una idea religiosa mesiánica, más que científica e histórica, del socialismo. La revolución ha resuelto todos los problemas. El que no comprende y por eso disiente tiene un cerebro enfermo. En vez de perfeccionar el sistema social, es más fácil encerrar a quien critica los defectos.

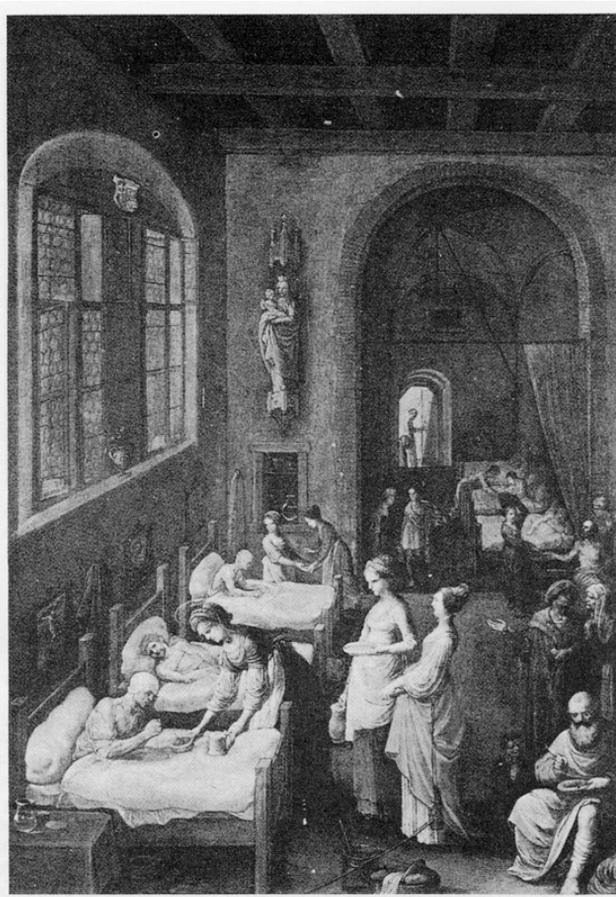


*Figura 34.
Un testimonio
aterrador del
interior del
manicomio de
San Clemente,
en Venecia
(1977).*

El hospital: curas e infecciones

Estos hechos reclaman la atención de otros casos en los cuales el aislamiento y la segregación han representado el enmascaramiento de los conflictos sociales, y para el internado un daño mayor que la enfermedad. En la historia de los hospitales al comienzo de la era moderna hay muchas vidas salvadas, muchos sufrimientos aliviados, pero también esto a que se refiere Gigliola Lo Cascio:

Desde el momento en que las causas del mal no se buscan más en los dioses sino en los hombres, se da la caza a 'los cuerpos del delito'. Brujas, brujos, marginados y minorías son perseguidos porque se los considera responsables de las causas del mal. Nace, además, la nueva concepción de la muerte, ya no como paso al más allá sino como amenaza de destrucción del orden social, y puesto que no se alcanza a darle una explicación aceptable, la única reacción posible es la de alejarla, encerrarla, separarla. Los hospitales funcionan así, de un lado, como antecámara de la muerte, donde son internados los enfermos para librar a la sociedad de ellos y del contagio. Del otro, como prisión para los turbadores del orden civil, los vagabundos, los mendigos; para quienes son necesarias medidas represivas.



*Figura 35.
La vida y la
organización
de un hospital
en Roma, entre
los siglos XVI y
XVII, según un
cuadro del pintor
alemán Adam
Elsheimer (siglos
XVI-XVII).*

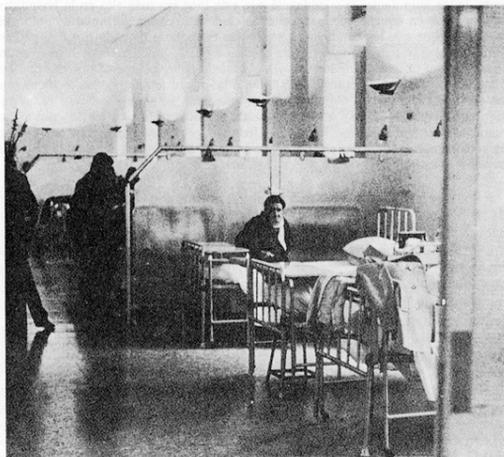


Figura 36. La más prosaica realidad de un hospital de hoy, con sus pasadizos y su soledad.

Con el advenimiento de la medicina moderna, que hace sus primeras armas en los hospitales, esta institución, considerada providencial y benéfica (muchas veces lo ha sido, efectivamente), asume también otro compromiso: los enfermos casi siempre elegidos fuera de las clases dominantes.

No son tratados solamente de su enfermedad, sino que son utilizados como objetos de experimentación de los médicos, a quienes les está permitido ejercitar en el cuerpo de los pobres las curas destinadas al cuerpo de los ricos.

Por eso resultan a veces peligrosas las curaciones equivocadas, o inadecuadas, no las enfermedades. Recordando la historia de las infecciones hospitalarias, D. Greco ha escrito:

En la mitad del siglo XIX los índices de mortalidad como consecuencia de amputaciones eran cuatro veces más altos en los hospitales, con relación a aquellos que eran atendidos en sus casas. Sir James Thompson, el estudioso que descubrió la anestesia con cloroformo, registró una mortalidad de entre el 10 y el 40% después de las amputaciones y evidenció que esta tasa era más alta en los hospitales urbanos que en aquellos de las pequeñas ciudades rurales, formulando entonces la hipótesis de que las condiciones sanitarias específicas de cada hospital podían influir en el resultado del tratamiento médico o quirúrgico. En 1843, Oliver Wendel Holme —en su trabajo *Sobre la contagiosidad de la fiebre puerperal*— sostiene que las infecciones puerperales eran transmitidas a las parturientas por los médicos que las visitaban después de haber estado en autopsias

o haber atendido a otras pacientes infectadas. Pocos años más tarde, Semmelweis publica los datos, ya históricos, descubiertos estudiando la fiebre puerperal: las mujeres que parían asistidas por el médico, desarrollaban infecciones con una frecuencia cuatro veces superior a las mujeres que parían en casa solo asistidas por la partera.

Parecía evidente el hecho y también el remedio: un cuidadoso lavado de manos en la sección Partos del Hospital de Viena reducía notablemente las infecciones y los decesos. No obstante, esta demostración dada por Ignaz Philipp Semmelweis no fue creída; también en este caso, por una razón de principio, ideológica: no se admitía que el médico pudiera ser portador de enfermedades. Semmelweis fue perseguido y terminó loco, internado en un instituto psiquiátrico. Se necesitaron decenios antes que su tesis fuera escuchada por la ciencia oficial.

Ahora en los hospitales se pare casi siempre sin peligro y la mortandad materna es casi cero. Pero el tema de las infecciones contraídas en la internación se presenta en otras formas. Se ha evaluado que cerca del 5% de los internados (más en las secciones quirúrgicas y obstétricas, menos en las secciones de medicina general), que son atendidos por otros males, se infectan con microorganismos más resistentes a los antibióticos comunes. Esto, debido al abuso de fármacos, lo que ha seleccionado cepas microbianas resistentes al uso de medicamentos que suprimen las defensas inmunológicas del organismo (para facilitar, por ejemplo, los trasplantes) y a la extensión de las unidades de terapia intensiva. En promedio, la infección hospitalaria alarga la estadía unos nueve días. Esto corresponde en Italia a 7,2 millones de jornadas de internación: gastos, molestias y peligros mucho mayores que lo necesario. Se confirmaría lo que escribió el poeta romano Giuseppe Gioachino Belli: “er curasse é la peggio ammalatia” [La peor enfermedad es tratarse].



Figura 37. El manicomio como medio de eliminar cualquier rebelión social; este es el mensaje del bello filme de Milos Foreman, Alguien voló del nido del cuclillo, que ofrece un dramático testimonio del interior del “modo de vida” estadounidense.

Reducir el peligro

¿Qué hacer, en resumen, frente a la enfermedad como peligro? Seguramente, no ignorar los peligros que la enfermedad implica. Habría problemas si los enfermos mentales fueran sacados del manicomio y luego abandonados a sí mismos. Se agravaría su condición y se transmitirían sus problemas a la familia ya la comunidad. Habría problemas si en las enfermedades infecciosas subestimáramos el riesgo de contagio o fuéramos inducidos a no curarnos o a tolerar males que amenazan la convivencia civil y la salud de los individuos. Es típica la discusión que se abrió sobre los toxicodependientes. Un ministro de Sanidad, Renato Altissimo, afirmó que debemos habituarnos a convivir con la droga. Otros han sostenido que, visto que el alcohol está legalizado, que el tabaco es monopolio del Estado, se debe abrir el mercado libre al cáñamo de la India y permitir el suministro estatal de heroína. Aceptar todas las drogas en vez de actuar simultáneamente en la lucha contra los traficantes y en la solidaridad con los toxicodependientes, abriría probablemente las puertas a males mayores.

El peligro se vuelve mayor si se piensa que la carrera de los armamentos nucleares, cuyo control está confiado a computadoras y operadores que tienen que actuar y reaccionar en un tiempo brevísimo, ha hecho nacer dos riesgos terroríficos de guerra: por error de las computadoras o por súbita locura de sus operadores. Un informe de L. J. Dumas sobre *El error técnico y humano en la organización militar*, narra que en tres años (1975-1977) cerca de 5.000 militares fueron excluidos del control y la responsabilidad de las armas nucleares en los EEUU por alcoholismo (3-5%), por uso de drogas (25-40%), o por otros motivos, que incluyen “comportamientos físicos o mentales aberrantes y perjudiciales para un buen operador, documentados por la autoridad médica”. El informe agrega que “también personas física y psicológicamente normales, que no usan alcohol o drogas, presentan límites reales cuando están sometidas al estrés, aislamiento y ansiedad, que son componentes del escenario militar moderno, especialmente en las fuerzas nucleares”.

Los enfermos, aquí también, se vuelven un peligro solo en segunda instancia. Se debe evitar el riesgo de guerra con el desarme, e impedir que los jóvenes militares sean sometidos a tensiones que pueden llevarlos hacia la toxicodependencia o hacia los trastornos mentales.

Además de crear peligros, la enfermedad puede crear disturbios sociales. Sobre este punto ha insistido el sociólogo estadounidense Talcott Parsons, que ha tomado el rol del enfermo como ejemplo de la rigurosa especialización de las funciones sociales. La tesis es que la enfermedad no es funcional porque hace a los individuos incapaces de cumplir con los deberes

preestablecidos. Se crea en consecuencia el “rol del enfermo”, que, por coacciones externas y por elección propia, implica una serie de consecuencias: la exención del rol social normal, el reconocimiento de que es imposible sanar por la propia voluntad, la obligación de querer estar bien y buscar, para este fin, una ayuda técnica competente. Así se establecería un nuevo equilibrio, fundado justamente sobre el “papel del enfermo”. No obstante haber sido muy discutidas las opiniones de Parsons, el mecanismo que regula los comportamientos en la sociedad estadounidense (y no solo en ella), es a menudo exactamente el que él describió. Además, más o menos frecuentemente, no hay ni siquiera correspondencia entre la elección de estar enfermo (o el atribuirse esa categoría) y la existencia de una verdadera enfermedad. Pero, de todos modos, el orden es restablecido.



Figura 38. Houston (Texas): una manifestación de racistas de Ku Klux Klan contra los homosexuales, acusados de difundir el sida. La enfermedad, dice el cartel, sería un “presente” de Dios para quienes, como se expresa en la Biblia, han cometido, con la homosexualidad, un pecado “abominable”. Estos hombres, continúa el texto sagrado, “deberán ser condenados a muerte; su sangre recaerá sobre ellos”.

En otros casos, en cambio, el propio orden constituido viene a servirse de las enfermedades. Al gobernador de Catamarca, en Argentina, en los años de la dictadura militar, se le pidió que tomara medidas contra la difusión del bocio, inflamación de la tiroides que dilata la glándula obstaculizando el crecimiento e induciendo al entorpecimiento intelectual, a la pasividad y a veces al cretinismo. El gobernador respondió que los enfermos de bocio no se rebelan, son tranquilos y mansos, no habiendo entonces razón para intervenir.

Es sabido que se ha llegado a difundir ex profeso enfermedades (o comportamientos que las producen) para “poner orden”, o mejor dicho, para consolidar la opresión.

Los colonialistas indujeron a muchos pueblos africanos al consumo de alcohol; los EEUU, sacudido por la revuelta de los negros, facilitó la distribución de la heroína y la cocaína en los guetos negros urbanos, y probablemente la concentración de droga en Italia, después de que los jóvenes en 1968 y en años sucesivos fueron protagonistas en política, estuvo orientada con el mismo fin. Si además de sofocar las rebeliones esto trae pingües ganancias, tanto mejor.

En conclusión, es justo reafirmar que se puede y se debe reducir la incidencia de las enfermedades. Que el peligro son las molestias, quien las propaga, quien no las obstaculiza; no el enfermo. Es verdad que también él puede ser fuente de contagio, que los comportamientos individuales también cuentan. Que la diseminación de microbios o la difusión de actitudes morbosas (desde fumar hasta conducir irresponsablemente) no pueden ser descuidadas. Pero en el caso de las enfermedades infecciosas, lo que cuenta, sobre todo, es la prevención y la cura. En una época los tuberculosos eran evitados, y ellos mismos se avergonzaban ante los demás. Hoy, en cambio, ha sido posible que un conocido jugador de fútbol del Juventus, tuberculoso, fuera tratado eficazmente. Su enfermedad, hecha pública a través de crónicas deportivas, no le impidió hacer vida social y retomar su actividad hasta que volvió a ser incluido en la selección italiana.

Hasta qué punto el terror a las enfermedades suscita aún reacciones irracionales y actos discriminatorios, lo demuestra un nuevo fenómeno morboso —el sida— al que nos hemos referido en el Capítulo 1. Esta nueva enfermedad, causada por un virus y caracterizada por la depresión del sistema inmunitario (de ahí su nombre, que significa ‘síndrome adquirido de deficiencia inmunológica’), ha provocado en los EEUU muchos episodios de pánico. Un diario, con el título de *América en la Edad Media*, los describió así (*República*, 13 de julio de 1983):

Aunque los médicos aseguren que no es peligroso acercarse a un enfermo y tocarlo (y que tenemos razón está probado por el hecho de que ningún dependiente sanitario ha contraído la enfermedad), la reacción de miedo es tal, aun en el personal hospitalario, que los enfermos se encuentran con frecuencia en condiciones de completo abandono y aislamiento. En el hospital Lenox Hill de Nueva York (donde se pagan 420 dólares por día), la habitación de un enfermo de sida no era nunca limpiada y las mucamas dejaban la bandeja de la

comida frente a la puerta. El enfermo fue trasladado a la casa de unos amigos en Arizona. Sus acompañantes tuvieron que hablar largamente con el capitán del avión, que se resistía a dejarlo subir.

En San Francisco, muchos homosexuales —la categoría de mayor riesgo— fueron desalojados por los dueños de casa. El jefe de policía debió distribuir mascarillas y guantes plásticos a los barrenderos de las calles, quienes afirmaban que corrían un riesgo particular de contaminación por la alta concentración de gais que hay en la ciudad californiana.

La ansiedad por la que es definida como ‘la muerte negra del siglo XX’, puede asumir connotaciones históricas. En el Centro para la Prevención de las Enfermedades Infecciosas de Nueva York, se reciben todos los días llamadas de gente que quiere saber si es aconsejable ponerse guantes para viajar en el subterráneo (lugar que no es de los más limpios de esa capital), y qué riesgos se corren por hacer un paseo por el Greenwich Village, un barrio de Nueva York donde la presencia de los homosexuales es muy visible.

Como es de imaginar, el tema del castigo por haber transgredido el orden surge con fuerza en el caso del sida. El *New York Post* ha escrito: “la revolución sexual se está devorando a sus hijos [...] Pobres homosexuales, han declarado la guerra a la naturaleza y ahora la naturaleza les paga con un espantoso castigo”.

También para el sida se llegará a conocer las causas precisas y a afrontarlas. Tanto más pronto cuanto antes se venzan los miedos y se combatan los prejuicios. La orientación predominante es la de prevenir las enfermedades, curar a los enfermos verdaderos (y solo a aquellos) y aislar los peligros reales solo por el tiempo estrictamente necesario. Mientras tanto, alejar a los afectados, segregar a los enfermos o marcarlos como peligrosos para la colectividad, impide atender aquello que es uno de los aspectos más interesantes de la enfermedad: la señal, el hecho de que el sufrimiento individual es con frecuencia el aviso de un fenómeno colectivo.

Capítulo 5

La enfermedad como señal

La enfermedad de una persona determinada, fenómeno íntimamente conexo a su existencia privada, rara vez es un caso aislado. Iguales procesos morbosos se verifican simultáneamente en otras personas y son expresión de fuerzas destructivas que actúan sobre la colectividad. La suma e interpretación de estos episodios podría proporcionarnos muchos datos de naturaleza económica y social, podría darnos una orientación para comprender lo que ocurre en varias sociedades humanas y lo que ha ocurrido en el pasado. Para prever mejor el futuro. Por eso la enfermedad puede ser una señal.

Ruptura de un equilibrio

Señal colectiva, pero también individual. De hecho, la enfermedad es frecuentemente, al menos al comienzo, solo expresión de dificultad en la vida de una persona. Es experiencia común, por ejemplo, que muchos males que nos afligen todo el año desaparecen en las vacaciones. ¿Eran un pretexto para no ir al trabajo? ¿Eran seudoenfermedades? No solo eso. Mi fastidiosa y recurrente gastritis que atribuyen a errores y desórdenes de alimentación, deja de atormentarme apenas “arranco”, aunque pase las vacaciones alimentándome de manera mucho más irregular. Problemas, que no osamos reconocer se manifiestan como perturbaciones y después, descuidados, se convierten en verdaderas enfermedades.

En algunos casos, aun la aparición de una enfermedad grave puede ser una reacción inconsciente ante el riesgo de ruptura del equilibrio que se quería conservar. Cito dos episodios.

Un padre, ligado de un modo casi obsesivo a la unidad de la familia, tuvo un infarto después que el hijo decidió irse a vivir solo. Nadie relacionó los dos hechos. Pero el hijo, para asistir mejor al padre, renunció a su propósito. Cuando el padre se restableció, nuevamente se decidió (aparentemente acordado entre todos) la separación. Ocurrió el segundo infarto y nuevamente la decisión del hijo de volver a casa. Después un tercero, en iguales

condiciones. Reacción agigantada, evidentemente y obstáculo inconsciente a la evolución del sistema familiar.

El otro caso nace por un motivo opuesto: una señorita, ya madura en años, vive en familia y es solicitada en matrimonio. Empieza a desmejorar y desarrolla una verdadera anorexia, como rechazo a la separación de la protección doméstica. Si el sistema familiar tiende a una excesiva homeostasis, el síntoma indica intentos bloqueados de salir de ese equilibrio y la enfermedad se presenta como el último refugio.

Sucede a veces que “cuando una enfermedad existe, el individuo que la sufre termina por usarla como medio de condensación y expresión de sus conflictos hacia adentro, o como instrumento útil para su comunicación con otros, hacia afuera” (Cancrini). Pero también las enfermedades de los otros condensan a veces conflictos y comportamientos incongruentes. Con frecuencia la actitud indiferente y hasta hostil que tenemos hacia un discapacitado físico o mental, por ejemplo, indica prejuicios y rechazo a aceptar las diferencias existentes. Indica la supervivencia en nosotros de actitudes discriminatorias, es decir, de un hándicap moral nuestro.

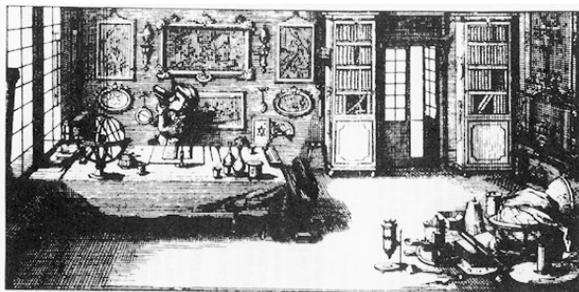


Figura 39. Un laboratorio de microbiología del siglo XVIII, según un dibujo de la época.

La señal oculta o distorsionada

Con frecuencia estos fenómenos, precisamente por ser arduo tomar conciencia de ellos, son negados o mal interpretados. Esto ocurre aún más por la dimensión colectiva de las enfermedades y se verifica a través de dos mecanismos: el ocultamiento o la distorsión de la señal.

Ocultamiento. Recordaré un hecho dramático que se verificó hace algunos años en Cirié, en la provincia de Turín, en una fábrica de colorantes a base de anilinas. Algunos obreros tenían molestias en la micción, la que tenía un color rojizo (hematuria). Comentaron al médico de la fábrica (que era hermano del dueño), quien les dijo que no se preocuparan, que probablemente habían

tomado demasiado vino tinto. En realidad, esa hematuria (presencia de sangre en la orina) era una señal precoz de trastornos que hubieran conducido a muchos de esos obreros a morir de cáncer a la vejiga, una enfermedad producida por los colorantes a base de anilinas, reconocida ya a fines del siglo pasado, pero en este caso ignorada, no creo que por el médico que atendía a los obreros, sino por los obreros mismos. Acá vemos cómo la señal *hematuria*, presente en un individuo, y luego en más individuos semejantes y que viven en las mismas condiciones y sujetos a los mismos trastornos, en vez de ser magnificado, resulta ocultado. No se reconoció como expresión de una condición laboral malsana a la que había que hacer frente con una acción de prevención. Este reconocimiento ocurrió muchos años después. Ocurrió en la justicia, porque los culpables fueron procesados y condenados, y a nivel técnico-científico se adoptaron transformaciones en la producción, que eliminaron el riesgo de tumores. Pero para muchos obreros, esto llegó tarde.

Tabla 3. Actividad de los hospitales públicos en Italia, en 1980, separados por región.

Regiones	Camas 1.000/hab.	Internación 1.000/hab.	Tiempo medio de permanencia	Tasa de ocupación por cama
Abruzzo	8,93	167,78	11,73	60,38
Basilicata	5,02	142,21	10,85	84,25
Calabria	4,71	125,76	9,44	69,07
Campania	-	-	-	-
Cerdeña	5,66	110,38	11,82	63,18
Emilia-Romagna	8,29	183,39	12,21	13,95
Friuli-Venecia-Giulia	9,39	217,93	11,49	73,07
Lazio	-	-	-	-
Liguria	9,62	218,78	11,72	73,04
Lombardia	6,68	156,37	11,00	70,49
Marche	10,05	190,69	10,74	55,80
Molise	4,48	126,15	9,60	74,03
P. A. Bolzano	6,86	147,57	10,90	64,28
P. A. Trento	8,02	170,97	12,86	75,16
Piamonte	7,20	146,69	11,85	66,18
Puglia	6,68	164,47	10,18	68,65
Sicilia	-	-	-	-
Toscana	8,19	177,56	11,13	66,15
Umbria	8,43	178,02	11,31	65,45
Valle D'Aosta	5,29	141,67	10,52	77,29
Venecia	9,57	185,17	12,01	63,63
Italia	7,59	166,32	11,31	67,95

Fuente: *Relazione sullo stato sanitario del paese*, 1980. Roma, 1983.

Distorsión de la señal. Cuando el fenómeno morboso colectivo asume tal evidencia que por gravedad, número y simultaneidad de los casos ya no se lo puede esconder, entonces la búsqueda de los culpables es casi siempre desviada hacia factores naturales, extraños a la historia concreta y a las responsabilidades de los hombres. Un episodio puede explicarnos este mecanismo cultural.

Cuando en España, en 1981, empezaron a verificarse episodios de neumonías, con frecuencia mortales, nadie se preocupó, salvo, obviamente, los enfermos y sus familiares. Después, dos hechos atrajeron la atención: los síntomas, en su conjunto, eran distintos a los de las neumonías comunes, y comprendían erupciones cutáneas, aumento del hígado y de la vesícula y linfadenitis difusa. El número de casos era creciente, y llegó a provocar en solo cuatro meses 15.000 internaciones en hospitales, además de 130 muertes. La primera hipótesis fue que se trataría de una enfermedad de tipo infeccioso: neumonía de micoplasma. Después, las investigaciones demostraron que la enfermedad estaba más difundida en los barrios pobres y menos en los otros. Se vio que recaía sobre todas las edades, a excepción de los lactantes y que dejaba a salvo, extrañamente, a las colectividades más expuestas a un eventual contagio: internados, cuarteles, hospitales. Rápidamente, después de otras hipótesis, la investigación se concentró en los alimentos y se descubrió que la causa del mal estaba en el aceite de colza químicamente alterado, que había invadido el mercado español por una estafa de los productores y el descuido o complicidad de los servicios de control. Los neonatos, más sensibles que cualquier otro sujeto a la neumonía viral o microbiana, en este caso de intoxicación alimenticia, estaban protegidos por ser alimentados con leche materna. Ellos, y los sectores sociales con provisión de aceite bueno. Los pobres, no.

En verdad, toda la organización sanitaria tiende hoy a sofocar y distorsionar las señales colectivas de enfermedad. Eso porque circunscribe la acción médica a la relación individual (frecuentemente apresurada y estandarizada) con el enfermo. Cuando se recibe el diploma en medicina y cirugía, en muchas facultades de Italia y del exterior, se recita y se recibe el texto del juramento de Hipócrates. En él, el médico, “por Apolo y por Esculapio, por Egea y por Panacea”, promete entre otras cosas:

Regularé el régimen de los enfermos a su favor, según mi capacidad y mi juicio, y me abstendré de toda mala acción y de toda injusticia; no suministraré a nadie el veneno si me fuere pedido. Entraré a cualquier casa. Lo haré por la utilidad de los enfermos, absteniéndome de toda acción injusta o corruptora y sobre todo de seducir a las mujeres y a los muchachos, libres o esclavos.

Sin embargo, reducir la función del médico a estas normas de comportamiento hacia cada uno de los enfermos, significa deformar la gran enseñanza hipocrática. Esta consiste sobre todo en reconocer que existe una continuidad entre individuo y ambiente y una conexión entre la enfermedad del individuo y las enfermedades de la colectividad. Mario Vegetti, estudioso del mundo griego y romano, ha escrito que en la concepción de Hipócrates, el organismo humano:

...estaba directamente conectado a su ambiente, antes que nada geográfico, climático e hidrológico. El médico no podía estudiar al paciente individual si no había comprendido los datos ambientales que condicionaban la higiene, la alimentación y las afecciones del mismo paciente. Puesto que el hombre vive de hecho en un ambiente social, además de natural, se imponía el no limitarse a la comprensión de este último. Era también esencial el análisis de la situación social en sus reflejos sobre la psicología y sobre las condiciones de trabajo de cada individuo. Será seguramente distinto, escribe Hipócrates —alcanzando un nivel de conciencia que en muchos siglos la medicina no podrá recuperar— un esclavo de un hombre libre; un paciente que vive en una sociedad democrática, de uno que vive en una monarquía. A esta integración en el ambiente, iba estrechamente conexas la integración en la historia, sea esta individual o social. En esta dirección introducía Hipócrates la noción de anamnesis —recuerdo— que después quedó como fundamental en la medicina. Se trata de reconstruir la historia del enfermo para comprender (y para hacerle comprender), según una instancia constante del hipocratismo la serie de procesos que han causado la enfermedad actual, y en consecuencia también su posible desarrollo futuro. Se trata de trazar las líneas esenciales del desenvolvimiento de la civilización y de las diversas sociedades, con el fin de integrarlas a la comprensión diagnóstica del presente.

En cambio, la complicidad de la medicina con el orden social, aun cuando este es injusto y morbígeno, ha deformado estas enseñanzas. Generalmente, como escribe Franco Ongaro Basaglia, la cultura médica dominante:

...sirve, de hecho, para transferir el fenómeno sufrimiento solo a quien lo expresa, ocultando el estrecho vínculo con la situación responsable de su aparición y privándolo, en consecuencia, de su significado más esencial. Una vez realizado este desplazamiento, una vez realizada la ruptura entre sufrimiento individual y realidad social (es decir, condiciones de vida material, psicológica y de relación), será simple dedicarse a la enfermedad como puro fenómeno

natural, aislado del mundo del cual el sujeto forma parte y del que es expresión, y organizar en tomo a la enfermedad la cura y la terapia. Curación y terapia serán tanto más impotentes cuanto más total resulte la fractura entre el individuo y la propia historia, confirmando como incomprensible el fenómeno del cual se ocupa.

[Nace así] el *ocultamiento sistemático* de aquello que en la organización del trabajo y de la vida social produce sufrimiento y enfermedad y la consiguiente fractura entre individuo e historia. Tanto si se trata de constitución, como de carácter étnico, raza, herencia, predisposición o terreno favorable, es siempre en el cuerpo del individuo o en el cuerpo de grupos particulares de individuos donde reside el problema; nunca en las condiciones de vida en que ciertos sectores de población están forzados a vivir.

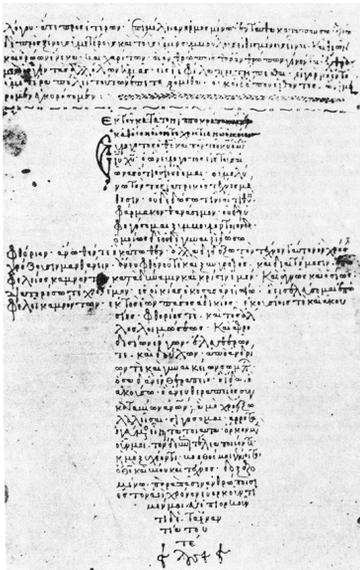


Figura 40. El juramento de Hipócrates, escrito en forma de cruz. Este rarísimo texto fue hallado en un manuscrito que data del siglo XVIII.

Hoy, lamentablemente, la organización sanitaria y la formación del médico están orientadas casi exclusivamente a la curación individual. El ejercicio de la profesión transfiere a las instituciones sanitarias, que los memoriza y elabora, solo los datos económicos. Las estadísticas de los servicios sanitarios registran preferentemente los datos gruesos de la actividad médica (cuántas consultas, cuántas internaciones, cuántos días de cama, cuántos gastos),

mientras que el dato sanitario (qué enfermedades, en qué zonas y grupos de población) es casi completamente ignorado. En el convenio del Servicio Sanitario Nacional con los médicos generales, que se firmó en Italia en 1981, hubo una novedad que fue introducida con alguna resistencia del gremio: que los médicos clínicos deben tener por lo menos una carpeta clínica actualizada, con la historia patológica y las condiciones de los pacientes. Antes no existía ni siquiera esta obligación, que es una base elemental para conocer cómo se desarrollan las enfermedades del individuo, para después poder sumar las condiciones de todos los individuos y alcanzar una evaluación global de la salud de la población.



Figura 41. Franco Basaglia (1924-1980): dedicó su vida y sus estudios a la batalla por el cierre de los manicomios.

La Epidemiología

¿Cómo actuar respecto a la enfermedad considerada como señal? Mientras que esa acción hoy suele sofocarse, la exigencia fundamental es darle relieve y ampliarla. Por ello es necesario involucrar en esa tarea no solo a los sanitarios, sino también a los ciudadanos y a las instituciones públicas en el análisis de las enfermedades tal como se presentan en las colectividades.

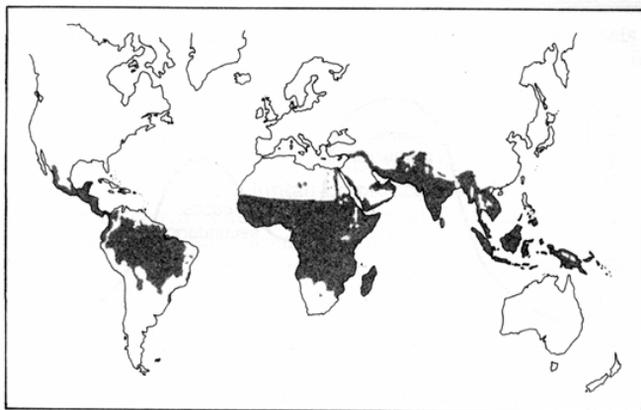


Figura 42. Difusión de la malaria, según un estudio epidemiológico realizado a fines de 1977. En las áreas blancas la malaria está completamente erradicada; en las grises, la transmisión de la malaria se produce o corre el riesgo de reproducirse. En otras zonas, como en algunas partes de Turquía, el peligro es limitado.

Este análisis se llama epidemiología y se refiere no solo a los grandes flagelos contagiosos (las epidemias de viruela, cólera, peste), sino también a todas las enfermedades agudas y crónicas, infecciosas y degenerativas, genéticas y ambientales, y demás. Esta rama de las ciencias médicas se está desarrollando notablemente desde hace uno o dos decenios, en muchas partes del mundo y también en Italia. Expresa una voluntad popular y un compromiso científico para afrontar valientemente las enfermedades que prevalecen en la sociedad.

Los estudios epidemiológicos se están haciendo en forma rigurosa, partiendo de datos ciertos, de diagnósticos individuales y de relevamientos de las condiciones ambientales que responden a la verdad. Se hacen sin alarmismo, sin negar o minimizar arbitrariamente los datos, pero también sin amplificarlos de manera irresponsable. Por ejemplo, ahora existe, justificadamente, un gran temor a los tumores de origen laboral o ambiental. Pero no siempre la señal individual, la enfermedad de una persona, puede ser generalizada. Hace un tiempo vinieron a verme los obreros de una fábrica donde se había verificado el trágico caso de un joven muerto por sarcoma óseo en la pierna. Los otros obreros estaban alarmados por las condiciones de trabajo insalubres, y temían que aparecieran otros tumores. Pero ocurría que ese joven había entrado a trabajar solo seis meses antes. Entonces, si bien su muerte era algo trágico, y aun cuando hubiera muchos factores nocivos en el ambiente, aquel deceso no era atribuible a razones profesionales (el sarcoma tiene una evolución lenta). No obstante, es importante que la conciencia de los

trabajadores se haya abierto a nuevos conceptos como *epidemiología* o como *prevención* y que se hayan movilizado sobre la base de la voluntad de *participar* en la indagación *sobre* y *en* la acción colectiva contra la enfermedad. Tres palabras, tres ideas igualmente necesarias para promover la salud.

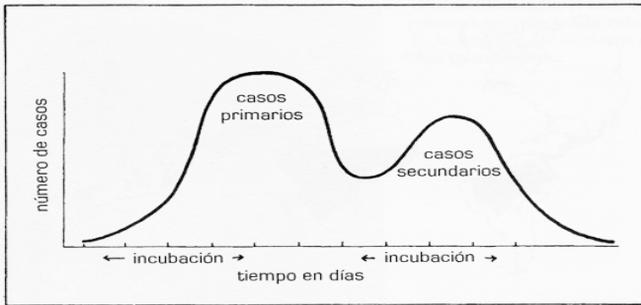


Gráfico 1. Las curvas epidémicas proporcionan indicaciones útiles sobre el origen y la evolución de las diversas enfermedades. Nos limitaremos a dar dos ejemplos. La primera curva típica de una enfermedad infecciosa con contagio directo (por ejemplo, el sarampión), compuesta de casos primarios y casos secundarios con un periodo de incubación de cerca de dos semanas: en esta situación las fuentes de contagio son múltiples.

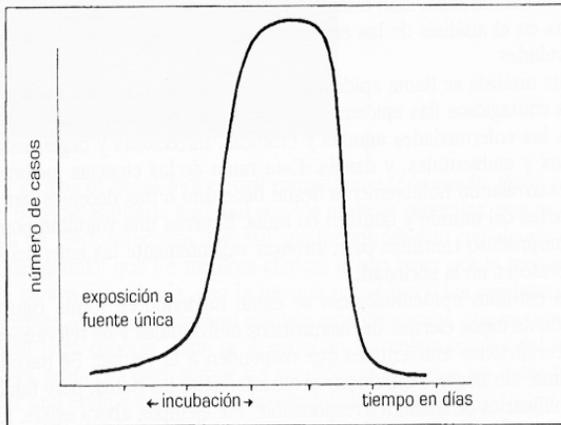


Gráfico 2. Una epidemia debida a una fuente única y común, tiene normalmente una curva compuesta solamente de casos primarios; esta es por ejemplo, una curva típica de una intoxicación alimentaria colectiva de personas que han ingerido alimentos en mal estado. Está claro, que en este caso, la epidemia no se propaga y no da lugar, por consiguiente a una segunda onda. (Fuente: Irene Figà-Talamanca, 1981, *Elementi di epidemiologia*. Roma, *Il Pensiero Scientifico*).

En otros casos, la indagación puede estar viciada por dificultades más complejas. Una es que el estudio de los seres vivos, y en particular de los hombres, nunca es indiferente con relación al objeto que se persigue, y puede por esto alterar los datos originales. Se ha hablado, por ejemplo, de un aumento del número de neonatos malformados en la ciudad de Augusta, en Sicilia, sede de industrias contaminantes. Pero nunca se ha llegado a demostrar que las malformaciones sean significativamente más numerosas que en el pasado, o que en otras zonas. Esto depende también del hecho (esta es una de las trampas de la investigación epidemiológica) de que si se registra solo la proporción entre vivos y muertos, los datos son simples, porque rige la ley del todo o nada, sí o no, y es difícil que haya una posición intermedia (salvo casos excepcionales: el Generalísimo Franco estuvo muerto y vivo por algunas semanas, mantenido así para preparar su sucesión. Pero esto fue un hecho político que no forma parte de la indagación epidemiológica). En cambio, cuando se han de examinar fenómenos como las malformaciones, que pueden ser graves, leves o mínimas, la observación evidencia casos que en situaciones anteriores no hubieran sido objeto de exámenes ni de censos. Por otra parte, el concepto mismo de malformación no es extremadamente preciso. En Augusta, sin embargo, había razones válidas para alarmarse porque el número de deformes era elevado; porque existían muchas causas ambientales que son conocidas como posibles causas determinantes de malformación: y porque simultáneamente se había registrado un aumento notable del número de tumores de origen ambiental en la misma zona.

El cuadro varía también según el punto de observación y según el índice que se quiere evaluar. En Inglaterra, por ejemplo, ante la simple pregunta de “¿cuáles son las cinco enfermedades más difundidas?”, se recibieron respuestas muy discordantes, según la fuente de las noticias y los criterios utilizados. Considerando las causas de muertes masculinas, la graduación es esta:

- 1) *Infarto del miocardio*
- 2) *Tumores pulmonares*
- 3) *Lesiones vasculares cerebrales*
- 4) *Bronquitis*
- 5) *Accidentes*

Si en lugar de partir de los muertos, se parte de los vivos, es decir de las estadísticas hospitalarias o de los diagnósticos de los médicos de familia, o de las causas de ausencia del trabajo, tenemos las tres clasificaciones de la Tabla 4.

Tabla 4. Frecuencia de eventos de salud según lugar de procedencia de la información

Hospitales	Médico de familia	Ausentismo laboral
1) Accidentes	1) Gripe	1) Gripe
2) Enfermedades mentales	2) Accidentes	2) Enfermedades cardiovasculares
3) Infarto	3) Enfermedad mental	3) Enfermedades articulares
4) Hernia	4) Otitis	4) Enfermedades mentales
5) Bronquitis-neumonía	5) Gastroenteritis	5) Accidentes

Nota: Hay otra dificultad, que deriva (se lo ha visto en el Capítulo 1) de las definiciones de sano y enfermo, no siempre precisas. Aun para los índices de mortalidad, no es siempre posible ponerse de acuerdo para la clasificación de las causas. Con relación a la morbilidad, las incertidumbres aumentan. De allí que se haya desarrollado la sanometría como estudio de los indicadores de salud que estén basados más que sobre enfermedades presentes y ausentes, sobre medidas fisiológicas, sobre capacidades funcionales y sobre la propia percepción del estar bien o mal.

El ejemplo de la hipertensión

No obstante esta dificultad (¿y cuál es la ciencia simple y lineal?), la epidemiología ha aclarado ya muchas relaciones entre causa y efecto, ayudando así a la prevención. Un ejemplo típico es la hipertensión arterial, la “presión alta” como se dice comúnmente. Según estudios comparados entre pueblos primitivos, es allí casi inexistente. En cambio, otros, que hacen uso de comidas conservadas con sal, sí están afectados. Entre los pueblos de los países industrializados se han podido establecer indagaciones más precisas. Si el consumo medio de sal supera los tres gramos por día, la mayoría de los individuos presenta un aumento de los valores de presión con el avance de la edad y cerca del 15% están afectados de verdadera hipertensión arterial. Si la media del consumo diario individual supera los 15 gramos, como en el Japón septentrional, la frecuencia de la hipertensión arterial encontrada en la población alcanza al 30%. Evidentemente, la relación de la especie humana con un elemento natural y necesario como el cloruro de sodio, está influida por los hábitos alimentarios y el tipo de civilización. La hipertensión sería, por lo tanto, una enfermedad relativamente nueva en el género humano. No es todavía bien claro cómo actúa la sal en el aumento de la presión arterial. Se sabe que en algunas personas la sal hace crecer el volumen del plasma y a veces de los líquidos extracelulares, y obliga por esto al aparato cardiocirculatorio a un mayor esfuerzo. La hipertensión afectaría a los individuos genéticamente menos capacitados para reequilibrar el balance hídrico-salino del organismo. Esto es un caso de nocividad química, debida no ya a sustancias

tóxicas artificiales, sino a un exceso en el uso de un elemento como la sal, natural e indispensable para la vida. Habiéndolo conocido, podemos controlarlo en el uso alimentario. Si hubiéramos seguido en la ignorancia, es probable que en milenios se hubiesen seleccionado las cepas más resistentes a la hipertensión derivada de la sal, pero al precio de innumerables víctimas.

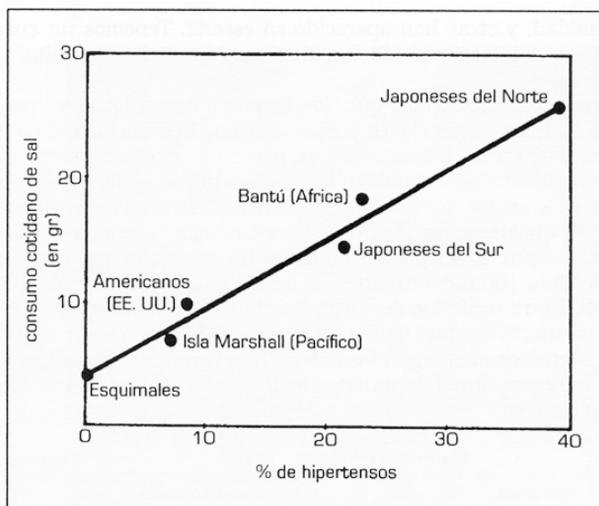


Gráfico 3. Relación entre el consumo cotidiano de sal y la prevalencia de la hipertensión en diversas áreas geográficas y en diversas razas. Fuente: K. D. Knudsen y L. K. Dahl.

Épocas, lugares, clases

Con la epidemiología, además de aclararse particulares cuadros morbosos, alcanzamos a tener un panorama de conjunto del proceso salud-enfermedad en las distintas épocas, lugares y clases sociales.

La paleopatología (del griego “estudio de las enfermedades de los antiguos”) ha mostrado que por milenios las mismas enfermedades han afligido a los hombres. Infecciones y parasitosis, distintas según el clima; enfermedades osteoarticulares; tumores; heridas y fracturas causadas por agresiones o caídas. Estos males son los cuadros patológicos encontrados en las momias egipcias, cuya conservación permite reconocer las enfermedades que asolaban el valle del Nilo. Hoy algunas enfermedades han desaparecido, mientras que otras preocupan todavía a la humanidad, y otras han aparecido en escena. Tenemos un cuadro actualizado en el informe que la Organización Mundial de la Salud (OMS) produce cada tres años.

Se dice que “los hombres nacen iguales”, pero no es verdad. Los hijos de las clases pobres aún hoy tienen el doble de posibilidades, respecto a las clases ricas, de nacer muertos o de morir antes de haber cumplido un año. También las madres tienen el doble de posibilidad de morir de gravidez, parto o aborto. Estas diferencias se mantienen toda la vida. En Inglaterra, donde desde hace un siglo se evalúa la mortalidad diferencial según la actividad laboral, se ha calculado que entre los peones, 7 de cada 100 mueren antes de los 45 años, y 36 de cada 100 antes de los 65. Entre profesionales, esta suerte (o, mejor dicho, esta condena) les toca, respectivamente, de 3 a 23 personas. Especificando mejor los cocientes estandarizados según los oficios, han resultado los índices siguientes como número anual de muertos sobre 100.000 personas ocupadas en el mismo trabajo (Tabla 5).

Tabla 5. Número anual de muertes según actividad laboral.

Actividad laboral	Valores bajos	Actividad laboral	Valores altos
Docentes universitarios	287	Técnicos electricistas	1.904
Dirigentes de entes locales	342	Obreros de la construcción	1.644
Empleados de categoría	363	Metalúrgicos	1.385
Dirigentes estatales	372	Pescadores	1.028
Docentes, arquitectos		Zapateros	898
Médicos	450	Mineros	829

Las diferencias se deben a la renta, a la asistencia, al grado de cultura (sanitaria y general), y a los riesgos profesionales. Los mineros, antiguamente, eran los menos longevos de todos. Efectivamente, se cuenta que las mujeres de los montes Cárpatos tenían hasta siete maridos, no todos juntos, sino uno tras otro, y eso no por su voluntad sino porque lamentablemente los hombres de las minas morían muy jóvenes. Después el trabajo de las minas fue más seguro, y ahora otros oficios están a la cabeza en la graduación de los riesgos.

Estilos de vida y salud

La epidemiología estudia también la relación entre las enfermedades y el modo de vida, es decir, comportamientos y hábitos individuales que se entrecruzan con el trabajo y con la estratificación social y que se difunden (provieniendo en general de las clases altas) en toda la población. Es más: según algunos estaríamos pasando ahora de las enfermedades causadas por factores naturales o

ambientales a aquellas *buscadas* y casi *queridas*, es decir, opciones personales, libres, pero incompatibles con la salud.

En esto hay algo de verdad. Fumar o no, comer demasiado o alimentarse sobriamente, condenarse a la inmovilidad o hacer deporte y vida activa, depende con frecuencia de decisiones individuales cuando la sociedad ofrece mayores espacios de libertad. Pero es difícil evaluar cuándo tales elecciones son efectivamente libres. En Inglaterra, por ejemplo, se calcula que la actividad físico-deportiva es practicada cuatro o seis veces más por intelectuales que por trabajadores manuales; también fumar es habitual en el 21% de los profesionales, 48% de los obreros especializados y 57% de los obreros manuales. He aquí dos estilos de vida, uno saludable y el otro malsano, inversamente difundidos según la cultura y la clase social.



Figura 43. Una familia campesina en los EEUU en la década de 1930, durante el periodo de la gran depresión económica. Las condiciones de vida eran causa del debilitamiento de las defensas orgánicas y en consecuencia de una mayor exposición a las enfermedades.

También para las intoxicaciones, es decir para la alteración patológica del intercambio químico entre hombres y naturaleza, hay en muchos casos una combinación perversa entre las de origen voluntario (como el fumar, el alcohol y otras drogas) y las impuestas, creadas por la contaminación del ambiente en el trabajo, en el aire, en el agua y en las comidas. La toxicología, por esto, no es solo el estudio de las consecuencias agudas de algún agente extraño (xenobióticos); es cada vez más el análisis del reforzamiento recíproco (sinergismo) y de los efectos crónicos, de venenos múltiples que actúan simultáneamente sobre el organismo humano. También en este caso, estilos de vida elegidos más o menos libremente se entrecruzaron con pautas impuestas a toda la colectividad o a las partes más indefensas de ella: los que trabajan en ambientes malsanos, los que viven en zonas contaminadas.

Enfermedades, estilos de vida, ambiente

Son muchos y diversos los factores que inciden en el surgimiento, el desarrollo y la solución de las enfermedades. Durante varios siglos el concepto fue claro, pero solo en los últimos cincuenta años el estudio sistemático, las estadísticas, la posibilidad de realizar comparaciones científicas basadas en análisis y relevamientos efectuados con rigor, dan respuestas certeras que permiten no solo la terapia, sino, sobre todo, la prevención. En estas dos páginas suministramos tres ejemplos que relacionan las enfermedades y las muertes con el ambiente, el estado social y la raza a que pertenecen los individuos afectados. Reproducimos abajo la Tabla 6 en la que se asocian las causas más frecuentes de muerte con los factores más frecuentes de riesgo ligados con el hábito, el estado de salud y el ambiente. La investigación fue en EEUU.

Tabla 6. causas más frecuentes de muerte con los factores más frecuentes de riesgo ligados con el hábito, el estado de salud y el ambiente.

Causa de la muerte	%	Factores de riesgo*
Enfermedades cardíacas	37,8	Fumar, hipertensión, elevada tasa de colesterol (dieta), vida sedentaria, diabetes, estrés, herencia
Neoplasmas malignos	20,4	Fumar, trabajo en ambientes cancerígenos, alcohol, dieta
Apoplejía	9,6	Hipertensión, fumar, elevada tasa de colesterol, estrés
Accidentes varios	2,8	Alcohol, abuso de medicamentos, productos industriales no sujetos a las normas, disponibilidad de armas de fuego
Gripe y neumonía	2,7	Fumar, falta de vacunación
Accidentes callejeros	2,6	Alcohol, ausencia de cinturón de seguridad, velocidad, estado de la calle, estado del vehículo
Diabetes	1,7	Obesidad
Cirrosis hepática	1,6	Abuso de alcohol
Arteriosclerosis	1,5	Elevada tasa de colesterol
Suicidio	1,5	Estrés, alcohol y abuso de medicamentos, disponibilidad de armas de fuego

* Los factores de mayor riesgo están indicados en bastardilla.
Fuente: Health United States, 1980.

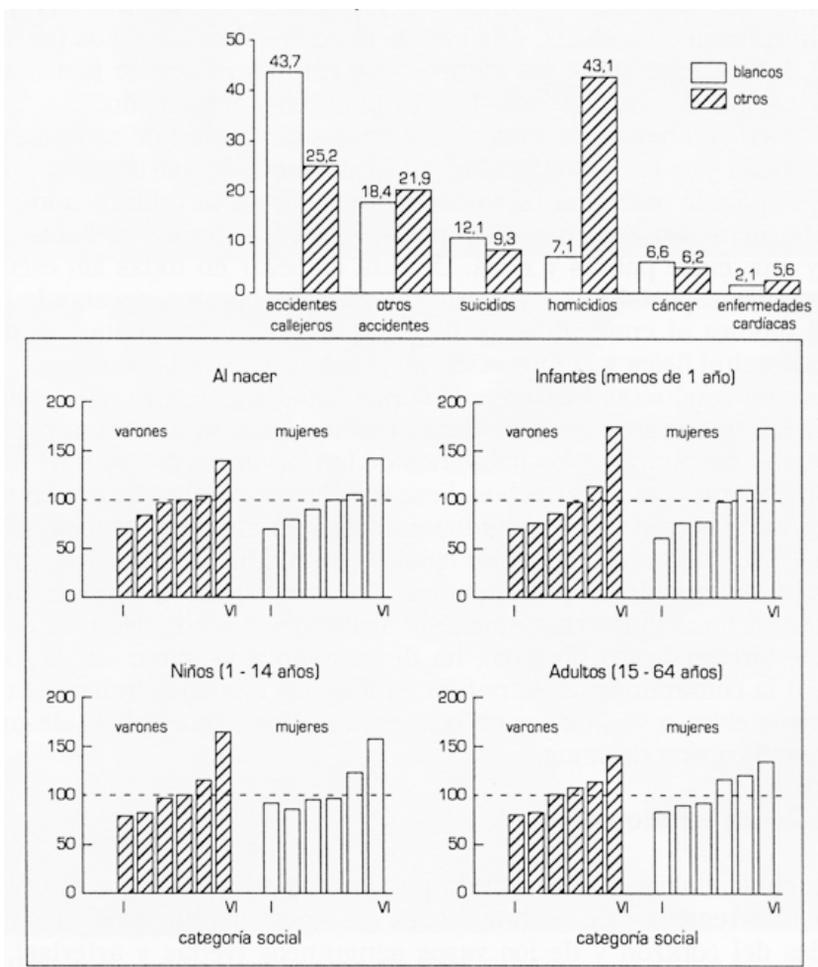


Gráfico 4. Estudio realizado para un congreso que se efectuó en la ciudad de México, en junio de 1979. Fuente: A. J. Fox.

Los dos diagramas que figuran en esta página toman en consideración la mortalidad en relación con la categoría social, la edad y la raza. En el primero se muestran los casos más frecuentes de muerte entre individuos divididos por raza, en una muestra de cien mil personas, tomando una franja de edad entre los quince y los veinticuatro años.

El segundo grupo de diagramas evidencian la mortalidad según la clase social y la edad, y se refiere a un estudio realizado con una muestra de 200 individuos. Se tomaron en consideración seis categorías sociales:

1. *Profesionales liberales.*
2. *Dirigentes y pequeños profesionales.*
3. *Empleados manuales no especializados.*
4. *Obreros manuales especializados.*
5. *Obreros especializados parcialmente.*
6. *Obreros no especializados. Las relaciones y las proporciones se basan en un porcentual de mortalidad cuya base es 100.*

Existen, en la práctica, conductas en las cuales la libertad de elección parece notable, como el uso del cigarrillo, del alcohol y de otras drogas. Pero para ellos también hay una oferta organizada y a menudo una publicidad insidiosamente eficaz. Además de hacerlo sobre los casos particulares, se debe actuar sobre los motivos que empujan hacia la toxicodependencia y sobre el control severo de la producción y el mercado.

Hay, en cambio, conductas en las cuales la libertad de cada uno está condicionada por la disponibilidad y la existencia de estructuras y servicios. Es típica la actividad físico-deportiva. Esta se va difundiendo positivamente, pero con enormes diferencias: entre hombres y mujeres, entre norte y sur, entre pobres y ricos. Debiera empezar en todas las escuelas, con docentes especializados y desde el jardín de infantes, asociando la actividad motora al conocimiento del cuerpo, para incrementar al mismo tiempo la salud física y la formación mental hacia la vida activa.

Existen conductas fuertemente condicionadas por el trabajo y la residencia. En estos casos sirve de poco la exhortación al individuo para que cambie sus costumbres: los márgenes de la elección personal y de la prevención eficaz son muy estrechos. Pesa mucho, en cambio, la acción colectiva. Se han obtenido ya resultados parciales en algunos campos, laborales o no. En muchas fábricas, por ejemplo, se redujo la frecuencia y gravedad de las enfermedades profesionales; el número de accidentes de trabajo mortales en Italia (que eran a menudo atribuidos a distracción, es decir al *estilo de trabajo* de los obreros), ha disminuido a la mitad en diez años. También la contaminación se redujo en muchas ciudades italianas: desde Milán se vuelven a ver, de vez en cuando, los Alpes, que habían desaparecido tras la cortina de smog.

Tumores y cardiopatías

La epidemiología ha permitido por fin comprender mejor el origen y los posibles remedios de los dos “males del siglo”: los tumores y las enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos (venas y arterias). Son fenómenos morbosos que es muy difícil curar después de la primera etapa, pero que en buena medida se pueden prevenir. El aumento de estas enfermedades es también... una señal de salud. Puede parecer una paradoja, pero dado que ellas atacan con frecuencia a los ancianos, la difusión significa que muchos —a diferencia de los siglos pasados cuando la mitad de los niños morían antes de los cinco años— corren el riesgo de llegar a viejos y contraer las enfermedades de la vejez, habiendo sobrevivido a las de la juventud. No obstante, las estadísticas no resultan consoladoras. Todos quisiéramos vivir mucho, sin el peligro y el tormento de estos males. Lamentablemente, estos dos males se difunden también entre los jóvenes.

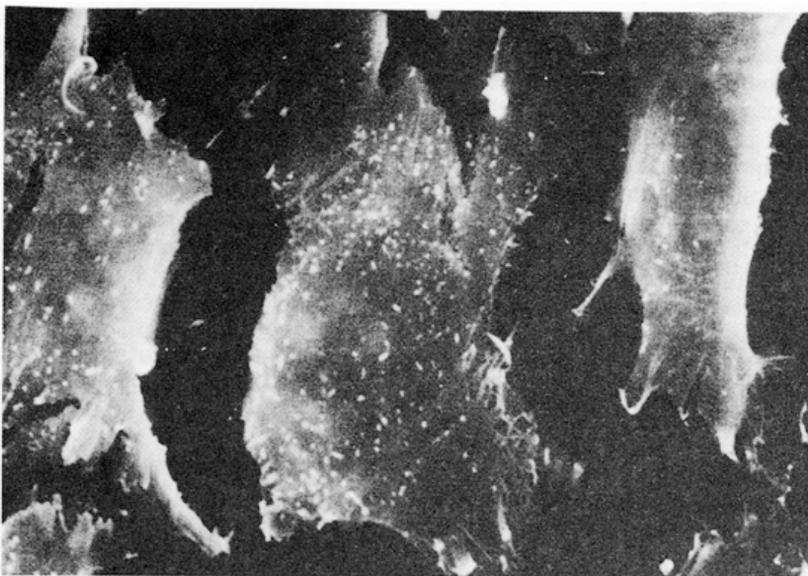


Figura 44.

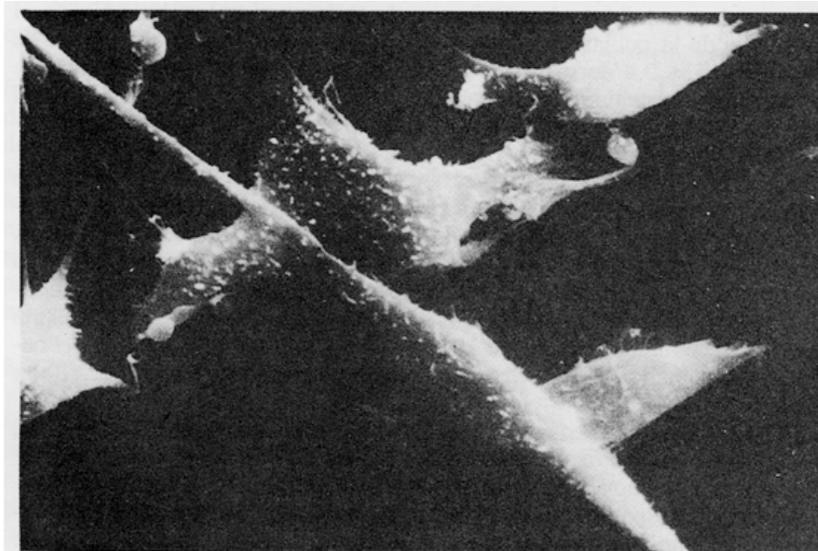


Figura 45.

El efecto devastador de una afección tumoral. Células normales de una rata (Figura 44) son tratadas con DNA extraído de células tumorales humanas. Se obtienen así colonias de células transformadas (Figura 45), donde el orden, la forma, el número y la disposición de las células se han trastornado por completo.

Con relación a los tumores, se ha demostrado que entre el 60 y el 90% de los casos provienen de causas ambientales que atacan a quien trabaja, a quien habita y a quien consume en condiciones malsanas. En 1775, Pott observó, en Inglaterra, que los deshollinadores tenían con frecuencia cáncer de escroto, y desarrolló la hipótesis, después confirmada, de que esto se derivaba del frecuente contacto con el polvillo del carbón y el alquitrán. En 1976, dos siglos después, la lista de posibles cancerígenos comprendía casi dos mil elementos y compuestos químicos, además de las radiaciones (sobre todo ionizantes).

En muchos casos, desde la sospecha se ha llegado a la certeza, con experimentos sobre animales o con investigaciones epidemiológicas. Siguiendo, por ejemplo, a 632 trabajadores expuestos a la acción del polvo de amianto (asbesto) durante 20 años (1943 a 1962), resultó que hubo entre ellos 45

decesos por tumores pulmonares y de pleura, y 29 por tumores gástricos o intestinales. Visto que las cifras normales, basadas en el promedio de la población no expuesta al riesgo profesional era de 6,6 en lugar de 45, y 9,4 en lugar de 29, se ha podido emitir una sentencia de culpa contra el amianto y se han adoptado medidas preventivas: control ambiental, fijación de valores máximos aceptables sin riesgo grave y sustitución del amianto por otros materiales.

En otros casos, como para el benzopireno, que se produce quemando petróleo y fumando cigarrillos, aun habiéndose conocido la acción cancerígena, no se han establecido límites (excepto en la URSS para los ambientes de trabajo): consideraciones económicas y leyes de mercado han prevalecido sobre las sanitarias. Las sustancias que han sido excluidas de la producción (por lo menos oficialmente) son el *Ponceau 3R* usado como aditivo alimenticio desde 1914, el colorante *amarillo manteca*, el conocido insecticida *DDT* y recientemente el *rojo amaranto*, conocido en Italia como aditivo *E 123*.

En el caso de las enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos, que se manifiestan frecuentemente como infarto de miocardio o como apoplejía cerebral, ha sido precisamente la epidemiología la que ha demostrado que ellos responden a *múltiples causas* y ha aconsejado medidas preventivas. Se ha comprobado, por ejemplo, en investigaciones realizadas en 20 países, una correlación entre el exceso de alimentación a base de carne y con grasas animales y la mortandad por infarto. El hecho es que por primera vez en la historia humana, poblaciones enteras han tenido acceso a estas comidas y han abusado de ellas. Se ha observado, además, que el humo del cigarrillo multiplica el riesgo de infarto y de ictus cerebral (además de los tumores pulmonares) y que otro tanto sucede por el uso excesivo de bebidas alcohólicas. Otras investigaciones han subrayado el rol de las tensiones emotivas, del espíritu competitivo, de la dificultad de adaptación a la vida de la metrópolis, sobre todo por parte de las poblaciones recientemente emigradas y por ello marginadas en las periferias y los guetos urbanos.

En 1960, un grupo de cardiólogos estadounidenses documentó estos hechos y recurrió a una campaña de prevención que tuvo cierto éxito. Desde entonces, la mortalidad por enfermedades del corazón y de los vasos ha disminuido en los EEUU. Se ha calculado que en el período 1968-1976 hubo una reducción del 24,3% de decesos por infarto y del 32,7% por apoplejía cerebral. También se ha evaluado el número de vidas humanas que se han salvado. Para 1976, las cifras son:

Tabla 7. Vidas salvadas a partir de campañas de prevención. EEUU, 1968-1976.

Enfermedades del corazón y de los vasos	Vidas salvadas
Infarto de miocardio	98.623
Apoplejía cerebral	33.623
Otras enfermedades cardiovasculares	144.472
Total	276.718

Se demuestra, en la práctica, que también esta epidemia, como otras que asolaron en el pasado, puede ser controlada.

Aquí vemos por qué la señal individual de enfermedad, que hoy es con frecuencia distorsionada u ocultada, debe ser receptada, estudiada y difundida. Es decir, se debieran modificar la deontología y la cultura sanitaria en dos direcciones. A la obligación del secreto profesional, válido para proteger al enfermo individual, habría que agregarle la obligatoria divulgación de la información estadística de los casos de enfermedad. Al deber de atender al individuo, debiera agregarse el compromiso de conocer y revelar las causas morbígenas que actúan en las diversas colectividades: compromiso no solo para los médicos, sino también para la población, para la escuela, para los *mass media*, para las organizaciones sociales y para el Estado.

Clasificación de las enfermedades

La recepción, el estudio y la amplificación de la señal permitirían tener un cuadro permanentemente actualizado del estado de salud y de las enfermedades prevalentes o emergentes, como hace periódicamente la OMS y como debiera hacerse en cada país, región, ciudad y lugar de trabajo. Tal cuadro estaría basado en grupos de enfermedades que son clasificadas sobre la base de criterios de afinidad para poder seguir mejor su evolución en el tiempo. Desde hace algunos decenios se sostiene que en este campo se está operando un gran cambio.

Este consistiría en el hecho de que las enfermedades degenerativas (por ejemplo, la arterioesclerosis, la diabetes, los tumores) prevalecen respecto a las enfermedades infecciosas, al contrario de lo que ocurría antes. La novedad principal nos parece que es, en cambio, el crecimiento de fenómenos morbosos

de origen preferentemente social (enfermedades antropógenas) sobre aquellas que tienen causas *esencialmente naturales* (enfermedades fisiógenas).

La clasificación de las enfermedades parecía algo simple hace dos siglos. En la enciclopedia de Diderot y D'Alembert se dice que es necesario estudiar "la historia de las enfermedades, que es susceptible de casi tanta precisión como la botánica"; se podía, en consecuencia, pensar en el *systema naturae* y además en un *systema morborum*. La clasificación de las plantas y de los animales genialmente compilada por el naturalista Linneo en 1735 y completada en 1758, es sustancialmente válida todavía hoy. La afinidad entre los tipos, familias y géneros que él estableció basándose en la forma de los cuerpos (morfología) y en sus funciones (fisiología) ha sido casi siempre confirmada por el estudio de los parentescos genéticos, posibles ahora gracias al análisis del ADN. La clasificación de las enfermedades, en cambio, cambia continuamente. ¿Por qué? Porque cambia el objeto: mientras las nuevas especies vivientes aparecen lentamente, en los milenios, nuevas enfermedades humanas se asoman o tienden a desaparecer rápidamente sobre todo en una época de rápidas transformaciones de las técnicas y de la sociedad. Cambian, además, los conocimientos. Varían, finalmente, los criterios de juicio.

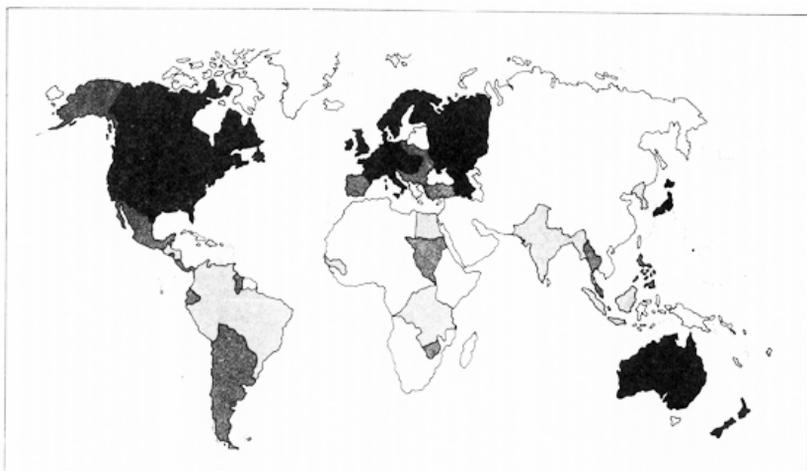


Figura 46. El mapa ilustra las diferentes expectativas de vida al nacer, en las diversas partes del mundo. En negro están representados los países desarrollados industrialmente, donde el promedio de vida supera los 65 años; en gris, los países en los cuales el promedio de vida gira entre los 50 y 64 años; en blanco, los países subdesarrollados, donde no se alcanzan los 50 años. Es evidente la relación entre la expectativa de vida y las condiciones generales, económicas y sociales.

De tanto en tanto en las clasificaciones se ha puesto en primer lugar: el lugar de la lesión (hígado, cerebro, corazón, articulaciones, etcétera); el mecanismo patogenético (inflamatorio, degenerativo, neoplásico, etcétera); el mayor o menor contagio; la duración, aguda o crónica; la difusión, esporádica, endémica o epidémica; las causas endógenas o exógenas (internas o externas al individuo), heredadas o adquiridas; los factores físicos, químicos o biológicos (luego psicológicos o sociales). Con frecuencia se han descuidado o escondido causas fundamentales de enfermedad. En la clasificación internacional ahora adoptada en todos los países para fines estadísticos, falta, por ejemplo, el hambre, que es todavía en el mundo la causa principal de las enfermedades y de la muerte.

Linneo clasificó muy bien plantas y animales, aunque lo hizo basándose en una idea equivocada: que hubiera en el mundo tantas especies vivientes como fueron creadas en el origen por Dios. Después se demostró que las especies nacen, evolucionan y desaparecen.

Ante las enfermedades, es el hombre mismo quien las clasifica y las sufre; quien las quiere combatir y prefiere ignorarlas: por ello, en este caso, es objeto y sujeto del conocimiento. De allí la mutación de las evaluaciones. A veces los intentos de poner orden en el *systema morborum* son tan absurdos como la clasificación de los animales enunciada por Borges. El gran escritor argentino Jorge Luis Borges imagina un fantástico bestiario en el cual los animales:

...se dividen en: a) pertenecientes al emperador, b) embalsamados, c) domesticados, d) lechones lactantes. e) sirenas, f) fabulosos, g) perros en libertad, h) incluidos en la presente clasificación, i) que se agitan locamente, j) innumerables, k) dibujados con un pincel de finísimo pelo de camello, l) etcétera, ll) que hacen el amor, m) que de lejos parecen moscas.

De todos modos, un esquema interpretativo que permita agrupar los fenómenos morbosos es útil, aunque sea todavía imperfecto, tendencioso o fantasioso.



Capítulo 6

La enfermedad como estímulo

¿Estímulo? “Hasta ahora te hemos seguido —pensará el lector— pero esto... Mejor sanos que enfermos, por supuesto. Además la enfermedad no nos hace mejores sino egoístas, descontentos, odiosos y petulantes. Si lo vieras... no, no te lo deseo. Nos has mostrado también que con frecuencia la sociedad agiganta los aspectos negativos y convierte el sufrimiento en culpa, la diferencia en segregación...”. Exacto, exacto. No quiero invalidar todo el discurso. Pero existe el estímulo. Lo intuyó Heráclito (VI-V a. C.), el filósofo griego según el cual cada cosa existe en cuanto se transforma en otra. “¿No es acaso el hambre la que gratifica la saciedad? ¿Y el esfuerzo el que hace tan dulce al reposo? ¿No es tal vez la enfermedad lo que restituye la buena salud?”.

Pero dejemos, por ahora, a los filósofos y volvamos a la medicina. ¿Qué son, por ejemplo, las vacunas? Pequeñas cantidades de microbios introducidos a propósito al organismo para suscitar una reacción inmunitaria e impedir así males mayores. El 1.º de abril de 1717, lady Mary Wortley, mujer del embajador británico en Turquía, envió a Londres a su amiga Sally Chiswell esta carta, invitándola a hacerla conocer a todos:

Estoy por decirte una cosa que te hará lamentar no estar aquí. La viruela, letal y frecuente entre nosotros, aquí es inocua gracias a la práctica de la inoculación. Algunas viejas cumplen esta tarea cada otoño, cuando los grandes calores han declinado. La vieja organiza reuniones de 15-16 personas, entra en la sala con una cáscara de nuez llena de pus de viruela, punza a cada uno con una aguja gruesa, inyecta en la sangre el veneno y cubre la herida con una cáscara de nuez vacía. Los chicos y muchachitos juegan el resto del día, y hasta el octavo día gozan de óptima salud. Después vienen fiebres y están en la cama dos o tres días; aparecen a veces en la cara algunas pústulas que no dejan señal; después de ocho días están mejor que antes.



Figura 47. Edward Jenner (1794-1823), fue el primero que realizó experimentos audaces y originales, para la época, con la vacuna antivariólica. Sus resultados fueron confirmados luego por las investigaciones efectuadas en el campo de la inmunología.



Figura 48. Albert Bruce Sabin (1906), el célebre virólogo que después de muchas investigaciones ha obtenido una vacuna eficaz contra la poliomielitis, la terrible enfermedad contagiosa que ataca principalmente a los niños.

La Inglaterra orgullosa y aristocrática se rebeló ante la idea de que las viejas ignorantes de la salvaje Turquía pudieran enseñarle algo. La asociación de los médicos previó catastróficas consecuencias si el método fuera empleado en gente evolucionada y el clero protestó contra la impiedad de quienes querían sustraerle a Dios el derecho de infligir los padecimientos de la viruela a los pecadores. Recién en 1796, el médico Edward Jenner escuchó con atención

a una campesina de Gloucestershire que le contaba que “no puedo contraer viruela porque ya la he tenido de las vacas”. Jenner venció los propios prejuicios y probó con éxito inocular “la vacuna”, es decir la viruela de las vacas, a un chico, dejándolo inmune a la similar enfermedad humana. Así se abrió la época de las vacunas, y se cerró la de la viruela, desaparecida —creemos— para siempre y que quizá nos permitirán vencer a otras enfermedades destinadas también a desaparecer.

Pero procedamos con orden: ¿a qué son estímulo las enfermedades? A la evolución; al conocimiento; a la creatividad; a la solidaridad; a la transformación.

Evolución

En el plano evolutivo, viendo el fenómeno desde nuestra óptica algo privilegiada (somos descendientes que han tenido la suerte de sobrevivir) es motivo de alegría que nuestra especie y todos los actuales vivientes hayan debido pasar a través de tantas agresiones morbosas. Si las enfermedades no hubieran contribuido a seleccionar las mutaciones ventajosas de las especies, nosotros estaríamos todavía (nosotros, por decir todos los que pertenecemos al reino viviente) en el estadio de las macromoléculas, o como máximo en el de los protozoarios.

El gran Leonardo da Vinci (1452-1519), reflexionando sobre las leyes de la naturaleza, sobre el hecho de que un animal vive de la muerte de otro, y sobre el incesante regenerarse de la materia, escribía:

La naturaleza es vaga y encuentra placer en crear y hacer continuas vidas y formas, porque sabe que son acrecentamiento de su terrestre materia; es voluntariosa y más rápida en crear que el tiempo en consumir. Pero ha ordenado que muchos animales sean comidos los unos por los otros y no satisfaciendo esto tales deseos, con frecuencia suelta al mundo ciertos envenenados y pestilentes vapores y continuas pestes sobre las grandes multiplicaciones y concentraciones de animales y máxime sobre los hombres que aumentan tanto porque otros animales no se alimentan de ellos y no existiendo las causas, tampoco estarán los efectos.

Las pestilencias, en consecuencia, pueden también equilibrar la vida. La especie humana ha tratado de suprimirlas por legítima defensa y podrá decir que lo ha logrado si consigue frenar el peligroso impulso hacia la epidemia final, es decir, hacia la autodestrucción nuclear.

Ahora la evolución humana avanza por vías culturales, no más por las genético-selectivas. Esto es, procede de manera menos salvaje. Ahora sobreviven y se reproducen también los sujetos más débiles o los portadores de defectos genéticos, que antes morían precozmente. Es previsible que se hagan en el futuro muchos intentos por corregir las anomalías genéticas y ahora mismo existen en algunos casos métodos preventivos. De todos modos se debe evitar que se introduzcan en el ambiente, en el trabajo, en los fármacos, sustancias que en el transcurso de la mutación puedan empeorar el “*pool* genético” de los hombres, y se deben organizar consultorios especializados para reducir el riesgo de procrear hijos afectados de graves taras hereditarias.

En cambio, la idea de una “selección positiva” para crear hombres mejores parece moralmente discutible y científicamente opinable: porque además el modelo de hombre perfecto es indefinible; porque, en fin, la reducción de la variabilidad es un daño y no una ventaja para la especie.

Un grupo de premios Nobel, hace un tiempo, dio semen a un “banco de esperma” para procrear hijos superinteligentes. La imagen de estos grandes científicos... que se masturbaban para obtener futuros geniecitos, suscitó picantes comentarios. Después se observó que los bancos en cuestión requerían semen joven por ser más seguro, mientras que muchos premios Nobel eran ancianos. Se recordó, finalmente, la feroz respuesta del comediógrafo inglés Bernard Shaw a Miss Inglaterra, que se le ofrecía como mujer para tener hijos bellísimos como ella e inteligentísimos como él: “¿Y si nacieran con mi fealdad y su estupidez?”.

Conocimiento

Estímulo para el saber. Las ciencias siempre han extraído del análisis de los fenómenos patológicos indicaciones preciosas para el estudio del funcionamiento normal de los organismos vivientes. Muchos descubrimientos fundamentales han tenido origen en las exigencias de la terapia. Por ejemplo, en el campo de la biología, de la química y de la psicología. En el pasado los conocimientos médicos han precedido con frecuencia a los anatómicos y fisiológicos. Los descubrimientos de Freud sobre el inconsciente, sobre los sueños, sobre la continuidad psíquica entre el niño y el adulto, tuvieron origen en sus intentos de curar la neurosis. El estudio de las enfermedades infecciosas y de las epidemias ha dado gran impulso por un lado a la revelación de un mundo desconocido: el de los microbios, y por otro al descubrimiento de fenómenos de inmunidad, complejo de reacciones bioquímicas y adaptaciones biológicas que son una de las claves para comprender el funcionamiento normal de

la máquina viviente. Es extraño que en contraste con esta evolución histórica de los conocimientos que van de lo patológico a lo normal, el camino hacia la medicina esté organizado en dirección contraria: en las facultades de medicina se estudia en los primeros años solo la anatomía y la fisiología, el cuerpo humano y su actividad en perfecta salud. Solo en el tercero o cuarto año aparecen en los programas las alteraciones de las formas y las funciones del organismo.

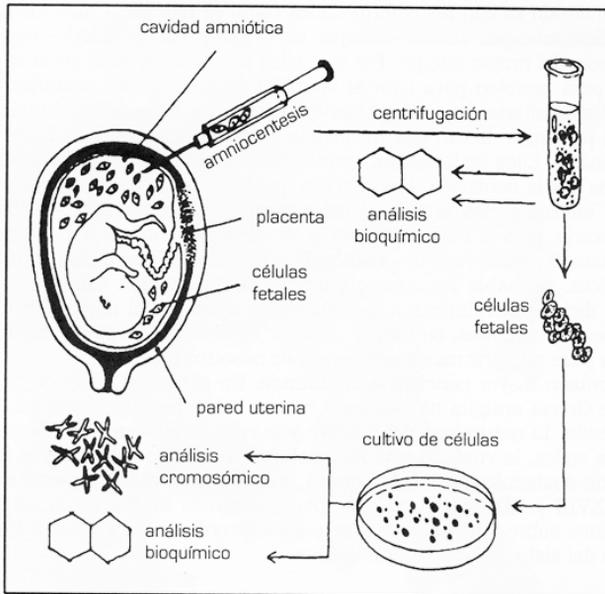


Figura 49. El desarrollo de los conocimientos técnico científicos permite hoy afrontar un parto con mucha mayor seguridad. El dibujo ilustra el diagnóstico prenatal efectuado mediante el examen del líquido amniótico y sucesivos análisis.

Pero también para cada uno de los organismos, con frecuencia es la enfermedad la que lo impulsa a mirarse hacia adentro. Los órganos sanos son silenciosos; el cuerpo eficiente emite señales que pasan inadvertidas. Dice Zeno, el protagonista de la novela de Ítalo Svevo: “La salud no se analiza a sí misma y ni siquiera se mira en el espejo; solo nosotros, los enfermos, sabemos algo de nosotros mismos”.

Y Gregorio Alvinani, en *La excluida* de Pirandello, vagando por las calles de Palermo, piensa:

¿Cuándo hablamos nosotros? ¿Cuándo reflexionamos? Solo cuando somos obligados por las causas adversas. Después, en los momentos de deleite, nuestro espíritu reposa y calla. Así, parece que el mundo estuviera lleno de males. Una breve hora de dolor nos impresiona largamente. Un día sereno pasa sin dejar rastro...

A menudo es con las enfermedades como se reflexiona más intensa y profundamente; por ellas, —siempre en el campo de la salud— se toma conciencia del propio cuerpo. Por eso, ellas son ocasión (si es posible para evitar, pero también para usar si ocurren) de información científica y de educación sanitaria. La prisa y el autoritarismo que caracterizan la relación con los pacientes, llevan con frecuencia a los médicos a desperdiciar esta oportunidad. Ellos se lamentan simultáneamente de la “escasa conciencia sanitaria” de la población. Basta ver lo que es la hoja clínica en un hospital: las informaciones provienen del enfermo y en consecuencia debieran pertenecerle, pero la hoja clínica no le es accesible. Está escrita en un lenguaje para él incomprensible, redactada a mano, con letra indescifrable, en jeroglíficos. Se habla actualmente mucho de “educación sanitaria”, pero esta se dirige generalmente a los sanos y se apoya en el miedo. Visto que todos somos enfermos, en mayor o menor medida, no se debe perder esta ocasión para adquirir mayor conciencia de nosotros mismos.

También mayor conciencia del mundo. En el campo filosófico, la cultura de Grecia antigua ha razonado mucho sobre las enfermedades, para comprender la naturaleza del hombre y la vida de la sociedad. Luego, por muchos siglos, la vuelta a una idea del mal como algo sobrenatural y punitivo ha obstaculizado esa búsqueda, que fue reanudada a partir de los siglos XVIII y XIX. En el campo social, después de las intuiciones de Hipócrates sobre las epidemias, se puede recordar a un gran científico y político del siglo pasado, Rudolf Virchow:

Las enfermedades masivas ¿no señalan acaso disfunciones de una sociedad? Uno puede culpar a las condiciones atmosféricas o cósmicas, u otras similares. Pero estas por sí solas no producen jamás epidemias. Las causan solo cuando el pueblo, por malas condiciones sociales, ha vivido por algún tiempo en condiciones anormales. Epidemias antes ignoradas aparecen y luego desaparecen sin dejar rastros cuando comienza un nuevo período cultural. Así ocurrió con la lepra, así también con el *sweat* inglés (infección epidémica caracterizada por sudoración intensa y fiebre alta que afectó a Inglaterra en los siglos XV y XVI). La historia de las epidemias artificiales es, por esto, la historia de las perturbaciones de la cultura humana. Aquellos cambios nos anuncian, con señales gigantescas, el giro de la cultura hacia nuevas direcciones. Las epidemias se asemejan a grandes

señales de advertencia en las cuales el verdadero hombre de estado puede entender que la evolución de su país ha sido perturbada hasta un punto que ni siquiera la política más miope puede ignorar.

Creatividad

Estímulo a la creatividad artística y literaria: sobre esto, los pareceres divergen al máximo, no solo en cuanto a las actitudes, sino también por las distintas experiencias vividas. En la *Encyclopédie* misma se escribía que en las enfermedades mentales hay “considerable depravación de la facultad de pensar”, pero esta a menudo “se vuelve más activa, si bien no conforme a la razón” y “se producen ideas que están en relación con las de los sueños, sin ser sueños”. Pero la ideología dominante puede impedirnos ver aquello que existe, recubierto por superestructuras culturales o sofocado por la rutina cotidiana. En su ensayo sobre Dostoievski, el francés André Gide escribe:

En el origen de cada una de las reformas morales, si indagamos bien, encontraremos siempre un pequeño misterio fisiológico, una inquietud, una insatisfacción de la carne, una anomalía. Es natural que cada gran reforma moral —aquello que Nietzsche llamaría ‘inversión de valores’— se debe a un desequilibrio fisiológico. En el bienestar, el pensamiento reposa y mientras el estado de cosas lo satisfaga, el pensamiento no se propondrá cambiarlas (en su interior). En el origen de cada reforma hay siempre un malestar [...], y no vengan a decirnos: ‘¡Qué lástima que esté enfermo!’ Si no hubiera estado enfermo, no hubiera tratado de resolver el problema que le presenta su anomalía.

Con relación a la creatividad, hay dos interpretaciones. Una es que el malestar (y aun la locura) ayuda a la expresión artística; la otra es que la creación representa una terapia que facilita la descarga de las tensiones y con ello la vuelta a la normalidad. Pero las experiencias son muy variadas. El filósofo alemán Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844-1900), por ejemplo, observaba:

Yo solo puedo pensar en escribir cuando el cielo está clarísimo y cuando mi cuerpo y mi espíritu están completamente alegres. No me fio de mis pensamientos cuando nacen de un ánimo oprimido y cuando las vísceras están alteradas y aquello que eventualmente pudiera escribir estando con dolor de cabeza será ciertamente

destruido [...] ¡Sé que debo una infinita gratitud a este estado variable de mi salud, a este frecuente restablecerse, a esta fascinante sensación de la curación! Es un estado de ánimo maravilloso, y la causa de las sensaciones más elevadas y audaces.



Figura 50. Un cuadro de H. Geoffroy, perteneciente a la serie El consultorio del Dr. Variot.

Habría que ver qué pensaba el interesado mientras sufría.

En el periodo del romanticismo, sobre todo, la relación entre el genio y la locura, entre el arte y la enfermedad, estuvo muy de moda en los personajes de óperas y novelas, y en los relatos de muchos autores. El tema dominante fue entonces la tuberculosis y a veces la sífilis. Hoy lo son las alteraciones mentales. Las citas literarias, referidas tanto al pasado como al presente, podrían llenar muchos volúmenes, pero permítasenos solamente otra: una entrevista a Hanna Schygulla, gran actriz polaca radicada en Alemania, que habla de sus relaciones con Fassbinder, el director de cine “genial y maldito”.

Schygulla: Fassbinder quería hacer un film para demostrar cómo la enfermedad de una persona puede representar también la alegría. Yo encontraba muy estimulante vivir esta oscilación entre euforia y depresión. Precisamente, el juego de la esquizofrenia.

Periodista: Parecería que quiere decirme que es usted un poco así.

Schygulla: Evidentemente sí. Hablemos claro. La esquizofrenia es también el capital con el que trabajo. Me cuido bien de hacerme curar, en caso contrario podría hacer las valijas.

Periodista: Usted ha dicho que su inseguridad la ayuda a insertarse en sus personajes.

Schygulla: Es un resorte, algo que proviene de la infancia, la necesidad de no ser definida. Prefiero tener varias personalidades.

Periodista: Usted ha dicho que además de la transformación psiquis-cuerpo, en el trabajo como actriz le interesa la fascinación de las pesadillas.

Schygulla: Sí. Este oficio puede convertirse en una pesadilla. Porque se ve cómo termina a veces: en tragedia. Todas estas personas que se mueven en el vacío, que actúan... Existe el riesgo de sentirse demasiado manipulado, en un laberinto sin salida. Donde no hay más nada verdadero o verdaderamente importante. Es peligroso *melken*, sacar demasiado de sí.

Periodista: A propósito, no me ha dicho qué nació de este antiguo trabajo con Fassbinder.

Schygulla: No salió nada. El juego duró meses, hasta devorarme; pero un buen día Fassbinder decidió mandar todo al diablo: 'Basta, no me convence, renuncio'. Me sentía horriblemente frustrada, exhausta. Hoy no haría más esas cosas. La normalidad, la salud de la mente y del espíritu me atraen más.



Figura 51. La peste en Ámsterdam, según una lámina del siglo XVII.

Solidaridad

Estímulo a estar más cerca de los otros, mejor predispuesto hacia pequeñas y grandes comunidades. La enfermedad puede llevar al aislamiento y ser un fenómeno solo destructivo; pero puede también hacer emerger afectos, sentimientos, vínculos de solidaridad entre personas próximas, lejanas o desconocidas. Ambos aspectos están ampliamente presentes en la literatura. Antes las novelas, y ahora las ciencias sociales, han iluminado estas situaciones opuestas. Se puede recordar, en *La muerte de Iván Ilich* de Tolstoi, la regresión y el encerrarse en sí mismo del enfermo:

En sus momentos de sufrimiento, lo que más deseaba hubiera sido (aunque tuviera vergüenza de confesarlo) ser tratado como un niño enfermo. Hubiera querido ser acariciado, abrazado y acunado como un niño. Sabía que con él, alto magistrado de barba gris, era cosa imposible; pero igualmente lo deseaba.



Figura 54. Un ejemplo de la inserción de niños afectados de deficiencias en las escuelas. Para que la deficiencia no se transforme, como infortunadamente suele suceder, en un instrumento de marginación, es importantísimo el comportamiento de los profesores que pueden encontrar un importante apoyo en los otros niños y compañeros de clase.

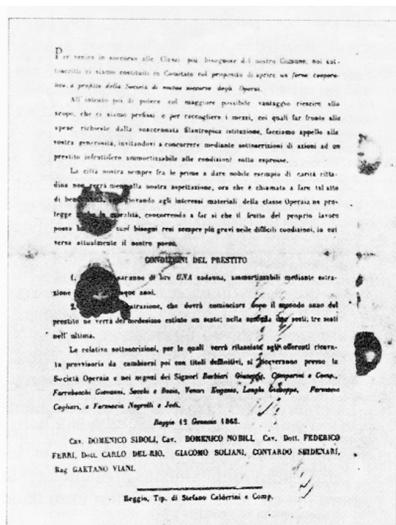


Figura 55. Un llamado de la Sociedad de Socorros Mutuos de Reggio Emilia (1868) que ilustra el desarrollo de la solidaridad en las primeras organizaciones del movimiento obrero.



Figura 56. Una atmósfera de atención y amistad en relación con los deficientes es más necesaria que los métodos técnicos y terapéuticos

Se puede citar a Zeno, que cuando está enfermo o piensa que lo está, ama más profundamente a su mujer y es más amado: “Cuánto más linda habría sido mi vida que la de los llamados sanos, aquellos que habrían podido golpear a su mujer todos los días, salvo en ciertos momentos. Yo, en cambio, estuve siempre acompañado por el amor”.

Podemos señalar que dos de las más conocidas óperas líricas italianas —*La Traviata* y *La Bohème*— extraídas ambas de relatos franceses, tienen un desarrollo análogo: en el primer acto, florece el amor. En los sucesivos nacen incomprensiones, acusaciones y se llega a la separación de los amantes; en el

último acto, la tuberculosis de Violeta y de Mimí, favorece la reconciliación. Hoy sería por cierto muy difícil volver a escribir estas óperas dramáticas con las dos protagonistas curadas por los antibióticos. Pero también la literatura del siglo XX, desde *La montaña mágica* de Mann hasta *La Ciudadela* de Cronin, de Proust a Pirandello (*El hombre de flor en la boca*), tiene a menudo a la enfermedad como hilo conductor de relatos en los cuales la desesperación y la esperanza, el aislamiento y la solidaridad, se cruzan siempre.

Así ocurre también en la realidad. La presencia de un enfermo en casa puede consolidar o disgregar la unidad familiar, cimentar o agitar una pequeña comunidad. La presencia de un niño discapacitado en la escuela puede ser blanco del rechazo de todos, puede constituir un justificativo para las disfunciones educativas diarias y puede crear un real malestar si faltan una pedagogía y una asistencia especializada, pero puede también cimentar el grupo, hacer crecer la capacidad de reconocer y aceptar a “los distintos” y ser un estímulo educativo en el campo científico y moral. Casi siempre los niños coetáneos del discapacitado, faltos de prejuicios consolidados, reaccionan mejor que los adultos en tales situaciones.

También en las grandes colectividades la asistencia recíproca tiene una larga historia que se combina con los periodos de profundización de la participación democrática. Las asociaciones de socorros mutuos estuvieron entre las primeras formas de asociación de los trabajadores, y han sido a menudo el embrión de sindicatos y partidos obreros. Aún hoy se cuentan entre las organizaciones más activas, dinámicas y desinteresadas las del voluntariado de origen laico o religioso. Las más difundidas son las de los dadores de sangre, que tienen una antigua tradición. A estas se han agregado —cuando se desarrolló la técnica de los trasplantes— la Asociación Nacional de Dadores de Órganos (ANDO), cuyos socios se comprometen a que, después de su muerte, se trasplanten partes vitales propias, como la córnea, los riñones y el corazón, si estos son órganos sanos. Diré a los lectores que yo también me he inscripto en la ANDO, mientras mis parientes hacían todas las súplicas posibles. Después de algunos meses, he tenido la sorpresa de recibir en mi casa un sobre; lo abrí y contenía un folleto titulado: *Instrucciones para cumplir en caso de muerte*. Lo he guardado proponiéndome, como estaba escrito, leerlo después del infausto acontecimiento, que lo deseo lejanísimo en el tiempo. Espero que la adhesión a la ANDO tenga el sentido de un conjuro, además del de la solidaridad. Pero sé con certeza que el adherir a la Asociación Voluntaria Italiana de Dadores de Sangre (AVIS), o el contribuir aun esporádicamente a trasplantar una parte de sí mismo a otro para devolverlo a la vida, es una experiencia útil, educativa y aun excitante.

Una de las novedades más interesantes de la democracia italiana son los *Tribunales para los derechos del enfermo*. Ellos se han difundido en muchas partes de Italia. En Toscana, por ejemplo, se recogieron más de 20.000 firmas para obtener una *Carta* en forma de ley regional, que tiende a garantizar en los hospitales “una internación humana, con todas las garantías de una asistencia moderna y eficaz”. La Carta afirma, entre otras cosas, que cada enfermo tiene su dignidad y tiene derecho a comprensión y solidaridad de parte de todos los que actúan en el sector de la asistencia sanitaria. Los derechos del enfermo deben ser antepuestos a los de las personas sanas, porque el enfermo se encuentra en estado de necesidad y tiene derecho a una asistencia global, no solo física, sino también psicológicamente correcta; la asistencia debe permitir al paciente estar consciente y ser protagonista activo de la enfermedad, y debe terminar con la reincorporación del enfermo en la sociedad.

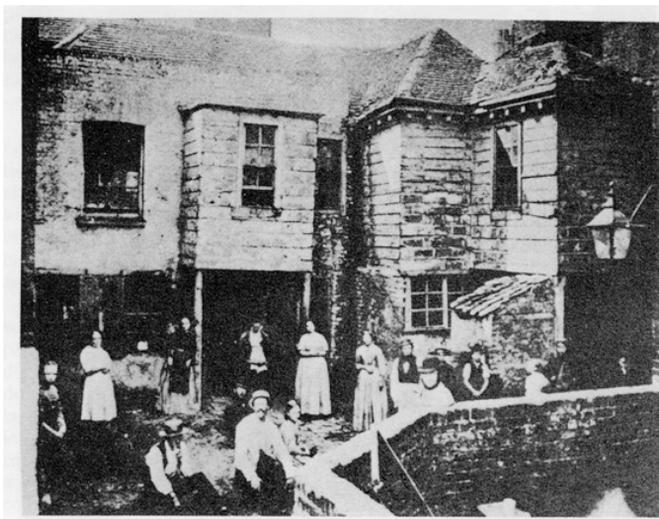


Figura 57. Londres: el miserable interior de un barrio obrero a fines del siglo pasado. La concentración en las grandes ciudades de millares de familias en paupérrimas condiciones económicas y ambientales causaba (y causa aún hoy) un significativo aumento de las infecciones y las epidemias.

Otra forma de solidaridad que se va difundiendo es la asociación de los enfermos o de sus familiares: discapacitados, enfermos mentales, miodistróficos, hemofílicos, microcitémicos, etcétera.

Aunque tales asociaciones se transforman en círculos cerrados y son aún base de operaciones equívocas (presiones para la designación de residentes

hospitalarios, acciones para obtener asistencia monetaria en vez de prevención y rehabilitación, clientelismo político), ellas representan una necesidad de tutela y de representación que no puede ser enteramente satisfecha por los servicios públicos.



Figura 58. Vietnam: en una aldea campesina, jóvenes de la escuela secundaria participan en la vacunación de las gallinas contra la peste. Es un momento de la campaña de las "tres limpiezas" durante la lucha por la independencia, que tenía por objeto mejorar la higiene nacional.

Transformaciones

Una solidaridad más vasta, estimulada por la conciencia de que las enfermedades son expresión de conflictos a resolver, puede manifestarse en la prevención y en las acciones colectivas para la salud. Esto ya ha ocurrido muy a menudo, con objetivos y resultados que van más allá del campo sanitario; la lucha por la salud ha estimulado, en consecuencia, grandes transformaciones culturales y sociales.

El saneamiento urbano que se llevó a cabo en todo el Occidente en la segunda mitad del siglo XIX, tuvo como punto de partida las grandes epidemias que en las ciudades atacaban a todas las clases sociales. Las grandes concentraciones urbanas, producto del desarrollo tumultuoso del capitalismo, eran claramente inhabitables, pero no se transformaban. Las clases burguesas obtenían ventajas de ello, y las clases pobres no estaban organizadas. En el momento en que las ciudades se convirtieron en foco de epidemias que atacaron a toda la población, como el cólera, se dio comienzo a la transformación del tejido urbano en toda Europa.

Hay ejemplos más recientes. En la mitad de nuestro siglo, el smog de Londres se acumulaba sobre los edificios, sobre las plantas, en los pulmones de la gente, sin que nadie tomara medidas; luego fue reducido y casi

eliminado, después que se verificara un verdadero estrago de ancianos atacados por bronquitis y bronconeumonía. También en las fábricas, muchas nuevas tecnologías, sustancias químicas y formas más humanas de organización del trabajo han sido introducidas como consecuencia de la acción sindical por la preservación de la salud y la seguridad.

Aun en otras condiciones históricas y geográficas, las acciones de masas para combatir las enfermedades han tenido y tienen notable influencia para aglutinar a los individuos y estimular la conciencia colectiva. Narro dos ejemplos. En Vietnam, durante las largas y duras guerras por la independencia, la población participó intensamente en las campañas contra la malaria, el tífus exantemático, la peste y las parasitosis intestinales. Puesto que estas enfermedades surgen por carencias higiénicas, se lanzaron dos movimientos paralelos: uno, llamado “las tres limpiezas”, relativo a los alimentos, al cuerpo y el vestido, y a la habitación; el otro, definido como “los cuatro exterminios”, contra las moscas, los mosquitos, las ratas y las pulgas. Toda la población tomó parte, con óptimos resultados sanitarios, pero también con consecuencias positivas sobre la calidad de vida, sobre la educación, sobre la tensión política, sobre el consenso entre ciudades y Estado.

El otro ejemplo se refiere al Brasil. Frente a graves carencias sanitarias y a la ausencia de asistencia médica, el pueblo ha comenzado a organizarse con movimientos de base coordinados desde 1978 en los “*Encontros Nacionais de Medicina Comunitaria*”. Una de las experiencias más interesantes nace de grupos católicos progresistas, que promueven la “pastoral de la salud”. La premisa es que la salud es “un don de Dios dirigido a todos”. Hay, en consecuencia, una inversión del concepto de culpa. Quien transgrede la ley divina no es el enfermo, que aun así es castigado, sino quien crea las condiciones sociales que favorecen las enfermedades. Los temas de la pastoral son, en consecuencia, la fatiga y la explotación del trabajo, la comida insuficiente, la habitación insalubre. Las formas de acción comprenden: educación sanitaria, mejoramiento ambiental, reivindicaciones sociales hacia la autoridad. En el mismo Brasil, experiencias muy positivas fueron realizadas por los sindicatos de los trabajadores, particularmente en San Pablo.

En todas estas actividades, tan diferentes por sus lugares y el tiempo, hay una base común: puesto que muchas enfermedades tienen su origen en la incongruencia de maquinarias, habitaciones, materiales, productos, costumbres y relaciones ambientales y sociales, debe convertirse en conciencia y acción común la posibilidad de partir de los fenómenos morbosos para transformar las condiciones de vida. Para ello es necesario reconocer que para combatir este tipo de enfermedades no basta una acción preventiva específica de tipo técnico (como las vacunaciones), sino que es necesario cambiar

profundamente los modos de vivir, de producir y de relacionarse entre los hombres. Es precisamente para mejorar la salud que no se puede aceptar pasivamente una realidad que genera enfermedad. La definición de salud puesta al día en 1957 por la OMS, como “capacidad para el desempeño de las funciones adecuadas, con relación a las condiciones ambientales y genéticas dadas” es, en consecuencia, conservadora, estática y paralizante. Las condiciones, si son entre sí incompatibles, pueden ser cambiadas; y es necesario reaccionar y luchar como individuos y como agregación de individuos.

Este movimiento colectivo por la salud puede ser uno de los estímulos más fuertes para el cambio de aquellos factores que son no solo morbígenos, sino también alienantes u obstaculizantes del desarrollo de la sociedad. También la relación hombre-naturaleza, que a menudo se ha deteriorado sin que se proveyese protección al ambiente, ha irrumpido llamando la atención cuando han comenzado a manifestarse vastos fenómenos destructivos: desaparición de especies, mortandad de animales salvajes y epidemias debidas a la contaminación. Entonces la sensibilidad ha crecido y se ha empezado a pensar que la solidaridad debe ir más allá que entre los hombres y que debe existir entre todos los seres vivos, y entre estos y el ambiente físico-químico que se ha formado en la evolución de nuestro planeta. El placer y el dolor distinguen quizás a los hombres de los autómatas; pero pertenecen —ahora somos conscientes de ello— a los fenómenos naturales en los que existe vida.

¿La enfermedad es, en consecuencia, un estímulo? Por cierto. Sobre la base del antiguo dicho, reverdecido por la experiencia histórica, de que “del mal puede nacer el bien”.



Capítulo 7

Perspectivas para la salud

Es tan impensable un futuro sin enfermedades, como una vida sin evolución o una sociedad sin contrastes. Aparecen siempre, en la historia, nuevos fenómenos patológicos. Cada cambio, aun los más positivos, comprende riesgos propios, porque cada “factor de existencia” puede también volverse “factor patológico”. Cada fuente de vida puede transformarse en causa de daño, si actúa de manera exasperada o incontrolada.

Las enfermedades no son necesariamente “contra natura”; son, como escribía en el Siglo de las Luces *l'Encyclopédie*, “un estado intermedio entre la vida y la muerte”. Nos pueden conducir al deceso, a la curación, pero también a nuevas adaptaciones que no siempre son menos felices.

¿Resignarnos entonces? Todo lo contrario. Muchos males son evitables, otros curables, otros atenuables. La salud misma debiera ser una conquista continua y progresiva; existe un “nivel histórico de salud”, que los hombres se proponen continuamente acrecentar. Las enfermedades no desaparecerán; pero a diferencia del pasado, hoy se puede reducir su número y su gravedad, tanto por el proceso clínico de los particulares casos morbosos como por las consecuencias sociales para los individuos afectados.

A partir de las cinco palabras-símbolo que hemos usado como títulos de nuestros capítulos anteriores, se pueden definir algunas líneas de acción. ¿El *sufrimiento*? Reducirlo con cuidados apropiados. ¿La *diversidad*? Evitar que sea calificada como desviación y que produzca marginación. ¿El *peligro*? Distinguir el riesgo verdadero del falso, combatir la enfermedad y no al enfermo. ¿La *señal*? Amplificarla e interpretarla sin prejuicios. ¿El *estímulo*? Dirigirlo hacia el conocimiento, la solidaridad, la prevención, la transformación.

Estos pasos, que a veces son verdaderas inversiones de valores y acciones, necesitan coraje y tiempo para realizarse, pero son dignos del compromiso personal y colectivo.

¿Cuántos otros objetos son hoy posibles? Anoto tres: erradicación, previsión y prevención, y una mejor salud para todos.

Erradicación

Se puede no solo circunscribir, sino también erradicar para siempre algunas enfermedades que durante milenios (¿o millones de años?) han afligido a la humanidad. Se pueden arrancar de sus raíces, de manera que no prendan más; ya ha ocurrido con la viruela. Puede hacerse lo mismo con aquellas enfermedades infecciosas que no tengan viveros naturales, que no dependan de agentes patógenos transmisibles del hombre a los animales salvajes y viceversa. Se puede erradicar la malaria, puesto que las especies del protozoo *plasmodium* que atacan al *Homo sapiens* son diferentes de aquellas que atacan a los monos y a los pájaros: interrumpir el circuito y la transmisión de hombre a hombre, y bloquear hasta eliminarlas a aquellas especies de protozoos, significaría extirpar para siempre la enfermedad. Sin embargo, la malaria humana está aún difundida en tres continentes, con centenares de millones de nuevos casos por año.

La erradicación, por otra parte, es posible para las enfermedades que tienen origen en sustancias químicas producidas artificialmente, y que podrían ser sustituidas por otras sustancias, igualmente útiles para la economía, pero inocuas para la salud.

Se puede pensar, en cambio, en una fuerte atenuación pero no en una total erradicación, para las enfermedades producidas por materias existentes en la naturaleza, o por virus, bacterias y parásitos que atacan, no solo al hombre, sino también a animales salvajes: estos son “viveros naturales”, desde los cuales, de tanto en tanto, la infección puede llegar a los hombres. Son así la rabia y la peste: la primera a partir de los zorros, la segunda a partir de los roedores salvajes, pueden llegar de vez en cuando a atacar a nuestra especie.

La posibilidad de erradicación de las enfermedades ha pesado mucho sobre las vicisitudes humanas. Su peso histórico se nota claramente si reflexionamos sobre el pasado. Pensemos en los desbarajustes que en la antigüedad provocaban las grandes epidemias. Muchos de estos desastres no han sido siquiera contados: nadie sobrevivió para hacerlo. Cuando tenemos testimonios, podemos medirlos en su dimensión. El historiador griego Tucídides cuenta, por ejemplo, la peste de Atenas, ocurrida durante la guerra del Peloponeso (431-404 a. C.). Fiebres altísimas, luego exantemas, úlceras en todo el cuerpo, y muerte o curación con inmunidad. Por los síntomas y por la procedencia (de Etiopía, a través de Egipto) se puede pensar que haya sido una epidemia semejante a la viruela. Además del estrago de vidas humanas, Tucídides destaca la conmoción moral producida por el mal:

Los hombres morían como moscas. Los cuerpos de los moribundos eran amontonados los unos sobre los otros. Se veían seres agonizantes vagar por las calles o reunirse, anhelantes de agua, alrededor de las fuentes. Los templos en los que se cobijaban estaban llenos de cadáveres de la multitud que había muerto.

A veces, los hombres estaban tan golpeados por su desgracia, que descuidaban celebrar las pompas fúnebres. Todos los rituales funerarios habían caído en el desorden: se sepultaban a los muertos como mejor se podía. Algunos, que ya habían tenido en su familia tantos muertos que no podían sostener el costo de ulteriores sepulturas, recurrían a los expedientes más desvergonzados. Llegaban antes a una hoguera preparada por otros, echaban encima a sus muertos y prendían fuego a la leña; o bien si un fuego ardía ya, echaban los cadáveres de sus parientes sobre los otros cadáveres y desaparecían.

Ningún temor a las leyes divinas o humanas los inducía ya a controlarse. No se preocupaban más por lo que concierne a los dioses, ni por la veneración que a ellos se debe: se veía, en efecto, que buenos y malos morían de la misma manera. No se tenía temor de ser llamados a rendir cuenta de las ofensas a la ley humana, ya que nadie esperaba sobrevivir tanto. Cada uno sentía que pesaba sobre él una sentencia mucho más grave, y antes que ella fuera ejecutada, quería aún disfrutar de algún goce en la vida.



Figura 59. Otro testimonio del flagelo de la peste en el siglo XVI, según la imaginación visionaria del pintor flamenco Brueghel, La pintura y la literatura de Europa son ricas en ejemplos de las perturbaciones que las epidemias causaban.

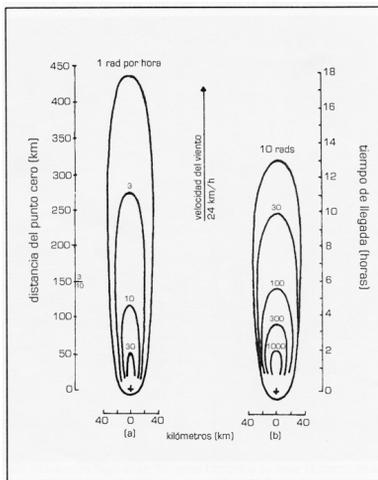


Figura 60. La figura muestra los diversos perfiles para el fallout de una bomba de dos megatones con el 50% de fisión a 18 horas de la explosión y con un viento que sopla a la velocidad de 24 km/h. La radioactividad, como se ve, se expande de modo tal que las líneas que ligan todos los puntos con la misma tasa de radiación asumen la forma de un cigarro. El perfil a) muestra la cantidad de absorción en un tiempo dado (en este caso una hora); el perfil b) la absorción total que resulta de la acumulación de las radiaciones en el tiempo (Fuente: R. Adams y S. Cullen, 1981. *The Final Epidemia*. Chicago).

Hoy se habla de epidemia atómica o de epidemia final, para indicar los espantosos efectos de una explosión nuclear en el género humano. La ciencia puede proporcionar previsiones precisas sobre la velocidad, la extensión y la cantidad de radiaciones absorbidas. Pero las previsiones no pueden tener un fin en sí mismas; deben al contrario ser un elemento que ayude a evitar cualquier peligro de “epidemia final”, en una palabra, en la lucha por la paz.

Es probable que, dentro de doscientos o dentro de dos mil años, alguien lea con tanta angustia y con mayor desdén la descripción de las epidemias que nos golpean ahora: desde las toxicodependencias hasta los accidentes de trabajo y callejeros, desde las enfermedades cardiovasculares hasta los tumores. Digo que con mayor desdén porque la peste de Atenas era causada por un virus, aunque la difusión de este estuviera estimulado por la guerra, mientras que ciertas pestes modernas son causadas y difundidas directamente por los hombres.

Prever y prevenir

Hablamos, en consecuencia, de otra meta. Existe hoy, a diferencia del pasado, la posibilidad de *previsión* y de *prevención* de las enfermedades.

Casi siempre ha sido este el ciclo de la difusión colectiva de un morbo: en el comienzo la explosión y la multitud de víctimas por enfermedades que se volvieron epidémicas como consecuencia del trabajo o de las costumbres, o como consecuencia de sacudones político-sociales; luego, el reconocimiento

del fenómeno y de sus causas; finalmente, la intervención con atenuación o desaparición del mal. Ahora se puede, en cambio, basándose en la experiencia adquirida, y también en nuevas ciencias complejas (epidemiología, teoría de los sistemas, uso de las calculadoras, simulación, capacidad de programar), evaluar a priori las consecuencias sanitarias de cada cambio, y orientar en consecuencia la tecnología, la residencia, el tiempo libre, la nutrición, la instrucción, en función de la salud. Desgraciadamente, el valor de la salud está subordinado muy a menudo a otras exigencias, en los intereses dominantes, y por ello se repite inexorablemente el ciclo: daño, reconocimiento, intervención. Un solo ejemplo: se está difundiendo una compleja patología ocular y mental, con el uso de los videoterminales, porque en el proyecto de estas máquinas tan perfectas se ha tenido poco en cuenta a los hombres y mujeres que debían usarlas. Se ha creado así probablemente una nueva enfermedad que pudo haber sido prevista y evitada, sin por ello renunciar al progreso.

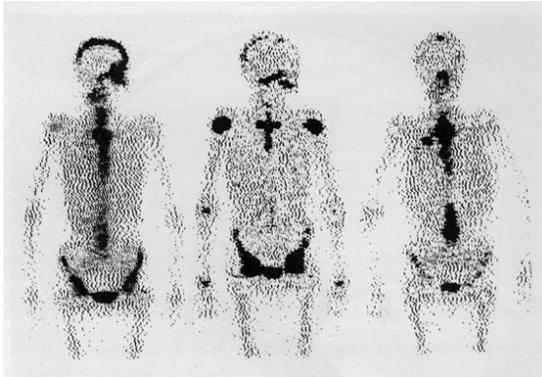


Figura 61. Las nuevas tecnologías ponen a disposición de los equipos médicos instrumentos de diagnóstico cada vez más perfeccionados. Aquí vemos un centellograma de cabeza y del tórax.

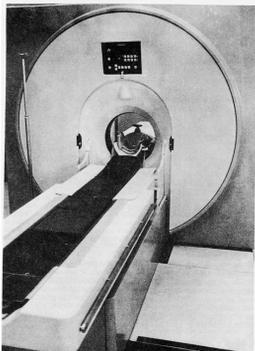


Figura 62. Un aparato que permite exámenes completos del estado del organismo o de sus partes a través de radiografías computarizadas (rac).

Es necesario insistir en la posibilidad de prever las consecuencias sanitarias de cada cambio: esto es absolutamente realista, y puede lograrse en gran medida por las transformaciones tecnológicas, y en grado menor por las psicológicas y sociales. Pero el verdadero vacío por llenar está entre las previsiones posibles, que son notables, y las medidas de previsión realmente adoptadas, que son insuficientes, para intervenir siempre a tiempo.

Es siempre riesgoso parangonar la medicina con la política. Precisamente porque existen estrechas conexiones entre los dos campos, es necesario mantener la distinción para ver más claramente las relaciones recíprocas. Pero el parangón entre política y medicina se ha hecho a menudo. Puede ser útil recordar al efecto la comparación realizada por Nicolás Maquiavelo, seguramente experto en política y en historia, entre la manera de gobernar a los pueblos que empleaban los antiguos romanos, y la manera según la cual los médicos (que él llama *fisici* —físicos— según la palabra medieval, que ha quedado en el inglés *physician*) debieran actuar respecto del enfermo *ético* (es decir, tuberculoso). Dice Maquiavelo:

Porque los romanos hicieron en estos casos lo que todos los príncipes sabios deben hacer: los cuales no solo deben guardarse de los males presentes, sino también de los futuros, y ellos obviar con su accionar; porque previniéndose a tiempo se puede remediar fácilmente, mientras que esperando que llegue el reconocimiento, la medicina no llega a tiempo porque el mal se ha vuelto incurable. Y se desprende de eso, como dicen los médicos de la tuberculosis, que en el principio su mal es fácil de curar y difícil de reconocer, pero que con el pasar del tiempo, no habiéndolo al comienzo ni reconocido ni medicado, se vuelve fácil de conocer y difícil de curar. Así ocurre con los problemas del Estado: reconociéndolos en seguida (lo que no le es posible sino a un hombre prudente), los males que nacen se curan pronto; mientras que, si por no haberlos reconocido se los deja crecer de manera que cualquiera los reconozca, no hay más remedio.

Inmunidad biológica e inmunidad cultural

Hoy se podrían organizar defensas eficaces contra las “tuberculosis modernas”; pero habría que promover conscientemente algo parecido a las inmunidades que los primeros seres vivos y luego el género humano han

desarrollado con su evolución natural. La inmunidad es, históricamente, la capacidad de seleccionar, entre los varios componentes del ambiente exterior, aquellos que pueden ser dañosos, para neutralizarlos o rechazarlos.

Cuando las macromoléculas comenzaron a aglutinarse y a delimitarse, para poder reproducirse, tuvieron necesidad absoluta de reconocer e individualizar aquellos factores del ambiente exterior que podían interferir negativamente en la vida de los primeros agregados biológicos de los que luego derivarían todos los seres vivos.

Nosotros tenemos, en consecuencia, poderes inmunológicos típicos de nuestra especie; es decir defensas personales que son fruto de la evolución. Tienen una gran importancia porque permiten distinguir el individuo y la especie, garantizando la continuidad biológica; y seleccionar y rechazar los factores nocivos que provienen del ambiente natural. Esta inmunidad puede ser transmitida a la descendencia, puede ser adquirida por vía natural y puede ser construida o robustecida mediante sueros y vacunas. Tenemos, en consecuencia, una capacidad de prevención individual en relación con los fenómenos naturales que pueden dañarnos.

Pero esta no vale cuando nosotros mismos, la sociedad humana, o las actividades productivas, son las que incluyen en el ambiente externo factores que no son naturales y que pueden ser nocivos. La evolución de la especie humana ya no es solamente biológica, sino también social y cultural. De la misma manera, nosotros debemos pasar del desarrollo de poderes inmunitarios biológicos, que surgieron espontáneamente en nuestro organismo, a la identificación y el potenciamiento de los poderes inmunitarios colectivos, de tipo social y cultural. Estos no nacen por vías naturales, y no obstante son hoy particularmente necesarios. Debemos pasar de un mecanismo evolutivo que se formó mediante adaptaciones biológicas de tipo selectivo, a un mecanismo evolutivo que pasa por una adaptación preventiva, y en consecuencia por la modificación consciente de la organización sanitaria y social. A esto tiende la formación de una conciencia sanitaria colectiva, y la reforma de la organización sanitaria tiene también este objetivo. Es esta la razón fundamental del paso, ocurrido en Italia, de la mutualidad al servicio sanitario nacional: unificar fuerzas, asociar la curación a la prevención, estimular la participación de los ciudadanos en la protección de la salud. Por encima de los obstáculos puestos a la reforma sanitaria, estos objetivos tienen dimensión histórica, justifican los cambios ocurridos y deben ser salvaguardados y activados.

¿Salud para todos?

Junto a la erradicación ya la prevención, existe una tercera meta posible: nuevos descubrimientos y medidas prácticas para asegurar a todos una salud mejor. En este siglo, la ciencia y sus aplicaciones han modificado profundamente la salud, la vida y los pensamientos de los hombres. ¿Cuáles serán los desarrollos futuros? Algunas hipótesis sobre la medicina del siglo XXI son más alucinantes que fascinantes. Veamos, por ejemplo, las anotadas en 1976 por J. Maxmen:

Clonaje (repetición) de un hombre: 1995

Trasplante de cerebros: 1995

Gravidez en un “seno artificial”: 2015

Manipulación genética del embrión en el útero: 2020

Suspensión de la vida por periodos predeterminados: 2040

Control del envejecimiento e iniciación de la “inmortalidad humana”: 2050

Otras previsiones, como las del *Libro blanco* japonés, elaborado por la Agencia para la Ciencia y la Tecnología, tienen más interés para la salud. Transcribo las principales, con el “plazo de vencimiento”:

Refuerzo del arsenal terapéutico antitumoral con rayos de partículas pesadas, tratamientos a alta temperatura y rayos láser: 1994

Fármacos para reforzar las defensas inmunitarias: 1995

Progresos en la cirugía cardíaca: 1996

Fármacos para curar las enfermedades de virus: 1999

Puesta a punto de una quimioterapia para el cáncer de estómago y de los pulmones: 1999

Prevención de la propagación del cáncer, a nivel de investigación fundamental: 1999

Prevención del cáncer gracias a la comprensión de los mecanismos celulares: 2001

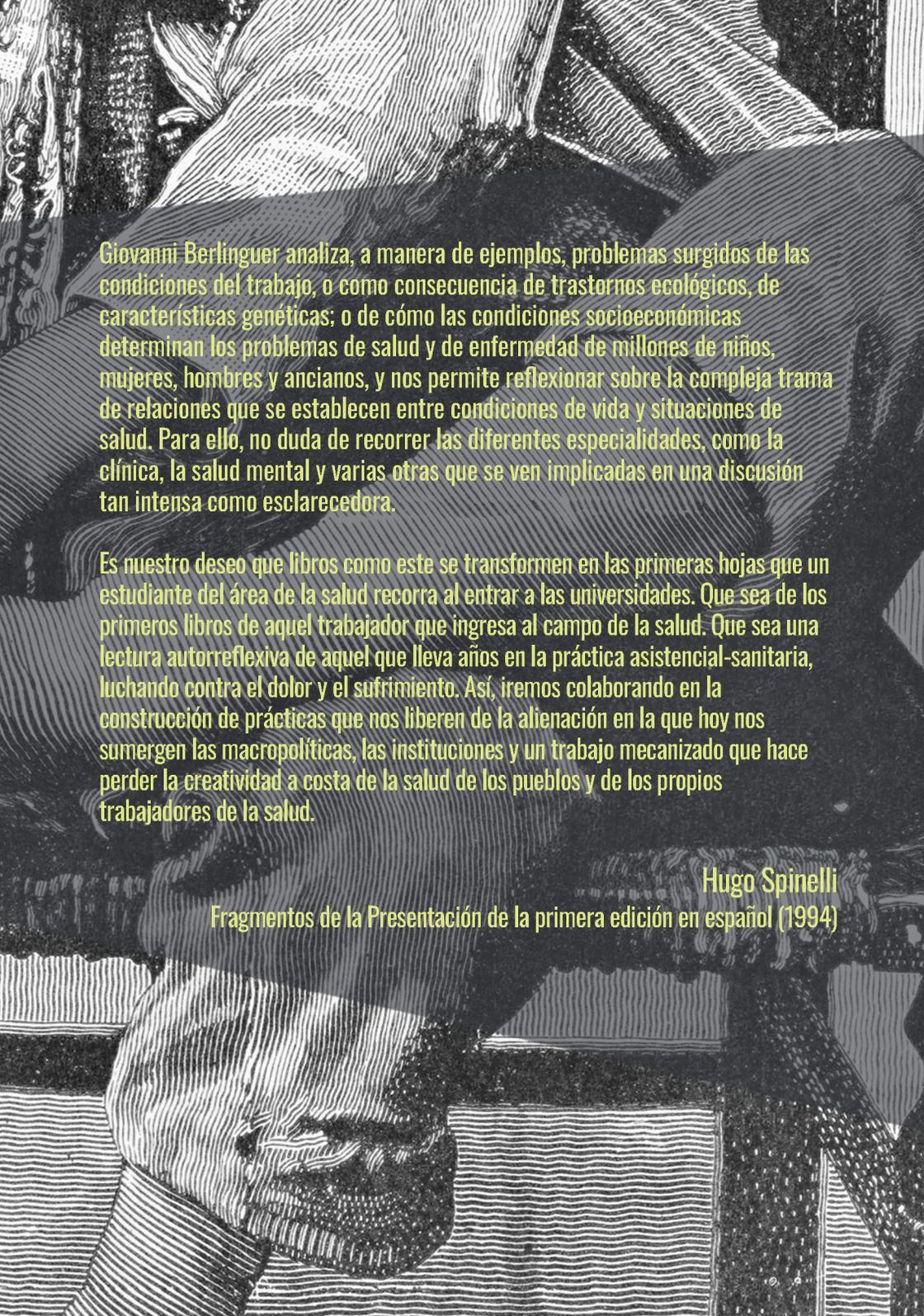
Remedio contra la arterioesclerosis: 2001

Prevención de la propagación del cáncer a nivel de investigación aplicada: 2003

Biología molecular para el tratamiento de las células tumorales: 2004

Descubrimientos e invenciones ciertamente útiles. Sin embargo, todas tendientes a confiar la salud a las más refinadas tecnologías, más que al concreto y cotidiano mejoramiento de las condiciones de vida; todas están basadas en la hipótesis de que la prevención y la cura sean siempre deber exclusivo de los especialistas. Los ejemplos de los tumores y de las enfermedades cardiovasculares, que son el eje de las previsiones japonesas con fechas más bien lejanas, deben hacernos recordar que *ya ahora* se podría evitar a menudo el tener que recurrir a un “arsenal terapéutico antitumoral” o a “progresos en la cirugía cardíaca”, usando en cambio las medidas de prevención ya conocidas y posibles; y también otros conocimientos a elaborar y difundir no solo dentro de los laboratorios especializados, sino también en el accionar sanitario capilar realizado con la participación de todos. Las orientaciones aquí anotadas parecen todas referidas a los países y las clases más ricos, y olvidan los pueblos y clases que necesitan factores de salubridad más elementales: alimento, agua limpia, habitación higiénica, trabajo, instrucción, vacunación, asistencia sanitaria básica. Tratemos de hacer nosotros un calendario posible que tenga en cuenta las necesidades más inmediatas y las exigencias que más interesan a las grandes masas de individuos. En este calendario nuestro aparecerán objetivos que tienen, quizá, menos que ver con “arsenales terapéuticos”, y seguramente más con “graneros a los pueblos”.

Con mucho realismo la OMS ha señalado que “centenares de millones de personas viven en un estado de salud inaceptable” y ha lanzado un plan que puede parecer utópico, pero capaz de despertar conciencias y estimular a los Estados, con el título de “Salud para todos en el año 2000”.



Giovanni Berlinguer analiza, a manera de ejemplos, problemas surgidos de las condiciones del trabajo, o como consecuencia de trastornos ecológicos, de características genéticas; o de cómo las condiciones socioeconómicas determinan los problemas de salud y de enfermedad de millones de niños, mujeres, hombres y ancianos, y nos permite reflexionar sobre la compleja trama de relaciones que se establecen entre condiciones de vida y situaciones de salud. Para ello, no duda de recorrer las diferentes especialidades, como la clínica, la salud mental y varias otras que se ven implicadas en una discusión tan intensa como esclarecedora.

Es nuestro deseo que libros como este se transformen en las primeras hojas que un estudiante del área de la salud recorra al entrar a las universidades. Que sea de los primeros libros de aquel trabajador que ingresa al campo de la salud. Que sea una lectura autorreflexiva de aquel que lleva años en la práctica asistencial-sanitaria, luchando contra el dolor y el sufrimiento. Así, iremos colaborando en la construcción de prácticas que nos liberen de la alienación en la que hoy nos sumergen las macropolíticas, las instituciones y un trabajo mecanizado que hace perder la creatividad a costa de la salud de los pueblos y de los propios trabajadores de la salud.

Hugo Spinelli

Fragmentos de la Presentación de la primera edición en español (1994)