

Violencia Médica

LUIS CARLOS RESTREPO *

EL TÉRMINO NOS EVOCA de manera inmediata la agresión física, casi siempre intencional, que busca acabar con una vida humana. Por definición, una actividad como la medicina, que se declara portadora de intereses altruistas, quedaría por fuera de la esfera de la violencia, a no ser que se tratara de señalar la existencia de algunas excepciones que corresponderían a profesionales cuya conducta los colocaría en el campo de lo delictivo. Podríamos decir, incluso, que estas ovejas negras --que no faltan en ninguna profesión-- nada tienen que ver con el espíritu de beneficio común que debe alentar a la práctica médica. Ellos no serían otra cosa que la excepción que confirma la bondad de la regla.

Pero no es de esta violencia ni de estos médicos delincuentes de quienes queremos hablar hoy. No se trata de tematizar las violencias explícitas --ésas que llenan los titulares de los vespertinos sensacionalistas-- , sino esa amplia gama de violencias implícitas, silenciosas, muchas de ellas sin sangre, que se anidan en la dinámica propia de las instituciones, manifestándose en los más diversos espacios de la vida cotidiana. Si entendemos por violencia toda acción tendente a impedir la emergencia de la singularidad humana o lograr su aniquilación física, tendremos que reconocer que son muchas las facetas de este doloroso fenómeno social, del que no escapa, por supuesto, la institución médica. Al interior de la medicina, se anida de manera muy especial esa violencia que Alice Miller, en un giro magistral, denominó la "violencia por tu propio bien".

En su famoso libro *Némesis Médica*, Iván Illich, llamó la atención hace ya algunos lustros, sobre la expropiación de la salud por parte de los médicos, quienes usan su poder para quitar a los ciudadanos la capacidad de autodeterminar sus vidas en un campo tan importante como el atinente al dolor, el nacimiento, la enfermedad, y la muerte. El llamado, por Michael Foucault, "biopoder", tiene su origen en la revolución capitalista que se gestó en Europa durante los siglos XVII y XVIII, que culminó con la formación de la famosa "policía médica", especie de contingente de fiscales que estaban capacitados para vigilar la intimidad de las personas siempre que así lo requiera el bien común. El biopoder está centrado en el cuerpo como máquina, en su disciplina, en la optimización de sus actitudes, la extorsión de sus fuerzas, así como en el crecimiento paralelo de su utilidad y docilidad.

La policía médica, origen de las actuales políticas de salud pública, actuaba por delegación directa del rey, soberano del Estado absoluto que estaba en pleno derecho de descentralizar bajo su mirada todo aquello que sucediera en el reino. Una vez caídas las monarquías y como efecto de la revolución francesa, el médico occidental heredaría esta atribución real de fisgonear las vidas ajenas al igual que recaerá en gran parte sobre sus hombros funciones que antaño correspondían a las comunidades religiosas, a los sacerdotes. Durante el siglo XX, el biopoder concentrado en manos de los médicos y funcionarios estatales de salud, crecerá en proporciones nunca antes imaginadas. Desde la perspectiva gnoseológica, el biopoder aparece articulado a un saber técnico sobre el cuerpo que conceptualiza al ser humano desde la rejilla significativa del cadáver disecado. Bajo la mirada anátomo-patológica, el enfermo pierde su singularidad, siendo medido desde patrones estandarizados donde lo importante es el manejo masivo de cuerpos al interior de la institución hospitalaria.

Cuando apenas empezaba a consolidarse la gran revolución científica que con Bichat y la escuela francesa, cambió por completo la visión que en Occidente se tenía de la enfermedad, un costoso error histórico vino a mostrar los peligros que encerraba este biopoder concentrado en manos de los médicos al interior de los grandes hospitales europeos. Se trata de la patética historia de Semmelweis y los estragos de la fiebre puerperal. La fiebre puerperal, azote de la maternidad, diezmaba las salas con regularidad aterradora, atacando en algunos casos de manera simultánea a todas las mujeres de una hilera de camas de los grandes pabellones. La lúgubre fatalidad imperaba en los hospitales de París, Londres, Milán y Viena. Los más famosos obstetras de la época habían aprendido a convivir con la detestable, pero tan corriente fiebre de las parturientas: En la sombra, habían pactado con la muerte. Había incluso quienes, sin confesárselo demasiado, la consideraban como una especie de doloroso tributo que frecuentemente tenían que pagar las mujeres del pueblo a su entrada en la maternidad. No

* Luis Carlos Restrepo. Médico de la Universidad Nacional de Colombia; especialista en psiquiatría y magister en filosofía de la Universidad Javeriana. Profesor de semiología de la salud en programas de pregrado y posgrado de la Universidad Javeriana. Autor de los libros *Libertad y locura* (1983), *La trampa de la razón* (1986), *El derecho a la ternura* (1994) y coautor de *Semiología de las prácticas de salud* (1996), del que forma parte este artículo (pp. 217-229). En la actualidad es consultor nacional e internacional en proyectos de psiquiatría social y comunitaria.

pocas veces se habían nombrado comisiones que reunían a sabios responsables, siendo sus esfuerzos al final, como de costumbre, completamente inútiles. Tal sucedió con la que investigó la recrudescencia de la fiebre puerperal en 1842 entre las pacientes del Hospital General de Viena, cuando el 27% de las embarazadas sucumbieron en agosto, el 20% en octubre, y cuando, incluso, se alcanzó una media de 33 muertos por cada 100 alumbramientos en el mes de diciembre. Después de sutiles conciertos y sinfonías verbales, se volvía a la grey oficial, como si la enfermedad, por fuerza, hubiera de pertenecer al orden de las catástrofes cósmicas, inevitables.

Muchas otras comisiones se habían desfondado ante este mismo y eterno problema. La convocada por Luis XVI durante la epidemia de fiebre puerperal de 1774 que diezmó al Hotel Dieu de París, concluyó que la causa se encontraba en la leche y el Colegio de Médicos de París logró que se propusiese al rey, como remedio contra la epidemia, la clausura de todas las maternidades así como el destierro de las nodrizas. Alrededor de la fiebre puerperal todo era incoherente y contradictorio. Ni uno solo de los remedios eventuales de las Comisiones Imperiales de Viena, o de las de París, y cuya aplicación se intentaba, había dado resultados. Frente al terrible flagelo no parecía existir ni un resquicio de esperanza.

El 27 de febrero de 1846 es nombrado como profesor ayudante en la Primer Clínica Obstétrica de Viena, Felipe Ignacio Semmelweis, médico nacido en Budapest, en el hogar de un tendero de comestibles, el 18 de julio de 1818. Mientras se suceden en cascadas las tentativas para controlar la enfermedad --cuyo recuento no deja de producir en el lector contemporáneo una mezcla de asombro y furor--, Semmelweis observa que las mujeres que, cogidas por sorpresa, parían en la calle y sólo después llegaban a la sala del hospital, casi siempre se salvaban, incluso en las llamadas épocas de epidemias. Por esta razón, dichas mujeres quedan por fuera de los controles de toxicología que de manera rutinaria hacen médicos y practicantes. Relaciona entonces la presencia de la enfermedad con las visitas que día a día, temprano en la mañana, realizan estudiantes y profesores a la sala de necropsias luego de las cuales pasan directamente a la clínica obstétrica, donde examinan sistemáticamente a parturientas y puérperas.

Sin tener todavía muy claro el por qué, decide obligar a los estudiantes a lavarse las manos antes de que se acerquen a las embarazadas. La medida, no cuadró por completo dentro del espíritu científico de la época. Faltan todavía 20 años para que Pasteur demuestre que las infecciones son causadas por microorganismos que se diseminan víctima a víctima, y otros tantos para que Lister abogue por la antisepsia con la aplicación rutinaria de ácido fénico. Semmelweis, sin embargo, decide instalar lavados en las puertas de las clínicas y da orden a los estudiantes de limpiarse cuidadosamente las manos antes de cualquier reconocimiento o maniobra a una parturienta. Al día siguiente 20 de octubre de 1846, Semmelweis es brutalmente destituido.

"Los dedos de los estudiantes --escribirá entonces el pionero--, contaminados durante recientes disecciones, son los que conducen las fatales partículas cadavéricas a los órganos genitales de las mujeres encinta y, sobre todo, al nivel del cuello uterino". Como estas ínfimas partículas cadavéricas --cuyo simple contacto suponía Semmelweis bastaba totalmente para provocar la infección puerperal-- eran imponderables, sólo era posible reconocerlas por el olor. El "veneno cadavérico" se transmitía por las manos sin lavar. "Desodorar las manos --decidió--, todo el problema radica en eso". Meses más tarde, Semmelweis logra reintegrarse a la planta hospitalaria, permitiéndosele finalmente poner en práctica la técnica de desodorización. En el mes que siguió a la aplicación de esta medida, la mortalidad descendió al 2,38%. Decidió entonces convertir la práctica de lavado en una rutina aplicable a todo el personal, hubiese o no disecado cadáveres. Los resultados no se hicieron esperar. En las semanas siguientes, la mortalidad por fiebre puerperal se hace casi nula, descendiendo por primera vez en la historia a la cifra de 0,23%. La suerte, aunque parezca increíble, no acompañó en esta ocasión a Semmelweis. Por extraño que parezca, la mayoría de sus colegas, se mostraron adversarios al nuevo método. La inercia triunfa en toda Europa: Los médicos miran displicentes la verdad que se les presenta. En medio de la incompreensión colectiva, Hebrá, uno de los pocos colegas que lo acompañó, escribe: "Cuando se haga la historia de los errores humanos, se encontrarán difícilmente ejemplos de esta clase y provocará asombro que hombres tan competentes, tan especializados, pudiesen, en su propia ciencia, ser tan ciegos y tan estúpidos". Bajo múltiples presiones, el médico húngaro será por segunda vez destituido el 20 de marzo de 1849. Veinticinco años más tarde morirá loco y solitario sin que su labor haya sido reconocida. Después de su muerte, debieron pasar todavía cuarenta años para que las puertas que con tanta insistencia tocó, se abrieran, y su memoria fuera reivindicada.

El caso Semmelweis, revela dos grandes fuentes de violencia en la institución médica, que aún hoy siguen causando silenciosos estragos. Por un lado, el manejo masivo de los cuerpos propio de los hospitales y el trabajo asistencial intenso y, por otro, el dogmatismo, que con tanta frecuencia se anida en la práctica galénica. Esta historia, revela igualmente una faceta bastante conflictiva de la medicina institucional, cual es la de la enfermedad yatrogénica, o sea, aquella causada directa o indirectamente por la intervención médica. En Estados Unidos se ha calculado que el 7% de los pacientes que entran en contacto con la institución médica sufren lesiones susceptibles de indemnización. Un estudio famoso, realizado por una subcomisión del Congreso Norteamericano sobre la práctica médica en 1974, reveló que sólo en ese año se realizaron dos millones y medio de operaciones innecesarias, causando 11.900 muertes perfectamente evitables, con un gasto inútil de cuatro mil millones de dólares. Más aún, la frecuencia de accidentes reportados en los hospitales es mayor que en cualquier industria, excepto las minas y la construcción de edificios, mostrándose los hospitales universitarios más patógenos e yatrogénicos que otras instituciones de salud. Uno de cada cinco pacientes internados para estudio en una institución de alta tecnología adquiere una enfermedad yatrogénica, muchas veces como complicación de los mismos procesos diagnósticos. Los hospitales, al funcionar como unidades cerradas que manejan una información inac-

cesible para el lego, dificultan cualquier proceso crítico, opacando los problemas yatrogénicos que se causan simplemente por la aplicación rutinaria de tratamientos ortodoxos y profesionalmente recomendados.

A la yatrogénesis clínica hay que agregar lo que algunos autores han denominado la yatrogénesis social. Ésta se produce cuando la burocracia médica crea --como dice Illich-- una salud enferma, aumentando las tensiones, multiplicando la dependencia inhabilitante, generando nuevas y dolorosas necesidades, disminuyendo los niveles de tolerancia al malestar y al dolor, reduciendo el trato que la gente acostumbra conceder al que sufre y aboliendo el derecho al cuidado de sí mismo. "La yatrogénesis social está presente cuando el cuidado de la salud se convierte en un ítem estandarizado, en un artículo de consumo; cuando todo sufrimiento se hospitaliza y los hogares se vuelven inhóspitos, la enfermedad y la muerte; cuando el lenguaje con el que la gente podía dar expresión a sus cuerpos se convierte en un galimatías burocrático; cuando sufrir, dolerse y sanar fuera del papel de paciente se etiquetan como una forma de desviación". El ciudadano corriente se vuelve impotente para enfrentarse con el medio, a no ser que cuente con la asesoría médica y tecnológica mirándose como criminales a los autodidactas que, por fuera de la institución, promueven la automedicación o el cuidado mutuo.

La expropiación de la salud puede convertirse a su vez en causa de enfermedad. Estamos lejos de aquella época en que Tiberio, el Emperador Romano consideraba que todo el que consultaba al médico después de los treinta años era un tonto por ser incapaz de regular su vida sin ayuda externa. En las últimas generaciones, al contrario, la sociedad ha transferido a los médicos el derecho exclusivo a determinar qué constituye la enfermedad, quién está enfermo o podría estarlo, y qué cosas se hará a estas personas. Esta pérdida de libertad en relación al propio cuerpo y la cada vez más creciente administración heterónoma en relación a los cuidados de que debe ser objeto el individuo y el ambiente, no estimulan los niveles de salud, pues éstos sólo pueden ser óptimos cuando se favorece una capacidad de enfrentamiento autónomo de las necesidades del organismo o conglomerado social. "Sólo la gente que ha recobrado la capacidad de proporcionarse asistencia mutua --dice Illich-- y ha aprendido a combinarla con la destreza en el uso de la tecnología contemporánea, es capaz de una vida autónoma y saludable".

Pero la medicina se sigue pensando básicamente como un sistema de cuidados, dando lugar a esa paradoja que de manera brillante G.K. Chesterton resumió en *Heretics*: "El error de todo lo que hablan los médicos reside en el propio hecho de que vinculan la idea de salud a la idea de cuidado. Pero, ¿qué tiene que ver la salud con el cuidado? Al contrario, la salud tiene que ver con el descuido y a la humanidad hay que decirle que sea la personificación de la negligencia, pues definitivamente todas las funciones fundamentales de un hombre sano no deben cumplirse con precaución o por precaución". Levi Strauss, en su obra *El Pensamiento Salvaje*, nos ofrece un ejemplo antropológico de cómo la salud puede estar relacionada con parámetros muy distintos a la autodisciplina, aseo y disposición para el trabajo que configuran una de las triadas de la ideología contemporánea. Entre los Chick-Saw, el clan de los "iskra-errantes" se caracterizaba por disfrutar de una salud robusta, pues no les gustaba fatigarse. Se movían con desenvoltura, convencidos de que la vida había sido hecha para ellos. Hombres y mujeres cuidaban poco de sus cabellos y descuidaban su aspecto general, viviendo, según nuestra perspectiva, como mendigos o perezosos. La clave de la salud, tanto en este como en muchos otros casos, parece residir en manejar con desenvoltura el espacio, abierto al individuo o el grupo a los más diversos cambios. Goldstein definía la enfermedad como un modo de vida estrechado y Antonovsky, en su enfoque de la salutogénesis, entiende que sólo puede ser sano quien está dispuesto a interactuar con lo azaroso, sin limitarse en sus movimientos.

Richter ha mostrado cómo la rata domesticada, nacida y criada en el laboratorio, que cuenta con todos los cuidados de la técnica moderna, difiere de sus antepasados silvestres en muchos rasgos anatómicos y fisiológicos. Ha perdido, por ejemplo, la capacidad para arreglárselas sola, luchar y resistir la fatiga, así como para resistir a sustancias tóxicas y enfermedades microbianas. Es menos agresiva en su conducta, menos capaz de soportar tensiones y de llevar una vida expuesta a la libre competencia. Sus glándulas suprarrenales se han tornado menos efectivas al igual que su tiroides, exhibiendo una elevada susceptibilidad a la infección, pues al haber sido criadas en medios purificadas de microorganismos, producen cantidades exiguas de gammaglobulinas. La excesiva estabilidad, cuidado y protección, puede ser también una condición patogénica, entendiéndose de esta manera la enfermedad como una incapacidad para asumir el cambio.

Animados por una empresa ingenieril que se imagina a la comunidad humana con hábitos uniformes y estabilizados, médicos y salubristas han querido constituir una ecuación de equivalencia inalterable entre orden y felicidad. Paladín de este nuevo orden, el médico avanza con la filosofía del cowboy que impregna a las películas del oeste norteamericano. En la frontera poblada de delincuentes, aniquila, él solo, a los criminales que ponen en peligro la estabilidad del pueblo. La enfermedad, la vejez y la muerte con sus enemigos. El mito de la eterna juventud, su divisa implícita. Respondiendo a esta expectativa de posponer y negar la muerte, el médico en nuestra sociedad se obliga moralmente a utilizar todos los recursos disponibles para preservar la vida y combatir la enfermedad, sin importar el costo ni las consecuencias. Es así como considera posible y deseable interrumpir de manera inmediata el curso de cualquier enfermedad, principio que ha llevado conocidos excesos en la medicina alopática. La lucha contra la crisis y la fiebre o la auténtica epidemia de amigdalectomías que hace algunos años conoció nuestra profesión, son sólo algunos de los posibles ejemplos. Todo desequilibrio se considera indeseable, por lo que debe ser contrarrestado, visión simplista que refleja una concepción autoritaria de la causalidad, lejana de los modelos de inducción y acción retroactiva que hoy se imponen en el pensamiento biológico.

Parece que los médicos se encuentran en una situación muy similar a la de los agricultores que con el uso de herbicidas han controlado muchas plagas, pero que no acaban de solucionar un problema cuando ya tienen que

enfrentarse a una nueva enfermedad que demande en ocasiones muchos más recursos y que es potencialmente más peligrosa y devastadora. La medicina, sufre, por demás, su propia crisis ecológica. El hospital es el remedo del monocultivo y sus problemas muy similares a los producidos por éste: La negación de la singularidad y de la importancia que ésta tiene para la construcción de redes de dependencia, desconociendo además que el perfil inmunológico del bioma sólo se construye y enriquece con la articulación de las diferencias.

Es hora de reconocer que todo sistema vivo es a la vez singular y abierto, residiendo los principios de esta singularidad y apertura en su estructura molecular. Cada ser vivo se constituye como una fuerza que genera una disimetría con el ambiente que le rodea, disimetría que asegura la clave de su alimentación, de su conservación y crecimiento y de la liberación de la cantidad de energía que necesita para vencer la entropía. Cada ser vivo es un ser químicamente único, por lo que la probabilidad de una estricta identidad entre dos individuos es casi inexistente.

A primera vista, esta singularidad de los seres vivos puede considerarse una debilidad, pues a causa de las innumerables combinaciones, mutaciones y derivas, se puede crear lo mejor y lo peor: Nuevas facultades o cualidades de adaptación o disfuncionamientos y desequilibrios graves, cuando no mortales. Pero aún siendo uno de los factores primordiales del carácter mórbido de los individuos, constituye, en realidad, uno de los resortes fundamentales, de la salvaguardia de las especies. Entre los microbios se observa que un ejemplar "anormal", que por su peculiar constitución bioquímica es resistente a algún tipo de antibiótico, resiste la destrucción masiva propiciada por el medicamento, siendo capaz de reconstituir la especie o, incluso, de inocular a algunos de sus congéneres con la misma resistencia. El anormal, se convierte entonces, en perpetuador de la especie. La uniformidad biológica es incompatible con la vida.

Desconociendo esta posibilidad de emergencia, la medicina cae con frecuencia en la tentación de reducir lo normal a un patrón uniforme, perspectiva que se abre por ejemplo con las técnicas de intervención genética. Pero, vale preguntar, con el pretexto de luchar contra lo anormal, ¿no corremos el riesgo de perjudicar lo singular? A nivel genético, es posible afirmar que algunos genes letales o subletales pueden llegar a constituir una reserva para el futuro de la humanidad, cuando, ante condiciones ambientales diferentes a las actuales, ellos pueden tener efectos positivos para la especie. En el coloquio celebrado en Varna (Bulgaria), en junio de 1975, con el propósito de tratar las relaciones entre Biología y Ética, el investigador polaco Wacław Gajewski afirmaba: "De las cualidades inferiores de los genes o de los marcadores sólo se puede hablar en términos relativos. Nunca se sabe si tales genes, hoy «inferiores», no serán de gran valor en el futuro, bien sea combinados con otros genes o en condiciones diferentes que la especie humana no ha experimentado todavía. Hoy parece verosímil que, cualesquiera que sean las condiciones, hay genes letales o subletales en estado homocigótico que pueden tener efectos positivos en el estado heterocigótico. Es pues, difícil decir que un gen es menos útil que otros en las condiciones presentes o futuras. Cualquier intento de eliminar de la población los genes letales o subletales es impracticable. Cada uno de nosotros posee y transmite unos 10 ó 15 genes que están presentes en todos los cromosomas y cuando hay mutación genética, surgen otros nuevos. Puede que algunos sean importantes para la futura evolución de la humanidad".

Si pensamos que el 99% de las especies que han precedido a las que existen hoy han perecido y que la mayoría ha disfrutado de una longevidad mayor que la alcanzada actualmente por los primates, no es aventurado suponer que un cambio súbito de las condiciones del ecosistema pueda obligarnos a mecanismos adaptativos hasta el presente desconocidos para el ser humano, de los cuales dependería entonces su supervivencia. Buscando la máxima productividad y rendimiento, el hombre ha intervenido en los ecosistemas naturales mediante un conjunto de técnicas que reciben el nombre de selecciones de clones, gracias a los cuales se logra vencer los azares de la herencia, fijando las características adquiridas, de suerte que el ser vivo nace rigurosamente idéntico a su progenitor, dotado eventualmente de propiedades originales que no deberían transmitirse normalmente. Se ha logrado así crear especies vegetales y animales con alto rendimiento y adaptadas a condiciones de vida particulares. Sin embargo, el precio que pagamos por esta homogenización biológica y el alto rendimiento productivo, es la fragilidad inmunológica y las altas exigencias energéticas que obligan a la utilización masiva de agroquímicos contaminantes y a una gran vulnerabilidad de los ecosistemas que los ponen en peligro de extinción. Estas especies altamente homogéneas, se muestran muy susceptibles a plagas e infecciones, así como a variaciones ambientales. Hace algunas décadas los cultivadores de avena en los Estados Unidos desarrollaron una variedad a la cual denominaron Victoria. Esta variedad poseía un gen para la resistencia de la roya. Sin embargo, a medida que la avena Victoria era más aceptada aparecía otro hongo específico que en menos de dos años había arrasado con la nueva planta. Años antes, los cultivadores de trigo creyeron que habían terminado sus problemas con la roya cuando desarrollaron un gen al que denominaron Esperanza. No pasó mucho tiempo antes de que la región triguera de los Estados Unidos en su totalidad, desde Texas hasta Dakota del Norte, desarrollaran monocultivos de trigo Esperanza. Sin embargo, a los pocos años apareció otro nuevo hongo de la roya que se diseminó por todo el Oeste, produciendo una pérdida casi total de la producción de trigo en las grandes planicies septentrionales. La esperanza fue derrotada y la victoria fue efímera.

Los médicos conocemos muchas experiencias similares. El caso de la gonorrea parece ofrecernos un ejemplo claro al respecto. Al menos, desde 1935, cuando se encontraban disponibles las primeras drogas antibacterianas, se sabe que la gonorrea puede ser tratada y curada mediante la administración de dosis adecuadas de antibióti-

cos. El microbio que provoca esta enfermedad venérea tan extendida, es el gonococo, vulnerable tanto a la penicilina como a otras sustancias. Se sabe que las formas declaradas de esta enfermedad pueden vencerse en corto tiempo y a bajo precio. Con todo esto, la gonorrea no ha sido eliminada de ningún grupo social ni de ningún país. No es suficiente el tratamiento medicamentoso, pues hay otros factores que influyen, no necesariamente relacionados con baja condición socioeconómica, pues ni siquiera en Estados Unidos dentro de la población blanca joven, ésta ha podido ser controlada, presentándose incrementos periódicos en su incidencia. Muchos factores mal definidos, entre ellos algunos de tipo ecológico, cultural y actitudinal, hacen de la situación un fenómeno complejo que no logra ser reducido a la lógica unidireccional de la cruzada antibacteriana. Baste mencionar por ejemplo, que independientemente de la dosis empleada, es prácticamente imposible erradicar por completo los gonococos que persisten, sin manifestaciones patológicas en las vaginas de las mujeres que han respondido positivamente a los tratamientos, de los cuales pueden ser portadoras. En otras condiciones, estos gonococos se tornarán de nuevo patógenos. La salida guerrera de ordenar la destrucción masiva del enemigo, parece no funcionar en este caso. Menos mal la naturaleza no comparte los excesos del dogmatismo médico.

La enfermedad es una expresión de las situaciones cambiantes de los ecosistemas y las culturas y no simplemente un enemigo de frontera que se puede arrasar, como si se tratara de una gran potencia que se anexiona a un país vecino. La historia así parece confirmarlo. La peste invadió al Imperio Romano bajo Justiniano; la lepra prevaleció en Europa Occidental hasta el siglo XVI; varias epidemias de fiebre que llamaban sweating sicknesses aterrizaron a Inglaterra en tiempo de los Tudor; la sífilis se difundió como un reguero de pólvora después de 1500; la viruela fue el azote de los siglos XVII y XVIII; la tuberculosis, la fiebre escarlatina, la difteria y el sarampión entraron en el escenario cuando retrocedía la viruela. Hoy día, después de que la mayoría de las enfermedades bacterianas y bacilares que se consideraban azote de la humanidad logran ser controladas en sus fases agudas y han sido al menos estabilizadoras en sus manifestaciones epidemiológicas, hacen su aparición las enfermedades virales y en especial el SIDA, poniendo en jaque los conocimientos médicos y mostrando cómo éste jamás puede autolimitarse y considerarse terminado. La ingenua confianza de Benjamín Franklin, quien consideraba que con el avance de la ciencia, todas las enfermedades, "sin exceptuar la vejez", podían evitarse o curarse por medios seguros, hasta llegar al promedio de vida antediluviano, parecen ceder ante el pragmatismo de Malthus, quien, conocedor de los movimientos poblacionales, afirmaba en 1803: "No dudo en lo más mínimo que si la vacunación acabase con la viruela, descubriríamos alguna diferencia muy perceptible en la mortalidad incrementada debida a alguna otra enfermedad". El perfil social de la salud y el enfermar son cambiantes, como lo son los individuos y culturas. Dejando atrás la ideología de las películas de vaqueros, el médico debe entenderse no como un conquistador sino como alguien que dialoga con la sociedad a través del lenguaje de la enfermedad, entendiendo que se encuentra no sólo ante un hecho "natural", sino ante un fenómeno con un gran componente cultural, axiológico, lingüístico y valorativo.

La misma OPS ha mostrado la importancia de empezar a hablar de las culturas médicas, reconociendo la diversidad de códigos con que los diferentes pueblos se refieren a los conceptos de salud y enfermedad. Tener presente la importancia de los contextos socioculturales específicos, lleva a entender la enfermedad como un nudo de significación, campo dialógico donde lo más importante es la posibilidad de lo que Balint llamó el contrato terapéutico. No obstante la reciprocidad cognitiva que cabe esperar entre el médico y el consultante -- reciprocidad determinada por su mundo cultural, su ideología y las expectativas frente al sistema médico que comparten--, nunca se puede pensar en el ejercicio médico como un acto unilateral por medio del cual el profesional impone al paciente un diagnóstico y una terapéutica. Siempre, lo que se encuentra es un forcejeo en el cual el paciente propone alternativas para designar un malestar, explicarlo e integrarlo a su mundo significativo, y el médico responde, proponiéndole a su vez opciones similares o diferentes. Del éxito de este contrato terapéutico depende en gran parte la eficacia de la intervención que se adelanta.

Hay que recordar, por ello, que más que un hecho natural, que la afección de un organismo por casualidades físicas o químicas, la enfermedad se presenta al hombre como un nudo de significación. Existe la necesidad de transformar su dolor en un código de imágenes y palabras que le permitan integrarlo a la existencia diaria, el éxito de la intervención médica radica, en muchos casos, no tanto en la acertividad de la intervención técnica como en la posibilidad que el profesional brinda al doliente de comprender su enfermedad, al entablar con él comunicación mediante categorías lingüísticas y giros idiomáticos asequibles a sus posibilidades comunicativas. Entre médico y paciente, entre enfermo y curandero se crea un espacio dialógico, una trama lingüística y comunicativa que no podemos pasar por alto ni despreciar.

El ser humano vive en el lenguaje tanto y más de lo que vive en la naturaleza. Mejor aún, descubrimos la naturaleza a través del lenguaje y todo lo nuestro, la ciencia, la técnica y con mayor razón la cultura y el mundo interhumano, están mediados por la palabra. La educación médica, heredera del naturalismo ochocentista, del optimismo iluminista de la razón y la técnica que aspiran a encontrar una realidad pura no contaminada de lenguaje ni ideología, descuida totalmente el campo de lo dialógico, el poder curativo o excluyente de la palabra. El médico no considera necesario ni prudente implicarse lingüísticamente con su paciente, creándose entre ambos una escisión que podemos representar como dos códigos comunicativos polarizados, dos monólogos enfrentados, o, si se quiere, un campo dialógico donde se hace imposible la circulación de significados.

El lenguaje médico, cargado de categorías científicas, se convierte --como es de esperarse que ocurra en toda ciencia-- en un cuerpo de proposiciones tautológicas que al tornarse expresión, al ser transmitidas al paciente o volcadas al campo dialógico en una comunicación corriente, toman la forma de un lenguaje narcisista que desca-

lifica de entrada al interlocutor, bloqueando sus posibilidades expresivas. A través de sus palabras, de las explicaciones o recomendaciones que da al paciente, de las notas consignadas en la historia clínica o de sus informes a los demás colegas en el ámbito hospitalario, el profesional de la salud utiliza un metalenguaje que sólo comprende un estrecho círculo de iniciados y que esconde, tras proposiciones generales y esquemas diagnósticos aparentemente muy precisos, un absoluto desconocimiento de las necesidades significativas del paciente, tan importantes para el proceso curativo y para las adaptaciones que debe realizar el enfermo acosado por la incapacidad. El lenguaje de la institución médica, atento básicamente a la comodidad y eficacia de los terapeutas, impone a los familiares y al doliente un silencioso forzoso que sanciona y perpetúa la escisión comunicativa.

Pero no ven los profesionales de la salud nada lesivo en la imposición de este silencio. Por el contrario, lo consideran una ayuda necesaria e imprescindible para el cumplimiento de su cometido técnico. Arrancarle al paciente el poder de la palabra facilita la intervención objetiva del técnico en salud, cuya labor se limita a instrumentalizar el cuerpo del paciente. Cuando movidos por un interés técnico interactuamos con el objeto de nuestra manipulación, necesitamos, para facilitar la intervención, quitarle a éste la capacidad de réplica. Cuando un cirujano interviene a su paciente, necesita que su cuerpo adopte una posición determinada según el problema a corregir, lo mismo que en la consulta externa el paciente pasa de sentado a acostado, a posición proctológica o ginecológica, según el interés exploratorio del técnico que evalúa al cuerpo afectado. La palabra del paciente sólo interesa en tanto nos da indicios para ganar en acertividad técnica; todo lo demás no tiene sentido para el galeno. De una manera cándida, casi inocente, un cuadro ubicado en la escalera de acceso a los pasillos de muchos hospitales, arranca al visitante el derecho de la palabra. Una enfermera niña nos indica, con el dedo índice puesto sobre los labios, que en el recinto hospitalario debemos guardar silencio. Allí sólo puede hablar los médicos. La institución se reserva el derecho de censura.

La institución hospitalaria, incluso arquitectónicamente, está dispuesta para la comodidad del médico, para facilitar su trabajo y la eficiencia de los administradores de salud, pero nunca como campo de significación abierto al paciente. Un buen ejemplo de cómo en la práctica clínica cotidiana excluimos cualquier forma de comunicación que no esté dentro de los usos idiomáticos de nuestra preparación científica, pude vivirlo en la consulta psiquiátrica del hospital Santa Clara de Bogotá. Llegó, remitida de medicina general, una paciente de 76 años con los posibles diagnósticos de "melancolía involutiva" o "delirio senil", pues, según informaba el galeno que la remitía, presentaba ideas delirantes referidas a su esquema corporal y actitud hosca y agresiva hacia el médico cuando intentaba demostrarle la futilidad de sus creencias. Empecé mi diálogo con la anciana en una atmósfera cargada de recelo, obteniendo de ella tan sólo epítetos y monosílabos, pues se mostraba muy disgustada con la remisión, alegando una y otra vez que no estaba loca.

Decía tener un animal en el vientre, producto tal vez de un maleficio practicado por vecinos o familiares. Me relató cómo sentía el animal subir y bajar por su epigastrio, percibiendo incluso su forma y temperatura. Sin descalificar el uso que hacía de las palabras, le pregunté por los hábitos del indeseado huésped y muy pronto me di cuenta que sus movimientos estaban relacionados con la ingestión de comidas, por lo que supuse, de momento, que se trataba de un problema gastro-esofágico. Así lo confirmaron otros signos clínicos. No sin reticencia, la mujer aceptó la posibilidad del diagnóstico que se le sugería, accediendo a un tratamiento para la dolencia. No dejó de insistir, por demás, en los agravios que recibía de vecinos y familiares, aunque logró, finalmente, diferenciar sus problemas interpersonales del trastorno digestivo que la aquejaba. Lo cierto era que la anciana no estaba delirando. El problema residía en el uso del lenguaje, incomprensible para el profesional, quien de manera omnipotente lo descalificaba.

Propietario de una rejilla semiológica --que como toda rejilla significativa permite decir unas cosas pero impide decir otras--, el especialista se limita a practicar un examen de rutina en su campo, remitiendo al paciente cuando, por alguna razón, considera que no existe patología que caiga en su campo de interés. De esta manera, por no dialogar nunca con el paciente, se produce en las instituciones de salud esa curiosa práctica que ha sido llamada la eliminación del paciente mediante exámenes apropiados. Vemos cómo al consultar a un hospital o servicio médico, el paciente es escuchado en su queja puntual y remitido de uno a otro especialista, cada uno de los cuales hace muy bien lo que le corresponde, consignándolo en impecables informes técnicos, sin que ninguna atiende la necesidad de establecer con el paciente un adecuado contrato terapéutico. Nada importa su mundo significativo. Nada interesa que históricamente, en todas las culturas, los códigos salud-enfermedad, por referirse de manera directa al cuerpo, aparezcan como verdaderos semilleros de sentido, desde los cuales reconstruimos de manera permanente la visión que tenemos del mundo, de nuestra vida y de la sociedad.

Es hora de aceptar que la enfermedad se presenta no sólo como un hecho abordable por la metodología empírico analítica, sino también como un nudo de significación que hemos de abordar por la vía de la comunicación holística o metafórica. Prueba de ello la encontramos en la charla cotidiana, donde los asuntos referidos a la enfermedad ocupan gran parte de la temática que se aborda en las conversaciones y visitas sociales.

Sin embargo, creemos ver en la práctica médica institucional una hipertrofia de la comunicación analítica que desconoce las necesidades holísticas del paciente, relegándolas a un segundo plano y considerándolas producto de la ignorancia o del pensamiento mágico de la plebe.

En los pabellones del hospital San Juan de Dios, donde culminé mi preparación médica, era frecuente que los pacientes escondieran bajo el colchón o en la mesa de noche remedios recetados por el brujo del pueblo o de la vereda de donde procedían, los cuales tomaban a escondidas cuando médicos y enfermeras abandonaban las

salas. Al ser descubiertos, imploraban y lloraban para que no decomisáramos aquellas sustancias que veíamos, en medio de nuestra irritación como peligrosas, prometiéndonos de su parte que si se las dejábamos, tomarían apenas juiciosamente la droga que les habíamos formulado. Para ellos no existía incompatibilidad entre uno y otro medicamento, confiando en nuestra eficacia pero buscando en la ayuda del brujo algo que consideraban imprescindible para su curación y que nosotros, a lo mejor no podíamos ofrecerles.

Ante el afán imperialista y excluyente de la institución médica de ofrecerse como la única y verdadera medicina, lo que podemos ver en el mundo contemporáneo es un sincretismo de prácticas médicas, ante el cual el paciente no muestra reticencias. Existe como hecho social innegable, una estructura de demanda y oferta por fuera del sistema institucional de salud que no tiene que ver, como frecuentemente se ha creído, con ignorancia de la población, ausencia de servicios estatales o de seguridad social, estrato socioeconómico o nivel de escolaridad. Las estrategias para combatir este tipo de prácticas desde políticas de educación en salud o ampliación de cobertura no han tenido éxito. En una altísima proporción, diferentes estratos de la población recurren a prácticas de salud que responden a culturas médicas diferentes a las de la medicina institucional. El sincretismo en las prácticas terapéuticas es un hecho social de grandes proporciones que no parece, por demás, incomodar al usuario, que recurre alternativamente a uno u otro modelo de eficacia. Se sabe, desde hace muchos años, sobre la distinción que las comunidades indígenas hacen de "enfermedades de blancos" y enfermedades propias de su tradición cultural, y la forma cómo utilizan uno u otro servicio, dependiendo de la interpretación que den a su sufrimiento. En su estudio sobre las prácticas médicas tradicionales en el altiplano cundiboyacense, el antropólogo Carlos Pinzón encontró que muchos pacientes recurrían antes y después de una cirugía a la consulta del brujo para que les practicara "cierres", a fin de lograr un adecuado proceso de cicatrización. El cirujano, por supuesto, nunca lo sabía, produciéndose una extraña combinación donde era prácticamente el médico tradicional quien remitía el paciente a cirugía y controlaba su evolución, situación que, en su arrogancia, la medicina institucional se negaba a admitir.

Al desconocer que su conocimiento se configura como un código, relativo como todo producto cultural, el profesional --sea éste el chamán tradicional, el médico institucional de la tradición occidental o el practicante de una medicina alternativa--, puede caer fácilmente en el dogmatismo. Por eso, se hace importante reflexionar sobre los problemas conceptuales y epistemológicos inherentes a la existencia de diferentes "culturas médicas". Para ello, es imperativo reconocer la existencia de diferentes sistemas cognitivos y modelos del cuerpo, cada uno de los cuales caracteriza a las diferentes culturas médicas y prácticas de salud. La violencia y la intolerancia pueden surgir cuando consideramos que sólo uno de estos modelos es válido, absolutizando el conocimiento, sin abrirnos a las posibilidades de una sana interacción. Esto implicaría aceptar que no estamos en posesión de la verdad sino de un código, de un juego lingüístico de los que Wittgenstein llamaba una "caja de herramientas", certera para un cierto campo de aplicación pero ineficiente para solucionar todos los problemas en todos los contextos. De esta manera se tendrán en cuenta elementos científicos y epistemológicos adecuados para valorar las diferentes medicinas en sus respectivos campos de eficacia, respetando sus modelos de validación.

Podemos resumir en tres grandes puntos el peligro de violencia médica que, bajo el rubro del bien común, se anida en las instituciones de salud. El primero es la tentación de homogeneización, negando la singularidad humana. El segundo, el dogmatismo, negando la existencia de otras formas de entender el proceso salud-enfermedad que se insertan en un universo cultural, lingüístico y valorativo. El tercero, pensar la práctica médica como un sistema de cuidados obligatorios, negando la necesidad que tienen individuos y comunidades de ser autónomos en la manera cómo abordan el nacimiento, el dolor, la salud, la enfermedad y la muerte.

En la actualidad, como afirma Bruno Rives, es grande la tentación de impulsar prácticas médicas que tienden a neutralizar la singularidad biológica, sobre todo interviniendo en el patrimonio genético de los individuos. Cualquier intento de homogenizar la especie humana resultaría a la postre desastroso. Además, como señala el profesor Gajewski, no poseemos criterios objetivos para evaluar cuáles son los caracteres humanos que son positivos y que deben propagarse y reforzarse. Cualquier apreciación al respecto corresponde a un juicio de valor que es inevitablemente parcial. La comisión de bioética reunida en 1975 por la UNESCO, fue enfática en afirmar los peligros de unas prácticas de salud que resistían a reconocer la irreductible singularidad de cada cuerpo humano, denunciando la violencia que se esconde tras las formulaciones genéricas. No podemos seguir arrasando las culturas médicas con espíritus conquistadores, ni propiciando en el campo de la salud desastres similares a los producidos en los ecosistemas naturales por nuestro desconocimiento de la importancia biológica de las singularidades. No es posible contar con un solo modelo de salud aplicable en todos los contextos y a todos los habitantes del planeta, como soñaron alguna vez los salubristas desde una perspectiva impersonal y transindividual. Tal como sucede en los ecosistemas creados por el hombre, que tienen por objeto alcanzar una máxima productividad y un cubrimiento universal, también estos enfoques han llevado, con frecuencia a resultados totalmente opuestos a lo esperado. Al chocar con las singularidades que representan tanto los individuos como las comunidades, estas grandes directrices se muestran insuficientes y violentas. La alternativa, epistemológica y ética, parece ser la integración de la práctica médica a un modelo alejado de las generalizaciones abusivas y respetuoso de las equilibraciones progresivas mediante las cuales un grupo humano permite la emergencia de las singularidades que lo componen. En este caso vale poner en práctica el principio ético del justo medio, formulado por Aristóteles y el derrotero gnoseológico de los empiristas ingleses que nos invita a volcar de manera permanente las abstracciones hacia datos empíricamente circunscritos.

Por otro lado, a fin de contrarrestar la expropiación de la salud por parte de los profesionales, con todos los peligros que ello implica, el mundo contemporáneo recurre cada vez más a los modelos autogestionarios. La autogestión se da cuando un individuo o un grupo se niegan a renunciar al derecho de decidir sobre lo que le concierne y toma a cargo la dirección de su propia vida, siendo por tanto un acto de desajenación. Se debe desmonopolizar el conocimiento sobre las enfermedades, así como contrarrestar el monopolio médico sobre la asistencia de salud. Se exige una desmitificación de los asuntos médicos y una recuperación del poder del individuo para sanarse a sí mismo y moldear su ambiente. La asistencia en salud no puede ser una empresa ingenieril basada únicamente en las competencias de algunos técnicos y profesionales altamente cualificados, pues es hora de superar esos programas destinados a un público pasivo, incapaz de participar en la toma de decisiones que afectan de manera sustancial su propia vida. Siendo la asistencia médica un proyecto autogestionario, no puede existir un modelo único de atención. Debe promoverse intensamente el autocuidado individual, familiar y comunitario, integrando a la tecnología médica las expresiones de medicina popular, e induciendo a través de la educación, cambios de actitud que permitan romper el monopolio científico, económico y burocrático que se ciernen sobre la salud. Sólo así podrán abrirse paso modelos de atención no violentos, es decir, respetuosos de la singularidad humana.

Finalmente, creemos que la práctica médica debe abandonar su biologicismo y su naturalismo dogmático, para entenderse como una construcción cultural, en comunicación con los códigos y valores de la comunidad y cruzada por exigencias significativas. Integrada de nuevo a la cultura, la medicina podrá flexibilizar sus modelos de conocimientos reconociendo también la necesidad de convivir con la diferencia. El analfabetismo cultural a que ha llegado el médico contemporáneo es altamente preocupante, pues más allá de su saber técnico, especializado, parece haber perdido el contacto con los avances científicos y epistemológicos que a diario se dan en las ciencias humanas, tan cercanas, por demás, a su quehacer. Simplemente nos cabe esperar que ese médico ignorante y dicharachero, tan parecido a un barbero de pueblos, que nos describe Erasmo en su *Elogio de la Locura*, sea definitivamente un hecho del pasado.