



REVISTA INTERNACIONAL DE
**HUMANIDADES
MÉDICAS**

COLECCIÓN DE SALUD, BIENESTAR Y SOCIEDAD

VOLUMEN 1
NÚMERO 2

**REVISTA INTERNACIONAL
DE HUMANIDADES MÉDICAS**

VOLUMEN 1, NÚMERO 2



REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS
<http://tecnociencia-sociedad.com/revistas/coleccion/>

Publicado en 2016 en Madrid, España
por Global Knowledge Academics
www.gkacademics.com

ISSN: 2254-5859

© 2016 (revistas individuales), el autor (es)

© 2016 (selección y material editorial) Global Knowledge Academics

Todos los derechos reservados. Aparte de la utilización justa con propósitos de estudio, investigación, crítica o reseña como los permitidos bajo la pertinente legislación de derechos de autor, no se puede reproducir mediante cualquier proceso parte alguna de esta obra sin el permiso por escrito de la editorial. Para permisos y demás preguntas, por favor contacte con <soporte@gkacademics.com>.

La REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS es revisada por expertos y respaldada por un proceso de publicación basado en el rigor y en criterios de calidad académica, asegurando así que solo los trabajos intelectuales significativos sean publicados.

REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

Director científico

Karim Javier Gherab Martín, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

Editores

Dante Gallian, Universidade Federal de Sao Paulo, Brasil

Juan C. Hernández-Clemente, Universidad Autónoma de Madrid, España

Consejo editorial

Alarcón, Renato D., Humanidades Médicas y Psicopatología, Mayo Clinic, EEUU y Perú

Arce Cordón, Rosario De, Psicopatología, Univesidad Autónoma Madrid, España

Asúnsolo del Barco, Angel, Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Alcalá, España

Balaguer, Emilio, Historia de la Medicina, UMH, España

Camps, Victoria, Filosofía, Bioética, Universidad Autónoma Barcelona, España

Cantero, Josefa, Derecho Administrativo, Asociación Juristas de la Salud,

Universidad de Castilla-La Mancha, España

Comelles, Josep M., Antropología Médica, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España

Lolas, Fernando, Bioética, Universidad de Chile, Chile

Morgado Pereira, José, Historia y Sociología de la Ciencia, Universidad de Coimbra, Portugal

Pandiella, Andrés, Filosofía, Comunicación, Universidad Autónoma Madrid, España

Pereira, Ana Leonor, Historia da Cultura, Universidad de Coimbra, Portugal

Pérez-Rincón, Héctor, Humanidades Médicas, UNAM, México DF, México

Ramírez Bermúdez, Jesús, Narrativa, México DF, México

Vieira Villela, Wilza, Humanidades Médicas, Universidad Federal de São Paulo, Brasil

Índice

Editorial. Prudencia política.....	1
<i>Diego Gracia</i>	
Transferencias de conocimiento y tecnología en medicina y en ciencias de la salud: una introducción.....	7
<i>Enrique Baca Baldomero</i>	
El remedio de las pasiones: la construcción de la persona del médico a finales del siglo XVIII.....	15
<i>Guillermo de Eugenio Pérez</i>	
La ética médica ante los límites de la autonomía del paciente: el debate sobre las Confesiones de un médico.....	29
<i>Omar García Zabaleta, Antonio Casado da Rocha</i>	
Unas notas sobre la manera de pensar las relaciones entre la medicina y los poderes públicos.....	43
<i>José Luis González Quirós</i>	
Atención en salud con pertinencia cultural: una mirada a partir de la competencia comunicativa intercultural.....	53
<i>Felipe Henríquez, Giorgia Abd-El-Kader, Margarita Marilao</i>	
Días de alcohol y rosas.....	59
<i>Luis M. Iruela</i>	
Evolução do conceito clínico de verruga peruana entre 1842 e 1871.....	63
<i>Eduardo Sugizaki, Rosangela Barbiani, Fabiane Asquidamini</i>	
Reseña. Bethune y las víctimas de la guerra.....	77
<i>Xavier Laborda</i>	
Reseña. Los demonios de Heidegger.....	79
<i>Cecilio de Oriol</i>	



Table of Contents

Editorial. Political Prudence.....	1
<i>Diego Gracia</i>	
Knowledge and Technology Transfer in Medicine and the Health Sciences: An Introduction.....	7
<i>Enrique Baca Baldomero</i>	
Curing the Passions: Construction of the Physician Persona in the Late Eighteenth Century.....	15
<i>Guillermo de Eugenio Pérez</i>	
Medical Ethics and the Limits of Patient Autonomy: The Debate on <i>Confesiones de un Médico</i>.....	29
<i>Omar García Zabaleta, Antonio Casado da Rocha</i>	
Notes on How to Consider The Relationship Between Medicine and Public Authorites.....	43
<i>José Luis González Quirós</i>	
Culturally Relevant Health Care: A View Based on Intercultural Communicative Competence.....	53
<i>Felipe Henríquez, Giorgia Abd-El-Kader, Margarita Marilao</i>	
Days of Alcohol and Roses.....	59
<i>Luis M. Iruela</i>	
Evolution of the Clinical Concept of Peruvian Wart between 1842 and 1871.....	63
<i>Eduardo Sugizaki, Rosangela Barbiani, Fabiane Asquidamini</i>	
Book Review. Bethune and the Victims of War.....	77
<i>Xavier Laborda</i>	
Book Review. Heidegger's Demons.....	79
<i>Cecilio de Oriol</i>	



EDITORIAL

Prudencia política

Diego Gracia, Universidad Complutense de Madrid, España

A los políticos nadie les ha pedido nunca que sean genios, ni que sepan de todo, ni menos que no se equivoquen. Lo que se les pide es que sean decentes y que actúen con prudencia. La decencia es lo contrario de la corrupción. No insisto sobre ello, porque ahora pretendo fijarme en la segunda de esas cualidades, la prudencia. Desde muy antiguo ésta se ha considerado la virtud propia del buen político, de igual modo que la del mal político es la imprudencia. En la Grecia clásica el ejemplar y modelo de político prudente fue Pericles. Aristóteles le pone como ejemplo en la *Ética a Nicómaco*: “Pensamos que Pericles y los que son como él son prudentes porque pueden ver lo que es bueno para ellos y para los hombres, y pensamos que ésta es una cualidad propia de los administradores y de los políticos” (E.N. VI 5: 1140 b 7-11).

La política es el arte de actuar con prudencia administrando los bienes públicos, o lo que es lo mismo, pensando en lo que es bueno no sólo para el político o para los que son como él, sino para el público en general, es decir, para el conjunto de los seres humanos. Cuando se reduce la política a la conquista del poder, se está pensando en el bien propio o en el de unos pocos, pero no en el de todos los ciudadanos. Eso no es política. Eso se llamó a partir del Renacimiento “razón de Estado”, y de la mala, porque hay otra perfectamente defendible y hasta necesaria.

Pero lo más importante no es eso, con serlo mucho. De lo que parece no acordarse nadie es de que la toma de decisiones prudentes exige un proceso previo que Aristóteles denominó “deliberación”. La deliberación es el procedimiento, el proceso, y la decisión prudente es el término. Se delibera para tomar decisiones prudentes. Aristóteles la convirtió en un procedimiento técnico, y dio sobre ella algunos consejos que más valdría no olvidar. El primero es que cuando la decisión a tomar es compleja o difícil, o cuando afecta a varias personas, la deliberación debe hacerse colectiva, teniendo en cuenta los puntos de vista de todos los afectados por la decisión. Escribe Aristóteles: “En las cuestiones importantes llamamos a deliberar a otros, porque desconfiamos de nosotros mismos y no nos creemos suficientes para decidir” (1112b 10-11). Otro consejo es que la deliberación ha de llevarse a cabo con calma, dando tiempo al tiempo. “La deliberación requiere mucho tiempo, y se dice que debe ponerse en práctica rápidamente lo que se ha resuelto tras la deliberación, pero deliberar lentamente” (1142a 3-5). Abro el Reglamento del Congreso de los Diputados y compruebo, no sin sorpresa, que no se dice cuál es la función de los diputados en el Parlamento, quizá porque no se han atrevido a definirla del único modo que cabe hacerlo, diciendo que su objetivo es deliberar y tomar decisiones prudentes, y que por ello mismo el Parlamento es un órgano deliberativo. En el texto del Reglamento a veces se les escapa la palabra deliberación, pero subrepticamente, como si sus propios redactores no acabaran de creérselo. Y es que, en efecto, uno se pregunta si se trata de un órgano deliberativo o más bien de un mercado persa en el que cada uno va a lo suyo.

Pero vengamos a lo práctico. Soy médico y he consumido mi vida enseñando en una Facultad de Medicina. He explicado durante décadas Historia de la medicina y Bioética. Y tanto en un caso como en el otro, he intentado enseñar a mis alumnos que la medicina no es un comercio, que no lo ha sido nunca, y que por eso las instituciones sanitarias, incluso las privadas,



se han considerado siempre instituciones sin ánimo de lucro. El mal llamado mercado sanitario no es un puro mercado, aunque les pese a los doctrinarios del libre mercado. A lo que más se parece es a las instituciones públicas, cuyo objetivo no ha sido ni puede ser el ánimo de lucro, y a ciertas instituciones privadas que tampoco lo tienen. Un ejemplo típico de esto último son las Cajas de ahorros. Sé que el ejemplo es crispante, habida cuenta de lo que ha sucedido con las Cajas de ahorros en general, y más en la Comunidad de Madrid, donde el espectáculo ha sido y es, simplemente, escandaloso.

Pues bien, he aquí que es de nuevo la Comunidad de Madrid la que, se supone que a la vista de los buenos resultados obtenidos en Bankia, quiere hacer algo similar con la otra gran institución sin ánimo de lucro con que cuenta, la Sanidad. Sospecho que todos los lectores fruncirán el ceño y pensarán que la comparación es poco pertinente, porque se trata de cosas muy distintas. Pero menos de lo que parece. Cajamadrid era una institución privada sin ánimo de lucro que inmediatamente parasitaron los políticos y sindicalistas de turno. Los bienes públicos, se dice, han de estar controlados por los representantes de lo público, los hombres públicos. A veces uno desearía que las gestoras hubieran sido las mujeres públicas, porque probablemente nos habría ido mejor. Claro que nuestra Comunidad ha estado presidida por una de ellas, que ha quitado y puesto a discreción mandos, tanto en la Caja como en la Sanidad madrileñas.

Cajamadrid se estrelló con el ladrillo por imprudencia y por falta de decencia. La Sanidad se ha estrellado con la construcción de una serie de hospitales que desde el primer momento contaron con la oposición y la crítica del conjunto de las profesiones sanitarias. Se dijo que no había problema, que el dinero provenía de fuentes privadas y que era una clara demostración de las bondades del desembarco de la empresa privada en el ámbito de lo público. Pasó lo mismo que con las autopistas radiales. Eran las bondades del liberalismo, que hasta ahora nadie había sido capaz, incomprensiblemente, de advertir. Nuestra presidenta cantaba las maravillas del modelo liberal y exhibía sus trofeos. Ahora, cuando ya no hay trofeos que exhibir, se ha quitado de en medio. Es lo que hacen los buenos generales cuando ven peligrar la batalla.

Ahora hay que reducir el precio de tanto despilfarro; un despilfarro que se hizo de espaldas a los profesionales, porque éstos, a pesar de lo mal pagados que estaban, seguían creyendo, pobres, en las bondades del sistema público y en la necesidad, que por cierto nosotros les enseñábamos en nuestras clases, de no poner el ánimo de lucro por norte de su actividad. No habían entendido nada. Estaban en la inopia, y sus profesores, aún más. Había que ser liberal, porque eso de la sanidad como servicio público olía a socialista, esa ideología fanática y retrógrada que no quería enterarse de que el libre mercado era el bálsamo de Fierabrás que remediaba todos los problemas.

Cajamadrid han tenido que privatizarla, tras un saneamiento que ha costado miles de millones de euros y que, más pronto que tarde, pagaremos todos, menos quienes debían hacerlo. Pues ya está, con la sanidad pública cabe hacer lo mismo. Si aquella era una institución sin ánimo de lucro y para sanearla nada mejor que su transformación en otra con ánimo de lucro, hagamos lo mismo con el sistema sanitario. Que lo compren los fondos de capital-riesgo, que ellos mirarán... ¿por qué? ¿Por el bien común? ¿Por la calidad? ¿O por rentabilizar lo más posible y en el menor tiempo el dinero que hayan invertido?

¿Y con lo que no sea rentable, que en sanidad es mucho, qué se hace? La respuesta la conocemos todos: ¡ah! cubrir eso es función del Estado. Y uno se pregunta, ¿para ese camino necesitamos tales alforjas? ¿Sabemos lo que estamos haciendo? Tan difícil es responder afirmativamente a esta última pregunta, que al mejor pensado se le ocurre que quizá hay otros intereses en todo esto, que no son precisamente ni la calidad, ni la eficiencia, ni el bien común.

Llegados a este punto, y como los ánimos se caldean, lo mejor es serenarse y hacer lo que nos mandó Aristóteles, ponernos a deliberar. Es posible que los políticos no sean tan tontos ni tan perversos como estamos sospechando. No porque lo sean más, que también entra dentro de lo posible, sino porque pueden serlo menos. Serenémonos y deliberemos.

Deliberar es una técnica que exige proceder con método. Se delibera a partir de hechos y de los datos sobre ellos. En el caso de la sanidad madrileña, los datos brillan por su ausencia. En el

documento base de todo este cambio, llamado pomposamente “Plan de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid”¹, brillan por su ausencia. Y por más que se ha pedido con insistencia que digan por qué los hospitales privatizados en la forma en que ellos quieren hacerlo salen más baratos que los públicos, tales datos no aparecen. O es que no los tienen, lo cual sería gravísimo, o es que no los quieren enseñar, que aún lo es más. Llevamos décadas exigiendo a los médicos que informen a sus pacientes de todo y que recaben la aprobación de éstos antes de tomar decisiones. Pues he aquí que en política parece que este principio no es de aplicación. Ellos se consideran legitimados por las urnas y piensan que eso les da derecho de pernada durante cuatro años. Algo que deja chicos a los sátrapas persas o a los tan denostados señores feudales del medievo.

No tenemos datos, y así no se puede deliberar. Hay que partir de hechos, de buenos hechos, de datos precisos. Y si no se tienen, hay que buscarlos. Es la única manera de tomar decisiones prudentes, algo que si en la vida privada es muy recomendable, en la pública es preceptivo. Pero puesto que no los tenemos, vamos a pasar por alto este nada desdeñable detalle y a seguir con nuestra deliberación. Además de hechos, en ésta, en cualquier deliberación, hay valores en juego, y si los ánimos están encendidos es precisamente por esto, porque los valores que entran en este asunto son importantes, o al menos nos lo parece.

¿De qué valores estamos hablando? Este es un punto en el que la Sanidad se distancia claramente del ejemplo de las Cajas de ahorros. En Sanidad los valores en juego son la eficiencia y la equidad, la justicia. Las Cajas de ahorros, por el contrario, eran y son instituciones de caridad, no de justicia. El conflicto de valores que nos tiene a todos en ascuas es el de la eficiencia, por un lado, y la equidad, por el otro. La asistencia sanitaria es muy cara, y por tanto se hace necesario maximizar la relación coste/beneficio, que es lo que se conoce con el nombre de eficiencia. Pero a la vez nuestra sociedad considera que la asistencia sanitaria ha de ser un bien que debe llegar a todos, no sólo a quienes puedan pagárselo. Creemos, pienso que con buenas razones, que ciertas prestaciones básicas han de estar al alcance de todos los seres humanos, si es que nos creemos eso de que somos y son seres humanos.

El problema es que estos dos valores no se llevan muy bien entre sí. Como regla general, cabe decir que a mayor eficiencia, menor equidad, y viceversa. La ley de rendimientos decrecientes, un principio básico de la racionalidad económica, dice que la inversión en cualquier área, por supuesto también en salud, aumenta en ineficiencia cuanto más progresa. De tal modo que si queremos universalizar las prestaciones sanitarias, necesariamente acabaremos siendo muy ineficientes. Robert Malthus, el padre del utilitarismo, en un raptó de generosidad escribió aquello de que “el mayor bien para el mayor número es el criterio de lo justo y de lo injusto”, pero hombre versado en economía como era, se cuidó mucho de no sustituir la expresión “mayor número” por la palabra “todos”. El mayor bien para todos, que es lo que exige el principio de universalización, lleva a tomar decisiones por necesidad ineficientes. De lo que se deduce que los dos valores en juego son difícilmente salvables a la vez. Estamos ante lo que se ha dado en llamar un “conflicto de valores”.

El problema es qué debemos hacer. Esta es la gran pregunta, que atañe a la práctica, a la toma de decisiones. Lo que buscamos es cómo decidir prudentemente ante un conflicto de valores, más en concreto, ante ese conflicto de valores. Si no hubiera tal, todos tendríamos clara nuestra obligación, ya que siempre es la misma, promover lo más posible el valor en juego, la eficiencia en un caso, o la equidad en otro. Pero si entran en conflicto, ¿cómo salvar ambos? ¿Qué decisión podremos considerar prudente?

Aristóteles nos dio una regla. Dijo que la decisión más prudente suele estar en el medio. Si hay dos valores en juego, es claro que cuando menos caben dos decisiones distintas, el optar por uno de esos valores en detrimento del otro, y el hacer lo mismo eligiendo el contrario. Esto es lo que se llama un “dilema”. En él sólo atendemos a los cursos extremos de acción, lo que nos lleva

¹ http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142703066037&pagename=PortalSalud%2_FFPTSA_Multimedia_FA%2FFPTSA_documentoWebeditpro

a elegir uno de los dos valores con la lesión completa del otro. Mala cosa. Si nuestra obligación es promover la realización de todos los valores en juego o lesionarlos lo menos posible, los cursos extremos, los dos citados, son tremendamente onerosos en términos de valor, porque se saldan con la pérdida total de uno de ellos. Por eso tales cursos no pueden nunca tenerse por óptimos sino sólo por pésimos.

Y sin embargo, son los que con mayor facilidad vemos y con más frecuencia elegimos. Es un misterio, que los seres humanos tengamos una especie de propensión natural a optar por los extremos, es decir, por los cursos pésimos, en detrimento de los intermedios, que son probablemente los óptimos. En el caso que estamos analizando, el de la Sanidad en la Comunidad de Madrid, los dos cursos extremos son, uno, elegir la eficiencia con total detrimento de la equidad, y otro el opuesto. En el primer caso, habría que privatizar completamente la asistencia, y en el segundo decidir su completa socialización. Ambos cursos son más frecuentes de lo que parece. Hay fanáticos de la eficiencia y fanáticos de la equidad. Estos dos valores, como cualesquiera otros, llevados a su extremo se convierten en tiranos, y exigen subordinar a ellos todos los demás. Nicolai Hartmann bautizó este fenómeno curioso y sorprendente con el nombre de “tiranía de los valores”.

¿Qué cursos intermedios se nos ocurren? Si los extremos se caracterizan por absolutizar de modo descontextualizado e idealista los valores en juego, lo primero deberá ser dar de ellos una definición real y sensata. En primer lugar, de la justicia. Ésta no puede utilizarse para exigir cualquier cosa o todo, ni en general, ni en el ámbito concreto de la asistencia sanitaria. De ahí la necesidad de fijar un “catálogo de prestaciones sanitarias”, que determine lo exigible en justicia de lo que no lo es. Tal catálogo ya existe, pero aún queda mucho por hacer en ese campo. Y esta sí es una obligación ineludible de los políticos y gestores de la sanidad pública.

En relación al otro valor implicado, la eficiencia, la situación es aún peor. Todos, en especial los políticos, no hacen más que hablar de las excelencias de la sanidad española. Es un grave error, debido, pienso, a que no conocen el mundo de la sanidad por dentro. El gran pecado de nuestro sistema sanitario es que en él no se evalúan correctamente los servicios. Esto no se ha hecho nunca de modo sistemático, y sigue sin hacerse. La consecuencia es tan grave como que pueden estar funcionando servicios que, a igual patología, tienen mortalidades muy distintas, o que dejan en los pacientes secuelas que en el estado actual de nuestros conocimientos no son de recibo. La evaluación, por lo demás, no debe hacerse sólo de los servicios sino también de las personas, de los profesionales. No todos actúan bien, ni todos trabajan tanto como deberían, y nadie dice nada. Las listas de espera son con mucha frecuencia el resultado de la incuria de los profesionales y de la ineficacia de los sistemas de evaluación y control de la calidad de los servicios. Los actuales sistemas de control son escasamente operativos, y tampoco cabe esperar nada de los clásicos, como las sanciones provenientes de los Colegios profesionales ante los casos de mala práctica. Es necesario, es urgente un sistema eficaz de evaluación y control de la calidad de los servicios y de los profesionales en el desempeño de sus funciones. Sólo así podremos hablar de eficiencia sabiendo lo que decimos. Y este es, de nuevo, un deber que compete a los políticos y gestores del sistema sanitario, y que hasta ahora no han ejercido de forma correcta.

Si los cursos extremos se caracterizaban por interpretar los valores en juego, la eficiencia y la equidad, de modo idealista y descontextualizado, los primeros cursos intermedios que le vienen a uno a la mente son la conceptualización realista y contextual de ambos valores. Es lo que hemos intentado hacer en los párrafos anteriores. Pero hay más cursos posibles. Como los gestores de la sanidad pública parecen incapaces de controlar la calidad y eficiencia de los servicios y de su personal, cosa que en las instituciones de gestión privada parece bastante más sencillo, una posible salida es privatizar la gestión, y que sean los gestores privados, que se supone tienen las manos más libres, quienes pongan el cascabel al gato. De ese modo se podría conseguir el objetivo de eficiencia, y con ello ahorrar costes, que en las presentes circunstancias es de lo que se trata.

Pero aquí entramos de nuevo en el tema de qué se entiende por gestión privada. Esta puede ser, como ya vimos, con y sin ánimo de lucro. Se dirá que, a diferencia de otras épocas, hoy no abundan las instituciones sin ánimo de lucro que puedan o quieran hacerse cargo de los hospitales. En otro tiempo lo hicieron los grupos religiosos o las órdenes y congregaciones, pero su fuerza y capacidad es hoy mucho menor que antaño. Lo cual es cierto. Pero conviene recordar que existen hoy instituciones sin ánimo de lucro muy pujantes, activas y dinámicas, como son las ONGs. En cualquier caso, se dirá, no poseen grandes capitales, ni parecen dispuestas a comprar hospitales, y por tanto por gestión privada no cabe entender hoy más que la que actúa con ánimo de lucro. Esta es una novedad que se introdujo en el mundo anglosajón en la época de Reagan y Thatcher, y que de entonces acá ha ido cobrando fuerza. Como los inversores se están jugando su propio dinero, es comprensible que aquí el valor, no ya primario sino prácticamente único, sea la eficiencia, porque de lo que se trata es de conseguir el máximo beneficio en el mínimo tiempo. Huelga decir que con ese objetivo en mente, hay muchos procedimientos médicos, incluso servicios, que tales empresas se negarán a prestar, habida cuenta de que con ellos perderán dinero, o que incluso resultarán ruinosos. Para cubrir esos servicios, se dice, debe acudir al Estado y a sus instituciones propias, en las que el valor dominante no será la eficiencia sino la justicia.

Basta con plantear así las cosas para darse cuenta de que este es el curso de acción que parece haber adoptado la Comunidad de Madrid. Se privatizan unos centros para que actúen con criterios de eficiencia (ese es el famoso “ahorro” de que hablan los responsables de la Comunidad), y los procesos muy costosos, muy caros y por lo general no muy eficientes, se traspasan a los centros que sí son públicos, los grandes hospitales terciarios, La Paz, el Gregorio Marañón, etc. Pero este es un camino, por más que se magnifiquen sus bondades, lleno de peligros, pues si el objetivo de los centros privados es maximizar el beneficio económico, es obvio que intentarán limitar un número progresivamente mayor de prestaciones a los usuarios, por una parte, y que por otra buscarán derivar cada vez más a la sanidad pública todo aquello que no les permita seguir incrementando su beneficio. Con lo cual puede resultar que el pretendido ahorro sea cada vez menor, y que incluso llegue a ser negativo, dado que están obligados a dar beneficios a quienes han invertido allí sus ahorros.

No, no pueden identificarse sin más eficiencia y ahorro económico. Lo que sí resulta claro es que la ineficiencia lleva al dispendio, amén de a otras cosas, como a perjudicar a los pacientes. Y nuestro pecado, el gran agujero negro de nuestro sistema público de salud, es la falta de evaluación y control de la calidad y la eficiencia. Ha sido y es un pecado estrictamente político y gerencial. Y como ahora se nos exige de modo perentorio recortar el gasto y los políticos y gestores públicos se ven impotentes para hacerlo, a causa de su incuria tradicional en el tema del control de la calidad y la eficiencia, amén de los dispendios de antaño que pasan factura hogaño, resulta que no encuentran otra salida rápida y practicable más que vender buena parte del sistema sanitario a instituciones con ánimo de lucro. Con estas cosas hay que andarse con mucho cuidado, porque, como ya dijera Lutero, nunca debe tirarse al niño junto con el agua. Prudencia, señores, prudencia.

SOBRE EL AUTOR

Diego Gracia: Catedrático emérito de Historia de la Medicina y Bioética de la Universidad Complutense de Madrid y miembro de las Reales Academias de Medicina y de Ciencias Morales y Políticas.

Transferencias de conocimiento y tecnología en medicina y en ciencias de la salud: una introducción

Enrique Baca Baldomero, Catedrático de Psiquiatría, España

Resumen: Se analiza el concepto transferencia de conocimientos en general y en su aplicación particular al sistema sanitario. La transferencia de conocimientos se analiza en su triple aspecto de conceptos y datos; tecnologías y valores, así como en las direcciones en que se da, es decir, de modo centrípeta, desde el cordón de ciencias externas al propio sistema sanitario (o en general a cualquier campo de conocimiento concreto) y desde este hacia el exterior incluida la población en general de modo centrífugo. Este intercambio de conocimientos (transferencia, transmisión, difusión; las tres variantes son analizadas en el trabajo) incorpora, junto al propio conocimiento, valores que modifican tanto al propio núcleo generador de conocimientos como a los receptores de los mismos, siendo necesario, en nuestra así llamada sociedad de la comunicación o de la información, conocer y cuantificar de qué modo influyen las transferencias de conocimientos (conceptos, datos, y tecnologías) en la aparición de valores que se derivan de dichas transferencias.

Palabras clave: transferencia de conocimiento, sociedad de la información, valores, tecnología, sociedad de la comunicación

Abstract: An analysis of the concept of the transfer of knowledge, in general, and, in particular, its application to the health system. Three aspects of the transfer of knowledge are analysed: concepts and data; technology and values; and the directions it takes, that is to say centripetally from the cordon of sciences outside the health system itself (or any specific field of knowledge) and centrifugally from this out to the general public. This exchange of knowledge (transfer, transmission, dissemination; all three variants are analysed in the piece) includes, as well as the knowledge itself, values that modify both the nucleus generating knowledge and its recipients. It is necessary, in our so-called communication or information society, to find out and quantify how transfers of knowledge (concepts, data and technology) influence the appearance of values arising from these transfers.

Keywords: Transfer of Knowledge, Information Society, Values, Technology, Communication Society

Introducción

Partiendo del modelo propuesto en el trabajo “Las cuatro lógicas del sistema sanitario” (Baca, 2006) se abordan en el presente trabajo las bases de deliberación que fundamentan la investigación sobre los procesos implicados en la transferencia de conocimientos hacia y desde las ciencias de la salud, tanto en la vertiente estrictamente científica como tecnológica.

La idea general del presente trabajo es que la transferencia de conocimientos (en su triple aspecto de conceptos y datos, tecnologías y valores) se da en una *dirección centrípeta* desde el cordón exterior de ciencias y técnicas (en la mayoría de los casos, de tecnociencias) hacia la estructura global que constituye el sistema sanitario (entendido como un complejo de lógicas no necesariamente coincidentes e incluso contrapuestas) (Baca, 2006). Y simultáneamente también se da en una *dirección centrífuga* desde el sistema en su conjunto hacia las ciencias de dicho cordón exterior y también, en forma de conocimientos, acciones y también valores, hacia la población general o, si se prefiere, hacia la sociedad en su conjunto.

En consecuencia, la transferencia de conocimientos (quizá menos en lo referente a las tecnologías estrictamente consideradas) en el campo sanitario es dialéctica (como casi todos los procesos interrelacionados) e implica un núcleo estructural central, fuertemente interconectado



—también dialécticamente— y un *exterior* no menos complejo y que no puede ser subsumido en una única estructura de forma simplista.

Se hace necesario, por tanto, identificar, de forma analítica y con la mayor precisión conceptual y semántica posibles, los componentes de la estructura del sistema sanitario y sus interacciones *internas*, antes de plantear, con igual precisión y nivel de análisis, los elementos que configuran el cinturón de ciencias y tecnologías *proveedoras*.

Entre los cuatro elementos de la estructura interna del sistema [a) población materializada en el sujeto enfermo y su familia; b) médico y demás personal sanitario; c) tercer pagador al que hay que añadir, en el caso de no coincidencia, el proveedor orgánico de los servicios y d) complejo industrial sanitario] es necesario analizar sus identidades, los cambios y transformaciones que pueden sufrir, sus objetivos reales frente a sus objetivos *formales*, su *lógica* de funcionamiento, sus necesidades de conocimientos, lo que *importan*, desde donde lo importan y como lo importan, el uso que hacen de ello y, asimismo, lo que *exportan*, a donde lo exportan, como lo exportan y el uso que se hace de ello en su lugar de destino.

Como puede verse, el objetivo final es disponer de un modelo complejo y dinámico de las interacciones entre todos estos protagonistas internos del sistema (que en la práctica actúan muchas veces como subsistemas independientes, aunque en realidad y aunque se empeñen, no puedan hacerlo) e identificar las *puertas de entrada* y las condiciones en las cuales se produce la llegada de conocimientos desde las ciencias *exteriores* al sistema.

Simultáneamente habrá que identificar todas y cada una de estas ciencias, su nivel epistemológico y heurístico en cuanto *proveedoras* y clasificarlas desde la perspectiva, no de su realidad en sí, sino de su relación *útil* con el sistema sanitario. De la misma manera habrá que identificar y analizar las *puertas de salida*, su valor epistemológico y heurístico y los destinatarios de la información centrífuga.

Pero antes de iniciar incluso el análisis de las características del sistema que ya hemos esbozado anteriormente habría que determinar (y este es el primer paso) el concepto de transferencia de conocimientos, su naturaleza, las ciencias emisoras y las características de la emisión. Así como analizar igualmente la transferencia desde la medicina hacia afuera.

Para ello podemos partir de un esquema inicial que contempla un aspecto central: el desarrollo diacrónico de las metas de la medicina, que puede ser sintetizado de urgencia en el siguiente esquema provisional:

- a) *El objetivo de la lucha que supone la acción médica sobre el enfermo individual*: Muerte, dolor, discapacidad, sufrimiento, malestar, consecución del bienestar, satisfacción de deseos. (¿Qué representa la evolución histórica de las funciones y objetivos que la medicina se ha dado a sí misma, en algunos casos en respuesta a las demandas sociales y en otros a la propia redefinición o ampliación de sus objetivos?).
- b) *Los objetivos intermedios u operativos*: Planificación, programación, evaluación, gestión del sistema. ¿Cuándo y cómo aparecen? Su origen (que probablemente representa el esbozo de los primeros procesos de transferencia).
- c) *Algunos aspectos concretos*: Planificación y gestión de recursos humanos: la formación pre y postgraduada. La formación continuada. (Hay que entender este capítulo como la normalización de los procedimientos de acceso a la profesión sanitaria y su regulación, así como la constatación de la caducidad de los conocimientos y habilidades y la necesidad de su reactualización).
- d) *Los objetivos sociales*: Salud pública y su concepto en el marco de las políticas de bienestar. La interfase sanidad-servicios sociales y su evolución. Expectativas y demandas de la población en su sentido genérico. Cómo y cuándo aparecen. (Lo que constituye otro capítulo de las posibles transferencias desde las ciencias sociales y la ideología política).

Transferencia de conocimiento y de tecnología

El concepto de transferencia de conocimientos y tecnologías en el mundo actual y su origen

El término *transferir* (o transferir) tiene el significado general de “traspasar (algo de un lugar a otro)”, con una posibilidad de uso (raro) en el sentido de “trasladar”. La transferencia aparece, genéricamente, como “acción de transferir” y específicamente con dos acepciones más: la primera, de origen económico, representa el traslado de una cantidad de dinero de una cuenta bancaria a otra; la segunda se refiere a la transferencia como término técnico introducido por el psicoanálisis. (Seco y cols, 1999).

La raíz indoeuropea (*bher-*) ya tiene el sentido de “llevar” y su origen inmediato (latino) habla de un conjunto de palabras (*transferre, transportare, transmovére, traducére*) cuya traducción al castellano sería *transferir*. La idea de mover una cosa de un sitio a otro, ligada, a algo que puede materializarse, tocarse o tener un valor potencial (positivo o negativo) parece estar en el origen de la palabra.

El empleo técnico de la misma está ligado a su uso en economía. Este hace referencia al envío de cantidades dinerarias de un lugar a otro pero con sentido diferente al movimiento o envío de dinero como consecuencia del pago de servicios productivos. Así *pagos de transferencia* tiene el sentido preciso de indicar envíos de dinero que se hacen bajo la forma de donaciones subsidios, pensiones, sobre todo si los hace el Estado en dirección a los contribuyentes del mismo (Seldon y Pennance, 1980).

La economía, por tanto, precisa que el movimiento de bienes o valores sujetos a transferencia no se produce como pago de ninguna contrapartida específica (productiva) sino como consecuencia de otros factores que, en el caso de los *pagos de transferencia*, asocia a los deberes redistributivos del Estado de Bienestar.

La sociología ha empleado también este sentido de transferencia usando otro vocablo distinto. Así el término *transmisión* es definido como “todo proceso de transferencia de datos, información, o conocimiento” y se pone en el desarrollo de la sociedad de la comunicación (materializada en Internet y en la sucesiva popularización y globalización del acceso a la información y de la comunicación) el origen inmediato del aumento imparable de la transferencia de conocimientos que implica la relación directa hombre-máquina y máquina-máquina, en el desarrollo de la llamada “sociedad en red”, “sociedad informacional” o, en fin, “sociedad del conocimiento” (Joyanes, 1997).

Pero en el contexto específico de la relación entre ciencia, tecnología y sociedad, los términos difusión y transferencia adquieren significados más precisos, referidos a lo que se podía expresar como *movimientos del conocimiento* (Estébanez y Korsunsky, 2006).

Según estos autores la *difusión del conocimiento* involucra las acciones de comunicación habituales realizadas en el seno de la comunidad científica que los produce. Bajo este concepto pueden, por tanto, agruparse todas aquellas acciones que implica comunicación de conocimientos científicos y/o tecnológicos en el marco del ámbito profesional de los autores y para su uso interno, formándose así una especie de comunidad entre la cual los referidos conocimientos circulan, generalmente a través de soportes estandarizados como son los libros, las revistas profesionales homologadas y, mas recientemente, los lugares específicos de la red cibernética.

La difusión del conocimiento es, en consecuencia, generalizada y anónima, sin que tenga que existir un destinatario identificado de la misma. En la difusión del conocimiento este se *siembra*, por así decirlo, entre la comunidad virtual de los que potencialmente accedan al mismo (lean el soporte en papel o entren en la página electrónica de que se trate) sin ningún otro requisito que el que impongan las reglas de accesibilidad general a dichos documentos.

Pero por otra parte aparece un fenómeno, relativamente nuevo, consistente en la difusión de conocimientos desde los lugares (científicos) de su producción en dirección a usuarios que, en principio no pertenecen al grupo caracterizado de los que producen dichos resultados, sino que se convierten así en receptores *puros* del trabajo de los investigadores. Estos usuarios están

identificados (o suelen estarlo) y el conocimiento (y las tecnologías) se les *envía* y es recibida de forma intencional por ambas partes (el productor y el destinatario). Dichos usuarios pueden ser individuos, corporaciones o incluso grupos sociales pero siempre estarán, como decimos, predeterminados e identificados por el emisor.

A estos procesos se refiere el concepto estricto de *transferencia de conocimientos* que supone una serie de elementos identificables: a) generación y oferta científica; b) demanda de conocimiento; c) voluntad de transferirlo por parte de los generadores; d) procesos reglados o no de acceso al conocimiento generado por parte de los “usuarios/destinatarios” del mismo; e) procesos interactivos de cooperación entre productores y usuarios.

En cualquier caso todo parece indicar que el concepto de transferencia de conocimientos se ha ligado con cierta exclusividad a la transferencia de tecnología (Estébanez y Korsunsky, 2006) en la cual los generadores de dicha tecnología, en sus fundamentos científicos y en sus aplicaciones prácticas, la comparten con los receptores a través de un proceso de cesión pactada. En este contexto se extiende el concepto también a las siguientes áreas estrechamente emparentadas, tanto conceptual como operativamente, con la tecnología como son: a) la formación de personal cualificado y la formación continuada del mismo incluyendo el entrenamiento y el desarrollo de habilidades en áreas de capacitación específica y b) la asistencia para la resolución de problemas concretos.

Pero también se entiende dentro de la transferencia de conocimientos dos aspectos que nos resultan particularmente importantes en nuestra concepción: a) la provisión de conocimientos en áreas interdisciplinarias o de rápido crecimiento y cambio; b) La difusión, extensión e intercambio de conocimientos e información científica básica tanto a los usuarios e investigadores interesados como a los profesionales, expertos y público en general (Schuetze, 2000).

Un marco conceptual para estos procesos es el desarrollado por Bozeman (Bozeman, 2000) en el que se identifican cinco dimensiones del proceso de transferencia: a) agente que transfiere; b) objeto transferido; c) medios de transferencia; d) destinatarios/usuarios de la transferencia y e) entorno de la demanda.

La revisión de Bozeman es un buen punto de partida para adentrarse en el estudio de las *transferencias de tecnología*, pero no tanto en el campo de las *transferencias de conocimiento*. A pesar de que este autor, con buen sentido, y siguiendo a Sahal (1981; 1982), no las separe (afirma que cuando un producto tecnológico se trasfiere o difunde también se transfiere o difunde el conocimiento que lo soporta y acompaña) es un aspecto que admite algunas precisiones: la primera de ellas es que así como es cierto que no hay transferencia de tecnología sin transferencia conjunta de conocimientos, si puede haber transferencia de conocimientos sin transferencia de tecnologías.

Es evidente que existe un problema conceptual básico que radica en la necesaria definición de *tecnología* y de *conocimiento*. Sin entrar ahora en un análisis pormenorizado baste decir que, operativamente la tecnología ha de ser concebida como una herramienta, mientras que el conocimiento implica adquisición de nuevos saberes, operativos o no. Es evidente que esta distinción simplista se complica en la medida que toda transferencia de conocimientos supone la difusión (no necesariamente intencional) de los valores implicados y soportados por dichos conocimientos. Así mismo, la transferencia de tecnología (de herramientas, que pueden ser herramientas físicas o conceptuales), como bien apunta Sahal, implica necesariamente la transferencia de conocimientos pero también de habilidades e, indefectiblemente, de los valores que implican, como acabamos de decir.

Desde otra perspectiva se ha mantenido que la transferencia de tecnología es, en el fondo, un aspecto de la comercialización de la propiedad intelectual. No hay que ignorar este aserto.

En cualquier caso la idea de la transferencia (ya sea de conocimientos o de tecnología) puede ser abordada desde el punto de vista del agente que transfiere (el *productor científico* lo llaman Estébanez y Korsunsky (2006) o desde el punto de vista del receptor de la misma. En cualquier

caso la transferencia incluye necesariamente toda una serie de interacciones entre el productor y el destinatario que genera un intercambio de información y, en general, de material cognitivo que incluye también (o puede incluir) habilidades psicomotoras específicas y el desarrollo de actitudes ligadas al empleo de dichos conocimientos y habilidades. En este sentido la transferencia del conocimiento participa de las características del proceso educativo que ya describió Bloom (1971). Probablemente, aunque hay que analizarlo con más detenimiento, la transferencia de tecnología también participe de dicho proceso.

Puede decirse por tanto que el estudio de la transferencia de conocimientos (y de tecnologías) ha de tener en cuenta lo que dice Bozeman (quien transfiere, que se transfiere, como se transfiere, a quien se transfiere y en que entorno) pero también ha de prestar atención el uso que se hace de lo transferido y el impacto final que dicha transferencia tiene en el destinatario buscado o imprevisto. Esto último nos será de gran utilidad para analizar y entender el impacto de la transferencia de conocimientos a la sociedad civil desde los organismos especializados de creación de los mismos, aspecto este que en el campo de la salud es particularmente importante e interesante.

Estamos aquí ante un aspecto muy importante y no esta de más resaltarlo. Existe una gran actividad difusora de los conocimientos científicos que afectan al campo de la salud, en dirección al público general. Este hecho se implementa de forma reglada en los casos de las campañas de educación sanitaria promovidas desde múltiples lugares y con intereses no necesariamente coincidentes (piénsese por ejemplo en las campañas educativas de organismo oficiales o instituciones privadas y, más aún, en las campañas de prevención de conductas o enfermedades concretas) En estos casos podría hablarse de transferencia de conocimientos aunque estaríamos en el límite con la simple difusión de conocimientos.

Pero existe otro caso aún más interesante y frecuente. Los avances de los conocimientos y/o de la tecnología sanitaria suelen pasar a los *mass media* prácticamente al mismo tiempo que son difundidos a la comunidad científica internacional (En muchos casos tomados directamente de las pre-publicaciones electrónicas de las revistas científicas de mayor impacto, *Science* o *Nature*)

Se trata de un fenómeno que ya dura unas décadas y tiene una extraordinaria importancia. Es un ejemplo paradigmático en el estudio de los efectos que tal difusión (aquí no estamos hablando de transferencias) ejerce sobre la población general. Estos conocimientos, o el enunciado de las tecnologías en su caso, son generalmente *glosados* y *explicados* por los profesionales del periodismo (no en vano ha aparecido la figura del periodista sanitario) a la sociedad civil. Su impacto no solo hay que medirlo en términos de conocimiento difundido sino, y aquí esta el interés de la investigación del tema, en términos de valores generados directa o indirectamente en el público receptor de dichos conocimientos convenientemente convertidos en noticias.

Indicadores de transferencia de conocimientos desde el sector científico y tecnológico hacia otros sectores sociales

Estébanez y Korsunsky (2006) han propuesto la posibilidad de desarrollar indicadores que midan de alguna manera la potencialidad y la efectividad de los procesos de transferencia. Es claro que estos indicadores solo son aplicables en los casos de *transferencia pura* en los que es posible identificar la fuente que los produce y el destinatario de la producción. Se trata, por tanto de posibilidades de medida de la dinámica clásica de la transferencia.

Se distinguen dos tipos de estos indicadores: a) *de actividad*, entendidos como medida de la existencia y dimensiones de la transferencia y b) *de orientación*, entendidos como aquello que dan cuenta de las modalidades de la transferencia y de sus relaciones con el medio social.

De los indicadores propuestos, y que pueden servirnos para analizar sus posibles correlatos y aplicaciones en el caso de las transferencias en el campo sanitario, destacaremos los siguientes:

- a) *Indicadores de actividad*
 - i) Indicador de actividad total: unidades de análisis con transferencia / unidades totales de análisis.

- ii) Indicador de nivel de actividad de transferencias: cantidad de transferencias / unidades de análisis con transferencias.
- iii) Indicador de tipo de actividad de transferencias: cantidad de transferencias según tipo de actividad de las mismas / cantidad total de transferencias x 100.
- iv) Indicador de orientación social de las transferencias: cantidad de transferencias según tipo de destinatario / cantidad total de transferencias x 100.
- v) Indicador de alcance territorial: cantidad de transferencias según alcance territorial / cantidad total de transferencias x 100.

b) *Indicador de modo*

Solo se propone uno que se calcula de la siguiente forma: cantidad de transferencias según tipo de actividad y destinatario / cantidad total de transferencias x 100.

Como decíamos antes estas medidas son de aplicabilidad al estudio de la efectividad (y de la eficiencia) de la producción científica de los organismos investigadores en cuanto a su impacto sobre los receptores “naturales” de dicha producción. En el caso del campo sanitario mediría en que medida las ciencias básicas de la medicina y los campos limítrofes que habitualmente transfieren conocimientos y tecnología “llegan” adecuadamente a sus usuarios naturales que son los clínicos.

Un esquema inicial para abordar las transferencias en el campo de las ciencias de la salud

Sobre la base de lo anterior lo que sigue es una propuesta de trabajo que se plantea como marco general en donde situar la necesaria discusión sobre este tema. Se parte de la existencia de tres flujos diferenciados de información:

- a) Uno interno que circula entre los cuatro elementos del sistema ejemplificados en el paciente, el médico, el complejo industrial- sanitario y el tercer pagador.
- b) Otro centrípeta al sistema que proviene del cinturón de ciencias proveedoras y que entra en el sistema a través de uno o más de sus componentes, difundiendo, a través de dicho componente, a los demás. Hay que tener en cuenta que algunas de estas *ciencias proveedoras* han acabado de integrarse, de hecho, en el mismo sistema sanitario (aunque sea a nivel conceptual) de manera que ya no pueden ser estrictamente consideradas como *externas* al mismo. Es el caso, por ejemplo, de la investigación biológica (en sus múltiples facetas, genética, biología molecular, bioquímica, etc.) que forma parte de lo que se conoce como biomedicina y que constituye ya un campo de interacción de lo sanitario con lo estrictamente científico. Esto ha llevado a que se establezca (¿dentro del sistema?) un nuevo apartado de ciencias básicas frente a ciencias clínicas que constituye, de hecho, una ampliación de los cuatro elementos que venimos atribuyendo al sistema en su conjunto.
- c) Un tercero que es centrífugo al sistema y que parte, como proveedor, de uno o varios de los elementos del mismo en dirección a dos destinatarios potenciales:
 - i) La sociedad en general en forma de campañas de divulgación dirigidas o en forma de difusión inespecífica de noticias a través de los *mass media*. A este flujo más tradicional hay que sumar recientemente el flujo que se produce *directamente* desde las ciencias limítrofes hacia la población general mediante la difusión (comentada o no sobre sus potencialidades por el periodista) de descubrimientos o avances que aún no han llegado, o llegan simultáneamente, a cualquiera de los componentes internos del sistema.
 - ii) Otros campos científicos del cinturón de ciencias proveedoras que reciben así un *feed-back* cuya importancia y trascendencia hay que analizar.

No cabe duda que el conocimiento de la naturaleza y la dinámica de la transferencia de conocimientos (tanto centrípeta como centrífuga) es absolutamente básico para entender la situación y las posibles evoluciones de los sistemas de atención a la salud. Para ello hay que tener bien presente la propia complejidad de dichos sistemas, que están muy lejos de poder ser

entendidos si se adopta únicamente el punto de vista de uno de los componentes que los forman. Desgraciadamente no hay, hasta ahora, visos de que el problema de la transferencia de conocimientos se aborde desde el planteamiento previo de dicha complejidad.

Este trabajo pretende ser una llamada de atención sobre este hecho y plantear posibles vías de abordaje del problema.

REFERENCIAS

- Baca, E. (2006). “Las cuatro lógicas del sistema sanitario: médico, enfermo, tercer pagador e industria”, *Claves de la Razón Práctica* 165, 42-47.
- Bloom, B. (1971). *Taxonomía de los objetivos de la educación*, Buenos Aires, Ateneo.
- Bozeman, B. (2000): “Technology transfer and public policy: A review of research and theory”, *Research Policy*, 29, 627-655.
- Estébanez, M. E.; Korsunsky, L. (2006): *Medición de actividades de vinculación y transferencia de conocimientos científicos y tecnológicos*. Buenos Aires: Centro de Estudios sobre Ciencia, Desarrollo y Educación Superior (REDES).
- Joyanes, L. (1997). *Cibersociedad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sahal, D. (1981). “Alternative conceptions of technology”, *Research Policy*, 10, 2-24.
- Sahal, D. (ed.) (1982). *The Transfer and Utilization of Technical Knowledge*. Lexington, MA: Lexington Publishing.
- Schuetze, H. G. (2000). *Industrial Innovation and the Creation and Dissemination of Knowledge: Implications for University and Industry*. Geneve: OCDE.
- Seco, M., Andrés, O. y Ramos, G. (1999). *Diccionario del español actual*. Madrid: Aguilar.
- Seldon, A.; Pennance, F. G. (1980), *Dictionary of Economics*. London: Dent and Sons.

SOBRE EL AUTOR

Enrique Baca Baldomero: Nacido en Granada (España), licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada y doctor por la Universidad de Navarra, especialista en Psiquiatría y Neurología. Ha sido presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental y *Co-chairman* del *Steering Committee in Ethics* de la *World Psychiatric Association*. Ha sido catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (de cuyo departamento de Psiquiatría ha sido director) y jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital universitario Puerta de Hierro. Es actualmente Presidente del Patronato de la Fundación Instituto de Victimología (FIVE).

El remedio de las pasiones: la construcción de la persona del médico a finales del siglo XVIII

Guillermo de Eugenio Pérez, Universidad Carlos III de Madrid, España

Resumen: En este artículo se discuten algunos aspectos de la figura del médico en el contexto europeo hacia finales del siglo XVIII y principios del XIX. Para ello se han escogido dos textos sobre la influencia y tratamiento de las pasiones en relación con las enfermedades, cuyos autores (Clément-Joseph Tissot y William Falconer) usan además el discurso para presentarse a sí mismos en tanto que médicos, como detentadores de una función imprescindible en la regulación ética de los individuos-pacientes. La hipótesis sostenida es que la consolidación del médico a lo largo del siglo XIX como eje central de la sociedad tiene su origen en estos intentos discursivos de extender las prácticas terapéuticas más allá del dominio del cuerpo hacia la vida moral del individuo. Trataremos para ello de dar algunas muestras que ilustren un tramo del proceso genealógico de este tipo particular de persona científica que es el médico en su relación con las pasiones del alma, y veremos cómo este proceso está relacionado con un cierto tipo de conocimiento médico y con la constitución de formas específicas de autoridad y de intimidad entre médico y paciente.

Palabras clave: médico, pasiones, intimidad, autoridad, ética

Abstract: The aim of this article is to discuss some features of the physician's figure in the European context in the late 18th and early 19th Centuries. Thus, two documents have been chosen to be analyzed. They are dissertations dealing on the influence and treatment of passions as phenomena related to illness. Besides, their authors (Clément-Joseph Tissot y William Falconer) use their discourses to present themselves as bearers of a key ethical function, the emotional regulation of (sick) people. The hypothesis sustained on this article claims that these therapeutical practices that unfold the power of the physician beyond the domain of the body reaching moral life have been a crucial element for the understanding of the strengthening of the physician's scientific persona as outcome of a genealogical process. This process implies a set of medical theories about the functioning of the body and the techniques of a scientific beholder, on one side, and, on the other, the constitution of a certain kind of authority grounded on this knowledge and on the growing of a certain kind of intimacy between physician and patient.

Keywords: Physician, Passions, Intimacy, Authority, Ethics

Una mano hábil

Si abrimos el *Dictionnaire des sciences médicales* de Jean-François Delpit (1820) por el artículo “*réaction*” encontraremos mucho más que una mera descripción de procesos fisiológicos. En realidad, se trata de un texto típicamente decimonónico, con una retórica alambicada y saturada de sobretonos morales, en el que un «recurso poderoso» es «manejado por la mano hábil» del médico, donde «huracanes de emociones morales» son apaciguadas por la voz de un personaje cuyo deber profesional «se funde con la más delicada amistad». El enfermo establece con su médico un tipo particular de intimidad, nos dice Delpit, que actúa como un bálsamo reparador en su alma, facilitando así la labor curativa del médico sobre el cuerpo sometido al rigor de las enfermedades. De este modo, la reacción de lo moral sobre lo físico viene a unirse a la eficacia de otros remedios, como la administración de medicamentos. ¿Cuáles son, pues, los rasgos que definen a este médico, a esta encarnación del ideal hipocrático? Un aire sereno y calmado, unos gestos desprovistos de afectación, cuidados afectuosos, promesas moderadas de recuperación, un hablar razonado y razonable, un discurso del que se ha expurgado todo aquello que de oscuro y severo pueda contener la jerga de la fisiología, y se ha transformado



en la “expresión del corazón” y del interés genuino del médico por el enfermo. Un saber hacer en el que todo en las maneras, las palabras y las acciones del terapeuta debe contribuir a fortalecer esta confianza que se ha trabado entre él y su paciente, en la que reside un poderoso expediente para excitar la economía del cuerpo y disponer soluciones favorables para la enfermedad.

La construcción discursiva del citado artículo nos da una noción bastante precisa de la fusión entre la terminología propia del vitalismo y un conjunto de directrices de tipo ético en que la figura del médico se manifiesta como una presencia paterna, protectora y decisiva en la vida moral del individuo. Este no fue siempre el caso, ya que los médicos en general habían gozado de una fama dudosa hasta una fecha relativamente reciente. No hay más que recordar la prevención de Montaigne respecto a la medicina (y su aborrecimiento declarado hacia los médicos) así como su predilección por la *vis medicatrix naturae*. Podría pensarse, y sin duda es así en cierta medida, que este cambio en la percepción pública del colectivo médico tiene que ver con el salto o modernización de las técnicas y las teorías terapéuticas en las primeras décadas del siglo XIX. El propio término “reacción” forma parte de un programa de investigación muy específico, el vitalismo, que considera el cuerpo y el alma como parte de un mismo objeto terapéutico, defendido por autoridades de la renovación de la medicina (Cabanis, 1802:1-4). Pero también hay otro rastro, uno que tiene que ver con la construcción cultural de lo que llamaremos *persona científica*. “Persona” tiene aquí el sentido de representante, como sucede en el caso del teatro o de la política, significa “estar en el lugar de”, ocupar una posición en que la autoridad no se ejerce a título personal, sino en nombre de un colectivo profesional, de un saber-poder del que uno es depositario.

Para responder a la pregunta sobre cómo fue posible esta evolución o metamorfosis en el estatus social y la relevancia simbólica del médico en la cultura europea me gustaría seguir ese segundo rastro, el de los discursos y las prácticas relativas al control y gestión de las pasiones en el tratamiento de la enfermedad. Para ello se han seleccionado dos textos como representativos de un tipo de producción en boga durante la segunda mitad del siglo XVIII y principios del XIX, una aproximación que a menudo formaba parte de las disertaciones de defensa doctoral en las facultades de medicina. Esta construcción no es una mera repetición de las fórmulas hipocrático-galénicas al uso consagradas por la tradición, ni un discurso hueco, sino una auténtica variante del cuidado de sí y de los otros (Foucault, 2008:43-56) como forma de autogobierno y capacitación para la dirección de sujetos a cargo de quien detenta un determinado tipo de conocimiento que es producido en forma de experiencia clínica. Para definir esta producción discursiva que remite a un conjunto de prácticas del cuidado habrá que plantear interrogantes que se refieren a la relación entre el médico y el paciente. Estas preguntas se ubican en tres lugares comunes. El primero es el lugar de la experiencia y la autoridad del médico como profesional y como director de conciencia. El segundo lo ocupa el lugar de la agencia del paciente, quien, sometido a sus propias pasiones y padecimientos, es por tanto el polo “pasivo” de la relación terapéutica. El tercer lugar es el de la relación entre la autoridad y la creación de un espacio de intimidad que proporciona las condiciones idóneas para el trabajo de curación y cuidado (Lain Entralgo, 1983: pp. 25-6).

En el tránsito del siglo XVII al XVIII dejará de hablarse exclusivamente de *pasiones* para referirse a las emociones, y se producirá una deriva hacia una terminología más compleja, la de los “sentimientos” como síntoma de una relación progresivamente matizada con los otros y de manera reflexiva con uno mismo (Pose Varela y Borrell Carrió, 2012: pp. 31-2). De modo similar, ya en el siglo XIX, se conserva el léxico heredado de la teoría humoral (ser melancólico, estar de mal humor, tener un temperamento bilioso, etc.) cuando la teoría que lo sustenta pierde vigencia, y entonces pasa a habitar en el horizonte literario y del lenguaje cotidiano de la descripción psicológica. El nuevo concepto de la vida emocional se despegaba de polaridades absolutas; lo pasivo y lo activo de la vida afectiva aparecen mezclados de manera creciente, *sentimiento* y *pasión*, traza un panorama gradual que permite la integración compleja de diversos niveles entre razón y emoción (Casado y Colomo, 2006: p. 7). Este vínculo es el lazo que anuda

la emoción con la voluntad del sujeto, a través de prácticas de autocontrol guiado, de conocimiento y dominio de sí. Una parte importante de estas prácticas de cuidado de sí y de los otros reside en este nuevo vínculo entre el médico y paciente que solo es posible desde el momento que se reconoce la competencia del fisiólogo para intervenir en la vida moral, emocional, de quien está a su cuidado.

El cuidado de las pasiones

Pero, ¿qué es exactamente una pasión, y qué es la pasión en la tradición médica? Si seguimos las definiciones al uso en la literatura médico-filosófica de origen galénico, las pasiones son uno de los seis grupos de influencias *no naturales* que el médico debe tener en cuenta para esclarecer la etiología de la enfermedad. Elementos externos (igual que el clima, la dieta o el ejercicio), las pasiones son respuestas a estímulos externos que alteran la economía global del cuerpo y la mente. Se definen como «actos internos u operaciones del alma que bordean con la razón inmaterial por un lado, y con los sentidos materiales por el otro, y persiguen un bien o huyen de algún mal causando por tanto alguna alteración en el cuerpo» (Jackson, 1999: p. 202). Llamadas *pathé* por los griegos, *perturbationes*, *affectus* o propiamente *pasiones* por los escritores latinos, esta variedad terminológica permitía a veces destacar en unos casos el carácter pasivo con respecto a los eventos externos y en otros sus propiedades activas en el equilibrio de fuerzas corporales internas, que se explicaban mediante la teoría de los humores, fluidos que regulan la economía interna del sujeto.

Las pasiones aparecen así como mediadoras entre lo mental y lo físico, y en los tratados médicos aparecen prevalentemente consideradas como origen de estados emocionales y físicos cuyo rasgo principal es el desequilibrio, la disonancia y lo extremo. Son, por tanto, elementos a tener en cuenta tanto para la etiología como para la terapéutica de las enfermedades. Hay que tener en cuenta, además, que al menos hasta el siglo XIX no existe una verdadera especificidad de las enfermedades de la mente, porque ser un enfermo mental hubiera sido equivalente a declararse un «enfermo imaginario», como el personaje de Molière, es decir, un falso enfermo. Por ello debemos pensar en fenómenos como la histeria o la hipocondría, no como enfermedades en el sentido moderno, sino como conglomerados de factores fisiológicos y mentales que se configuran en función de una orientación cultural (e incluso literaria) muy precisa, en la que el término se mantiene pero el contenido se modifica, de manera que a menudo resulta muy difícil adscribirles un carácter concreto. En cualquier caso, y de acuerdo con Galeno, los humores internos configuran el temperamento de cada sujeto. El carácter, por el contrario, está constituido por la reactividad afectiva que corresponde a su estar en el mundo, a su desarrollo psicológico, lo que hacemos con nosotros mismos, la parte por así decir construida o disciplinada de la personalidad.

Es por ello que el control y la dirección de las pasiones desordenadas siempre fue una de las asignaturas destacadas de la filosofía moral, que se ocupa de la formación del carácter o actividad etopoyética. Aristóteles, en su *Retórica*, adopta una actitud instrumental con respecto a las pasiones, ya que estudia el modo en que los estados emocionales del público pueden ser activados o temperados en beneficio del orador. Los estoicos siempre consideraron las pasiones como enfermedades del alma, algo que debería ser erradicado por el bien de la salud del alma, para alcanzar el estado de distanciamiento perfecto, la *ataraxia*. Las expresiones que contraponen la medicina y la filosofía, tan frecuentes en la cultura griega, participan de una estructura metafórica bidireccional en la que, sin embargo, se mantenía la distinción neta entre ámbitos de competencia profesionales. Cuando Sócrates se presenta como “médico de la cabeza” ante el joven Cármides (155b y ss.), incide en la necesidad de considerar al filósofo como médico del alma, pero mantiene el carácter esencialmente metafórico de su discurso. Es decir que no emplea métodos propios del médico, sino solo la ironía dialéctica socrática, aunque a veces juega con la terminología terapéutica al uso.

De igual modo, cuando un médico como Galeno escribe un tratado sobre la diagnosis y cura de las pasiones del alma (*De Propiorum Animi Cuius Libet Affectuum Dignotione et Curatione*)

no lo hace asumiendo el rol profesional de médico, sino invocando su formación en las distintas escuelas filosóficas. Galeno habla en calidad de alguien educado en el epicureísmo, el estoicismo y las doctrinas platónicas. En este texto, Galeno advierte a un amigo que, si desea mantenerse a salvo de las pasiones y los errores del alma, debe observarse cuidadosamente a sí mismo. Además es bueno que solicite la ayuda de otro, un amigo que ejercerá las veces de médico del alma, ayudándole a perfeccionarse mediante una actitud vigilante y sincera; alguien que no tema señalar los errores del amigo para ayudarle a corregirlos. Sin recurrir en ningún momento a las artes o conceptos propios del oficio, Galeno (1963: pp. 29-41) recomienda a su amigo, quien, en medio de un acceso de ira ha golpeado a un esclavo con una espada, que se modere. No se trata de una crítica humanista motivada por el maltrato del esclavo; la acción es mala por cuanto revela el carácter intemperante del agente. Debe aguardar un tiempo antes de administrar el castigo para ser más equitativo y por tanto alcanzar el dominio de sí. Así pues, en la cultura de la antigua Grecia y Roma la cura del alma era confiada al filósofo y la salud del cuerpo al galeno; un patricio romano sería atendido por ambos, en una situación en que la especialización profesional dejaba poco espacio para el intrusismo. Los tratamientos más usuales para las pasiones eran : a) desplazar la pasión dañina distrayendo la mente del paciente, b) inducir una pasión opuesta para restaurar el equilibrio, siguiendo el *dictum* Hipocrático *contraria contrariis curantur*, y c) sometiendo esa pasión a la fuerza de la voluntad y la razón.

Entre los siglos XVII y XVIII se producen algunas innovaciones de orden teórico que van a modificar sustancialmente esta relación de fuerzas socio-profesionales. Con el auge de las teorías de Boerhave en la escuela de medicina de Leyden y gracias a la importancia creciente de la escuela de cirugía de Montpellier, bajo la autoridad de Pinel, comienza a imponerse un modelo orgánico. El diagnóstico y tratamiento del enfermo deberán ser pues abordados desde la inseparable integración de procesos fisiológicos y mentales. El médico del alma debe ser también médico del cuerpo para poder garantizar un tratamiento holístico del mal concebido como desequilibrio. En tanto que dispositivos causales y explicativos, las pasiones se sitúan ahora a dos niveles: constituyen la instancia paradigmática de una causa, pero alcanzan dicho estatus porque están inmersas en una red de simpatías propia de la lógica de la economía animal. En esta doble etiología de las pasiones, la causalidad circula en ambos sentidos de lo físico a lo moral (o psicológico) y luego de éste a aquél, de modo que todo se explica por la lógica de la simpatía y el principio de sensibilidad de los organismos.

De este modo la teoría médica vitalista había mezclado lo que la Antigua medicina grecorromana había mantenido cuidadosamente separado: los desórdenes físicos y sus tratamientos de un lado, y el “cuidado del alma”, del otro. El médico debe ahora ocuparse del hombre moral y de su cuerpo como un todo, por lo que éstos deben ser considerados como dos grupos de problemas interrelacionados. El tratamiento holístico era, por supuesto, una parte importante de la tradición hipocrática, de la que estos médicos se consideran seguidores, pero el alcance de la actividad profesional del médico se había expandido. «Lo que usualmente se designaba como *médico* —nos dice Philippe Huneman— como los emolientes, los baños o las sangrías, contrapuesto a los auxilios morales, se convirtió en solo una parte de una actitud médica global que incluye la interacción con el paciente, las charlas, intercambios de ideas, exhortaciones morales, pequeñas formas de manipulación, etcétera» (Huneman, 2008: p. 631). Con el apoyo de Cabanis y los *idéologes* la profesión médica se proyecta sobre el ámbito de competencia política: el médico como agente en una compleja red de dispositivos de control destinados a constituir buenos ciudadanos para sociedades moralmente adecuadas y, por tanto, como punto de referencia de la comunidad. Durante y a partir de la Revolución Francesa los deberes éticos y políticos de los médicos alcanzaron un grado de complejidad y relevancia creciente. El objeto de este estudio es determinar mediante el análisis de dos obras de finales del siglo XVIII el modo en que estos discursos referentes a la práctica clínica pudieron contribuir a este cambio.

Observación de casos y personas

La persona en un sentido general es la facultad representativa que tiene el sujeto de cara a la sociedad, su identidad social y cultural en tanto que agente o representante de cierto tipo de agencia, como resultado de un largo proceso de acumulación de propiedades rituales, jurídicas, éticas y reflexivas (Mauss, 1938). Las personas tienen la capacidad de crear nuevas formas de estar en el mundo, modificándolo todo; desde la percepción, al carácter, hasta las estrategias de resolución de problemas, la conducta, la voz o la postura corporal. Persona en latín significa rostro, que es lo que los demás perciben de nosotros, pero en su dimensión formal o convencional significa también que una identidad colectiva es encarnada por un individuo, proyectando un pasado (legendario o histórico) en el presente y el futuro. En un sentido más específico, nos referiremos aquí a la persona científica o *scientific persona* (Daston y Sibum, 2006: p. 3), que se distingue por un conjunto de técnicas, destrezas y recursos discursivos que configuran su capacitación profesional en tanto que poseedor de un conjunto de conocimientos especializados, así como por su pertenencia a un determinado colectivo y una tradición. Por ello resulta importante que la exhibición de estas cualidades se realice en público, de manera que permita el reconocimiento por parte de la comunidad de pertenencia. Asimismo, hay una dimensión históricamente relevante, una ocasión para el conocimiento y un contexto que permiten la emergencia de la persona científica, algo que hemos tratado de retratar muy brevemente en los párrafos anteriores. Las palabras y los gestos, las técnicas del médico, le hacen reconocible para los pacientes, la comunidad de sus colegas y la sociedad en su conjunto. Haciendo uso de las técnicas propias de su profesión, el médico adopta un rol cuasi sacerdotal, valga la analogía; es como si se pusiera la máscara del oficiante que le permite encarnar un personaje, no como quien toma un disfraz, sino como una forma de investidura, la destilación de un *ethos* determinado.

En el presente texto nos centraremos en dos disertaciones médicas con acercamientos similares al tema de las pasiones, ambas publicadas en la década de 1780. Clément-Joseph Tissot (1747-1826) se dirige a la Academia Francesa de Cirugía en 1783 mediante una disertación titulada *De l'influence des passions de l'ame dans les maladies*, que le proporcionaría un discreto reconocimiento y sería reeditada en varias ocasiones. A lo largo de su carrera como cirujano militar, Tissot vivió los tiempos turbulentos de la Revolución Francesa, el Imperio y la Restauración; una carrera accidentada en pos de la gloria, puntuada por éxitos ocasionales y frecuentes reveses de la fortuna (Gerard, 1974; Pagella, 1977). En otro orden de cosas, desarrolló su práctica terapéutica en la línea del higienismo, publicando en 1780 su obra más famosa, *Gymnastique médicinale et chirurgicale*.

La otra obra que interesa a este estudio es la disertación *On the Influence of the Passions upon the Disorders of the Body*, escrita en 1788 por William Falconer (1744-1824) que ganó la medalla Forthergill de la Medical Society de Londres en 1796. Fue admitido en el Colegio Real de Médicos en 1767 y en la Royal Society en 1784, trabajó en el hospital de Chester en la década de 1760, desde donde se trasladó a la ciudad de Bath en 1770. Allí, Falconer publicó varios trabajos sobre los usos terapéuticos de las aguas de dicho balneario en el tratamiento de enfermedades reumatoideas (Borsay, 2004).

Ambos autores, aunque de distintas nacionalidades, eran contemporáneos, y resulta evidente que sus respectivos intereses y carreras fueron notablemente divergentes: una es la historia de un militar, un hombre de acción en un período turbulento de la historia de Francia; la otra, la pacífica vida de un médico de provincias y balnearios. No obstante, los dos comparten un conjunto de rasgos relevantes: ambos fueron figuras médicas de cierta relevancia, ni oscuras ni estelares, que publicaron regularmente un considerable volumen de obras, en un esfuerzo permanente por obtener reconocimiento profesional. Los dos fueron formados en la práctica clínica de hospital, en un contexto en que cirugía y enfermería se encontraban más próximas que en ningún período anterior; pero también habían recibido una copiosa educación humanística. Además forman parte de una corriente antropológica emergente dentro de la medicina que podríamos definir como la consideración unitaria del hombre como un compuesto de procesos

reactivos y retroalimentación en los que las funciones físicas y psicológicas formaban parte de un sistema global. Asimismo, estaban familiarizados con las teorías del vitalismo y la neurología, que se habían extendido considerablemente a lo largo del siglo XVIII. En resumen, estos dos personajes han sido escogidos como *personae*, como figuras representativas para este estudio, no debido a las particularidades individuales que presentan sus biografías, sino precisamente por la razón contraria, porque representan los conocimientos característicos y rasgos típicos que podían encontrarse en un médico de finales del siglo XVIII.

Las disertaciones que aquí se analizan fueron concebidas para ser discutidas *inter pares*, dirigidas a un público de profesionales, un auditorio de colegas dotados de la autoridad para legitimar o deslegitimar el discurso y a su portador. He aquí nuestro primer caso de autoridad: la autoridad médica que se conceden entre sí los actores. Para obtener este tipo de autoridad-reconocimiento, se hace referencia constante a un conjunto de experiencias y conocimientos médicos compartidos. Un elemento de este trasfondo compartido de la literatura médica está relacionado con el uso del concepto *observación*. Esta referencia a un historial de casos médicos, una «casuística» que diríamos en lenguaje jurídico, sirve para ejemplificar el tipo de tratamiento recomendado. Como ha mostrado Gianna Pomata (2005: pp.106-46), existe un largo repertorio terminológico desde la Edad Media y el Renacimiento: *experimenta*, *consilia* o *curationes* son los antecedentes de las observaciones de los siglos XVII y XVIII. Este último término incluye diversos significados, entre ellos la descripción de un efecto sin elucidación de la causa y el uso de casos particulares para probar teorías de índole general, pero también puede ser el epítome de la singularidad, y finalmente, en el sentido empirista, «conocimiento a través de los sentidos»; pero en conjunto todas las definiciones coinciden en la importancia del elemento testimonial. El registro de los testimonios médicos referentes a casos concretos se basa en un doble modelo de autoridad. Por un lado se trata de una estrategia auto-apologética del médico que pronuncia el discurso o redacta el libro, una especie de *marketing* que recurre al testimonio de clientes satisfechos y curas milagrosas realizadas con éxito. Por otro lado se recurre a la prestigio de los grandes nombres del pasado: Hipócrates, Galeno, Celso, Areteo... De este modo, tenemos dos formas de validación de la práctica médica: la *autopsia*, el testimonio en primera persona del autor-orador que se presenta como testigo o presenta el testimonio (favorable) de sus pacientes, y la *historia*, un sistema más complejo de crítica textual en el que los casos presentados por varios autores del pasado se confrontan entre sí y son cribados o sintetizados.

Las observaciones son, por supuesto, más descriptivas y prescriptivas que explicativas. Normalmente, el médico opera mediante principios básicos (usar una pasión para neutralizar otra o bien corregirla mediante el uso de drogas, dietas, ejercicio, etc.). Estos métodos terapéuticos son una forma de gobierno regulado por la moderación y el buen sentido del médico, su *instinto profesional* por así decirlo. Este instinto reposa en última instancia en sus habilidades para observar y actuar en consecuencia, ya que, como nos advierte Falconer, «muchas dificultades pueden producirse en el control de las pasiones, esos instrumentos precarios, ya que sus efectos no pueden ser establecidos cualitativamente, y menos todavía en grado. Lo que puede estimular y levantar el espíritu y las facultades en una constitución, puede tener la tendencia opuesta en otra, más débil». (Falconer, 1788: p. 21)

En cuanto a la segunda dimensión de las observaciones, los casos históricos de la antigüedad hasta nuestros días, aparecen como un depósito de experiencia al que recurrir. El médico aparece no sólo como una especie de filósofo práctico, moral, sino también como un *historiador* en el sentido del Renacimiento, alguien capaz de extraer de un caso cierto tipo de experiencia intersubjetiva que puede ser extrapolada a otro caso distinto (uno actual) y así dar sentido práctico al archivo que posee en común con los otros médicos. Obviamente, estos registros eran misceláneas al estilo de la modernidad temprana, distantes aún de resultar reconocibles por nosotros como datos objetivos o útiles en un sentido estadístico. Una *observación* no contiene la causa del mal, sino solo el efecto y las circunstancias. Sin embargo, puede ofrecer una pista valiosa si se contrasta con los testimonios de otros y es incorporada en su

experiencia personal. No podemos olvidar que la publicidad y la existencia de una comunidad de expertos fueron fundamentales para el desarrollo contemporáneo de la práctica médica.

Otro rasgo importante de estas observaciones es su ejemplaridad. En el caso de Falconer los estados febriles son considerados paradigmáticos para el estudio de las pasiones, ya que en ellos se manifiesta ante los ojos del médico la conexión entre las fluctuaciones físicas y morales. De un modo similar, algunos espacios médicos se presentan como entornos experimentales privilegiados: los hospitales clínicos y militares, en particular, presentan las características ideales para la experiencia médica. En el caso de los soldados suizos, que padecen de un tipo de enfermedad llamada *nostalgia*, y si escuchan una canción de su patria caen inevitablemente enfermos, la solución es prohibir bajo pena de muerte que se canten o toquen esas canciones en los campamentos militares. Tissot señala la influencia nociva en el ánimo o disposición moral de los enfermos ocasionada por la macabra visión de cadáveres amontonados al lado de los convalecientes en las enfermerías de campaña. Esto es lo que se refiere a la experiencia personal y cotidiana del médico-autor, pero también hay otro tipo modélico de experiencia, el de las historias que se repiten de un manual a otro. Una de ellas, presente en muchos textos médicos sobre las pasiones, presenta el asedio de Breda en 1625 como el ejemplo perfecto de los efectos beneficiosos de la persuasión que el médico puede llegar a ejercer sobre sus enfermos. En pleno brote de escorbuto, el Príncipe de Orange asegura haber recibido una poción tan potente que con sólo verter algunas gotas dentro de enormes tanques de agua, todos aquéllos que bebieran de esa agua serían curados. Tres viales de medicamento fueron entregados a cada médico, y el placebo fue administrado en público, a la vista de todos. Por supuesto, el remedio no revestía ninguna eficacia real, pero parece que la representación fue sorprendentemente exitosa, ya que consiguió levantar el espíritu de la tropa. Este es el segundo caso de autoridad que vamos a estudiar a continuación, el del poder del médico sobre el enfermo.

La voz del médico

Los médicos realizan sus obligaciones en tanto que guardianes y gestores de la salud, ya que se trata de una cuestión de estabilizar o recuperar el equilibrio de la economía orgánica de otra persona, regulando *inputs* y *outputs*. Esta función implica que el profesional cualificado desarrolla un tipo especial de mirada penetrante, y que se presenta como alguien que observa y registra su experiencia para el uso de otros. Al menos en uno de los dos manuales tratados, el de Tissot, la palabra *observación* aparece como epígrafe debajo de la categoría correspondiente a cada una de las pasiones analizadas en función de sus efectos sobre diversas enfermedades. En este apartado encontramos a menudo expresiones del tipo «la observación siguiente me fue confiada por un colega digno de fe...» Esta y otras formulaciones similares enfatizan no sólo el valor del testimonio ocular, siempre encarecido en la tradición galénica, sino el de la propia persona del médico como alguien de confianza, con un acento particular sobre el modo en que la destreza como observador del médico se manifiesta en los casos concretos y se refiere a un tipo particular de experiencia clínica.

De acuerdo con Tissot y Falconer, el médico no sólo debe juzgar el temperamento natural (melancólico, colérico, flemático...) de su paciente, sino también su carácter (cultural, resultado de la educación) para aprender a gestionarlo. El primero de los cuidados que le competen, se nos dice, es juzgar su modo de ser para conocer sus vicios y debilidades, y en consecuencia juzgar si los accidentes que se encuentran presentes en una enfermedad son el efecto de una causa moral habitual o accidental, antigua o reciente. Así se establece la regla de su conducta para saber qué debe decirse o prescribirse al paciente. La variedad de recursos de que dispone el médico para regular el equilibrio emocional de su paciente y reconducir su imaginación dentro de los límites de lo razonable es de lo más variado. Para casos de melancolía, considerada como una enfermedad física y no meramente mental, se recomienda viajar, tomar baños, escuchar música o ir al teatro, siempre que las obras representadas respeten debidamente la moralidad y el buen gusto. Un viaje para tomar las aguas de Bath es altamente recomendable, como no deja de señalar Falconer, no sólo por las virtudes curativas de los minerales contenidos en ellas, sino por

la agradable distracción que supone el viaje. Es una medida ideal para escapar de las obsesiones hipocondríacas ya que introduce “una variedad gradual e interesante de objetos y sujetos de atención, que resultan tanto más agradables cuanto que no parecen haber sido introducidos intencionalmente” (Falconer, 1788: p. 78).

Entre las producciones literarias de este período encontramos una novela realmente fascinante que ilustra este tema. En *La expedición de Humphry Clinker* (1770), Tobias Smollet nos presenta un intercambio epistolar que se produce entre un médico y su paciente, mientras éste viaja con su familia por Inglaterra visitando los lugares conocidos por sus cualidades curativas e infraestructuras turísticas *avant la lettre*. Este documento es además un ejemplo perfecto del tipo del proceso por el que el médico cura a su paciente, no mediante el uso de medicinas, sino con una escucha cuidadosa y comprensiva del turbulento flujo emocional de su paciente, el señor Bramble. Este corresponsal, aquejado de diversas dolencias y dotado de un carácter malhumorado e hipocondríaco, responde, sin embargo, a los *toques* sabiamente administrados por su galeno particular, en quien se funden las funciones de un buen amigo dotado de gran tacto, un consejero particular y un profesional acreditado. Los consejos están matizados por un *ethos* filosófico no autoritario, que representa por así decirlo la autoridad de la que está investido en tanto que persona médica (Still, 2001: p. 13).

Volviendo a los tratados o disertaciones que estamos analizando, el médico llega en ellos a recomendar todo un régimen de los afectos. En un tono paternal se advierte al enamorado del peligro que comporta librarse a las caricias del objeto amado, prescribiéndole cerrar los ojos ante novelas de contenido lascivo o pinturas de desnudos demasiado voluptuosos. Incluso se le conmina a evitar pensamientos impuros, espectáculos o conversaciones mundanas, en que el pudor se ve inmolado, a no ver, dentro de lo posible, más que objetos de su propio sexo y no frecuentar otra compañía que la de personas de carácter grave y sensato. Este tratamiento moral destinado a evitar los efectos negativos del amor corresponde en parte al tipo de discursos del moralista o el pastor religioso, siempre vigilante respecto de la salvación espiritual de su rebaño, sólo que en este caso la salud del alma se concibe como un todo con la salud del cuerpo.

En la tercera parte de su discurso, dedicada a los medios de corregir los malos efectos de las pasiones en el alma, Tissot despliega todo un programa en el que la observación del médico se muestra claramente integrada con su función como director de conciencia. Primero, para identificar la pasión que se encuentra en la raíz de la enfermedad que aqueja al paciente, el médico debe llevar a cabo una investigación, interrogando al paciente, a sus amigos y parientes, y examinando escrupulosamente sus respuestas. En este caso la relación del enfermo con sus propias pasiones lo sitúa en una posición pasiva con respecto a aquello que le afecta, y el rol activo del médico consiste primero en desentrañar la verdad que se oculta tras sus palabras y reacciones. Como un detective, el médico se detiene en aspectos que van más allá del contenido del testimonio; se pondera el tono de las respuestas y los gestos que la acompañan, así como los intentos de eludir ciertas cuestiones, incidiendo en las cuales consigue el científico penetrar en la mente del otro para revelar una verdad orgánica subyacente. Asimismo, el médico traza un cuadro patognomónico a través del cual se interpreta la sintomatología de las pasiones: el color de la piel, la expresividad del rostro, la curva de las cejas, el brillo de las pupilas, la comisura de los labios, la tensión muscular, la energía que se imprime a los gestos y la vivacidad de las sensaciones... son todos ellos signos por los que se delata la ira, la pena, el amor o el miedo patológicos. Todos ellos son cuidadosamente descritos por el médico, a fin de sustraer al enfermo el secreto que le atormenta y que puede conducirle a la tumba (Tissot, 1798: p. 13).

Una vez que la pasión dominante y su objeto han sido identificados, se da curso al tratamiento, que generalmente puede encuadrarse dentro de los tres tipos siguientes: 1) Primero, aunque no necesariamente más importante, aparecen los medicamentos, como la quinina, y los cordiales, como el vino o el opio, cuyos efectos pueden beneficiar el equilibrio general ayudando a regularlo, pero que pueden también tener efectos adversos, por lo que se recomienda cautela en su aplicación. 2) Luego vienen los cuidados que comprende la vieja tradición hipocrática de los

seis no naturales: cambios en la orientación o la ventilación de la habitación del paciente, la luz, el aire, la comida, el ejercicio e incluso el uso de música armónica, sedativa o alegre, viajes o una vista agradable desde la ventana pueden obrar verdaderos milagros en el paciente melancólico, iracundo o temeroso. 3) Finalmente aparece lo que se llaman *auxilios morales*, la domesticación de las pasiones que el médico opera fundamentalmente a través del discurso que dirige al paciente. Este último tipo de cuidados tienden a establecer, como objetivo secundario, un tipo de relación terapéutica de confianza entre el cuidador y quien se encuentra sometido a su cuidado. Estos tres tipos de remedios pueden y deben combinarse entre sí según las circunstancias y la naturaleza del enfermo lo requiera.

La voz tranquila y segura del médico aparece como un elemento fundamental, incluso y precisamente en los últimos momentos del enfermo, con el fin de inspirar dignidad al moribundo en esa crítica situación. Al delinear así la actitud y responsabilidades del médico, esos discursos definen de hecho el tipo de autoridad que se le confía. Para mantener esta necesaria influencia, nos informa Falconer, es necesaria una gran prudencia, templanza y autodominio, que sin embargo está lejos de ser incompatible con la simpatía y ternura manifestadas hacia el enfermo. Así pues, quien se domina a sí mismo podrá dominar a los otros que son incapaces de hacerlo por sí mismos, pero debe ser capaz también de empatizar, de mostrarse flexible y amable. Por supuesto, la dulzura del doctor es de un carácter paternalista y conserva un innegable aire de superioridad, evitando un exceso de familiaridad que podría minar su autoridad. Se trata sobre todo de que la acción y el discurso se manifiesten sutilmente, y es de vital importancia que el control ejercido mediante el tono prescriptivo no exceda las conveniencias sociales. La presencia del médico debe ser constante, pero casi imperceptible, ya que el hecho de que cada circunstancia de la vida esté regulada por directrices médicas tiene el efecto de evocar a cada instante ideas de enfermedad y desazón en la mente del paciente, emponzoñando la vida, perjudicando así el espíritu y la salud, nos recuerda Falconer. Por otro lado, si el terapeuta usa de su autoridad como un acto de fuerza, con prepotencia, corre el riesgo de que este abuso provoque la reacción opuesta, la pérdida de confianza del enfermo y reduciendo al médico a una figura impotente.

La intimidad perfecta que debe idealmente crearse entre esta pareja supone también que el médico, en tanto que custodio de los secretos físicos y morales de su paciente, tiene que cultivar una discreción escrupulosa. ¿Qué debería contarle a su paciente y qué debería callar? ¿Cómo responder a las preguntas del enfermo? Cualquier momento de hesitación podría debilitar la confianza de este en el saber del galeno y sus habilidades, pero un exceso de jerga técnica o predicciones ominosas sobre el posible desenlace de la enfermedad provocaría el miedo; ambos casos son negativos para la curación y por tanto deben ser evitados. En el caso de las pacientes femeninas, además, viene a sumarse la exigencia de un tacto extremado a la hora de interrogarlas sobre sus dolencias o de efectuar reconocimientos, de acuerdo con la moral sexual de la época, que dificultaba notablemente el diagnóstico. En cualquier caso, el médico parece ya lo que será en el siglo XIX, un padre amante y autoritario que se muestra dulce ante los retoños dóciles, pero debe saber usar mano firme, ser grave, serio y severo frente a los enfermos indóciles y obstinados, a fin de que se haga lo que más les conviene. En ocasiones puede ser útil saber servirse de pequeñas dosis de ironía que, aplicada con moderación puede aliviar al enfermo, siempre que no hiera su sensibilidad. Esta relación emocionalmente tan compleja aparece como una innovación con respecto a un pasado en que primaba la relación mercantil de intercambio de bienes y servicios, donde el enfermo consideraba al médico como poco más que un vendedor o asalariado. Por supuesto, esta relación continúa más vigente que nunca en el siglo XVIII, pero comienza a adoptar todos los sobretonos afectivos mencionados, que la hacen mucho más interesante.

Estas indicaciones no deben ser entendidas como rasgos idiosincráticos de los autores; de hecho, tanto Tissot, como Falconer mostraron en ocasiones cierta rudeza en el trato con sus pacientes. Se trata más bien de una formulación ideal de los deberes del médico, unas directrices deontológicas mediante las cuales se construye la nueva, compleja relación médico-paciente. Al describir el tipo de palabras que debe emplear el médico, el tipo de auxilios morales que puede proporcionar, estos autores nos presentan el modelo de una persona que guía al otro a través de

su propio *pathos*. Hacen, por así decirlo, un retrato del arquetipo ético del médico, un *memento*: «Nunca debe olvidarse que la firmeza de carácter y presencia de espíritu son los requisitos indispensables para el médico» (Falconer, 1788: p. 95).

Conclusiones

La figura del médico hacia finales del siglo XVIII resulta de crucial importancia para comprender el cambio que su *ethos* profesional en tanto que experto va a experimentar con el paso a las primeras décadas de la centuria siguiente. Como hemos visto, modelar una nueva persona científica o transformar profundamente una identidad ya existente requiere maniobrar en un delicado equilibrio entre lo antiguo y lo nuevo. La producción creciente de disertaciones académicas sobre la influencia de las pasiones en las facultades de medicina con motivo de la concesión del título de doctor puede integrarse en un conjunto de prácticas de auto-reconocimiento entre los miembros de la comunidad médica. El vínculo entre la enfermedad y los estados mentales y afectivos es precisamente el punto en el que se insertan y articulan las nuevas pretensiones éticas del médico en su relación con el paciente y en su función representativa de cara a la sociedad. Esta forma de eticidad, que es también una forma de hacer política, moral e ideológica, viene encuadrada en un marco teórico proporcionado por las teorías vitalistas de la economía animal, holística, con un énfasis particular en la interacción mente-cuerpo, pero también legitimada por una tradición de prácticas médicas que se remontan a Hipócrates y Galeno. Una novedad con respecto a éstas es la no separación entre las funciones del filósofo y las del médico, ya que ahora los remedios del alma y del cuerpo deben, venir de la mano del mismo hombre.

Esta forma de integrarse en los mecanismos psicológicos y sociales de su cultura exige al médico que domine un modo específico de investigar y resolver problemas, que hemos denominado observación y estudio de casos, y que constituye, además, un primer lugar desde el que se ejerce la autoridad médica, la autoridad-experiencia que se centra en la figura del terapeuta. El segundo nivel tiene que ver con el carácter pasivo de las pasiones, la incapacidad del paciente para diagnosticarse y curarse a sí mismo estas *enfermedades del alma* como suele llamárselas en clara alusión a las doctrinas estoicas, y su necesidad de una mano suave pero firme que lo guíe hacia la salud. En un tercer nivel, el más relevante desde el punto de vista de este estudio, es el de la intimidad que se establece dentro de la relación médico-paciente. Se trata de una intimidad plagada de rasgos paternos y sobretonos morales que pueden resultar antipáticos al lector moderno, pero que son parte de uno de los pasos fundamentales que van a transformar la percepción de la importancia radical del rol terapéutico en el caso del médico. Este elemento afectivo que incluye la creación de un espacio de cercanía y sintonía moral no debe ser, sin embargo, confundido con una relación simétrica, ya que la asimetría en la relación de poder se hace patente en la distancia profesional que debe, pese a todo, separar a ambos, médico y enfermo, para que el diagnóstico y el tratamiento resulten efectivos.

Este giro dentro de la evolución de la persona del médico, que implica reivindicaciones de tipo agencial sobre el cuerpo y el alma de las personas a su cuidado fue exitoso al proporcionar al profesional un lugar más prominente y más estable dentro de la sociedad. Pero la hegemonía del médico en la producción de los discursos sobre las pasiones será efímera; con la llegada de la especialización de la psiquiatría y la psicología se cubrirá un hueco que, sin embargo, no habría sido posible sin la dignificación previa del médico. Tampoco pueden interpretarse correctamente estos procesos históricos sin tener en cuenta las transformaciones, matices y contenidos con que se va incrementando el vocabulario cultural sobre emociones, sentimientos y pasiones. En esta transformación de la persona médica en el pilar de la sociedad decimonónica que será el médico hay, implícita y a veces explícitamente formulada una apropiación de las competencias y modos de actuación que caracterizan a la filosofía práctica, la ética y el dominio de las pasiones, puesto

que ser pasivo con respecto a uno mismo significa serlo también con respecto a la enfermedad, tanto del alma como del cuerpo.

REFERENCIAS

- Borsay, A. (2004). "Falconer, William (1744-1824)". *Oxford Dictionary of National Biography*. Oxford University Press.
- Cabanis, P. J. G. (1802). *Rapports du physique et du moral de l'homme*. Paris: Badouin.
- Casado, C. y Colomo, R. (2006). "Un breve recorrido por la concepción de las emociones en la filosofía occidental". *A Parte Rei. Revista de Filosofía* 47, 1–10.
- Daston, L. y Sibum, O. H. (2003). "Introduction: Scientific Personae and their Histories". *Science in Context* 16 (1/2), 1–8.
- Delpit, J. F. (1820). *Dictionnaire des sciences médicales*, vol. 47 [article "reaction"].
- Falconer, W. (1788). *A Dissertation on the Influence of the Passions upon Disorders of the Body*. London: C. Dilly and J. Phillips.
- (1795). *An Account of the Use, Application and Success of the Bath Waters in Rheumatic Cases*. London: W. Meyler.
- Foucault, M. (2008). *Le gouvernement de soi et des autres: Cours au Collège de France (1982-1983)*. Paris: Gallimard.
- Galeno. *De propiorum Animi Cuius Libet Affectuum Dignotione et Curatione*. [Trad. ingl. (1963). *Galen on the passions and errors of the soul*. Ohio: Ohio State University Press]
- Gérard, A. (1974). *La carrière mouvementée d'un officier de santé: Clément-Joseph Tissot (1747-1826)*. Paris: Société Française d'Histoire de la Médecine.
- Hegel, G. W. F. (1977). *Lecciones sobre historia de la filosofía*. México: FCE.
- Huneman, P. (2008). "Montpellier Vitalism and the Emergence of Alienism in France (1750-1800), The Case of the Passions". *Science in Context* 21 (4), 615–47.
- Jackson, S. W. (1999). *A History of Psychological Healing*. New Haven/London: Yale University Press.
- Laín Entralgo, P. (1983). *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza.
- Mauss, M. (1938). "Une catégorie de l'esprit humain: La notion de personne. Celle de 'moi'. Un plan de travail". *Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland* 68, 236–81.
- Pagella, P. (1977). "A Physician in Search of Glory: Joseph Clement Tissot (1747-1826)". *Ann Osp Maria Vittoria* 20 (1-6): 84–90.
- Platón (2008). *Cármides*. [Trans. cast., *Diálogos I*. Madrid: Gredos, 327–68]
- Pomata, G. (2005). "The uses of Historia in Early Modern Medicine", en Pomata, G. y Siriasi, N. (eds.), *Historia: Empiricism and Erudition in Early Modern Europe* (pp. 105–46). London: The MIT Press.
- Pose Varela, C. A. y Borrell Carrió, F. (2012): "Evaluación de tecnologías sanitarias: factores emocionales en la toma de decisiones", *Revista Internacional de Humanidades Médicas* 1 (1), 29-40.
- Smollett, T. (1993). *The Expedition of Humphry Clinker*. University of Georgia Press.
- Sill, G. (2001). *The Cure of the Passions and the Origins of The English Novel*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tissot, C. J. (1798). *De l'influence des passions de l'âme dans les maladies, et des moyens d'en corriger les effets*, Paris/Strasbourg: Amand-Koenig.

SOBRE EL AUTOR

Guillermo de Eugenio Pérez: Doctor por la facultad de Humanidades, Filosofía y Literatura, defendió en 2011 su tesis doctoral sobre las formas de presentación de la persona en los espacios públicos en la cultura del siglo XVIII, una investigación sobre las formas éticas y estéticas de

conceptos tales como la máscara, el cosmético o el decoro. Ha realizado estancias de investigación en prestigiosas instituciones europeas como el Centre Edgar Morin (EHESS) de París o el Instituto Max Planck de Historia de la Ciencia, en Berlín, y forma parte del grupo de investigación del proyecto I+D “Encrucijadas de la subjetividad: memoria, experiencia e imaginación” un grupo mixto que aúna investigadores españoles y norteamericanos. Además ha participado en diversas publicaciones, como por ejemplo “La muñeca de cera, o el sueño de la asepsia” (en Fernando Broncano ed. *De Galatea a Barbie*, Lengua de Trapo, Madrid, 2010, pp. 137 y ss.) o “El cuerpo como artefacto” (en *El cuerpo en mente*, Mireia Calafell y Aina Pérez eds., UAB-UOC, Barcelona, 2011). Actualmente sus intereses como investigador se centran en la historia cultural, la construcción de la subjetividad en espacios públicos y la historia de la ciencia, especialmente medicina y anatomía.

La ética médica ante los límites de la autonomía del paciente: el debate sobre las *Confesiones de un médico*

Omar García Zabaleta, Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, España
Antonio Casado da Rocha, Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, España

Resumen: La publicación en castellano de las “Confesiones de un médico” de Alfred Tauber, ya reseñadas por Ion Arrieta en el número anterior de esta revista, ha generado un interesante debate en torno a algunos de los problemas tratados en el libro. Profesionales pertenecientes a distintas disciplinas relacionadas con las humanidades médicas han mostrado sus acuerdos y discrepancias con la propuesta del autor estadounidense, en una discusión en la que el papel de los avances científicos y de la autonomía constituye los principales puntos de tensión. Para clarificar y avanzar el debate, proponemos el establecimiento de un concepto de autonomía adaptado a la naturaleza de la relación asistencial, que parta de la consideración y cuidado de los rasgos biológicos, cognitivos y morales que se desarrollan en la interacción del individuo con su entorno.

Palabras clave: autonomía, ética relacional, relación médico-paciente, Tauber, medicina humanista, bioética

Abstract: This paper reviews the debate around the Spanish translation of Alfred Tauber’s “Confessions of a Medicine Man,” whose main topics were already analyzed in a previous issue of this journal. Professionals with diverse backgrounds within the fields of medical humanities have discussed the pros and cons of Tauber’s proposal. Their main arguments have focused on the roles of scientific advances and the concept of autonomy. To clarify and move forward the debate, we propose to establish a concept of autonomy rooted on the nature of the healthcare relationship and its caring role, taking into consideration the biological, cognitive, and moral features that develop in the interaction between the individual and its environment.

Keywords: Autonomy, Relational Ethics, Doctor-Patient Relationship, Tauber, Humanist Medicine, Bioethics

El primer número de la *Revista Internacional de Humanidades Médicas* incluía un breve artículo titulado “El compromiso ético de la medicina” (Arrieta, 2012a) en el que se reseñaba la reciente publicación de *Confesiones de un médico*, un ensayo filosófico del médico norteamericano Alfred I. Tauber (2011). Publicado por la editorial Triacastela, este libro ha provocado un vivo debate entre profesionales de diversas disciplinas generalmente asociadas a las humanidades médicas, y que puede seguirse en revistas académicas como *Eidon*, *Dilemata*, o el *Boletín de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid*. Dado que el artículo de Arrieta no hace referencia a estas reacciones críticas, sino que se limita a resumir y contextualizar el libro en cuestión, nuestro objetivo consiste en revisar esta bibliografía para sintetizar la lectura de Tauber en el ámbito de las humanidades médicas en castellano, y extraer así algunas conclusiones sobre el debate principal, directamente relacionado con nuestra comprensión del principio de autonomía en bioética.

A ese debate subyace el inevitable reto al que ha de enfrentarse la medicina actual, inmersa en un contexto drásticamente diferente al de sus primeros pasos, y que la sitúa ante la compleja exigencia de actualizar su actividad, y el modelo ético que la rige, sin descuidar su función constitutiva. La necesidad de establecer una estructura ética en las ciencias relacionadas con la medicina es evidente en unos tiempos en los que los avances científicos han multiplicado las posibilidades de intervención sobre la naturaleza y la vida. El modelo paternalista, dominador



hasta las últimas décadas del siglo XX, se ha visto superado por la evolución de una sociedad que ofrece posibilidades para que las diferencias entre expertos y legos se vean reducidas paulatinamente. La educación, y las facilidades de acceso a la información y al conocimiento posibilitan que los individuos tengan una mayor conciencia sobre su salud y sobre sus derechos. El paciente rendido a la omnipotencia del médico va, poco a poco, desapareciendo para dejar paso a un individuo que demanda conocimiento y poder de decisión sobre las acciones que le afectan. Como consecuencia de este proceso, hace ya tiempo que la beneficencia se encuentra bajo sospecha y que la voluntad de autonomía se expande entre quienes se ponen en manos del personal sanitario.

Esta autonomía debe adaptarse a la naturaleza de la actividad asistencial o clínica, y de los sujetos que interactúan en ella, para lo que parece razonable pensar que tiene que partir de la consideración y cuidado de los rasgos biológicos, cognitivos y morales que se desarrollan en la relación del individuo con su entorno, incluyendo el entorno sociosanitario. Sin embargo, pese a que las llamadas al establecimiento de un nuevo modelo son cada vez más constantes, no acaba de definirse la manera en que la autonomía debería introducirse en él. La discusión está servida y frente a quienes abogan por la instauración de la autonomía como principio fundamental de la estructura ética subyacente a la actividad sanitaria, se encuentran los que defienden que ésta no es la alternativa adecuada para la función y la naturaleza de esta disciplina.

En este segundo grupo se inscriben Tauber y su ya mencionado libro publicado por primera vez en 1999 bajo el título *Confessions of a Medicine Man: An Essay In Popular Philosophy*, y traducido recientemente como *Confesiones de un médico*. En la traducción del título se pierden los ricos matices de la expresión americana “*medicine man*”, que alude tanto al chamán de la tribu como al hombre que ha hecho de la medicina su vocación, así como el modesto tono divulgativo de “*popular philosophy*”: no se trata de un libro para filósofos sino para aquellos que desean acercarse a la filosofía. Su autor, el médico y filósofo estadounidense Alfred Tauber, presenta una propuesta de ética relacional como la más adecuada para la medicina y, además, desestima la validez de otras alternativas aplicables a este contexto, prestando una especial atención a las que conceden la centralidad a la autonomía del paciente.

Alfred I. Tauber es uno de los principales exponentes de las humanidades médicas en Estados Unidos, pero tiene una visión bastante poco optimista acerca del creciente peso adquirido por la autonomía en el ámbito médico. Tauber, formado como médico especializado en hematología y bioquímica, decidió inmiscuirse de manera profesional en la filosofía en busca de respuestas para los conflictos morales que le suscitaba el desarrollo de su profesión. Posteriormente su curiosidad filosófica le ha llevado a estudiar otros temas (se trata de un autor notablemente independiente, que funciona movido por sus propias obsesiones al margen de corrientes académicas), pero su trayectoria siempre ha girado en torno a algunos temas perennes: la identidad y la alteridad (tanto en filosofía como en inmunología), o la tensión entre los aspectos científicos y humanísticos de la medicina. Entre otros cargos, actualmente es profesor de medicina y de filosofía en la Universidad de Boston y ha sido Director del Centro de Filosofía e Historia de la Ciencia de la misma universidad desde 1993 hasta 2010.

Desde la perspectiva que le proporciona su trayectoria como profesional sanitario, Tauber sospecha de las implicaciones que podría tener el establecimiento de un modelo basado en una ética autónoma en la medicina. Su libro, como él mismo confiesa, surge de la insatisfacción y el desencanto que le produce la deshumanización que ha sufrido la medicina —en especial la norteamericana— en las últimas décadas. Y es que Tauber considera que la decidida apuesta por el cientificismo y la objetividad que caracteriza la actividad sanitaria está muy alejada de lo que de ella debería esperarse. Sostiene que el paciente ha pasado a ser un objeto a los ojos de un observador objetivo que lo reduce a un conjunto de síntomas.

En este sentido, su postura se caracteriza por reclamar una base ética que reoriente la actividad médica hacia la que considera su función constitutiva, esto es, hacia el cuidado del paciente. Entiende que una relación ética entre el médico y el paciente es el fundamento sobre el

que debe cimentarse la medicina y que, por lo tanto, es necesario articular el cuidado de la persona y de la enfermedad para que la dignidad del paciente recupere la centralidad que le corresponde. Esta propuesta, que comparte algunos rasgos con la obra de otros médicos-filósofos de origen judío, como Eric Cassell o Leon Kass, se enmarca en una voluntad transdisciplinar de conciliar epistemología y ética para la construcción de una base que asegure la subordinación de los avances científicos al ejercicio de la moralidad en todas las esferas de la actividad humana y que Tauber denomina “epistemología moral”:

Llamo a mi filosofía rectora una “epistemología moral”, que defino como el intento de atrapar la inextricable trama de nuestros valores personales en nuestro conocimiento y nuestros modos de conocer. Los valores no solo evolucionan a través del tiempo y las culturas; son lo que está en juego mientras surcamos y construimos el mundo en que vivimos. Entender este proceso nos proporciona la libertad potencial de ejercer la responsabilidad moral. (Tauber, 2011: p. 16)

Una filosofía que Tauber ha desplegado en gran parte de su obra posterior, pero cuyo punto de inicio y eje de expansión lo constituyen las páginas de *Confessions of a Medicine Man*. De modo que es en este libro donde el autor define las líneas maestras de su propuesta ética para la medicina y transmite por primera vez el mensaje de que “la autoconciencia ética, y el razonamiento moral imaginativo, son recursos profesionales que han de cultivarse para responder al desafío de defender la agencia moral en una época que no confía en fórmula alguna y duda de todas las autoridades” (Tauber, 2011: p. 13).

Este mensaje se completa de manera más formal en *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility* (2005), donde desarrolla su crítica de las nociones de autonomía actuales y la idea de que estas dependen de la construcción de identidad personal. Es decir, al igual que en *Confesiones*, desestima el valor de la ética de la autonomía y propone una ética basada en una construcción relacional de la identidad.

También en *Henry Thoreau and the Moral Agency of Knowing* (2001) el mensaje es parecido ya que, en este caso, explora la obra de este escritor y naturalista del siglo XIX para articular su propuesta de coordinar ciencia y humanismo, epistemología y moralidad. Y, en *Science and the Quest for Meaning* (2009) continúa por ese camino para defender la integración de la ciencia en la realidad social:

Me parece que puede trazarse una línea recta y continua que va desde *Confesiones* hasta *Quest*. El mensaje expresado una década antes en términos personales, terminó por aparecer bajo la forma de una filosofía humanista de la ciencia aplicable a nuestros días. (Tauber, 2011: pp. 15-6)

La propuesta de Tauber

Como consecuencia de la publicación en castellano de este libro se ha generado un vivo debate entre profesionales pertenecientes a diversas disciplinas relacionadas con las humanidades médicas. Su quinto capítulo, titulado “Hacia una nueva ética médica”, es el que ha centrado la mayor parte de las reacciones por ser el menos descriptivo y más propositivo; podría decirse que es el clímax del libro, y de hecho es el capítulo que contiene las viñetas o episodios autobiográficos más provocadoras y personales.

En los capítulos anteriores, Tauber había descrito la situación desde la cual se escribe el libro: las convulsiones de un sistema sanitario cada vez más comercial y tecnificado, y los desafíos que ese sistema plantea a la identidad moral de las profesiones sanitarias. Hace un repaso al origen histórico de nuestras ideas sobre la autonomía, describiendo la transición desde el yo (*self*) puntual de Locke y Newton al yo orgánico de Nietzsche, y sus problemas. Estas concepciones modernas presuponen un yo previo a la interacción entre el yo y su entorno (que incluye a otros individuos), lo que las hace vulnerables a la crítica postmoderna heredera del romanticismo: el yo es contingente e impermanente, su constitución no es ajena al entorno, y esa inestabilidad afecta también a su autonomía. Por lo tanto, Tauber busca una concepción alternativa para la medicina, donde lo importante no sea tanto el yo sino el otro. Inspirado por

Levinas, Tauber sostiene que el yo no es asunto de representación (como en Locke) o voluntad (Nietzsche), sino de relación.¹

El capítulo 5 se abre con una crítica a la enseñanza de la ética tal como esta se enseña en las facultades de medicina, de manera periférica. Tauber quiere integrar la ética en la práctica clínica; no se trata de convertir a cada profesional sanitario en un especialista en ética (algo harto improbable), sino de cambiar el énfasis de la enfermedad al enfermo. Dicho en otros términos, Tauber supedita la teoría ética a la práctica moral (Barden, 1997) y, aunque se felicita de que el “médico-dios” haya desaparecido de nuestra memoria colectiva, se pregunta con qué otro modelo lo hemos reemplazado. Tal vez con el Doctor House, aquel que considera que los médicos están para tratar enfermedades, a pesar de los pacientes (Casado y Saborido, 2010). Obviamente, no es ese el modelo que Tauber propone. Ni tampoco un modelo en el que “a los médicos no se les responsabiliza de otra cosa que no sea su capacidad técnica” de acuerdo con la *lex artis* o “los criterios que establezca la comunidad” científica (Tauber, 2011: p. 150).

Frente a todo eso, Tauber propone volver a la interacción entre médico y paciente (p. 152). La viñeta en la que su padre cura al asesino nazi (mas no sin angustia) sugiere que para Tauber la vocación no es algo trascendente, sino la identificación con el núcleo moral de una profesión, y que en el caso de la medicina esta consiste fundamentalmente en curar y cuidar, junto a la serie de fines señalados por el ya clásico informe del Hastings Center (2004).

Esto nos lleva a una tesis central en el libro: en la enfermedad lo importante no son los hechos sino el sentido que adquiere para el paciente, cómo estos se integran en su experiencia subjetiva (p. 160), lo que encierra cierta similitud con la definición de sufrimiento según Eric Cassell (2004). El médico ha de ser algo así como un acompañante del enfermo, no como mero contemplador del sufrimiento, sino como “testigo empático” (p. 157), aquel que se identifica con el sufrimiento ajeno y trata en consecuencia de aliviarlo. Aunque este planteamiento tiene mucha similitud con el de Pellegrino y Thomasma (1988), Tauber tampoco concibe la beneficencia como principio rector de la ética asistencial, incluso cuando se da en condiciones de confianza mutua entre profesional y usuario (p. 163). Lo que propone como conclusión podría esbozarse en tres puntos:

1. La relación asistencial viene dada como una relación de responsabilidad que emana de la empatía. Usando ejemplos de la literatura tanto clásica (Hawthorne) como contemporánea (Berger), Tauber subraya el carácter personal del encuentro entre médico y paciente, y el papel crucial que juega en él el reconocimiento mutuo.
2. La confianza es producto de esa empatía, y hace que la autonomía del paciente pase a un segundo plano. La viñeta en la que un médico enfermo se autoindica una dosis brutal de quimio funciona como una anomalía: claramente vemos que los médicos de la viñeta piensan que es un error, pero acatan la decisión del paciente, por respeto no a su autonomía sino a su autoridad como médico más veterano. De hecho, lo normal es la situación contraria, en la que la voluntad del paciente no prevalece por encima del juicio de los profesionales que le atienden.
3. La relación asistencial es esencialmente asimétrica. Con todo, compartir el fin de la medicina conlleva una cierta igualdad. el paciente necesita al cuidador para aliviar su sufrimiento pero este también le necesita para realizarse como profesional. Esto enlaza el final del capítulo con el siguiente, en el que Tauber propone dos respuestas a la pregunta fundamental: ¿por qué escuchar la llamada del otro, potencialmente infinita? Una de sus respuestas apela a la noción nietzscheana del eterno retorno, que interpreta como una metáfora de la también infinita responsabilidad ética, y la otra apela a la especial apertura al otro que define y satisface la identidad moral del profesional sanitario.

Prácticamente la totalidad de las voces surgidas en respuesta a las Confesiones comparten el diagnóstico general realizado por Tauber; muestran su acuerdo con la idea de que es necesaria

¹ Para una exposición más completa del contenido del libro en su totalidad ver Arrieta (2012a).

una reorientación ética en la actividad médica, y manifiestan cierta preocupación por dar respuesta a las incertidumbres generadas en este contexto de cambio. En este sentido, el fenómeno de la objetivación del paciente y de su enfermedad, parece ser también una de las mayores preocupaciones para la mayoría de los profesionales relacionados de una u otra manera con el ámbito de la ética asistencial. Para Arantza Etxeberria (2012: p. 75) el argumento central de Tauber “es que la práctica de la medicina debe concebirse como una interacción entre sujetos y abandonar el modelo actual, que ha reducido esa interacción a una relación entre sujeto (médico) y objeto (enfermo)”. José Antonio Seoane (2012: p. 63) considera que Tauber identifica correctamente los problemas que azuzan a la medicina y que “señala con acierto que el positivismo médico y la separación hecho-valor son obstáculos para la adecuada configuración ética de la relación clínica”. También Azucena Couceiro (2012) se muestra de acuerdo con esa apreciación. La deshumanización de la medicina es, por lo tanto, una preocupación ampliamente compartida entre quienes reflexionan sobre la naturaleza de esta actividad y, del mismo modo, la búsqueda de soluciones para enfrentarla es vislumbrada como un objetivo prioritario.

Sin embargo, lejos de generar consenso, las vías de solución propuestas por el médico y filósofo estadounidense han despertado reacciones dispares entre especialistas y colegas, hasta el punto de que muchos de ellos no han dudado en distanciarse de ellas. Como Arrieta (2012a) identificó acertadamente en su ya mencionado artículo, son dos, principalmente, los factores que el profesor de la Boston University señala como causa de este fenómeno de deshumanización de la medicina: por un lado, el papel de la ciencia y la tecnología; y, por otro, el protagonismo del principio de autonomía. Como veremos a continuación, ambas hipótesis resultan polémicas y han generado valoraciones y críticas bastante significativas.

Los avances tecnológicos y la supremacía del conocimiento científico han empapado la actividad médica en las últimas décadas, produciendo cambios significativos tanto en los medios como en las formas de actuación de los profesionales. Tauber defiende que este hecho ha contribuido a deshumanizar la relación entre el médico y el paciente, y que el cuidado empático de este último se ha visto desplazado por el análisis y el tratamiento objetivo de la enfermedad. Mabel Marijuán, desde su experiencia como profesional de la medicina, relata identificándose con el médico estadounidense la incertidumbre que invadió su día a día y el de muchos de sus compañeros de profesión durante esa época de cambio. De esta manera, explica cómo el ejercicio de su profesión se vio alterado por “los rápidos cambios en la tecnología y en el modelo asistencial y, sobre todo, en las relaciones humanas” (Marijuán, 2012: p. 57).

Pese a coincidir con la preocupación de Tauber acerca de las consecuencias que puede tener la tecnificación de la medicina sobre la ética intrínseca a esta actividad, Rosana Triviño (2012) considera exageradamente dramática la forma en la que el autor estadounidense presenta el problema. Azucena Couceiro va más allá y se muestra especialmente crítica con la relación causal que Tauber establece entre ciencia y deshumanización de la medicina. Couceiro (2012: p. 36) defiende que el conocimiento científico forma parte de la ética médica al afirmar que “un buen fundamento científico es la primera exigencia ética de la Medicina”. En este sentido, explica que una buena base científica aumenta las posibilidades de acierto en la toma de decisiones, proporciona una mayor eficacia en las intervenciones médicas y que, por lo tanto, se constituye como el primer paso para ayudar al paciente. Es decir, rechaza la relación de oposición que Tauber establece entre ciencia y moralidad y destaca el potencial de la primera como herramienta al servicio de la segunda.

Couceiro hace hincapié en que la técnica y la tecnología no tienen ninguna responsabilidad sobre la deshumanización de la medicina, afirmando que es su uso equivocado basado en el error de percibirlos como fin en sí mismas en lugar de como medio para otros fines lo que genera los perjuicios. Por este motivo concluye que “el desafío filosófico de la Medicina no sería tanto ir más allá de la ciencia y la tecnología, sino reubicar la forma en que se utiliza, sin perder de vista nuestro horizonte, los fines de la Medicina” (Couceiro, 2012: p. 37).

El papel de la autonomía

El segundo factor que Tauber sitúa en el origen de la deshumanización de la medicina es el que se encuentra más estrechamente vinculado con la temática de este trabajo y, también, el que más controversia ha generado, especialmente entre quienes han percibido en la propuesta del autor estadounidense cierto olor a paternalismo. Y es que, el inmunólogo norteamericano considera que el creciente peso otorgado a la autonomía del paciente en la actividad médica ataca la naturaleza moral de la relación entre médico y paciente que a su juicio constituye el núcleo de la medicina. Por esta razón principal, sostiene que el principio de autonomía no puede ser el eje en torno al que se construya la ética de la medicina.

Arrieta (2012a, 2012b) se muestra bastante próximo a Tauber en esta cuestión, al opinar que la autonomía liberal de carácter individual no es adecuada para la medicina. Arrieta considera que el uso del principio de autonomía liberal, centrado en la defensa de las decisiones individuales, genera bastantes problemas en la actividad sanitaria, debido a que, además de dar lugar a la actuación defensiva de los profesionales, su utilidad es bastante dudosa para los enfermos.

De manera que postula que el respeto a la autonomía del paciente no puede ser el núcleo articulador de la ética médica, por el hecho de que no se corresponde con las vicisitudes de una actividad en la que lo primero es la recuperación de la salud del enfermo, tanto para el médico, como para el propio paciente. Explica que “en estas situaciones de enfermedad o de salud débil o precaria, la autonomía pasa a un segundo plano por la sencilla razón de que está disminuida o comprometida” y que, precisamente por este motivo, “antes que respetarla, el médico intenta restituirla” (Arrieta, 2012b, p. 28).

Además, Arrieta subraya la relevancia de valorar la cualidad de las decisiones a la hora de promover la autonomía y de superar las dificultades que surgen en un contexto en el que la capacidad de decisión del sujeto ha sido mermada. Por ello, considera que “tomarse en serio la autonomía del paciente es hacer todo lo necesario para que sus decisiones sean lo más meditadas, prudentes y razonables que sea posible” (2012b: p. 29) y que ese es el camino que ha de seguirse en la medicina. Tal y como se puede intuir en base a esta afirmación, para este autor, no es la autonomía de carácter liberal la que debe promoverse en la actividad sanitaria, sino una autonomía que vaya más allá del respeto de la voluntad individual y que invite a que esas decisiones sean lo más razonables posible. La información se postula como un factor esencial para este fin y el respeto a la autoridad teórica es, en su opinión, un elemento al que no se puede renunciar.

Lydia Feito (2012) tampoco se aleja demasiado de esta visión. Otorga un papel central a la confianza en la relación entre médico y paciente, y, en gran medida por ello, entiende que la ética relacional propuesta por Tauber puede encajar con la naturaleza de la actividad sin caer en el paternalismo. Concretamente, expone que el hecho de que esta relación no se dé en términos de estricta igualdad no implica una vuelta al paternalismo, ni una negación de la autonomía, ya que entre los objetivos que el médico debe marcarse en el proceso de cuidado del paciente se encuentra, precisamente, la restauración de su autonomía. “Es verdad que la relación clínica se plantea como asimétrica y la responsabilidad recae del lado del médico. Pero esto no significa que haya de ser paternalista: la autonomía del paciente se debe respetar porque forma parte del bien del paciente.” (Feito, 2012: p. 48).

Al igual que Tauber, considera que al depositar su confianza en el médico, el paciente renuncia a una porción importante de su autonomía. Sin embargo, como ya se ha visto, no considera que esta entrega de la autonomía del paciente al personal sanitario suponga una contribución al paternalismo, sino que defiende que simplemente responde a las vicisitudes de una relación asimétrica fundamentada sobre el binomio confianza-responsabilidad. Aun así, reconoce el riesgo de que esta relación caiga en el viejo paternalismo y, por ello, subraya la necesidad de mantener una actitud relacional en la que jueguen un papel esencial aspectos como

la comunicación, la cercanía y la confidencia. De modo que, lo que Feito propone es una conjunción equilibrada entre ayuda y respeto como guía de la actividad del médico.

La responsabilidad principal del médico es encontrar un equilibrio entre la ayuda al enfermo —con su arsenal de técnicas y conocimientos, pero también con sus capacidades de comunicación— y el respeto a sus valores y decisiones, sin el que incurriríamos en un paternalismo inaceptable. (Feito, 2012: p. 50)

Otros autores, en cambio, muestran su rechazo a la forma en que Tauber entiende la autonomía en la bioética, y apelan a la existencia de concepciones de autonomía menos reduccionistas que la liberal para alejarse de la valoración que el autor estadounidense hace de las implicaciones que el ejercicio de la autonomía tiene sobre la práctica médica.

Este es el caso de José Antonio Seoane, que se distancia de la posición de Tauber por considerarla implícitamente paternalista. El hecho de que Tauber no acepte la presencia de la autonomía como complemento de los elementos en los que fundamenta su visión de la relación clínica —competencia, compasión, responsabilidad y confianza— es el motivo en base al que Seoane justifica su oposición a la propuesta del médico estadounidense. Un elemento clave de la tensión lo constituye el hecho de que este autor considera que Tauber comete el error de simplificar y reducir el concepto de autonomía, en un intento por demostrar su inutilidad como factor participante de la relación médico paciente, y que su emparejamiento con la objetividad científica y con la objetivación del paciente no es más que una consecuencia de esta voluntad.

De modo que Seoane (2012: p. 64) se opone a esa visión simplificada e incompleta de la autonomía, y defiende su valor e indispensabilidad como elemento regulador de la relación, debido a que “no existe autonomía plena, pero sí pacientes y médicos conscientes de que la síntesis de autonomía y dependencia es propia de nuestra condición humana”. Siguiendo esa línea, sostiene que no puede establecerse una verdadera relación clínica a menos que se reconozca la autonomía del paciente y, de esta manera, su valor “como persona y agente moral” (Seoane, 2012: p. 65). En este sentido, explica que la responsabilidad a la que constantemente hace referencia Tauber no tiene que recaer exclusivamente sobre el médico y que reconocer la autonomía del paciente es la forma de otorgársela también a él. Y es que para Seoane (2012: p. 65) “cabe admitir la asimetría médico-paciente desde una perspectiva epistemológica, pero no es cierta ni aceptable desde una perspectiva axiológica o ética”.

Además, destaca, en contra de la opinión de Tauber, que la confianza del paciente hacia el médico no surge de su renuncia a la autonomía, sino de la actividad en los ámbitos de relación en los que ésta se encuentra debilitada o ausente. También hace hincapié en que esta confianza no debe estar asegurada, sino que tiene que ser el médico con su actuación quien se haga acreedor de ella.

Esta opinión es plenamente secundada por Azucena Couceiro (2012), que advierte de que la entrega de porciones de autonomía por parte del paciente parece derivar en un paternalismo bastante alejado del ideal bioético y que, por lo tanto, la confianza debe ganarse durante el proceso de relación. Es el término *alianza* el que, tomado de la obra de Adela Cortina, Couceiro utiliza para sintetizar su visión acerca de cómo debe ser la relación entre médico y paciente.

Es necesario retornar a una versión diferente de los vínculos humanos, la versión de la alianza, que es la del reconocimiento mutuo entre quienes toman conciencia de su identidad humana, lo que genera obligaciones y responsabilidades respecto de ese otro yo. Relaciones recíprocas y respetuosas, y por ello horizontales en su reconocimiento y en su capacidad de tomar decisiones. (Couceiro, 2012: p. 39)

Por otro lado, Couceiro defiende que la conjunción entre conocimiento teórico y habilidades prácticas aumenta las posibilidades de generar confianza en el paciente, y de que, en consecuencia, se cumpla la función de la medicina, algo que, a su juicio, la propuesta tauberiana tampoco garantiza.

Entre esas características que ha de tener un buen profesional médico ubica Rosana Triviño (2012) el respeto a las decisiones del paciente como un rasgo más orientado a la búsqueda de su bienestar. Triviño se sitúa en oposición a Tauber al considerar que el respeto de la autonomía contribuye a generar una ética más incluyente y que, incluso cuando las facultades individuales se ven mermadas por la enfermedad, es deseable poder mantenerla. Critica la propuesta tauberiana por considerarla un intento de regreso al ya superado paternalismo y propone una ética en la que el respeto de la autonomía sea un pilar esencial de la relación médico-paciente.

Para evitar caer en el paternalismo radical de otras épocas y trascender el desequilibrio de poder entre médico y paciente, es necesario entender la relación de cuidado desde el respeto a su capacidad de autodeterminación. (Triviño, 2012: p. 70)

Pese a compartir la preocupación de Tauber por la cientificación de la ética médica piensa que “achacar la causa de la situación al desarrollo de la autonomía es una selección perversa” (Triviño, 2012: p. 70). Al mismo tiempo, rechaza la vocación médica a la que Tauber hace alusión como cualidad indispensable para la reorientación y saneamiento de la actividad médica por considerar que tiene un tinte metafísico que la hace difícilmente medible, y que existen además otras cualidades teórico-prácticas con mucha mayor relevancia para el correcto ejercicio de la profesión.

Cuando se achaca a la autonomía del paciente y a la falta de vocación de los profesionales la causa del deterioro de las relaciones se está insistiendo en dos de las múltiples variables que intervienen en la explicación de un fenómeno muy complejo. En consecuencia, el diagnóstico queda incompleto y la propuesta de solución parece limitarse a una reducción de los derechos del paciente y una exigencia idealista: el amor universal. (Triviño, 2012: pp. 72-3)

Asimismo, esta autora subraya que la autonomía es ya de por sí relacional y que por ello hablar, como hace Tauber, de “autonomía relacional” no tiene demasiado sentido. Triviño concluye que lo que el autor estadounidense promueve en realidad es un retorno hacia la ética médica de hace décadas, más que una reorientación del ejercicio médico basado en una nueva ética de carácter relacional. Por lo que percibe que el paternalismo está muy presente, aunque sea implícitamente, en una propuesta que parece defender la antigua ética médica.

Arantza Etxeberria (2012) va más allá, y, apoyándose en la biología, presenta una solución conciliadora de ambas visiones. Propone una concepción de autonomía que cambia radicalmente el sentido de la propuesta tauberiana y que parece dar así respuesta a las principales carencias que encontraban en ella gran parte de los participantes de este debate.

Concretamente, Etxeberria propone interpretar la concepción de autonomía utilizada por Tauber como si incluyera la ayuda médica. Es decir, pretende mostrar que si se entiende la identidad de una forma relacional, y la salud individual como algo compuesto tanto por factores internos como externos, se puede llegar a una concepción de salud que dé cabida a la intervención médica y a una de autonomía que aglutine la relación médico-paciente.

Etxeberria se apoya en la inmunología —materia que constituye la especialidad de Tauber— para explicar, y al mismo tiempo sostener, su propuesta. En este sentido, expone que en estudios recientes en inmunología se ha comprobado que “biológicamente la identidad consiste en un proceso dinámico complejo que tiene que admitir elementos que intuitivamente parecen heterogéneos o externos” (Etxeberria, 2012: p. 77). De manera que la identidad biológica parece ir definiéndose mediante su propia actividad y a juicio de Etxeberria este hecho nos da pie a interpretar la salud de una manera análoga.

Es decir, de esta manera, la salud podría entenderse como un estado dinámico que va definiéndose también en interacción con su entorno y que da cabida a factores externos tales como la intervención médica. Del mismo modo que la autonomía del paciente podría incluir las decisiones médicas que contribuyan a restituir su salud y su capacidad autónoma.

Así como el sistema inmune define la identidad biológica en su propia operación, sin considerar si los elementos propios son genéticamente homogéneos o son espaciotemporalmente continuos, así la autonomía del paciente o del enfermo que requiere atención médica puede realizarse en interacción con el médico que le atiende, porque esta intervención posibilita la realización de la identidad autónoma del enfermo. (Etxeberria, 2012: p. 78)

Si se entienden la autonomía y la salud de este modo, parece que la propuesta de Tauber y su defensa del cuidado del paciente, fundamentado en factores como la responsabilidad y la confianza, podría dar cabida también al respeto a la autonomía del paciente y responder así a las demandas de Couceiro, Triviño o Seoane. Por lo que, según Etxeberria, la propuesta tauberiana “se podría reescribir diciendo que la biología del paciente debe integrar el cuidado del médico para poder preservar la vida o aliviar el sufrimiento” y ese hecho implica “dejar de pensar en la autonomía como independencia y pasar a concebirla como interdependencia”.

El “grado cero” de la Bioética

Para clarificar los comentarios anteriores es necesario recordar las intenciones de Tauber con su libro. Este no es un manual de bioética al uso, sino una llamada de atención, basada en su experiencia personal, destinada a recuperar lo que podríamos llamar el “grado cero” de la ética asistencial —la relación entre profesionales sanitarios y usuarios de la sanidad— en un contexto que ha cambiado radicalmente en pocos años. Tauber quiere dotar a una medicina que ya es postmoderna de una ética que sea posmoderna también. Como con acierto señala Seoane (2012), la “nueva” ética médica de Tauber consiste fundamentalmente en “recuperar la voz ética”. En contraste con las éticas modernas, que enfatizan la forma (Kant) o la materia de la deliberación (consecuencialismo), Tauber plantea una ética situacionista en la que se trata de dar voz al paciente y prioridad en tanto que otro. Y para ello Tauber recluta tanto a Levinas como a Nietzsche (aunque rechace su aislamiento elitista, Tauber es nietzscheano en tanto que médico de almas, lo que explica la posterior elección de Freud como objeto de estudio para Tauber).

El libro es abiertamente nostálgico (su evocación del pasado se asemeja en ocasiones al ambiente de muchas novelas de Philip Roth), y de hecho el libro comienza recordando un “pasado nostálgico y aparentemente remoto si lo miramos desde nuestra situación actual” (p. 24). Pero esa nostalgia no tiene por qué ser paternalista, como señalan Seoane y Triviño, pero pone en duda Feito:

Tauber se inscribe en esa corriente que no renuncia a la autonomía del paciente, pero que, sin retornar al paternalismo, considera que no es posible pensar en relaciones de estricta igualdad entre médico y enfermo. El médico es un agente moral, cuya responsabilidad es poner sus conocimientos al servicio de la restauración de la autonomía del paciente que, por el mero hecho de enfermar, ya puede estar amenazada. Por eso la relación no puede ser simétrica. El paciente espera del cuidador que le ayude a recuperar su salud, su identidad, su autonomía. Y esta es la razón de ser de la propia medicina. Y es también un modo de crecimiento y desarrollo personal para el propio médico. (Feito, 2011: p. 15)

El propio Tauber dice que la solución no es volver al paternalismo (p. 167) y que no tiene nada contra la autonomía del paciente, sólo que la considera una base insuficiente para la medicina. El libro está lleno de ilustraciones de este punto, cuya aplicación más gráfica se encuentra en el episodio en el que Tauber relata su propia experiencia como enfermo. Precisamente sus conocimientos médicos le impedían tomar una decisión, y tuvo que ser su médico el que decidiera por él. Aunque tal vez aquí haya cierto sesgo introducido por la especialización de Tauber como médico de Hospital; así, en su reseña del libro, un médico de atención primaria detecta distintos modos de entender el sentido de ser o estar enfermo dependiendo del ámbito de ejercicio del médico:

Poco deben tener que ver la interpretación de un inmunólogo (y en general de la medicina hospitalaria) más centrado en lo biológico y en la pérdida aguda de función o capacidad, y la interpretación del significado de ser o estar enfermo percibido por una médica de familia, más centrada en los aspectos biográficos, sociales, familiares, laborales y relacionales, más centrada en la persona y más empeñada en ‘ayudar para que no la necesiten’. (Ogando, 2012)

Visto desde esta última perspectiva, Ogando encuentra que el concepto de enfermedad es “mucho más amplio y más consciente no solo de las carencias y necesidades sino también de los recursos y fortalezas de los pacientes (a los que con carácter general encuentro bastante dispuestos a participar en la toma de decisiones si esta participación se ve de algún modo facilitada o promovida en lugar de censurada)”.

En cualquier caso, y como reconoce el propio Tauber, la de la autonomía es una “cuestión muy problemática” (p. 167). Su objetivo no es resolverla, sino “identificar propiamente lo que está en juego” (p. 147). Para ello, la clave a su juicio estriba en “cómo definir la confianza profesional” (p. 167). Por supuesto, la autonomía bien entendida es siempre relacional (Triviño); el problema detectado por Tauber y por tantos otros (y otras: autores feministas como Sheila Benhabib o Eva Kittay) es que la noción de autonomía liberal que hemos heredado de la tradición política no es tan relacional como debiera. Bien entendida, la autonomía requiere interdependencia, pero a menudo se la concibe como mera independencia. A juicio de Arrieta (2012a), el médico norteamericano exagera voluntariamente la oposición entre ética autónoma y ética relacional, porque más que sobre la ética médica busca poner el foco sobre la relación filosófica entre médico y paciente.

Otra clave la da el propio Tauber en 2010, cuando menciona que en su libro de 2005 “las diferentes nociones de autonomía dependen de cómo se construya la identidad personal” (p. 14). Esto es algo dicho en otros términos por Etxeberria, que interpreta a Tauber desde la filosofía de la ciencia (y de la medicina, pero desde fuera de la ética) para subrayar la relación entre autonomía y conceptos de salud y enfermedad. Esto solo es posible “si se reformula la noción de autonomía en base a una noción e identidad más amplia y flexible” que permita concebir a los sujetos como organismos biológicos insertos en un contexto social en el que su estado de salud está condicionado por la interacción con el sistema sanitario.

En definitiva, siempre es instructivo ver cómo varias personas leen un libro de manera independiente pero alcanzando un notable consenso. Y cómo, a pesar de las divergencias, esa lectura hace posible la colaboración, cómo el problema detectado por unos es abordado por otros. Por ejemplo, la separación que hace Tauber entre ética y tecnociencia, criticada por Couceiro, es resuelta por Etxeberria al reinterpretar la llamada a la ética de Tauber en términos que afectan a la propia ciencia implicada en la actividad médica.

Del mismo modo, es patente que la conjunción entre autonomía y beneficencia sigue siendo la fuente principal de esas divergencias. Aunque existe cierto consenso acerca de la necesidad de dejar atrás definitivamente el paternalismo, el disenso en torno al papel que la autonomía debe jugar en el ámbito sanitario sigue vigente, hasta el punto de que algunos autores parecen considerar difícil conciliar su presencia con el cumplimiento de los objetivos de la medicina.

Además, por si la búsqueda de una solución para este conflicto no entrañara suficientes dificultades, existe una importante complicación de base que convierte la tarea en una especie de laberinto con innumerables caminos y pocas salidas certeras. Esta complicación no es otra que la falta de una concepción consensuada de autonomía. Papacchini (2000) explicaba que “la importancia creciente que va adquiriendo la autonomía, principio básico de la democracia y valor prioritario en la esfera privada, contrasta con la multiplicidad de acepciones de este concepto” y que esto suscita las críticas de quienes apoyándose en “la ambigüedad e indefinición de un concepto utilizado con múltiples acepciones, ponen en entredicho la posibilidad de llevarlo a la práctica”.

Lo cierto es que la situación no ha evolucionado demasiado, y el hecho de que cada autor acuñe una concepción diferente de la autonomía bioética complica mucho la tarea, y genera

dificultades incluso a la hora de comparar las similitudes y diferencias de cada propuesta. La ausencia de una base común sobre la que ir articulando las aportaciones de los diferentes especialistas en la materia dificulta la construcción de una propuesta sólida y consensuada. Por ello, se vislumbra como indispensable fijar una concepción de autonomía para la bioética que establezca las interpretaciones particulares en torno a un mismo objeto de debate. Si el objeto del problema no está claro, difícilmente podrá estarlo la solución.

Este hecho vuelve a hacerse patente a la hora de analizar el debate surgido en torno a la propuesta de Tauber en sus *Confesiones*. Tal y como se ha visto, al examinar las visiones expuestas por los autores se comprueba, de forma evidente en más de un caso, la existencia de una diferencia de base en la concepción de autonomía adoptada por cada uno de ellos, ya que mientras unos la entienden en términos liberales, otros optan por concepciones más adaptadas a la naturaleza de la actividad. Factor éste que condiciona de forma notable la interpretación y valoración de la propuesta del médico y filósofo norteamericano.

De manera que hasta que no se defina claramente lo que se entiende por autonomía en la bioética, será difícil definir rigurosamente sus límites. Si tomamos por autonomía lo que Tauber entiende como tal —la concepción liberal—, parece evidente que nos encontramos con algunos problemas de no fácil solución. Ante este escenario, son, principalmente, dos las vías de conciliación: la primera, encontrar una concepción de autonomía más adecuada al ámbito bioético; y, la segunda, y la tomada por Tauber, volver al “grado cero”, renunciando a la centralidad de la autonomía y buscando apoyo en teorías más relacionales (como la de Levinas). Y todo ello sin retroceder al viejo paternalismo, lo que de ninguna manera sería una solución.

No son vías mutuamente excluyentes. Etxeberria y Casado (2008) consideran que el punto de partida de una concepción adecuada para la bioética tiene que ser la autonomía biológica que identifican con el respeto a las particularidades ontológicas y epistemológicas constitutivas del individuo autónomo, pero que sólo se desarrolla y ejercita en relación, interactuando con su entorno (que, naturalmente, incluye a otros sujetos igualmente autónomos). Esta es una concepción abiertamente naturalista que difiere bastante de la vía adoptada por Tauber, pero que tampoco se encuentra en oposición, al menos en tanto que el cuidado del paciente se encuentre vinculado al cuidado de su autonomía biológica, cognitiva y moral.

Diego Gracia (2012) afronta el problema de la multiplicidad de concepciones de autonomía existentes y la ausencia de una particularmente apropiada para la ética. En este sentido, considera que el objetivo de la ética ha de ser generar seres humanos capaces de tomar decisiones autónomas y responsables por sí mismos, sin ninguna otra motivación externa. Su propuesta se diferencia de la de Etxeberria y Casado por el hecho de que, en vez de adoptar al sujeto como objeto de la autonomía, opta por la evaluación de las acciones para evitar así entrar en terreno metafísico y facilitar su aplicación a las cuestiones de tipo moral. Por ello, a la hora de proponer una concepción de autonomía adecuada para ese contexto, toma la determinación de hablar de acciones autónomas y no de personas autónomas, defendiendo que, para que una acción pueda ser considerada como tal, tiene que cumplir con tres condiciones: que sea *postconvencional*, *intradirigida* y *responsable*.

Con esta propuesta se supera el supuesto problema que supone el hecho de que la autonomía del paciente se encuentre mermada por la enfermedad, ya que se expone, claramente, que el médico debe promover la recuperación de esa autonomía o, por lo menos, la toma de una decisión lo más autónoma y responsable posible. Por lo que Gracia no resta protagonismo al papel del médico en la relación con el paciente, ni a su responsabilidad como profesional, lo que hace es enfocar ambos factores al ejercicio de la autonomía. Es decir, lo que estaría defendiendo es la centralidad de una autonomía fortalecida por la relación médico-paciente o, dicho de otro modo, la presencia de acciones autónomas promovidas por el profesional.

La cuestión es compleja y diversas las aristas a limar, pero la renuncia al creciente peso adquirido por el principio de autonomía es un precio demasiado elevado que no es ni mucho menos compensado por su simplicidad como solución. De modo que el camino a seguir para la búsqueda de una solución convincente debe partir del establecimiento de una concepción de autonomía más adaptada a la naturaleza de la bioética —y a la de los protagonistas de esta

actividad—, que permita determinar sus ventajas o limitaciones para la práctica. Será en ese momento cuando pueda definirse la relevancia del papel que debe jugar en la bioética, y solo su ejercicio permitirá conocer dónde se halla un límite con el que modelos anteriores ya se han topado.

REFERENCIAS

- Arrieta, I. (2012a). “El compromiso ético de la medicina. A propósito de la obra de Alfred I. Tauber”, *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 1(1), 41-7.
- (2012b). “El ejercicio razonable de la autonomía del paciente”, *Dilemata*, 8, 27-32.
- Barden, G. (1997). “De la acción moral a la teoría ética”, *biTARTE. Revista de humanidades*, 13, 29-44.
- Casado, A. y Saborido, C. (2010): “Cultura bioética y conceptos de enfermedad: el caso House”, *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política*, 42, 279-295.
- Cassell E. J. (2004). *The nature of suffering*, 2nd edition. New York: Oxford University Press.
- Couceiro, A. (2012). “Al hilo de las confesiones de un médico”, *Dilemata*, 8, 33-43.
- Etxeberria, A. (2012). “Sobre los límites de la identidad individual y la autonomía”, *Dilemata*, 8, 75-80.
- Etxeberria, A. y A. Casado (2008). “Autonomía, vida y bioética”, *Ludus Vitalis*, 17(30), 213-6.
- Feito, L. (2011). “Reseña de Alfred Tauber: Confesiones de un médico”, *Boletín Bioética Complutense*, 9, 15. Acceso el 17 de diciembre de 2012 en <http://www.ucm.es/centros/cont/descargas/documento30878.pdf>.
- (2012): “Comentario sobre el libro de A. Tauber Confesiones de un médico, Capítulo 5”, *Dilemata*, 8, 45-51.
- Gracia, D. (2012). “The many faces of autonomy”, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 33, 57-64.
- Hastings Center (2004). *Los fines de la medicina: El establecimiento de unas prioridades nuevas*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas 11. Acceso el 17 de diciembre de 2012 en <http://www.fundaciogrifols.org/polymitaImages/public/fundacio/Publicacions/PDF/cuaderno11.pdf>.
- Marijuán, M. (2012). “Sobre Confesiones de un médico. Un ensayo filosófico”, *Dilemata*, 8, 57-9.
- Ogando, B. (2012). “Reseña de Alfred Tauber: Confesiones de un médico”, *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, 37. Acceso el 17 de diciembre de 2012 en <http://www.revistaeidon.es/investigacion-y-desarrollo/critica-de-libros/118128-confesiones-de-un-medico-un-ensayo-filosofico->.
- Papacchini, A. (2000). “El porvenir de la ética: La autonomía moral, un valor imprescindible para nuestro tiempo”, *Revista de Estudios Sociales Universidad de los Andes*, 5, 32-49.
- Pellegrino, E. D. y D. C. Thomasma (1988). *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Seoane, J. A. (2012). “Sobre las confesiones de un médico nostálgico”, *Dilemata*, 8, 61-6.
- Tauber, A. I. (1999). *Confessions of a Medicine Man: An Essay in Popular Philosophy*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- (2001). *Henry Thoreau and the Moral Agency of Knowing*, Berkeley, California University Press.
- (2005). *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts: MIT Press.
- (2005). “Medicine and the Call for a Moral Epistemology”, *Perspectives in Biology and Medicine*, 48(1), 42-53.
- (2008). “Medicine and the Call for a Moral Epistemology, Part II: Constructing a Synthesis of Values”, *Perspectives in Biology and Medicine*, 5(3), 450-63.
- (2009). *Science and the Quest for Meaning*, Texas, Baylor University Press.
- (2011). *Confesiones de un medico. Un ensayo filosófico*, Madrid: Triacastela. [Traducción de A. Casado]

Triviño, R. (2012). “Confesiones de un médico o Nostalgias de una vocación (paternalista)”, *Dilemata*, 8, 67-73.

SOBRE LOS AUTORES

Omar García Zabaleta: Licenciado en Humanidades por la Universidad de Deusto. Máster en “Filosofía, Ciencia y Valores”, UPV/EHU-UNAM. Actualmente realiza la tesis doctoral en el Departamento de Filosofía de los Valores y Antropología Social de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

Antonio Casado da Rocha: Doctor en Filosofía e investigador titular en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Autor entre otros trabajos académicos del libro *Bioética para legos* (Plaza y Valdés, 2008) y miembro desde 2003 del Comité de Ética Asistencial del Hospital Donostia.

Unas notas sobre la manera de pensar las relaciones entre la medicina y los poderes públicos

José Luis González Quirós, Universidad Rey Juan Carlos, España

Resumen: *La necesidad de examinar las relaciones entre poder político y sistema sanitario requiere de una mirada histórica que nos permita comprender la deriva que al amparo de los sistemas liberales ha ido teniendo el cada vez más expansivo sistema sanitario y la introducción de nuevos conceptos como el derecho a la salud propio de los llamados Estados del Bienestar. La apropiación por parte de los Estados, a través de los sistemas sanitarios, de la salud de los ciudadanos cambia el paradigma de relación médico / paciente que había sido tradicional a lo largo de la historia y nos hace ser precavidos sobre lo que puede resultar una amenaza a nuestras propias libertades individuales con una sanidad seguramente desmedida y unos Estados que intervienen directamente en la vida de sus ciudadanos no solo jurídicamente, sino sanitariamente, corporalmente. Todo ello requiere ser analizado sin reservas de ningún tipo y estar atentos no vaya a ser que el derecho a la salud acabe siendo un instrumento de poder y control por parte de los Estados sobre los ciudadanos que permita una disminución de nuestras libertades.*

Palabras clave: *sistema sanitario, estado liberal, estado del bienestar, relación clínica, política sanitaria*

Abstract: *In order to examine relations between political authorities and the health system we need a historical view that allows us to understand the drift of the ever expanding health system under liberal systems and the introduction of new concepts such as the right to health under so-called Welfare States. State appropriation of citizens' health, through health systems, changes the paradigm of the doctor-patient relationship as understood traditionally and historically, and makes us cautious about what may be a threat to our individual liberties, with a disproportionate health service and states that intervene directly in the lives of their citizens not only as regards the law but also their health and bodies. This all needs to be analyzed unreservedly and we must be careful that the right to health does not become an instrument of power and control by states over citizens, thus diminishing our liberties.*

Keywords: *Health System, Liberal State, Welfare State, Clinical Relationship, Health Policy*

Los problemas de financiación y sostenimiento de los sistemas sanitarios son de tal gravedad que más de un responsable político habrá pensado en lo conveniente que podría ser llegar a la posesión de una capacidad *milagrosa* para atender una demanda sanitaria potencialmente infinita. Esa posibilidad está fuera de nuestro alcance, pese a lo cual no parece existir una vía teórica adecuada para resolver la contradicción entre una demanda descomunal y unos medios escasos. A la hora de pensar sobre la génesis de esta clase de dificultades, hay que referirse a algo que me parece que no siempre se subraya de la manera adecuada, esto es, que las dificultades financieras de la sanidad, sea pública, o privada, que tanto da, no consiste precisamente en una mera carencia de recursos, sino en la complejidad y estrecha imbricación de los factores que la han provocado, y que, si tiene algún sentido preguntarse precisamente por las causas de esta clase de problemas, necesariamente habrá que volver la vista atrás, porque, en efecto, la historia no es sólo el intento de reconstrucción del camino seguido, de lo que nos ha traído a un lugar o una situación inesperada, a veces agónica como parece ser el caso, sino también el intento de comprender lo que debemos hacer para cambiar las cosas, es decir, que, contra el tópico común, hacer historia es una de las maneras más eficaces de preocuparse por el futuro.



En algunas ocasiones, al menos, recurrir a la historia es, completamente inevitable, y me parece que esta es una de ellas, aunque solo sea porque se repite, a todas horas y por todas partes, que estamos ante un problema relativamente reciente, al tiempo que, a veces esos mismos autores, por ejemplo, Illich (1974: p. 11), nos remiten a los grandes cambios tecnológicos que acontecieron alrededor de 1730, una fecha un poco lejana, la verdad, y en la que advertir con nitidez los presuntos cambios que entonces acontecieron precisa del uso de alguna especie potente de microscopio.

Al parecer, lo que ha desencadenado la confusión entre la importancia que quepa adscribir a esas viejas decisiones de fondo y la que corresponde a fenómenos mucho más recientes, es algo así como la proclamación del *derecho a la salud*, una expresión que es, como podría haber dicho Zubiri, reduplicativamente ambigua. Véase, es otro ejemplo, esta afirmación de Foucault (1976: p. 152), que vale por muchísimas otras que no sería especialmente difícil arracimar y se refiere al caso concreto de la Gran Bretaña: “en 1942, en plena guerra mundial en la que perdieron la vida 40 millones de personas, se consolida no el derecho a la vida sino un derecho diferente, más cuantioso y complejo: el derecho a la salud. En un momento en que la guerra causaba grandes estragos, una sociedad asume la tarea explícita de garantizar a sus miembros no solo la vida sino también la vida en buen estado de salud”. Sin embargo, el mismo Foucault, al que podríamos entender como si estuviese diciendo que una determinada y reciente forma de exceso hubiese sido la causa de toda suerte de confusiones, aunque no creo que esa haya sido nunca su intención, anotará que (2001, II: pp. 1012-3) “La vida se convirtió [...] a partir del siglo XVIII, en un objeto del poder. La vida y el cuerpo. Antes sólo había sujetos, sujetos jurídicos a los cuales se podía retirar los bienes, la vida también, por lo demás. Ahora hay cuerpos y poblaciones. El poder se hace materialista. Deja de ser esencialmente jurídico. Debe tratar con esas cosas reales que son los cuerpos, la vida. La vida entra en el dominio del poder: mutación capital, una de las más importantes, sin duda, en la historia de las sociedades humanas”, es decir que estaríamos no ante un problema contemporáneo, sino ante la más reciente, y aparatosa, manifestación de una tendencia que viene ya de lejos.

Me inclino por creer que tiene razón el filósofo francés al afirmar (1976: p. 168), en el fondo frente a Illich, que cuando hablamos de la crisis actual de la medicina estamos utilizando un concepto muy equívoco, o simplemente, falso.

En todo caso, el problema de la salud y el estatus del derecho universal que se le reconoce sin mayores discusiones supone ahora mismo un ingrediente necesario de cualquier programa político, y de cualquier *cocktail* bioético, lo mismo para la derecha que para la izquierda, lo mismo en los EEUU que en Europa, lo mismo en el mundo desarrollado que en el resto de lugares de la Tierra. Es frecuente plantear este asunto como si todo se debiera a la desaparición de la relación clásica, asimétrica o no, entre médico y enfermo y a que, en su lugar, lo que tenemos ahora es una relación, frecuentemente muy conflictiva, entre los enfermos y los sistemas sanitarios, por una parte, y diversas formas de desajuste entre los sistemas sanitarios y casi todo lo demás. Yo creo que este análisis es insuficiente, aunque tampoco puede desecharse por completo, puesto que un intento de comprensión más ambicioso, a la Foucault, o a la Illich, tampoco debería ocultar que, en la práctica, la medicina, digamos, *personal* ha venido funcionando hasta hace realmente muy poco en casi todas partes, y todavía continúa funcionando razonablemente bien en una gran diversidad de lugares y modos. Además, muchos de los problemas que afectan a los sistemas sanitarios de los Estados de Bienestar aparecen también, con una faz ligeramente modificada, en los países que, como Estados Unidos, no tienen la medicina completamente socializada y conservan una parte muy importante del sector en la forma de relaciones médico privado/enfermo particular. Esto es así, al menos en parte, porque el gigantismo de los sistemas de salud lleva a que se adopten estrategias de gestión, independientemente de que sean públicas o privadas, que se atienen a técnicas económicas y de organización que nada tienen que ver con el modelo de medicina supuestamente original, que responden a pautas de comportamiento propias de las grandes industrias. Para un ejemplo muy

reciente es de gran interés el caso del que se ocupa un reportaje del Washington Monthly (Blake, 2010) sobre los problemas de un innovador para venderle sus productos a los GPO¹ de la sanidad norteamericana, lo que sugiere que tanto la medicina socializada como la medicina de las grandes corporaciones se mueven a lomos de intereses que niegan de plano el punto de partida que supuestamente los legitima.

Que la salud se haya convertido en un derecho político fundamental se debe mucho más a la naturaleza *expansiva* de los derechos que, en general, se ha desarrollado, tras el *new deal*, conforme a la consigna de Evita Perón de que “toda necesidad es un derecho”, que a lo que podríamos llamar la naturaleza y/o función esencial de la propia medicina, pese a que esa expansión comenzó hace mucho tiempo y se ha podido hacer apoyándose en la institucionalización de las actividades de cura, en el estudio científico del cuerpo, y en la propuesta de la prevención como medida decisiva para atajar los males antes de su germinación.

La medicina ha ejercido siempre un cierto poder, ha sido, inequívocamente, un poder desde el primer momento en que se tiene noticia de su existencia institucionalizada, más allá de la atención instintiva que todos los seres vivos procuran con sus semejantes, con los miembros de su familia o manada². Como subraya Porter (1985: 194) no tiene sentido considerar al médico como el agente primario de la cura; los seres humanos hemos sido sufridores, y hemos intentado combatir el sufrimiento y la enfermedad mucho antes de convertirnos en *pacientes*, muy antes de medicalizar los procedimientos de cura. Lo que ha cambiado de manera profunda no ha sido tanto la raíz biológica del combate contra los males y el dolor, como la forma cultural, moral y social en que se ha ejercido, y ese cambio, que tantas veces se entiende como debido a crisis y cambios de paradigma propios de la medicina misma, es, sobre todo, un cambio político, un cambio muy general y minucioso en las formas en que cristalizan las relaciones de poder entre los seres humanos.

La palabra *politización* puede ser causa de innumerables equívocos. En general expresa la convicción, digamos, liberal de que hay esferas de la vida humana que debieran permanecer al margen de la discusión política. Se trata, pues, como se ve con facilidad, y si se me permite la ironía, de una especie de fósil, de un residuo bastante inaplicable y de escasa utilidad. Ya sin ironías, hasta los liberales confesos deberíamos tratar de prescindir de ella porque, en el contexto cultural contemporáneo es raro que sirva para introducir cualquier especie de claridad.

La distinción plena entre ética y política, que podría dar sustrato a la idea de politización como exceso o desvinciamiento que es el significado con que suele emplearse, es un artefacto de la modernidad, y expresa bien claramente la voluntad de los modernos de distinguir con nitidez el ámbito de lo privado, en el que, por principio, no tiene vigencia ninguna ley, y el ámbito de lo público que es el que se crea para los asuntos que a todos afectan, en términos de Locke, quien por cierto ya habla en su *Two Treatises of Government* de un cierto derecho a la salud (McCullough, 1979: p. 4), para defender la paz civil, la propiedad y el derecho a sublevarse en caso de tiranía. En un mundo lockeano, tanto el que Locke imagina como el mundo en el que de hecho vivió, pervivirán las ideas sobre la vida y la medicina que vienen de muy atrás, que funcionaron durante mucho tiempo en sociedades muy distintas. Michael Oakeshott, un importante filósofo político inglés del pasado siglo, explica cómo surgió el Estado moderno a partir de la disolución de lo que él llama la *moral de los vínculos comunales* por la que se regían las sociedades pre-modernas, compuestas por gente que se siente completamente vinculada a su grupo social mediante lazos muy fuertes de pertenencia, participación y protección. Estas sociedades se vienen abajo cuando los individuos empiezan a querer vivir al margen de esos vínculos, deciden viajar, sustraerse al ciclo de la economía familiar, abandonar su lugar de residencia, montar negocios, escoger en qué quieren trabajar, con quién quieren casarse, etc. A

¹ GPO son las siglas de *Great Purchasers Organization*, en este caso el club de grandes hospitales que se unen para presionar a los proveedores con su capacidad de compra conjunta.

² Como advierte Porter (1986: 193), la cura es ya una práctica médica, profesional. Los tratamientos tradicionales tenían, sobre todo, carácter farmacológico, estaban ligados al control del dolor, a fortificar el cuerpo procurando que recuperase la integridad de su constitución y estaban envueltos en complejos rituales de condolencia y consuelo. Porter (1986: 182) acepta que el concepto de paciente es una invención de la agenda médica y atribuye esta idea a Foucault y a su escuela.

cambio, pierden seguridad y tienen una vida más difícil, aunque a muchos les parece más atractiva. Así habría aparecido una sociedad *individualista*, a diferencia de sociedad de vínculos comunales. Ahora bien, esos individuos necesitan que exista un Estado que les proteja en su libertades y en su seguridad, pero que no se entrometa en sus vidas. Sin embargo, esta tendencia a la emancipación de los individuos produce también unos efectos contrarios, justamente en quienes no se atreven a emprender ese modo de vida que consideran arriesgado, seguramente insolidario, peligroso, en cualquier caso, de manera que pugnan porque el Estado sustituya eficazmente a la moral de vínculos comunales que se ha perdido por culpa del individualismo, que proporcione la seguridad perdida, y, a la larga, facilitan, o fuerzan, la aparición de lo que llamamos el Estado providencia o los Estados del Bienestar.

En ese proceso, que dura siglos, la medicina se mantiene largamente en un estado indistinguible del que tenía en la sociedad premoderna; de hecho, yo recuerdo, en mi infancia la figura del médico rural de mi aldea que era rigurosamente una figura premoderna, carismática, que actuaba bajo la capa de un prestigio que estaba por encima de cualquier consideración estadística o empírica.

Ahora bien, esa medicina tradicional, antigua, o como quiera que se le llame, era también un poder, aunque no era, desde luego, un poder político, precisamente porque estaba al margen de las competencias del naciente Estado moderno que solo, de manera muy tardía, hacia 1830, al menos en España, empieza, por ejemplo a legislar sobre los médicos y sus zonas, o la emprende con las cofradías e instituciones, generalmente de origen religioso, que atendían las necesidades médicas de sus afiliados, para ir fundando instituciones de matriz pública que hagan las mismas funciones, en teoría, de manera más eficaz.

En consecuencia, no es que la medicina se convierta en un poder con el crecimiento dimensional del Estado moderno, sino que, por el contrario, lo que ocurre, es que el Estado tiende a sobrelegitimarse apropiándose para sus fines de ese poder médico. Es importante retener esta consideración porque la idea contraria, la idea de que el poder de la medicina y de los médicos derive de su adscripción al Estado es bastante absurda.

De manera muy sumaria podríamos resumir el estado de las relaciones entre la sociedad y los poderes curativos a lo largo de la historia conforme al cuadro siguiente:

SOCIEDAD	VÍNCULOS	MEDICINA	AUTORIDAD
Premoderna	Comunales	Sanativa	Tradicional
Moderna	Jurídicos	Curativa	Profesional
Contemporánea	Seguridad	Control social	Servicio público

Aunque el cuadro requeriría muchas aclaraciones, lo que quiero destacar es que la medicina ha poseído siempre alguna especie de autoridad y se ha ejercido desde siempre como un poder porque ha sido siempre un principio regulador de la conducta, una negación de la libertad o, mejor, una serie de reglas para sustraernos a la sanción de falta de libertad con que nos ha condicionado la enfermedad; lo que ha cambiado es el objeto de sus atenciones y el marco social en el que se ha desenvuelto tal función, y lo ha hecho en un sentido de retirar paulatinamente a la medicina del ámbito personal y privado para convertirla en una función cada vez más abstracta, aunque quepa afirmar que lo ha hecho siempre pretendiendo conservar buena parte de la autoridad y el prestigio de etapas más antiguas. Al propio tiempo, esa mutación ha hecho que los objetivos de ese poder, no hay poder sin ellos, se hayan ampliado y hayan roto por completo la barrera de *privacidad individual* que tenía en la medicina antigua: se puede violar el cuerpo, el cadáver, el alma, la intimidad, los deseos, y la vida misma, en nombre de una ambición que se expresa no como un deseo de curar, sino como el cumplimiento de un mandato colectivo y

público que, retóricamente, se formula como el cumplimiento de un derecho, el utópico derecho a la salud.

Illich, por ejemplo, ha subrayado la dualidad presente en la medicina con la oposición entre la medicina como industria productiva típica de la modernidad, cuyo objetivo mítico es combatir la muerte, y una medicina más cercana a los rituales que parten de la aceptación de la muerte como término natural de la vida. El médico industrial es incompatible con la muerte y abandonará el lecho del enfermo en cuanto aquella se insinúe de manera inequívoca.

A consecuencia de esta mutación *política*, en sentido estricto de poder público, ha surgido una de las ramas de la Bioética, la que, apoyándose en Kant para criticar el paternalismo pretendidamente legítimamente en *el principio de beneficencia*, ha ido desarrollando las consecuencias de los principios de consentimiento, de autonomía, etc. Esta rama de la Bioética, coexiste con aquella otra que se vincula con el ejercicio de la autodefensa de los médicos frente a una sociedad en exceso querulante, como la norteamericana, por ejemplo, y también con la rama salubrista que pretende una expansión de la medicina, la salud pública y la bioética como consecuencia de la obligación de expandir el predominio de los derechos humanos. La Bioética está siendo, pues, un ámbito de conflictividad entre principios no del todo compatibles, lo que deslegitima por completo la pretensión de presentarla de un modo, platónico, como lo llamaría Berlin. La pugna entre estas tres tendencias de la Bioética es uno de los aspectos que mejor explica la contextura política del problema de la salud en la sociedad contemporánea.

Mainetti (2006: p. 74) encuentra que en la extensión de la medicalización, que es la causa de que se haya llegado a formular la idea de un derecho a la salud, hay una triple raíz: en primer lugar, una raíz tecnológica que permite el acceso a unas posibilidades médicas que se ponen al servicio del deseo; en segundo lugar, la transformación de la asimetría tradicional en la relación médico/paciente que otorga un protagonismo creciente al paciente en las decisiones terapéuticas; en tercer lugar, la conversión de la salud en un bien primario que favorece y/o exige el funcionamiento de una economía expansiva. Es obvio que hay una cierta analogía entre estas tres raíces y las tres grandes orientaciones de la Bioética de las que acabamos de hablar.

A todo ello habría que añadir un factor que ha sido subrayado muy especialmente por Foucault (1976: p. 161), el hecho de que la medicina se haya convertido en una de las armas más eficaces en manos del Estado contemporáneo para lograr la sumisión de los individuos, de un Estado que encuentra en la *seguridad*, su mayor motivo de legitimación y que, por tanto, tiende a extender una “medicina de intervención autoritaria”, esto es, una gran variedad de actuaciones médicas que no provienen de la “demanda del enfermo”. De ser correcta esta visión foucaultiana, se habría consumado el proceso de apropiación del poder médico a manos del poder puramente político, de manera que lo que habría que preguntarse es si resulta hoy posible liberar a la medicina de esa tarea a la que se ha visto consagrada sin gran ganancia de los *pacientes*, y nunca mejor dicho, porque como el propio Foucault subraya (1976: p. 167), “el nivel de consumo médico y el nivel de salud no guardan relación directa, lo que revela una paradoja económica de un crecimiento de consumo que no va acompañado de ningún fenómeno positivo del lado de la salud, la morbilidad y la mortalidad”, y que, por si fuera poco, actúa de tal manera que “hoy, el derecho a la salud igual para todos pasa por un engranaje que se convierte en una desigualdad”.

La aparición del Estado moderno es un fenómeno que tiene múltiples dimensiones. Con frecuencia se ha asociado ese proceso puramente político con otros fenómenos de carácter más estrictamente intelectual, como la crisis religiosa y, señaladamente, el nacimiento de lo que se conoce por antonomasia como la ciencia moderna. Lo interesante, a efectos de la situación de la medicina es que la acción política del Estado solo se hace sentir sobre la práctica médica en un momento relativamente tardío, precisamente cuando el Estado cobra una fuerza que ya no se puede reducir a su inicial legitimación lockeana, o hobbesiana, que daría lo mismo a estos efectos, sino que recibe ese plus de legitimidad al que antes he aludido al mencionar a Oakeshott, la percepción de la oportunidad que le brinda la llamada de los más débiles para que los proteja de los excesos y los riesgos que protagonizan los individualistas más atrevidos, los que podríamos llamar, si se me permite la licencia, los *libertinos*. Entonces el Estado comprende que ya no ha de limitarse a una legitimidad formal, sino que debe procurarse una legitimidad

material, el apoyo de los ciudadanos en función de los servicios que reclaman al Estado y éste puede prestarles, una legitimación que será más necesaria cada vez, a medida que la democracia se vaya imponiendo, de forma tal que se pasa de manera más o menos insensible de un Estado *liberal* limitado, a un Estado *social* mucho más expansivo, que, aunque se siga llamando liberal, lo es cada vez menos, un Estado cada vez más poderoso, en especial cuando empiezan a ocuparse/imponerse, de dos servicios que acabarán resultando políticamente esenciales, la educación y la sanidad.

Esto acontece de manera bastante lineal en toda Europa, también en España, pero no pasa de la misma forma en los Estados Unidos por una razón muy clara, a saber, los padres fundadores son extraordinariamente sensibles al riesgo de que el Estado se pudiese extralimitar, pues, en último término, la razón por la cual habían decidido independizarse de Inglaterra tenía mucho que ver con las abusivas cargas fiscales que el Rey y el Parlamento inglés pretendían imponer a las cuatro colonias, de modo que ese proceso de diferenciación entre dos naciones, un proceso que no se ha dado en ninguno de los Estados europeos, ha favorecido una conciencia mucho más clara de los riesgos que los gobiernos representan para los ciudadanos, para los que han decidido construir una nueva nación. Una cita de Jefferson me servirá para hacer explícita esta diferencia con máxima claridad: “Un buen gobierno es, en definitiva, un gobierno sabio y austero, que impida a los hombres dañarse unos a otros pero que en lo demás, les deje actuar libremente en sus propios asuntos, y que no le quite de la boca al trabajador el pan ganado”, lo que está plenamente en línea con la idea de Constant sobre la naturaleza de la “libertad de los modernos”³, y constituye una especie de vacuna escéptica contra la tendencia al crecimiento desmesurado e incontrolable del Gobierno, que no solo es perverso y difícilmente controlable en sus efectos inmediatos, sino también en las convulsiones que se ve obligado a provocar en el conjunto del sistema político y económico cuando no consiente que quede a la vista su incapacidad fiscal para garantizar cuanto se ha prometido en su nombre. Esta feliz coincidencia entre la independencia nacional de la metrópolis y la revolución política está en la base de que algunos tratadistas hayan podido afirmar que, en realidad, en los EEUU hay un gobierno cada vez más fuerte, pero no hay propiamente un Estado.

Desde una perspectiva política completamente distinta, Foucault vio con entera claridad que el crecimiento de los aparatos de control de los Estados ha supuesto un rebasamiento continuado de los límites en los que se pensó inicialmente su legitimidad. El filósofo francés afirmó taxativamente, según la cita que hicimos al comienzo de estas páginas, que el poder se hizo *materialista*, que se olvidó de las limitaciones formales o jurídicas y decidió que podía disponer de la vida de los ciudadanos, que pasaron *eo ipso* a ser de nuevo súbditos, sin la protección, además, del poder espiritual que tradicionalmente le había recordado a los poderosos de la tierra que el origen de su poder estaba en el mismo Dios, es decir que estaba limitado a cumplir sus mandamientos. Así, añade Foucault (2001, II: p. 210), “El control de la sociedad sobre los individuos no sólo se efectúa mediante la conciencia o por la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista es lo bio-político lo que importa ante todo, lo biológico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una entidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica”.

Más allá de la distinción de Foucault entre *anatomopolítica* y *biopolítica*, no es casual que la medicina moderna haya abandonado completamente cualquier respeto por ideas tales como el alma, lo sagrado de la vida, la dignidad del cadáver o la libertad personal. Para la ciencia moderna no hay sujetos, sino cantidades, y en esta lectura matemática de lo real se ha basado su

³ Permítaseme una licencia de supuesto experto en citas. Con frecuencia se atribuye a Jefferson lo siguiente: “A government big enough to give you everything you need, is a government big enough to take away everything that you have...”. Sin embargo, tal cita no se encuentra en los escritos del *founding father*, aunque sí en un discurso de un presidente algo menos prestigioso que el virginiano, Gerald Ford, quien, en un discurso al Congreso de 12 de Agosto de 1974, dijo lo siguiente: “A government big enough to give you everything you want is a government big enough to take from you everything you have”.

enorme éxito en todos los terrenos, pero el precio pagado ha sido el *desencantamiento del mundo*, en la terminología de Weber, y el hecho de que el poder de la ciencia se haya podido hermanar sin apenas remilgos con el poder político. En general reconocemos con enorme claridad los casos de abuso, pero aquí cabría decir, con Ortega, que lo que importa no son los abusos, sino los usos. El ya citado Mainetti (2006: p. 74) opina que “la vocación médica es en el fondo voluntad de poder, que la medicina comparte con la política, la economía y la Iglesia”.

Como es obvio, nadie puede sensatamente defender algo así como una medicina sin cuerpo, o, de otra manera, echar en el mismo cesto de las dudas que provoca el actual estado *político* de estas cosas los indudables avances y beneficios que se han producido en la práctica médica, y con las aplicaciones terapéuticas de la ciencia y la tecnología, pero sí es razonable postular una evaluación diferenciada, de modo que ni haya que condenar a la medicina, en nombre de la *antimedicina*, por ejemplo, que estuvo tan de moda hace tres o cuatro décadas, ni haya que aceptar el conjunto del *paquete* como si las distintas prácticas y políticas no pudieran diferenciarse entre sí y someterse a un escrutinio riguroso. Foucault (1976: p. 160) insiste, por ejemplo, en que ahora lo que provoca miedo no son los errores médicos, o los abusos que constituyeron el fondo de provisión de la crítica de Illich; lo que ahora atemoriza no es lo que no se sabe, sino lo que se sabe.

Más allá de los ataques de Illich seguramente quepa preguntarse si se puede superar la síntesis de cientifismo y control que inspira las políticas sanitarias, si, de alguna manera se puede restaurar un modelo de atención médica en el que el diálogo y los valores del enfermo tengan algún papel, un modelo relativamente similar al que Talcott Parsons consideró clásico de la medicina norteamericana, un modelo con asimetrías evidentes, que no habría que ocultar y que podrían ser calibradas con distintos grados de finura multifactorial, pero en el que quepan valores que parecen enteramente ajenos al esquema del salubrismo universalmente administrado y bioéticamente defendido con una apología de la promoción de la salud, *velis nolis*, y bastante por las bravas.

Illich ha denunciado, tanto en la sanidad como en la escuela, y podría decirse lo mismo de ciertas formas de la política ambientalista, una ideología que posibilita que los poderes sociales, del Estado y del Mercado, puedan convertir a las personas en materia prima para una empresa institucional, o para una campaña de negocio. Lo que Illich (1978: p. 33) denuncia con más vigor es la alianza entre los intereses de la tecnología médica y la “retórica igualitaria”, esto es, entre grupos cuyos intereses nada tienen de valioso para la mayoría y los funcionarios y clérigos que administran la religión política contemporánea. Illich, muy en el espíritu de la época, centró su crítica en los intereses y el corporativismo de la clase médica que, en cualquier caso, han hecho seguramente más por subirse a la plataforma del poder político que por mejorar la calidad humana de su ejercicio, pero el problema, tal como hoy se plantea, especialmente en Europa, va mucho más allá del alcance de una denuncia como esa. No hace falta ponerse muy profético para adivinar que, a la vista de los progresos que se anuncian y de la tendencia a dar de lado cualquier clase de limitaciones de tipo ético, lo que muy pronto puede estar en juego, es el porvenir mismo de las libertades básicas, entre otras la de poder gozar del propio cuerpo conforme a nuestras creencias, intereses y posibilidades. El hecho de que nuestro cuerpo, que nos es completamente desconocido, ya que su absoluta falta de transparencia es para nosotros un dato tan decisivo como olvidado, pueda ser escrutado y manejado de formas cada vez más profundas y eficientes por poderes ajenos a nuestra voluntad y control prefigura un escenario político singularmente amenazador. Nuestro cuerpo es algo más y algo menos que nuestro yo, pero no debería ser propiedad ni colonia de nadie sin nuestro completo consentimiento si queremos conservar el más ligero adarme de libertad y autonomía, y esa excepción al poder tecnológico y biopolítico está cada vez más en entredicho, es algo que ya no podemos considerar completamente garantizado por la ley, pues en nombre de la salud podremos ser algún día *retirados*, como se hace con los replicantes de *Blade Runner* y estamos siendo vacunados, condicionados y anestesiados por toda clase de instrumentos de poder cada vez más eficientes, cada vez más insidiosos. Puede que haya una mayoría a la que nada importe su sustitución por poderes anónimos y civilizados, esa mayoría que estaría dispuesta a que condujesen por ella, por recordar el orwelliano anuncio de la

DGT, y que se sintiese plenamente conforme con vivir en un mundo feliz con distintos tipos de *soma*, pero difícilmente puede proponerse ese panorama como un heredero directo de la Ilustración que es como tratan de venderlo los bioeticistas y salubristas que promueven sus bases intelectuales y que se escandalizan de que se pueda poner en cuestión el complejo tinglado sanitario y económico en el que nos movemos, vivimos y somos.

No se ha estrenado en España, me parece, *2081*, un corto dirigido por Chandler Tuttle, que es la adaptación de un relato de Kurt Vonnegut Jr. escrito en 1961. La cinta cuenta cómo vive la sociedad norteamericana en el año 2081. Más allá de la igualdad ante la ley, el gobierno ha decidido establecer una igualdad efectiva entre sus ciudadanos, llevar a la práctica uno de los ideales del nuevo socialismo que ve en la desigualdad natural no ya una fuente de injusticia sino una injusticia y una obligación moral que hay que reparar. Los individuos con una inteligencia por encima de la media deben someterse al implante de unos dispositivos que neutralicen sus ventajas, las mujeres hermosas deben llevar máscaras que cubran sus rostros en función de lo agraciado de su físico, etc. En esa sociedad en la que nadie aspira a nada, un joven superdotado física e intelectualmente, Harrison Bergeron, da un golpe de estado y se proclama emperador de los Estados Unidos, ante la indolente mirada de sus padres que contemplan el espectáculo desde su receptor... Es una advertencia más de que si el fascismo puede llegar pidiendo a gritos la libertad, como Orwell sugirió, la sumisión y el desastre pueden llegar de la mano de la justicia social llevada al extremo, de programas de corrección de las desigualdades naturales, de la metafísica de la corrección política y ética llevada a sus últimas consecuencias mediante esa ausencia de libertad cómoda, razonable y democrática contra la que previno Marcuse hace ya casi cincuenta años.

El futuro nunca está escrito, del todo, pero parece evidente que tendremos que tomar decisiones respecto a una sanidad seguramente desmedida y respecto a unos poderes públicos que representan una amenaza poderosa. Esto es pura política, desde luego, pero nadie ha dicho que esté prohibido hablar de ello, todavía.

REFERENCIAS

- Blake, M. (2010). "Dirty Medicine. How medical supply behemoths stick it to the little guy, making America's health care system more dangerous and expensive". *Washington Monthly*, <<http://www.washingtonmonthly.com/features/2010/1007.blake.html>> (Consultado el 8 de enero de 2013).
- Bell, D. (1977). *Las contradicciones culturales del capitalismo*. Madrid: Alianza.
- Berlin, I. (1992). *El fuste torcido de la humanidad. Capítulos de historia de las ideas*. Barcelona: Península.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI.
- Foucault, M. (1976). "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", *Educación médica y salud* 10(2), 152-70.
- Foucault, M. (2001). *Dits et Écrits, (1976-1988)*. París: Gallimard [2 volúmenes].
- Hunter, D. y Parsons, T. (1976). "The Relations between Biological and Socio-Cultural Theory", *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences* 29, 14-9.
- Illich, I. (1974). "The political Uses of Natural Death". *The Hastings Center Studies* 2(1), 3-20.
- Illich, I. (1975). *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. London: Calder & Boyars [Trad. Esp. (1975): *Némesis médica: la expropiación de la salud*, Barcelona, Barral Editores].
- Jonas, H. (1997). *Técnica, medicina y ética*. Barcelona: Paidós.
- Locke, J. (1960). *Two Treatises of Government*. New York: Cambridge University Press [Ed. de Peter Laslett].
- Mainetti, J. A. (2006). "La medicalización de la vida". *Electroneurobiología* 14(3), 71-89, <<http://electroneubio.secyt.gov.ar/index2.htm>>.
- Mann, J. M. (1997). "Public Health, Ethics and Human Rights". *The Hastings Center Studies* 27(3), 6-13.
- McCullough y Laurence B. (1979): "Rights, Health Care, and Public policy", *The Journal of Medicine and Philosophy* 4 (2), 204-15.
- Oakeshott, M. (2008). *Moral y política en la Europa moderna*. Madrid: Síntesis.
- Parsons, T. (1975). "The Sick Role and the Role of the Physician reconsidered". *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 53(3), 257-78.
- Parsons, T. (1984). "Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna". En: Parsons, T., *El sistema social* (pp. 275-306). Madrid: Alianza.
- Porter, Roy (1985). "The Patient's View: Doing Medical History from below". *Theory and Society* 14(2), 175-98.
- Porter, Roy (1998). *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity*. New York: W. Norton & Company.
- Porter, Roy (2002). *Blood and Guts. A Short History of Medicine*. Nueva York: W. W. Norton & Company.
- Turner, B. S. (1995). *Medical Power and Social Knowledge*, (2ª ed.). London: Sage.

SOBRE EL AUTOR

José Luis González Quirós: www.jlgonzalezquiros.es. Es profesor de Filosofía en la Universidad Rey Juan Carlos. Ha sido profesor de la UCM, catedrático de Instituto e investigador del Instituto de Filosofía del CSIC. Es autor de una veintena de libros y de más de un centenar de artículos de investigación y divulgación, sobre cuestiones de filosofía de la mente, filosofía de la tecnología, y teoría política.

Atención en salud con pertinencia cultural: una mirada a partir de la competencia comunicativa intercultural

Felipe Henríquez, Universidad Católica de Temuco, Chile
Giorgia Abd-El-Kader, Universidad Católica de Temuco, Chile
Margarita Marilao, Universidad de La Frontera, Chile

Resumen: El carácter intercultural de la atención en salud demanda el uso de estrategias que favorezcan la efectividad dentro de las interacciones, siendo una de éstas la comunicación. El presente artículo destaca la comunicación en salud, específicamente la competencia comunicativa intercultural, como una herramienta para la atención sanitaria con pertinencia cultural, mencionando algunas variables importantes en la efectividad y la adecuación en situaciones interculturales. Así también, se destaca la diversidad y competencia cultural y su relación con la atención en salud. Finalmente, se exponen algunas interrogantes frente al supuesto de la atención en salud con pertinencia cultural

Palabras clave: comunicación en salud, competencia comunicativa intercultural, diversidad cultural, competencia cultural

Abstract: The intercultural nature of health care requires strategies that give priority to effectiveness within interactions such as communication. This article emphasizes communication in a health context –in particular intercultural communicative competence—as a tool for culturally relevant health care, mentioning some important variables for effectiveness and adaptation in intercultural situations. In the same way, diversity and cultural competence and their relation to health care are highlighted. Finally, some questions are exposed concerning culturally relevant health care

Keywords: Communication in Health, Intercultural Communicative Competence, Cultural Diversity, Cultural Competence

Dentro de las sociedades cada vez más multiculturales, existe una necesidad de comunicación entre todas las culturas en todos los aspectos de nuestras vidas (Gibson y Zhong, 2005), es así como las interacciones entre proveedores de salud y usuarios es cada vez más probable que sea de carácter intercultural. Ante tal diversidad, se reconoce que los encuentros clínicos poseen gran cantidad de signos y significados culturales, siendo necesario que los pacientes y sus médicos deban tener conocimientos de comunicación intercultural con el fin de recibir y proporcionar servicios de salud satisfactorios (Rosenberg, Richard, Lussier y Abdool, 2006).

Cross (1988) define un sistema de salud culturalmente competente como “uno que reconoce e incorpora a todos los niveles, la importancia de la cultura, la evaluación de las relaciones interculturales, la vigilancia hacia las dinámicas que resultan de las diferencias culturales, la expansión de la diversidad cultural, el conocimiento y la adaptación de los servicios para satisfacer las necesidades culturales únicas”. A partir de esta definición, la comunicación se transforma en un componente fundamental para el logro y desarrollo de esta competencia.

Actualmente, la capacidad de comunicarse de manera efectiva se reconoce como un atributo esencial para los profesionales de la salud, de ahí que sea complejo disociar las habilidades comunicativas de las distintas acciones sanitarias, principalmente vinculadas a la promoción y prevención en salud.

Kurtz describe la “Comunicación efectiva” como aquella fundada en cinco principios (Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, 2010).



1. Asegura una interacción en vez de una transmisión directa o simplemente entrega de información (venga ella del médico o del paciente). Hay intercambio y “feedback” (retroalimentación); hay oportunidades para intercambiar preguntas y respuestas, clarificaciones, etc. Para establecer un terreno en común, mutuamente entendido, se requiere interacción.
2. Reduce la incertidumbre innecesaria. La incertidumbre distrae la atención e interfiere con la precisión, la eficiencia y la relación. Podemos, por ejemplo, reducir la incertidumbre sobre cómo el médico va a llevar a cabo la entrevista, sobre las expectativas que el paciente tiene de la visita al doctor, sobre la manera en que el equipo de salud trabaja, etc.
3. Requiere planificación, basada en los “outcomes” o resultados que se pretende conseguir. La efectividad sólo se puede determinar en el contexto de los resultados que el médico y/o el paciente estén tratando de alcanzar. Si el profesional está enojado y quiere expresar su rabia, se va a comunicar de una manera determinada; pero si quiere evitar el malentendido que puede producir su rabia, en ese caso debería actuar en forma diferente.
4. Demuestra dinamismo, lo que significa que el médico debe reaccionar frente a la conducta del paciente, volviendo al concepto de “frisbee”. Implica flexibilidad y requiere que el médico desarrolle un repertorio de habilidades que le permitan aproximarse en forma diferente a los distintos pacientes o bien al mismo paciente pero en diferentes circunstancias.
5. Sigue un modelo helicoidal más que lineal. Llegar y hacer no es suficiente. Si se quiere lograr una comprensión completa y precisa, se tiene que volver nuevamente sobre la información y quizás una vez más, de una manera helicoidal, subiendo cada vez por la espiral a un nivel de comprensión diferente. La repetición, la reiteración, el feedback, son elementos esenciales de una comunicación efectiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008, menciona a la comunicación en el centro de la salud pública, destinando un capítulo en torno a este tema y persiguiendo como fin el aumento de las bases de datos y concientización entre los administradores de la salud pública respecto a la importancia de la comunicación (Wallace y cols., 2008). Así también, por primera vez se destinó un capítulo acerca de la Comunicación en Salud en *Healthy People 2010*, en cuyos objetivos se menciona la relevancia de la comunicación en prácticamente todos los aspectos de la salud y el bienestar, incluyendo la prevención de enfermedades, promoción de la salud y calidad de vida (Rimal y Lapinski, 2009).

Hoy en día, se entiende que los programas de salud deben promover una adecuada comunicación entre usuarios, profesionales de la salud, los ciudadanos y los servicios, junto con concientizar a toda la comunidad sobre temas relacionados a la salud y el medio ambiente, la seguridad alimentaria, la drogadicción y todas las formas de protección de la salud, así como garantizar la equidad y la calidad, fortalecer estilos de vida saludables, la aplicación de sistemas de control en la satisfacción del usuario y proporcionar herramientas de información para evitar peligros y riesgos (Fрати, Luzi & Colucci, 2010).

Los médicos que trabajan con poblaciones de pacientes multiétnicos y multilingües necesitan saber cómo la cultura y el lenguaje puede influir en la comunicación clínica y la atención, y aprender las habilidades necesarias para identificar y responder eficazmente a las necesidades de los diversos pacientes (Hudelson, Perron y Perneger, 2011). Kutalek (2012) plantea que la diversidad es un hecho y ya no puede ser considerada una desviación de la normalidad. De acuerdo a ello, las instituciones de salud deben ser capaces de responder adecuadamente a la diversidad de pacientes y a las barreras lingüísticas y culturales en el acceso a la salud, siendo necesario un enfoque integral que proporcione profesionales de la salud con estrategias y herramientas que les permitan responder a estos retos de una manera culturalmente significativa.

A partir de lo anterior, podemos destacar que la comunicación y en especial la comunicación intercultural es una estrategia necesaria e indispensable para hacer frente a los intercambios culturalmente diversos en la salud contemporánea. Diferencias comunicativas entre el paciente y

el proveedor de salud puede conducir a insatisfacción, diagnósticos erróneos, falta de atención médica, o incluso la muerte. En este sentido, la evidencia plantea que una comunicación intercultural ineficaz puede causar estrés para los proveedores de cuidado de la salud, causando ansiedad e insatisfacción laboral (Gibson y Zhong, 2005).

La comunicación intercultural, puede ser definida como la comunicación interpersonal donde intervienen personas con unos referentes culturales lo suficientemente diferentes como para que se auto perciban, teniendo que superar algunas barreras personales y/o contextuales para llegar a comunicarse de forma efectiva (Vilà, 2008).

Según Wiseman en 2002, la competencia comunicativa intercultural (CCI) anteriormente conocida como “competencia intercultural”, “sensibilidad intercultural” o “eficacia intercultural”, comúnmente se conoce como “el conocimiento, la motivación y las habilidades para interactuar eficaz y adecuadamente con los miembros de las diferentes culturas”. Aunque existe mucho debate sobre la naturaleza de la CCI, parece haber consenso entre los investigadores que tiene que ver con la eficacia (capacidad de lograr objetivos propios) y la adecuación (a exhibir un comportamiento esperado y aceptado en un determinado contexto) en situaciones interculturales (Arasaratnam y Banerjee, 2011).

Según Vilà (2003), podemos definir la CCI como el conjunto de habilidades cognitivas y afectivas para manifestar comportamientos apropiados y efectivos en un contexto social y cultural determinado, que favorezcan un grado de comunicación suficientemente eficaz. De este modo, se identifican tres aspectos básicos asociados al modelo de CCI, la dimensión cognitiva, afectiva y comportamental. La dimensión cognitiva, entendida como el conocimiento, comprensión y conciencia de todos aquellos elementos culturales y comunicativos tanto propios como de otros, que promuevan una comunicación efectiva. La dimensión afectiva, entendida como aquellas capacidades de emitir respuestas emocionales positivas y controlar aquellas emociones que pueden perjudicar el proceso comunicativo intercultural. Finalmente, la dimensión comportamental, entendida como el conjunto de habilidades verbales y no verbales que evidencien una adaptación de la conducta que favorezca comunicarse de forma eficaz.

Uno de los pocos modelos de la CCI que incorpora múltiples perspectivas culturales, con la premisa de que la CCI debe ser estudiada desde la perspectiva del “otro” en oposición a la percepción subjetiva de la percepción propia, es el modelo de Arasaratnam y Doerfel (2005). Este modelo identifica la experiencia, la habilidad de escuchar, las actitudes positivas hacia las personas de otras culturas, la motivación para interactuar con personas de otras culturas, y la capacidad de empatizar como variables que contribuyen a la CCI.

El modelo de Arasaratnam (2006) revela la actitud positiva hacia las personas de otras culturas, conduce a la motivación para comunicarse con esas personas que a su vez conduce a una mayor experiencia en la comunicación intercultural y contribuye a la CCI. Del mismo modo, la capacidad de sentir empatía permite que una persona escuche bien, lo que a su vez contribuye a ser percibido como un comunicador intercultural competente. La empatía también contribuye a actitudes positivas hacia las personas de otras culturas. De esta manera, las cinco variables identificadas en el modelo interactúan para producir un resultado que es la CCI.

Por otro lado, la competencia cultural ha evolucionado del modo de hacer suposiciones acerca de los pacientes, sobre la base de sus antecedentes, a la aplicación de los principios de la atención centrada en el paciente (Teal y Street, 2009), siendo las habilidades de comunicación una puerta de entrada a la comprensión de las necesidades de las personas, sus valores e intereses y una estrategia dentro de los programas de formación de los profesionales de salud. Es así como el currículo en salud, demanda una transferencia epistemológica intercultural y un abordaje transversal orientado a la pertinencia cultural, con una orientación sistémica de los procesos sanitarios y con un enfoque de atención centrado en la persona. Así es como la temática de la competencia comunicativa intercultural debe ser incorporada formalmente en los planes de estudio, vinculándola a una metodología de intervención con adecuación cultural.

En este contexto, podemos decir que la comunicación en salud requiere del entrenamiento de una serie de habilidades tanto afectivas, cognitivas y comportamentales y del eficiente uso de habilidades verbales como no verbales, con el propósito de dar respuesta a la diversidad en la

atención y poniendo el énfasis en la interacción usuario-proveedor de salud dentro de las distintas situaciones comunicativas (entrevista, indicaciones, sugerencias, etc.) o contextos específicos (rural, urbano, grupos étnicos, etc.).

La atención en salud con pertinencia cultural, sin lugar a dudas, constituye un desafío para los profesionales de la salud. Algunas interrogantes que surgen, dicen relación con ¿los proveedores de salud están preparados para enfrentar el supuesto de la atención en salud con pertinencia cultural?, de manera que no sea esta modalidad de atención un supuesto de inequidad; ¿los programas de estudio consideran la pertinencia cultural de manera transversal a lo largo del currículo?, ¿qué herramientas o estrategias concretas pueden ser utilizadas como plataforma en esta modalidad de atención?

Tras estas interrogantes y a partir de la evidencia presentada en este artículo, pareciera ser que el desarrollo formal de la CCI asociada a una metodología de intervención en salud, constituiría una importante plataforma de apoyo en la inclusión de un enfoque sanitario contextual, siendo una herramienta base frente a los desafíos en la transferencia epistemológica del enfoque intercultural y contribuyendo positivamente a las distintas acciones de intervención en salud.

REFERENCIAS

- Arasaratnam, L. A. y M. L. Doerfel (2005). "Intercultural communication competence: Identifying key components from multicultural perspectives". *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 137–163.
- Arasaratnam, L. A. (2006). "Further testing of a new model of intercultural communication competence". *Communication Research Reports*, 23, 93–99.
- Arasaratnam, L. A. y S. C. Banerjee (2011). "Sensation seeking and intercultural communication competence: A model test". *International Journal of Intercultural Relations*, 35, 226–233.
- Cross, L. (1988). "Cultural competence continuum", http://www.casbrant.ca/files/upload/oacas/Reference_Material/Agency_Culture/Cultural_Competence_Continuum.doc (Consultado el 10 de diciembre de 2012).
- Fрати, A., A. M. Luzzi y A. Colucci (2010). "Communication for health promotion: history and identification of effective methods". *Annali Dell Istituto Superiore Di Sanita*, 46(4), 422–426.
- Gibson, D., y M. Zhong (2005). "Intercultural communication competence in the healthcare context". *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 621–634.
- Hudelson, P., N. J. Perron y T. Perneger (2011). "Self-assessment of intercultural communication skills: a survey of physicians and medical students in Geneva, Switzerland". *Bmc Medical Education*, 11.
- Kutalek, R. (2012). "Diversity competence in medicine: equity, culture and practice". *Wiener klinische Wochenschrift*, 124(3), 3–9.
- Moore, P., G. Gómez, S. Kurtz y A. Vargas (2010). "La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?" *Rev. Méd. Chile*, 138 (8), 1047–1054.
- Rimal, R. N. y M. K. Lapinski (2009). "Why health communication is important in public health". *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 247–247.
- Rosenberg, E., C. Richard, M. T. Lussier y S. N. Abdool (2006). "Intercultural communication competence in family medicine: Lessons from the field". *Patient Education and Counseling*, 61(2), 236–245.
- Teal, R. y R. L. Street (2009). "Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model". *Soc. Sci. Med.*, 68, 533–43.
- Vilà, R. (2003a). "El desarrollo de la competencia comunicativa intercultural en una sociedad multicultural y plurilingüe: una propuesta de instrumentos para su evaluación". En J. Perera (ed.), *Plurilingüisme i educació: els reptes del segle XXI. Ensenyar llengües en la diversitat i per la diversitat*. Barcelona: ICE.
- Vilà, R. (2008). "La competencia comunicativa intercultural en adolescents". *Infancia y Aprendizaje*, 31(2), 147–164.
- Wallace, J., S. Bari, L. Reinders, J. Rainford, G. Gamhewage y F. Fleck (2008). "Health communication: a call for papers". *Bulletin of the World Health Organization*, 86(7), 500.

SOBRE LOS AUTORES

Felipe Henríquez: Fonoaudiólogo, Magíster en Trastornos del Lenguaje y del Habla. Su área de trabajo son las alteraciones de la comunicación a lo largo del ciclo vital. Dentro de las áreas de interés destacan la interculturalidad y la comunicación en salud. Académico de la Carrera de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Chile.

Giorgia Abd-El-Kader: Fonoaudióloga, Mag. (c) en Innovación de la Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud. Su área de trabajo son los trastornos del lenguaje en el ámbito escolar. Académico de la Carrera de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Chile.

Margarita Marilao: Fonoaudióloga, Magíster en Trastornos del Lenguaje y del Habla. Su área de trabajo son los trastornos del lenguaje a lo largo del ciclo vital. Académico de la Carrera de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Chile.

Días de alcohol y rosas

Luis M. Iruela. Universidad Autónoma de Madrid. España

Resumen: El alcoholismo es una condición de efectos trascendentales sobre la vida social y emocional. Este artículo se ocupa del sentimiento nuclear del alcoholismo, la vergüenza, basándose en un análisis de la película “Días de vino y rosas”.

Palabras clave: vergüenza, alcohol, Ernest Dowson, Blake Edwards

Abstract: Alcoholism is a condition with far-reaching effects on social and emotional life. This article deals with the core sense of alcoholism, shame, based on an analysis of the movie “Days of wine and roses.”

Keywords: Shame, Alcohol, Ernest Dowson, Blake Edwards

Ernest Dowson (1867-1900) fue un poeta inglés, esteticista y decadente, que perteneció a la llamada por Yeats “generación trágica”, y que murió como un bohemio a consecuencia de su alcoholismo y la tisis. De su obra ha sobrevivido un pequeño poema sobre el paso del tiempo y la fugacidad de la vida.

Está recogido en el libro *Verses* (1896) con un título en latín que, a su vez, es uno de los más conocidos versos de Horacio: “*vitae summa brevis spem nos vetat incohare longam*” (“la vida, tan breve, no admite esperanza larga”, traducción de Manuel Fernández Galiano), (*Libro I, Oda IV*).

Dice así la composición de Dowson:

*No duran el llanto y la risa
el amor, el deseo y el odio:
Creo que no dejan huella en nosotros
después de pasar la puerta.*

*No son largos los días de vino y rosas:
De un nebuloso sueño
surge por un tiempo nuestro camino,
luego en un sueño desaparece.¹*

Referente cultural

Se considera al poema una referencia obligada en el mundo anglosajón culto, en especial, las afortunadas palabras “días de vino y rosas”, que pusieron nombre a una famosa película de Blake Edwards en 1962. No era ésta, sin embargo, la primera vez que el cine hacía una mención expresa de las mismas. En el largometraje de Otto Preminger, *Laura* (1946), el refinado personaje de Waldo Lydecker da rienda suelta a su desesperada nostalgia acudiendo también a ellas.

¹ La traducción es del autor.



El filme de Edwards parte de un guión escrito para la televisión por J. P. Millar que se presentó en 1958 en el programa *Playhouse 90* y relata una historia de amor destruido por el alcohol. Es una de esas pocas películas que se atreven a tratar el asunto sin histrionismos, con una serenidad que permite al espectador descender a los sentimientos más secretos de una pareja de alcohólicos y entenderlos.

Vergüenza y fragilidad

La vergüenza es una vivencia de inferioridad ante nosotros mismos de la que son testigos los demás. Nos hace sentirnos transparentes ante la mirada ajena, sin refugio posible que nos libre de críticas, menosprecios o sonrisas de suficiencia. Es algo que, en definitiva, nos deja a la intemperie, solos y vulnerables.

La vergüenza es el sentimiento central de una adicción, por eso esta última se vive siempre como una condición oculta aunque pueda encontrarse a la vista de todos. El adicto que bebe a solas lo hace huyendo del exterior, pero también de la imagen interna de una dignidad en crisis. Una posición para él insostenible que le lleva a evitar la declaración: “soy alcohólico...” Pronunciar esta palabra en público y voz alta significa exponerse demasiado a un abrumador sentimiento de derrota, y mostrar así, en su pura desnudez, una fragilidad cercana a la tensión del cristal a punto de quebrarse.

Kirsten y Joe

A la exploración de esa fragilidad está dedicada la película de Blake Edwards, que cuenta una historia de amor entre dos seres vulnerables cuya proximidad temporal les trasmite la ilusión de haber superado sus carencias personales.

Joe Clay trabaja como técnico en relaciones públicas, pero su cometido real consiste en organizar fiestas disolutas para los clientes de su empresa y conseguir, de esta manera, mejores pedidos y más sustanciosos contratos. Hace ya tiempo que ha renunciado a su orgullo profesional y lo ha vendido por este papel de trapisondista que le reporta la felicitación de sus jefes.

En dichas celebraciones abunda el alcohol, y Joe se sumerge en él diluyendo así todo sentimiento de fracaso. En cierta ocasión, confunde a Kirsten (una secretaria de su empresa) con una de las imprescindibles animadoras de la noche. El rechazo de ella, al afearle su conducta de alcahuete, le confronta bruscamente con la vergüenza acallada.

A partir de entonces, Joe tratará de conquistar a la mujer que le ha hecho sentirse inadecuado como una forma de restañar esa herida profunda en su amor propio y de sobreponerse al bochorno que le quema. Al fin y al cabo, la opinión de los demás sobre nosotros mismos es siempre un espejo en el que nos miramos.

El idilio comienza durante un paseo nocturno en el que Kirsten Arnesen recita los versos de Dowson, contemplando la sucia bahía, como una premonición de lo que va a ser en el futuro la relación entre ambos.

Joe ha carecido de un calor de hogar en la infancia y recuerda esos años de esta manera: “arrastrado por el cogote, a varios grados bajo cero, alimentado con mantequilla de cacahuete...” No es de extrañar que el primer regalo que ofrezca a su novia sea precisamente éste, mantequilla de cacahuete, es decir, aquello que lo ha nutrido, lo ha consolado y lo ha sacado de una infancia al descubierto. Se trata de un gesto simbólico que ella no puede entender y, sin embargo, tiene el valor, para él de una confidencia jamás antes hecha.

Kirsten, hija única de inmigrantes noruegos, ha vivido sus años primeros de un modo aparentemente feliz; educada en un ambiente serio, algo adusto quizá, por unos padres que se querían casi con exclusividad. Al punto de que el brindis selecto de ambos era “juntos en el paraíso”. La madre representaba para el marido el límite de la perfección. La niña, al parecer, se habría sentido siempre a las puertas de aquel paraíso.

Cuando Joe aparece en su vida, intuye que al fin despierta en alguien un afecto no compartido y se deja arrastrar dócilmente al alcohol. Algo bueno como el amor encierra a Kirsten en una trampa ética de la que ya no podrá salir.

Brandy Alexander

Un momento decisivo en la historia es la secuencia en la que Joe invita a beber a su amada. Ella le confiesa su debilidad por el chocolate y su aborrecimiento del licor; entonces él pide al camarero que le sirvan “algo especial”: un combinado de coñac con crema de cacao llamado “brandy Alexander”. En ese preciso instante, descubre Kirsten la dulzura del alcohol y emprende con Joe un descenso a los infiernos para ella devastador.

La fragilidad de los dos personajes se va manifestando a lo largo de la narración con escenas impresionantes como aquella que nos muestra a Kirsten viendo unos dibujos animados en la televisión mientras se emborracha a solas, expresión de su naturaleza de “niña emocional” carente de defensas psicológicas maduras.

Los sentimientos primordiales en la relación de esta pareja de alcohólicos son el amor y la vergüenza. Ninguno de ellos puede soportar que el otro sea abstemio y se inducen mutuamente a beber sin descanso. Por amor recae un Joe recuperado al ver a su mujer ebria en una descuidada habitación de motel, conmovido por el abandono de Kirsten, que llena de irritabilidad y vergüenza le exige que la acompañe en su descenso particular.

Luz de bar

Es, en definitiva, esta vivencia de indefensión, este pudor de las emociones negativas lo que impide que ella pueda convivir con un Joe abstemio a pesar de su desesperada soledad.

Nunca el cine, ni antes ni después de este filme, había mostrado con tan preciso detalle la interacción psicológica de una pareja atrapada por el alcohol en la que el fenómeno fundamental consiste en que cada uno impide salir al otro de la adicción a causa del insoportable sentimiento de fragilidad que genera la presencia del compañero sobrio.

Y así, en el último plano, nos presenta la película el reflejo luminoso de la palabra “bar” sobre el rostro triste de un Joe que ha elegido la curación, mientras ve cómo Kirsten, surgida de un nebuloso sueño se pierde en otro sueño... al final de la calle.

SOBRE EL AUTOR

Luis M. Iruela: El autor es Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Profesor asociado del Departamento de Psiquiatría en la Universidad Autónoma de Madrid.

Evolução do conceito clínico de verruga peruana entre 1842 e 1871

Eduardo Sugizaki, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil
Rosangela Barbiani, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Brasil
Fabiane Asquidamini, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Brasil

Resumo: Neste artigo, uma nova história do conhecimento médico sobre a doença de Carrión é construída. Em uma preliminar revisão da historiografia (existente desde 1885), encontramos o seguinte núcleo narrativo (ainda reiterado, atualmente): 1) até o surgimento da 'febre de Oroya', em 1871, conhecia-se apenas uma doença eruptiva, a verruga peruana; 2) em 1875, a medicina peruana propôs que a verruga peruana e a febre de Oroya deviam ser a mesma doença; 3) em 1885, Daniel Carrión conseguiu experimentalmente unificar os quadros clínicos quando inoculou em si mesmo sangue de um paciente com verruga peruana e morreu com febre de Oroya; 4) a enfermidade passou a denominar-se 'doença de Carrión'. Este artigo questiona alguns dos fundamentos desta versão tradicional. A literatura médica publicada em inglês, alemão e francês mostra que, entre 1842 e 1871, já existia a descrição clínica global da doença. Apenas a literatura médica publicada em espanhol descrevia a doença como dermatose apirética. Descobriram-se também os obstáculos ao conhecimento da doença, que explicam esta divergência. A disparidade e a inconstância dos seus sintomas, os gerais e os locais (tal como febre e erupções, respectivamente): 1) dificultavam a compreensão global de suas manifestações; 2) sugeriam uma complicação constante do paludismo; 3) e barravam a analogia com as febres eruptivas. Diferentemente do que propõe a narrativa tradicional, estes obstáculos foram superados antes e independentemente do aparecimento da noção espúria de 'febre de Oroya'. A superação não veio pela unificação de duas doenças, mas pela percepção de uma coordenação na manifestação dos sintomas heterogêneos. Este racionalismo conseguiu integrar sintomas que um empirismo raso apartava, como fenômenos patológicos isolados, e encaminhar o diagnóstico diferencial clínico entre a verruga e o paludismo. O saldo epistemológico deste trabalho é uma maior compreensão dos mecanismos da construção da unidade nosológica, na Idade Clínica da medicina.

Palavras chave: doença de Carrión, verruga peruana, bartonellosis humana.

Abstract: In this article, a new history of medical knowledge on Carrion's disease is presented. In a preliminary review of historiography (since 1885), we have found the following narrative nucleus (still repeated today): 1) until 'Oroya fever' appeared (1871), only an eruptive disease, the Peruvian wart, was known; 2) in 1875, Peruvian physicians proposed that Peruvian wart and Oroya fever should be the same disease; 3) in 1885, Daniel Carrión succeeded in experimentally unifying the clinical conditions when he inoculated blood from a patient of Peruvian wart in himself and died of Oroya fever; and 4) the disease was then renamed as 'Carrion's disease'. Herein, we question some of the foundations of this traditional version. The medical literature published in English, German, and French show that a global clinical description of the disease was already known in the period 1842-1871. Only the medical literature published in Spanish described the illness as an afebrile dermatosis. Obstacles to the knowledge of the disease were also found, which explain such divergence. Diversity and inconstancy of general and local symptoms (such as fever and eruptions, respectively): 1) made it difficult a comprehensive understanding of manifestations; 2) suggesting a constant complication of malaria; 3) and precluding analogy with eruptive fevers. Differently from what the traditional version suggests, these obstacles were overcome previously and independently from the appearance of the spurious notion of 'Oroya fever'. Overcoming of such obstacles was not achieved by unification of both diseases, but by perception of a coordination of manifestation of heterogeneous symptoms. Such rationalism allowed integration of symptoms that a shallow empiricism kept separated as isolated pathological phenomena, favoring clinical differential diagnosis between Peruvian wart and malaria. This epistemological study contributed to a greater understanding of mechanisms of building of nosologic unity in the Clinical Age of medicine.

Keywords: Carrion's Disease, Peruvian Wart, Human Bartonellosis



Introdução

A historiografia da doença de Carrión nasceu em outubro de 1885, com um artigo de Leonidas Avendaño, o comunicado da morte do estudante Daniel A. Carrión, da Faculdade de Medicina de Lima, em consequência de experimento médico. Segundo a narrativa, o estudante se fez inocular, em 27 de agosto de 1885, com sangue extraído da verruga peruana e desenvolveu a febre de Oroya, razão do óbito, em cinco de outubro. Este resultado teria demonstrado que a febre de Oroya e a verruga não são duas, mas uma só patologia.

As comemorações anuais do falecimento de Carrión, na Sociedade Médica União Fernandina, consagraram a narrativa de Avendaño, transformando seu núcleo, acima apresentado, em fundamento da ‘doutrina unicista’ da medicina peruana, ou seja, a doutrina da unificação da febre de Oroya e da verruga peruana na entidade patológica ‘doença de Carrión’.¹

A reiteração do núcleo da narrativa de Avendaño, na historiografia médica,² estende-se aos novos estudos sobre a doença, inclusive os recentes.³ Porém, paralelamente, desde García-Cáceres (1972), seguido por Cueto (1989; 1996), Cuadra Calle *et al.* (2000) e Murillo *et al.* (2002), desenvolve-se uma historiografia crítica e revisionista da narrativa tradicional. Estes autores perceberam o caráter reiterativo da historiografia médica, mas procuraram analisá-la apenas em relação a aspectos exteriores à evolução do conceito da doença, deixando intacta a estrutura do núcleo da narrativa de Avendaño.

A partir de García-Cáceres (1972), a historiografia médica peruana reconhece que o experimento de Carrión não foi probante, em função de falhas de protocolo. Mas, apesar disso, a historiografia crítica manteve intacta a pretensa veracidade histórica da dialética da febre de Oroya com a verruga peruana, a estrutura lógica do núcleo da narrativa histórica tradicional, que passa a adquirir a seguinte forma: Carrión pode não ter provado a unidade da febre de Oroya e da verruga peruana, mas este dualismo nosológico era o principal obstáculo ao progresso do saber da doença e o experimento de 1885 apontou a solução correta.

Considerando o presente estado da questão, este artigo busca construir uma história da evolução do conceito da verruga peruana, que recobre apenas o período fundador da descrição clínica da doença, entre 1842 e 1871, no qual a literatura médica trabalha apenas com a noção de ‘verruga peruana’. O advento da febre de Oroya na literatura só ocorrerá a partir de Charles Tasset (1872), quando surge o dualismo nosológico.

As primeiras descrições e a celeuma da autonomia nosográfica

Entre 1842 e 1871 a descrição clínica dos fenômenos patológicos da verruga peruana é levada a cabo.⁴ Archibald Smith (1842),⁵ tipifica a doença como exclusiva dos vales andinos intermediários, entre a Costa e a Serra. A seguir, o médico suíço e naturalista viajante, Tschudi⁶ publica o importante artigo de 1845, *As verrugas*, que não chegou a tornar-se conhecido no Peru. Na década posterior, aparecem dois novos trabalhos, a tese de Nicolas Malo defendida no Chile

¹ Matto, 1886; Chávez, 1887; Larrea y Quesada, 1887; Medina, 1888; Arce, 1889; Patron, 1889; Antunez, 1890; Castillo, 1894; Patron, 1894; Bello, 1895; Campodónico, 1895; Mimbela, 1897; Odriozola, 1898; Arce, 1918.

² Valdizán *et al.*, 1921; Valdizán, 1925; Monge, 1925; Rebagliati, 1940; Pesce, 1957; Lastres, 1957; Carrasco Reyes, 1988; Matallana, 2001.

³ Urteaga-Ballón (1993); Maguiña Vargas (1993, p. 5); Maguiña Vargas (1998, p. 26); Velásquez Acosta (1999, p. 1); Maguiña Vargas *et al.* (2000); Panchas Chávez (2001, p. 10); Saettone-León (2004); Garrido Chacon (2004, p. 16-7); García *et al.* (2005); Gonzáles R. *et al.* (2007); Walker *et al.* (1981).

⁴ A rápida descrição da doença feita por Stevenson (1825, p. 347) não chega a ser médica.

⁵ O médico escocês publica uma resenha da tese de Salazar (1858), de quem traduz três casos clínicos (Smith, 1858a). Neste mesmo ano Smith (1858b), publica *A geografia das doenças nos climas do Peru*, que Villar traduz para o espanhol e faz publicar em Lima (Smith, 1858c).

⁶ Tschudi escreve o artigo com base em 50 casos observados durante sua estada de quatro anos e meio nos territórios peruanos.

em 1852 (e publicada em Lima, em 1895), e a de Tomas Salazar (1858), defendida no Peru⁷. Cada um destes autores desconhece seus predecessores e, portanto, há quatro descrições clínicas independentes.

Esta primeira leva de descrições clínicas da verruga dá ensejo a um debate internacional entre a medicina da expressão alemã e a francesa. August Hirsch considerou os trabalhos de Smith (1842) e Tschudi (1845) e o breve resumo da tese de Salazar (com três dos seus casos clínicos traduzidos para o inglês por Smith, 1858a) suficientemente coerentes para garantir à verruga um lugar em sua nosografia. Foi a primeira inclusão da doença no rol de entidades autônomas, num grande tratado de patologia médica (o primeiro volume do *Manual de patologia histórico-geográfica*, de 1860).

Quatro anos depois, Alfred Le Roy de Méricourt, professor da Escola de Medicina Naval e primeiro diretor de redação dos recém-fundados *Arquivos de Medicina Naval*, escreve uma nota editorial explicativa sobre uma rápida referência do relatório médico-militar de Duplony (a serviço da fragata *La Constantine*) à verruga peruana. O editor traduz, nesta nota explicativa, o capítulo que Hirsch (1860, p. 391-394) dedicara ao assunto e aproveita para enviar ao médico alemão seguinte seta acerbamente crítica:

[...] o estudo das diferentes afecções englobadas sob a denominação ‘verruga’ está inteiramente a fazer. É evidente [...] que o quadro desta doença estranha é formado, injustificadamente, por traços mórbidos emprestados de afecções muito variadas. Podem-se entrever os casos de varíola hemorrágica, de sífilis de diversas formas, de queiloide, de molusco e de lepra, tudo complicado por um estado caquético determinado pelas perdas de sangue, a supuração etc. (Le Roy de Méricourt, 1864)

Para finalizar sua nota, Le Roy de Méricourt convoca os camaradas da marinha francesa “a estudar com cuidado os atingidos de *verruga* que tiverem ocasião de encontrar”, pois isto – diz ele, sem conhecer diretamente as referências bibliográficas de Hirsch (1860) e sem ter observado doente algum – “não deixará subsistir nenhuma doença especial, logo que as pesquisas tiverem estabelecido um diagnóstico preciso”.

Neste debate, Hirsch tinha a seu favor as primeiras descrições clínicas da doença. Em posição diametralmente oposta a de Le Roy de Méricourt, Malo (em 1852), médico chileno que sofreu a doença em uma estada no Peru, conclui sua tese de doutoramento afirmando que “a verruga é uma enfermidade única e desconhecida em sua essência, de marcha regular e quase sempre fixa e que termina de um mesmo modo”. Na década anterior, Tschudi (1845), principal fonte de Hirsch (1860), havia dado a descrição clínica do ciclo completo do desenvolvimento da doença, com seu carácter *sui generis*, e conclui que “quase não há afecção com que [a verruga peruana] possa confundir-se”.

O ceticismo de Le Roy de Méricourt acabou motivando o aparecimento da tese *Estudo sobre a verruga, doença endêmica nos Andes peruanos*, de Paul-Louis-Victor Dounon (médico da marinha francesa, a serviço da fragata *Astrée*, na Estação do Pacífico), que passa três meses em viagem pela região endêmica. Esta tese estava destinada a permanecer a mais importante monografia sobre o assunto, na Idade Clínica do saber da doença.

A tese de Dounon é decisiva porque ela dá conta de suprimir a acusação de Le Roy de Méricourt segundo a qual a entidade nosográfica de Hirsch não passa de um sincretismo de outras entidades da nosografia. Mas a tese é importante também porque assume a discussão sobre um debate teórico entre a verruga febril (de Smith e Tschudi), e a verruga apirética (de Malo e Salazar).

⁷ Salazar relata ter visto a afecção em 21 enfermos de verrugas, dos quais escolheu apenas sete como casos clínicos descritos na tese. Suas observações são todas estritamente hospitalares e com erupção visível. Nada parece indicar que Salazar tenha tido um conhecimento direto da doença, nas regiões onde ela é endêmica. Ele trai o desconhecimento limenho de toda a bibliografia anterior à sua tese, ao afirmar: “Não se encontrando esta enfermidade descrita por nenhum autor, tudo o que se diz acerca dela será o resultado de minhas investigações clínicas”.

Para compreender este debate, entretanto, é necessário escalar a leitura comparada das cinco descrições clínicas (Smith, Tschudi, Malo, Salazar e Dounon), segundo uma estrutura epistemológica. Para construir, *a posteriori*, uma síntese da descrição clínica dos cinco autores, partiremos das descrições mais consensuais e avançaremos, gradualmente, para os fenômenos que obtiveram menor consenso. Ao fazê-lo, procuraremos levantar as razões das divergências. Nosso objetivo será o de apreender, das diferenças entre os autores, os obstáculos que a doença oferece ao saber médico.

As convergências

A erupção característica, o nome e a autonomia nosológica da doença

Smith (1842), Tschudi (1845), Malo (em 1852), Salazar (1858) e Dounon (1871) utilizaram o nome ‘verrugas’ (em espanhol) para designar a doença. Smith (1842) escreve em inglês, mas mantém a palavra ‘verrugas’, em língua espanhola, para nomear a doença. O mesmo fazem Tschudi, que escreve em alemão, e Dounon, que o faz em francês. Smith (1858a, p. 280-1), na resenha da tese de Salazar, também enfatiza a diferença da verruga do Peru em relação à verruga comum (‘wart’): “as verrugas nunca eram incolores como a água, mas de aparência avermelhada, em cima, [...] e nunca tão pálidas nem ásperas como verrugas comuns europeias”. Doença exótica pela aparência, a manutenção do nome responde pela inexistência de palavra inglesa, alemã ou francesa que ofereça uma representação adequada ou aproximada daquela formação sem similar em qualquer outra parte do mundo. Malo, que escreve em espanhol para leitores chilenos, também preserva a forma de denominação usada pelas comunidades atingidas, mas está obrigado a enfatizar a diferença entre a doença que conheceu no Peru e a verruga comum, já que a mesma palavra espanhola é usada para designar a ambas. Salazar, que escreve para peruanos, enfrenta o problema da sobreposição, na mesma palavra, do uso nacional e do uso espanfônico e propõe um nome médico, *verruca andicola*. A inovação, entretanto, nunca chegou a ser usual na medicina.

Assim, o ponto de partida da descrição da doença adere à exclusividade designativa da aparência *sui generis* do tumor cutâneo, que Smith (1842) caracteriza como “erupção de excrescência verrucosa livre e delicada, muito frágil e fácil de sangrar quando bruscamente tocada”. Malo a descreve a verruga peruana como pápula ou bolsa sanguínea. Salazar cita o uso popular da expressão ‘verruga de sangue’, também conhecida por Tschudi, que a traduz por *Blutwarze*, uma forma de destacar a diferença com a verruga comum.

Em última análise, a autonomia nosológica se funda sobre esta exclusividade visível da erupção, já que o diagnóstico diferencial, segundo Tschudi (1845), “é assegurado somente pela aparição dos botões característicos”. Daí a formulação de Malo, segundo a qual a fase eruptiva constitui “o estado patognomônico e característico das verrugas”. Dounon (1871, p. 13) confirma as observações dos seus predecessores, dizendo que “a verruga é essencialmente constituída pela erupção de tumores especiais” e, com base nisto, se considera “assegurado da existência desta afecção como espécie mórbida particular”, opondo-se a Le Roy de Méricourt (Dounon, 1871, p. 2).

A individualização clínica da doença faz-se acompanhar, em Smith, Tschudi, Malo, Salazar e Dounon pelo reconhecimento dos estreitos limites da área endêmica, já que a doença só pode ser adquirida em certas localidades situadas no interior de certa faixa de altitude, latitude e longitude da costa ocidental da Cordilheira Andina, excluídos os cumes e as bases. Assim, a verruga peruana está confinada a alguns dos vales andinos ocidentais, conhecidos como *quebradas*. Sobre isso, Dounon corroborou a observação de Tschudi de que é suficiente não entrar na zona endêmica da doença, restando um povoado antes dela, distante poucos quilômetros, para não ser atingido.

Isso leva os autores a considerar a doença como não contagiosa. Dounon (1871, p. 13) observou que, “nos hospitais de Lima, os doentes são colocados em enfermarias comuns; têm relações diretas com os outros enfermos, enfermeiros e irmãs de caridade” sem que o contágio seja jamais observado, apesar de condições tão favoráveis.

Mas, a erupção da verruga típica, signo distintivo e suporte da autonomia, é apenas um momento da doença. Por isso, todos os autores pensam que é preciso afastar a verruga peruana de dermatoses comuns e localizadas já que os sintomas gerais que a acompanham evidenciam um comprometimento de toda a economia. Porém, os autores não estão acordos quanto à descrição destes sintomas gerais, como se verá a seguir.

As algias (musculares e ósseas) e as câimbras

Todos os autores observaram dores musculares e ósseas como sintomas gerais antecedentes à erupção. Smith observou que fortes dores no corpo, mais especialmente nos membros, são sintomas precursores da erupção e a ela vinculados, pois a aliviam. Malo, em uma observação mais atenta, considera que as dores musculares e ósseas são vagas e erráticas, mas que progressivamente se fixam nos lugares onde surgirão as erupções e que estas, uma vez surgidas, roubam para si as dores prévias. Tschudi descreve “câimbras nos braços e panturrilhas, dores intermitentes e frequentemente muito fortes nos ossos, principalmente nas grandes articulações e nas pernas, com um sentimento de distensão dos ossos”, que, “depois de alguns dias, diminuem de intensidade e, então, aparecem as endureções sob a pele”, que darão origem à erupção cutânea. Salazar, que observou “dores terebrantes que, em alguns enfermos, se fixam nas articulações e, em outros, invadem todos os membros”.

É importante destacar que somente Salazar não estabelece o caráter crítico da erupção para os sintomas gerais que a precedem, como o fazem os três outros autores. Esta diferença incide sobre a compreensão da relação entre os sintomas gerais e os localizados e determina um conceito diverso da doença. Salazar pensa que a doença afeta toda a economia, mas não atenta para as relações recíprocas entre os sintomas e, por isso, não apreende uma lógica em seu desenvolvimento.

Como nenhum dos observadores considera possível estabelecer um período fixo para que as dores ósseas e musculares dêem lugar à erupção, a observação de que a erupção alivia as algias é o único fator vinculante entre as duas categorias de sintomas, os gerais e os localizados (a erupção).

As divergências

Como Salazar não observa a relação crítica entre as algias e a erupção, aquilo que levou os outros autores a vincular as duas classes de fenômenos, a pertença das algias à doença fica fragilizada, em sua concepção da doença. Mas isso não é tudo. A partir deste ponto, a distância entre Salazar e os demais autores aprofunda-se.

Para Smith, a doença “é introduzida por mais ou menos piroxia” e Tschudi considera que distúrbios de temperatura acompanham todo o seu desenvolvimento. Salazar, ao contrário, define a doença como apirética. Para Tschudi e Malo, há sintomas de invasão, anteriores às algias e com elas relacionados, especialmente a forte perda de forças físicas. Para Salazar, ao contrário, a fase anterior às algias é assintomática. Assim, a concepção da doença de Salazar se destaca da dos outros por apresentar-se centrada na erupção e decapitada dos fenômenos de instalação (transtornos de temperatura e enfraquecimento acentuado).

No extremo oposto da verruga apirética de Salazar, Tschudi afirma que “a febre existe sempre, mesmo se é medíocre e com exacerbações pouco pronunciadas”. Para o médico suíço, a febre é um fenômeno essencial porque a alteração térmica é pensada como reação orgânica à causa patológica desconhecida. Sincronizada com o desenvolvimento da doença, a reação “é sempre mais favorável quando a febre é moderada e, sobretudo, quando ela diminui após a

aparição da erupção”. É por isso que a febre é, para Tschudi, o principal signo orientador do prognóstico, a cada fase da doença.

Malo, como Salazar exclui a febre dentre os sintomas próprios da verruga. Por outro lado, Malo, no sentido oposto a Salazar, observou sintomas prévios às dores musculares e ósseas, que atingem a economia em seu conjunto: “Abatimento geral, languidez, dificuldade para os movimentos, morosidade para todos os atos da vida, enfraquecimento geral, perda do apetite, desgosto pelos alimentos e bebidas, insônia...”. Malo considera que este quadro de abatimento geral tem relações sincrônicas com os demais sintomas.

Tschudi também faz referência ao sintoma do abatimento geral, situando-o entre as primeiras manifestações da doença. Também observa que a doença produz o pulso pequeno e duro a agravar-se quando do aumento dos transtornos de temperatura ou das dores ósseas. Relata que as forças do doente diminuem mais, se a febre toma um caráter tórpido e o paciente pode progredir para a fraqueza extrema e falecer.

Salazar, ao contrário de Tschudi e de Malo, não considera que o abatimento seja um sintoma próprio da doença porque pensa que a debilitação e a febre, se existem, são resultantes de doenças precedentes.

Assim, os autores posicionaram-se de maneira menos confluyente em relação à febre e ao enfraquecimento. No extremo oposto da verruga apirética, Tschudi observa que, por sobre a individualidade dos casos, há relações constantes de coordenação entre a febre e as dores ósseas; a febre e a erupção; a febre e o enfraquecimento geral; a febre e as alterações do pulso, mas ele foi o único a pensar a febre como reação orgânica.

Hirsch (1860) elaborou sua síntese sem ter sido observador direto do fenômeno patológico nem ter tido em mãos as teses de Malo e Salazar. Porém, os textos de Smith, de Tschudi e os três casos clínicos de Salazar, traduzidos por Smith, pareceram-lhe suficientemente concordantes e coerentes para dar crédito à autonomia nosológica da doença, que ele aceita como uma doença generalizada, febril e eruptiva, apoiando-se, sobretudo, em Tschudi.

A elucidação das divergências: o problema da complicação palúdica

Dounon, na década seguinte, toma conhecimento da discrepância entre Tschudi e Salazar e posiciona-se para intervir no debate, em favor do primeiro. Para começar, não há dúvida de que o médico naval francês entendeu que a verruga produz febre pela natureza mesma da doença. Mais que isso, ele referenda todo o quadro dos sintomas prévios à erupção, observado por Malo e Tschudi, ao considerar como sintomas prodromicos: fraqueza, anorexia, agitação, insônia, cefalalgia, vertigens etc. Além disso, acompanhando Smith e Tschudi, Dounon observa “um ligeiro movimento febril, com redobramento à noite”, desde o começo da instalação da doença. Também observou as dores premonitórias da erupção e, como Tschudi e Malo, considera que não faltam quase nunca dores profundas nos ossos, articulações e membros; câimbras e formigamentos dolorosos e tremores convulsivos. Como Smith, Tschudi e Malo, Dounon observou que a erupção é um fenômeno crítico para os sintomas precedentes: se a afluência eruptiva é “franca, as dores ósseas se atenuam; o trabalho mórbido, transferindo-se para a pele, conduz uma derivação muito útil que libera o sistema ósseo”. Como Tschudi, Dounon (1871, p. 22) observa a sincronia entre o fenômeno febril e os demais sintomas, que faz da febre um índice do prognóstico: “A circulação não é influenciada nos casos benignos, mas se a erupção é confluyente, o começo é marcado por um movimento febril que raramente atinge grandes proporções e que acaba, em geral, se a doença tende para a cura”.

A contribuição de Dounon, entretanto, é maior que arbitrar a oposição entre a verruga febril (de Smith e Tschudi) e a verruga apirética (de Malo e de Salazar). A tese do médico naval francês oferece elementos para compreender as razões da polêmica ao discutir o problema da relação entre a febre da verruga peruana e a febre palúdica.

É bem verdade que, antes de Dounon, há uma sugestão da existência do problema, na tese de Salazar. Este, a despeito de ter definido a verruga como apirética, foi o primeiro autor a observar a incidência da febre intermitente em casos de verrugas. A febre intermitente ocorre nos casos terceiro (Pablo Flores), sexto (Aniceto de La Cruz) e sétimo (Manuel Giraldo) dos seus sete casos clínicos, mas Salazar não discute a observação. Ele nem mesmo sugere se a febre intermitente é ou não palúdica. Não elabora a razão pela qual há uma incidência tão expressiva de febre intermitente nos seus casos clínicos. Salazar é claro apenas em uma coisa: define a verruga como apirética, o que condena a febre intermitente a não passar de uma complicação.

Smith descreveu a verruga e as febres terças e biliosas dos vales intermediários do Peru, mas tratou cada doença de maneira estanque. Tschudi e Malo não abordaram o problema das relações entre febre da verruga, febre intermitente e paludismo.

Pois bem, Dounon homologa a observação inédita de Salazar (1858) a ponto de adotar, como seu, o caso clínico de Aniceto de La Cruz da tese de Salazar. Trata-se de caso fatal de um doente atacado por erupção visível da verruga e, simultaneamente, por febre intermitente, com grave alteração do pulso e forte enfraquecimento geral. Porém, para além da mera observação, que já havia sido feita por Salazar, Dounon empreendeu a tarefa que o médico peruano declinou: elaborar teoricamente a relação entre a febre intermitente, o paludismo e a verruga peruana.

Em primeiro lugar, Dounon estabelece que a febre intermitente seja uma complicação palúdica da verruga. A literatura médica, neste período, é quase unânime em identificar a febre intermitente com o paludismo. Dounon esclarece que “a febre dos pântanos tem, nas alturas [das quebradas andinas], exatamente os mesmos limites que a verruga”. Ademais, ambas as doenças atacam preponderantemente após o fim do período chuvoso. São estes fatores de geografia médica que autorizam a conclusão de Dounon: “a febre intermitente vem frequentemente complicar a verruga e agravar o prognóstico da doença”.

Mas Dounon vai além e observa que a caquexia palúdica também complica a verruga, de maneira que “a anemia, da qual o paciente está atacado, lhe permite resistir muito menos aos desperdícios que ele terá de suportar” com a verruga. Em decorrência da anemia palúdica, “o marasmo chega mais rapidamente que nos casos simples” (Dounon, 1871, p. 11-2).

Ao declarar que a febre e a caquexia dos pântanos complicam a verruga, Dounon permite que se veja o problema dos limites da observação clínica: se a verruga e o paludismo se complicam, eles também se assemelham de duas maneiras. Primeiramente, Dounon caracteriza a febre da verruga como “um ligeiro movimento febril, com redobramento à noite”. Portanto, a febre da verruga apresenta-se intermitente. Depois, Dounon também observou, como o fizeram Tschudi e Malo, o enfraquecimento do período pré-eruptivo da verruga, um sintoma dificilmente distinguível da caquexia palúdica.

Dounon, entretanto, não adensa sua reflexão sobre o obstáculo à observação clínica e não chega a propor o diagnóstico diferencial entre a verruga e o paludismo. Empurra a discussão para outro plano, o da discussão hipotética da etiologia. Faz notar que as duas doenças dependem, para produzir os sintomas iniciais, de um período de incubação; concebe a verruga como não contagiosa, outra analogia com o paludismo. Em nome das semelhanças clínicas e da coincidência na geografia médica, Dounon aproxima etiologicamente as duas doenças: elas teriam causas análogas.

Porém, ao não se confrontar com o problema do diagnóstico diferencial entre os sintomas coincidentes da fase pré-eruptiva da verruga e os do paludismo, Dounon deixa na sombra uma questão decisiva. Se sintomas semelhantes existem nas duas doenças e elas podem atacar simultaneamente, na mesma região peruana, é possível que estes sintomas não pertençam à verruga, mas resultem de uma complicação quase constante desta doença por febre palúdica (Dounon, 1871, p. 11-2).

Compreende-se, agora, que a verruga de Salazar (1858) seja apirética para excluir os sintomas duvidosos por sua ambiguidade, o enfraquecimento e a febre intermitente, que podem sugerir um ecletismo arbitrário entre a verruga e o paludismo. Salazar adota a estratégia defensiva e apega-se à erupção que, por sua especificidade, garante a autonomia nosológica do mal. É bom lembrar que Le Roy de Méricourt (1864) acusou a verruga peruana de Hirsch (1860)

de ser um sincretismo arbitrário. Para esquivar-se deste abismo, Salazar (1858) conceberá a verruga como apirética.

Se Tschudi e Dounon postularam a verruga febril, apesar da dificuldade do diagnóstico diferencial da fase febril pré-eruptiva, eles o fizeram porque esta lhes pareceu a posição mais coerente com a concepção da verruga como afecção essencialmente generalizada. O que, do ponto de vista de Tschudi, não poderia ser concebido sem uma reação do organismo, cuja febre é o principal signo. Do ponto de vista de Dounon, erigir uma concepção geral da verruga peruana ampara-se no trabalho de analogia com patologia conhecidas.

Dounon faz a verruga equilibrar-se sobre duas analogias. Já se apresentou a relação entre a verruga e o paludismo. A segunda analogia é com a piã (*pian*). À primeira vista, Dounon escolheu privilegiar a segunda analogia porque o nome médico que dá à verruga peruana é ‘piã hemorrágica’ (*pian hémorrhagique*). Com este novo nome, a verruga é alocada numa família nosográfica inventada por Dounon, aquela de “formas quase idênticas, encontradas em outras regiões tropicais”: *yaws* da África, boubas do Brasil, *gallao* da Guiné, framboesia das Antilhas e Guiana e o botão de Amboina (Dounon, 1871, p. 48).

Analogia, entretanto, não é identificação. Para Dounon, a verruga não é a piã. Para o médico naval francês, no interior desta família nosográfica, a verruga preserva a autonomia, porque é uma doença mais aguda e a erupção, mais vascularizada, dá lugar a hemorragias inexistentes na piã.

É bem verdade que, ao dar prioridade à analogia com a piã, Dounon (1871, p. 13) levou em conta, sobretudo, a erupção. Afinal, considera análogos a forma, a localização e o volume das erupções da verruga e da piã. O peso decisivo é dado a uma analogia que privilegia a erupção coerentemente com a definição da doença: “a verruga é essencialmente constituída pela erupção de tumores especiais”. Porém, isto não impediu que, ao tratar da analogia etiológica com o paludismo, outra definição fosse concebida: “A verruga, afecção essencialmente generalizada, é devida, nós o cremos, à infecção da economia por um miasma muito análogo àquele que determina a febre palúdica” (Dounon, 1871, p. 11). Assim, na analogia da verruga com o paludismo, destaca-se o caráter generalizado da infecção, que põe em evidência a febre e o enfraquecimento; na analogia da verruga peruana com a piã, destaca-se o caráter eruptivo.

Mas a tese de Dounon não se divide em duas visões opostas e inconciliáveis da verruga. Há algo, na analogia da verruga com a piã, que se coloca a meio caminho da analogia entre a verruga e o paludismo. Para além de serem ambas dermatológicas, a verruga peruana e a piã têm sintomas prodrômicos análogos: inapetência, agitação, dores, calafrios e o calor febril (Dounon, 1871, p. 48-52). Em ambas, os sintomas gerais diminuem após a erupção. Em ambas, o desenvolvimento é mais lento e difícil nos casos anêmicos, nos quais há prognóstico fatal, num quadro de marasmo. Entretanto, Dounon destaca a diferença essencial entre as duas doenças: o processo eruptivo da verruga começa de maneira normalmente generalizada, enquanto a piã começa por uma só lesão localizada, a piã mãe (*mama-pian*), a partir da qual a doença se espalha. Dounon aproxima-se, assim, de Smith (1842) para quem a verruga “parece ser uma variedade indígena de *yaws*”, nome pelo qual a medicina de expressão inglesa se refere à *pian* dos franceses.

Dessa forma, a concepção da verruga, em Dounon, equilibra-se sobre as duas analogias diversas: a verruga aparece entre o paludismo e a piã. Ao escolher o nome piã hemorrágica para a verruga, Dounon privilegia o elemento eruptivo, mas isso não significa minimizar o caráter infeccioso geral da doença, que a põe em analogia tanto com a piã quanto com o paludismo.

Assim, Tschudi e Dounon decidem em favor da verruga febril. Em Tschudi, a febre é sintoma necessário da reação orgânica. Em Dounon, a febre é sintoma necessário em toda analogia patológica possível da verruga.

Olhar retrospectivo, a partir da atualidade do saber da doença (a título de conclusão)

A revisão aqui realizada da literatura médica (1842-1871) sobre a verruga peruana mostrou que houve um obstáculo ao conhecimento clínico da doença: o sintoma patognomônico aparece ao olhar apenas num estágio avançado do desenvolvimento da enfermidade. Neste desenvolvimento, enquanto a erupção não advém, os signos clínicos que a antecedem podem não pertencer à doença mesma, tal como sugeriu Salazar (1858). Dounon (1871) assume a perspectiva de Tschudi (1845) contra o conceito redutivo de Salazar e legitima a unidade da erupção com a febre. Contra Le Roy de Méricourt (1864), Dounon consagra a autonomia nosológica da doença. A solução do obstáculo é providenciada pelas seguintes observações: a) a erupção é crítica para os sintomas gerais precedentes; b) o transtorno de temperatura, por sua sincronia com todos os demais sintomas, é o índice do prognóstico. Desta forma, retiram-se os fenômenos patológicos do isolamento a que Salazar (1858) os relegara. Assim, relações recíprocas vinculam processos díspares de um fenômeno global que pode ser aceito como entidade patológica exclusiva, tal como havia reconhecido Hirsch (1860).

Porém, um problema sério, que já se vislumbrava em Salazar (1858), foi desenvolvido em Dounon, mas permaneceu irresoluto, em 1871. As dificuldades para o estabelecimento da unidade nosológica da verruga peruana não advém exclusivamente da pluralidade de seus signos dispersos. Há o problema da complicação palúdica. Sintomas próprios da verruga, febre intermitente e caquexia, são também sintomas do paludismo. Dounon (1871) não propõe um diagnóstico diferencial com o paludismo. Ora, considerando que ambas as enfermidades comumente sobrepõem-se endemicamente em alguns espaços das quebradas andinas, corre-se o risco de considerar como sintoma pré-eruptivo da verruga peruana aquilo que poderia não passar de frequente complicação palúdica.

Na atualidade, este problema está dirimido: febre intermitente e caquexia (decorrente de anemia) são sintomas comuns entre a verruga e o paludismo e as duas doenças podem complicar-se pela sobreposição das zonas endêmicas. A solução biomédica do problema começa a desenhar-se quando o estudante de medicina da Faculdade São Fernando, em Lima, Alberto Barton (1898) demonstrou competentemente que as diferentes formas do hematozoário de Laveran (1881) podem ser encontradas na corrente sanguínea de pacientes com erupção visível da verruga peruana. Depois, uma comissão da Escola de Medicina Tropical da Universidade de Harvard, que visitou o Peru em 1913, fez o mesmo achado que Barton (Strong *et al.*, 1915, p. 81). Finalmente no mais sistemático e rigoroso dos estudos sobre as complicações da verruga peruana, Ricketts (1948) confirma que o agente da verruga peruana, a *Bartonella bacilliformis*, coexiste com o agente do paludismo em três de 15 casos da doença, em fase anêmica inicial, anterior à fase pré-eruptiva. Ricketts encontrou também a complicação palúdica em três casos sobre cinco em que a *Bartonella bacilliformis* se desenvolvia no estágio pré-eruptivo da doença. De 40 casos de *bartonellosis* humana no estágio eruptivo, Ricketts encontrou 23 complicados com paludismo.

Entre Dounon (1871) e Barton (1898), entretanto, o saber clínico havia dado um passo decisivo adiante, a solução do problema do diagnóstico diferencial entre a verruga peruana e o paludismo. Browne (1872-3), cirurgião da marinha americana, depois de visita às obras da construção da ferrovia para Oroya, propôs distinguir os ataques febris da verruga dos ataques intermitentes do paludismo pela observação da simultaneidade entre os paroxismos da febre e os paroxismos das dores ósseas e reumáticas. A não coincidência dos paroxismos das duas classes de sintomas indica que a intermitência febril deve ser devida a uma complicação palúdica. Este critério foi proposto também por Daniel A. Carrión, no manuscrito póstumo *Apontamentos*, publicado em 1886, sem conhecimento do texto de Browne (1872-3),

Se, pois, observamos febre contínua, remitente ou intermitente, dores articulares e musculares, acompanhando-se de câimbras, em um indivíduo que vem de Matucana, por exemplo, podemos

assegurar quase sem temor de equivocarnos, que é a verruga que temos diante da vista. (Segundo Carrión, 1886, pp. 21-22)

Embora a solução do diagnóstico clínico diferencial entre a verruga peruana e o paludismo só tenha sido proposto após Dounon (1871), a estrutura da contribuição de Browne (1872-3) e de Carrión (1886) esquadrihou-se pelos mesmos princípios lógicos que permitiram a Tschudi (1845) e a Dounon (1871) construir a propositura da unidade e autonomia nosológica da doença. De Tschudi a Carrión (1886), o conhecimento clínico da doença avançou quando o olhar a empiricidade deixou-se coordenar por uma racionalidade que articula os dados segundo relações que os vinculam e ordenam. Isto sugere que uma doença, em uma nosografia, é um conceito cuja evolução é permitida por sua distância do real, que se visa dizer. A construção da entidade nosológica é assegurada por regras datadas da comunicação científica. Estas regras, no período estudado, são aquelas que se desenham no interior de uma Idade Clínica da medicina moderna (Foucault, 1963).

Pelo presente estudo, pode-se concluir que, no período estudado (1842-1871), antes do advento da febre de Oroya e do dualismo nosológico que esta noção inaugura, existiu uma compreensão unitária e global dos principais fenômenos clínicos do desenvolvimento da verruga peruana, numa linhagem de pensamento médico que liga Tschudi e Dounon.

O dualismo nosológico poderia ter nascido no regaço da doença elaborada por Tschudi e reelaborada por Dounon? A princípio, a resposta deve ser negativa. Um dualismo nosológico da Idade clínica do saber da doença teria bem mais chances de nascer e vingar entre os herdeiros da verruga apirética de Salazar (1858). A febre de Oroya apareceria, neste caso, como a febre que precisa ser acoplada à verruga apirética para que se pudesse alcançar o conceito global e unitário da doença. Porém, estas conjecturas sobre as possibilidades do nascimento do dualismo nosológico só poderão ser competentemente esclarecidas num estudo da evolução do conceito da doença no período que se inicia por volta de 1872, objeto para outro trabalho.

REFERÊNCIAS

Fontes

- Alcedan, M. (1886). “Enfermedad de Carrión”. *La Crónica Médica* 3 (34), 31 outubro, p. 381-91
- Antunez, D. D. (1890). “Verruga peruana o enfermedad de Carrion”. *La Crónica médica de Lima* 7 (83), 30 novembro, p. 290-305.
- Arce, J. (1889). “Fiebre de la Oroya”. *La crónica médica* 6, p. 233 e seguintes. Lima.
- (1918). “Lecciones sobre la verruga peruana o ‘enfermedad de Carrión’ (Catedra de enfermedades tropicales. Curso de 1917)”. *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, tomo I, p. 21-55.
- Avendaño, L. (1885). “Daniel A. Carrión”. *La Crónica Médica de Lima* 2 (22), p. 396-401.
- Barton, A. (1898). Investigation del hematozoário de Laveran y del bacilo de Eberth en la fiebre tifo-malaria. In: *Anales médicos gaditanos*, vol. XVII, p. 151-8.
- Bayle (1869). *Essai sur les causes des fièvres paludéennes*. Paris: A. Parent. (Tese)
- Bello, E. (1895). “Caso de verruga meníngea”. *La Crónica Médica* 12, p. 106-8.
- Bouillet, J.-F.-A. (1864). *Sur les causes des fièvres intermittentes*. Paris: A. Parent. (Tese)
- Broussais, F. (1803). *Recherches sur la fièvre hectique*. Paris: Méquignon.
- Browne, J. M. (1872-3). “Verrugas and Oroya fevers”. *Transactions of the Session of the Medical Society of the State of California*, p. 173-82.
- Bustamante, A. (1875). “De los distintos efectos de la malaria”. *La Gaceta Médica* 1, p. 150-3, 157-9, 206, 214-6, 222-4.
- Campodónico, E. (1895). Caso interesante de verruga peruana o verruga infecciosa. *La Crónica Médica* 12 (147), p. 43-4.
- Carrión, D. A. (1886). *Apuntes*. Em: Medina, Cassimiro *et al.*, *La Verruga peruana y Daniel A. Carrión* (p. 13-22), estudiante de la Facultad de Medicina, muerto el 5 de octubre de 1885. Lima: Imprenta del Estado.
- Castan, A. (1864). *Traité élémentaire des fièvres*. Paris: Asselin; Montpellier: Coulet.
- Castillo, J. C. (1894). “Verruga peruana”. *La Crónica Médica* 11 (259), p. 275, 289, 305.
- Chávez, E. M. (1887). *Anemia perniciosa*. Lima: Imprenta y librerías de Benito Gil (tese).
- Coutanceau (1837). “Fièvre hectique (verbete)”. Em: Adelon *et al.*, *Dictionnaire de médecine* (p. 86-93). Paris: Béchet jeune, 2ª. ed., tomo 15.
- Dounon, P.-L.-V. (1871). “Étude sur la Verruga, Maladie endémique dans les Andes Péruviennes”. *Archives de médecine navale* 16, p. 255-310.
- Fabre *et al.* (1850). *Dictionnaire des dictionnaires de médecine français et étrangers*. Paris: Germer Baillière, tomo 4 e 6.
- Hirsch, A. (1860). *Handbuch der historish-geographischen Patologie*. Erlangen: Ferdinand Enke, vol. I.
- Kelsch, A. (1880). “Contribution a l’histoire des maladies palustres. De la melanemie”. *Archives générales de médecine* 7 (6), p. 385-413.
- Larrea y Quesada, A. (1887). “Contribución al estudio de la verruga peruana”. *La crónica médica* 4, p. 391-398. Lima.
- Laveran, C. L. A. (1881). *Nature parasitaire des accidents de l’impaludisme. Description d’un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre*. Paris: J.-B. Baillière.
- Le Roy de Méricourt, A. (1864). “Veruga. Note de la Rédaction. Contributions a la Géographie médicale. Station de l’Océan Pacifique”. *Archives de Médecine Navale* 2, p. 191-4.
- Littré, É. *et al.* (1873). *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l’art vétérinaire et des sciences qui s’y rapportent*. Paris: J.-B. Baillière. 13ª ed.

- Malo, N. (1895). “Verruga peruana. Tesis presentada a la Universidad de Chile, el día 2 de noviembre de 1852”. *La crónica médica* 12 (157), p. 201-11.
- Matto, D. (1886). “Discurso”. *La crónica médica* 3 (34), p. 377-88.
- Medina, C. *et al.* (1886). *La Verruga peruana y Daniel A. Carrión*, estudiante de la Facultad de Medicina, muerto el 5 de octubre de 1885. Lima: Imprenta del Estado.
- (1888). “Homenaje a Carrión”. *La Crónica Médica*, p. 223.
- Mimbela, P. S. (1897). “La Curva Térmica de la enfermedad de Carrión”. *La crónica médica* 14, p. 357-65.
- Negro, A. C. (1860). “¿Hay fiebres palúdicas?”. *El siglo médico* 7, p. 342-3.
- Odrozola, E. (1898). *La maladie de Carrión ou la verruga péruvienne*. Paris: G. Carré e C. Naud.
- Pancorvo, N. (1875). “Fiebre de la Oroya”. *La Gaceta Médica* 1 (21), p. 167-9, 4 setembro.
- Patron, P. (1889). “La verruga de los conquistadores”. *La Crónica Médica de Lima*, p. 101-5.
- (1894). “La enfermedad mortal de Huayna Capac”. *La Crónica Médica de Lima* 11, p. 179-183.
- Requin, A.-P. (1851). *De la spécificité dans les maladies*. Paris: Bermer Baillière.
- Salazar, T. (1858). “Historia de las verrugas”. *Gaceta Médica de Lima* 2 (38), p. 161-4, 175-8. (Tese)
- Smith, A. (1842). “Practical observations on the Diseases of Peru, described as they occur on the Coast and in the Sierra (III. Diseases of the Intermediary Valleys of Peru)”. *Edinburgh Medical and Surgical Journal* 58 (152), p. 59-71.
- (1858a). “Verruca-andicola”. *The medical times and gazette* 17, p. 280-1, London.
- (1858b). “The geography of diseases in the climates of Peru”. *The Edinburgh New Philosophical Journal* 7 (nova série), p. 43-62.
- (1858c). “Geografía de las enfermedades en los climas del Perú”. *Gaceta Médica de Lima* 2, (41, 42, 43, 44, 45), pp. 202-3, 216-9, 232-4, 248-50, 261-6 (Tradução do inglês para o espanhol por L. Villar).
- Stevenson, W. B. (1825). *A historical and descriptive narrative of twenty years’ residence in South America*. London: Hurst, Robinson, and Co. (Vol. I).
- Strong, R. P. *et al.* (1915). *Report of the first expedition to South America*. Cambridge: Harvard University Press.
- Tasset, C. (1872). “Nouvelles considérations pratiques sur le typhus, la fièvre jaune, les fièvres intermittentes pernicieuses paludéennes, et la verrue péruvienne”. *Le Moniteur Scientifique*, Paris, Tomo IV, p. 451-69.
- Tschudi, J. J. von (1845). “Die Verugas. Eine in Peru endemische Krankheit”. *Archiv für physiologische Heilkunde* 4, p. 378-90. Stuttgart.
- (1846). *Peru, Reiseskizzen aus den Jahren 1838-1842*. St. Gallen: Verlag Scheitlin und Zollikofer, vol. I (2 volumes).
- (1872). “Die Verrugakrankheit in Peru”. *Wiener medizinische Wochenschrift* 22, p. 245-50.
- Velez, A. (1861). *Anatomia Patológica de las verrugas*. Tesis 609. Lima: Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de S. Marcos (manuscrito).

Bibliografia

- Aldana, L. (1948). *Estados biológicos de la bartonella en la enfermedad de Carrion*. Lima: Impr. de la S. de G. J. P.
- Alzamora y Castro, V. V. (1940). “Enfermedad de Carrión. Ensayo de etiopatogenia”. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas* 18 (23), p. 9-50.
- Bachelard, G. (1972). “A atualidade da história das ciências”. *Tempo brasileiro*, n. 28A, janeiro-março, 2ª ed., p. 22-6.
- Canguilhem, G. (2002). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 5ª ed.

- Carrasco Reyes, V. J. (1988). *La enfermedad del estudiante de medicina Daniel Alcides Carrión. Relato-interpretación retrospectiva*. Lima: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Cuadra Calle, M. *et al.* (2000). “Enfermedad de Carrión: inoculaciones de seres humanos con *Bartonella bacilliformis*, una revisión”. *Anales de la Facultad de Medicina* 61 (4), p. 289-94.
- Cueto, M. (1989). *Excelencia científica en la periferia*. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú (1890–1950). Lima: Ed. do autor.
- (1996). “Tropical Medicine and Bacteriology in Boston and Peru: studies of Carrión’s Disease in the Early Twentieth Century”. *Medical History* 40, p. 344-64.
- Delaporte, F. (1990). *Le savoir de la maladie*. Essai sur le choléra de 1832 à Paris. Paris: PUF.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- (1971). *Nietzsche, la généalogie, l’histoire, Hommage à Jean Hyppolite*. Paris: PUF, p. 145-172.
- García-Cáceres, U. (1972). *Historia crítica de Daniel Carrión y de la medicina de su época*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. (Tese).
- *et al.* (1991). “Bartonellosis, an immunodepressive disease and the life of Daniel Alcides Carrión”. *American Journal of Clinical Pathology* 95 (4), suplemento 1, p. (s)58-(s)66.
- García, J. *et al.* (2005). “Pénfigo crónico benigno familiar (enfermedad de Hailey-Hailey) con bartonellosis (enfermedad de Carrión)”. *Folia dermatológica peruana* 16 (2), p. 71-4.
- Garrido Chacon, M. M. (2004). *Características clínicas epidemiológicas de bartonellosis aguda y sus formas graves complicadas en pediatría en el hospital general de Jaén*. Enero 2002-junio 2004. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (mimeo).
- González, R. C. *et al.* (2007). “Bartonellosis (fiebre de La Oroya o verruga peruana) ¿Enfermedad ocupacional?”. *Medicina y seguridad del trabajo* 53 (209), p. 35-41, Madrid.
- Lastres, J. B. (1957). *Daniel A. Carrión*. Lima: s/casa editorial.
- Maguiña Vargas, C. P. (1993). *Estudio clínico de 145 casos de Bartonellosis en el Hospital Nacional Cayetano Heredia: 1969-1992*. Universidad peruana Cayetano Heredia. Lima (mimeo). (Tese)
- (1998). *Bartonellosis o enfermedad de Carrión: Nuevos aspectos de una vieja enfermedad*. Lima: A.F.A. Editores Importadores.
- *et al.* (2000). “Bartonellosis new and old”. *Infectious Disease Clinics of North America* 14 (1), p. 1-22.
- *et al.* (2008). “Actualización de la enfermedad de Carrión”. *Rev. Med. Hered.* 19 (1), p. 36-41.
- Matallana, G. D. (2001). *Daniel Alcides Carrión. Mártir de la medicina peruana. Héroe Nacional*. Lima: Fondo Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Monge, C. (1925). “La enfermedad y la muerte de Carrión”. *Anales de la Facultad de Medicina*. Fascículo extraordinario, p. 86-91.
- Murillo, J. *et al.* (2002). “Daniel Alcides Carrión y su contribución al imaginario cultural de la medicina peruana”. *Anales de la Facultad de Medicina* 63 (2), p. 57-75.
- Panchas Chávez, P. E. (2001). *Enfermedad de Carrión (bartonellosis) en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología (OGE), Instituto Nacional de Salud (INS).
- Pesce, H. (1957). “Carrión y su positivismo científico. Discurso de orden”. *Anales de la Facultad de Medicina* 40, p. 773-84.
- Rebagliati, R. (1940). *Verruga peruana (Enfermedad de Carrión)*. Lima: Torres Aguirre.
- Ricketts, W. E. (1948). “Intercurrent infections of Carrion's disease observed in Peru”. *American Journal of Tropical Medicine* 28 (3), p. 437-51.
- Saettone-León, A. (2004). “Verruga Peruana”. *Dermatología Peruana*. 14 (2), p. 121-33. Lima.
- Urteaga-Ballón, O. *et al.* (1965). “Ciclo biológico de reproducción de la *Bartonella bacilliformis* en los tejidos de pacientes de verruga peruana o enfermedad de Carrión”. *Arch. Peruanos Patol. Clin.* 19, p. 1-84.
- (1993). “Carrión’s Disease”. Kiple, Kenneth F. (org.), *The Cambridge world history of human disease*. Cambridge University Press, p. 631-5.

- Valdizán, H. *et al.* (1921). *Biblioteca Centenario de Medicina Peruana. Documentos peruanos referentes a la enfermedad de Carrion*. Lima: Sanmarti.
- (1925). “Apuntes para la historia de la verruga peruana”. *Anales de la Facultad de Medicina*. Número extraordinário, 1 outubro, p. 34-44.
- Velasquez Acosta, P. M. (1999). *Enfermedad de Carrón: Reflexiones sobre el agente etiológico, fisiopatología, manifestaciones clínicas y alteraciones hematológicas en el niño*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima (mimeo).
- Walker, S. T. *et al.* (1981). “Bartonella bacilliformis: colonial types and erythrocyte adherence”. *Infection and Immunity* 31 (1), p. 480-6.

SOBRE OS AUTORES

Eduardo Sugizaki: É licenciado e mestre em filosofia e doutor em história pela Universidade Federal de Goiás, bacharel em teologia pelo Instituto de Filosofia e Teologia de Goiás, doutor em filosofia pela Universidade da Picardia Júlio Verne (França). Lecionou filosofia política e ética na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (de 1997 a 2008). Para sua participação nesta pesquisa, este autor contou com a bolsa de pós-doutoramento do Programa de Bolsas Reuni de Assistência ao Ensino (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES), através do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Rosangela Barbiani: É professora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Fabiane Asquidamini: Foi orientanda de Pós-Graduação lato sensu do Prof. Eduardo Sugizaki e, atualmente, é orientanda da Profa. Rosangela Barbiani, em Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva, na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Bethune y las víctimas de la guerra

Xavier Laborda, Universidad de Barcelona, España

Norman Bethune

Las heridas

Traducción y prólogo de Natalia Fernández Díaz

Logroño, Pepitas de Calabaza ed., 2012

112 páginas

ISBN 978-84-9402096-3-9

La publicación en castellano de *Las heridas*, de Norman Bethune, es una oportunidad excelente para conocer no sólo mejor a su autor sino también una época terrible. Las heridas son un emblema de los estragos de la guerra y la barbarie, en cuya cura se aplicó con todas sus fuerzas Bethune. Su historia es un episodio dramático del siglo XX, por las circunstancias históricas que vivió, pero también esperanzador por la labor que realizó y las iniciativas sociales que han seguido su ejemplo.

Norman Bethune (Gravenhurst, Canadá, 1890 - China, 1939) fue un médico que se entregó a un destino altruista. Defendió no sólo intelectualmente sino de manera integral el modelo de una atención médica universal. Concebía el papel del personal sanitario como el de servidor público, que no hace distinción de la población según su condición social y económica. Formó parte del *Grupo de Montreal* que propugnaba la medicina socializada. Se interesó por la experiencia soviética y se afilió al comunismo. A su ideología añadió los valores de un espíritu inconformista y la voluntad de un visionario.

Participó como brigadista en la Guerra Civil española. Fue un cirujano que aplicó técnicas pioneras de transfusión de sangre en el frente. Vivió la tragedia de la persecución y exterminio de civiles a causa de los estragos de la guerra. Durante la contienda advirtió de lo que el mundo se jugaba. La derrota de la España republicana comportaría, a su parecer, “caer en una nueva Edad Media, la del fascismo”. La denuncia parece justa al lector tras conocer el estremecedor capítulo del libro “La carretera de Málaga”. Narra la huida desesperada hacia Almería de miles de personas ante el avance franquista. Por la carretera, que la memoria histórica designa como de la muerte, avanzaba “un hombre que llevaba un burro por una cuerda, arrastrando los pies, cabeceando, con un niño atado a la espalda, en un mantón”, escribió Bethune (p. 44). Y completó la descripción de la escena de un modo que valdría como resumen del terrible destino de tantos civiles. “Al burro lo coronaban un colchón, ollas y sartenes, un par de botas, mantas, unas jarras de agua. Un niño se colgaba del rabo del asno. Detrás, iba una mujer con un crío en brazos, y tras ella, un anciano renqueante con un bastón, arrastrando a otro niño de la mano”. El testimonio de Bethune permite comprender la razón de la actual denominación de “carretera de la muerte”, pues de él se infiere el crimen de lesa humanidad que tuvo lugar en esa vía.

Bethune padeció los efectos de la victoria franquista y por su corta vida sólo pudo entrever los inicios de la II Guerra Mundial. Se desplazó a China para asistir a la desamparada población y a los soldados chinos, que se enfrentaban a los ocupantes japoneses. Las penalidades que brevemente narró suponen un desafío a la imaginación del lector. “En esta inmensa región de Wutaishan”, escribió Bethune en una carta a un amigo, “soy el único médico para trece millones de habitantes y ciento cincuenta mil soldados” (p. 99). Los médicos chinos habían huido y, para dar una muestra de la situación, Bethune anotó que había realizado ciento diez operaciones en veinticinco días. Sin medicamentos ni instrumental, con enfermeras que “son crías de 12 a 17



años”, los adjetivos para describir la situación son innecesarios. En noviembre de 1939, una septicemia contraída en una operación acabó con su vida, tan lejos de su país y del final de la guerra.

La edición de *Las heridas*, publicada originalmente en inglés en los años sesenta, tiene un mérito extraordinario porque brinda una versión castellana excelente. Natalia Fernández Díaz ha realizado una traducción transparente, en el sentido de que pasa desapercibida de pulcra y eficiente como es. La naturalidad con que el lector se encuentra con los textos de Norman Bethune es un prodigio cuya dificultad sólo conoce la traductora. A esta faceta Fernández Díaz añade la de presentadora del volumen, con el útil y preciso prólogo sobre la figura de Bethune y el sentido de la edición. Esta pieza crítica de la editora da paso a los tres capítulos sobre la socialización de la medicina y las estancias en España y China. Se cierra la obra con unos breves apéndices de cartas de Bethune, a modo de apuntes sobre estos mismos asuntos de la medicina social, y España y China en guerra.

Como se advierte en la solapa del libro, *Las heridas* contiene unos textos sobrios y desgarradores. Recopila por primera vez en castellano las piezas de un mosaico brillante e hiriente en que se expresan sólo algunos y muy breves pasajes de Norman Bethune, un médico de ideales y de acción. Su obra es un homenaje a las heridas de guerra y, por extensión, a las víctimas de un siglo trágico.

Los demonios de Heidegger

Cecilio de Oriol

Los demonios de Heidegger

Ángel Xolocotzi y Luis Tamayo

Prólogo de Franco Volpi

Editorial Trotta. Madrid, 1012

Martin Heidegger murió el 26 de Mayo de 1976. En esas fechas los trabajos sobre su obra ya sumaban una cantidad sustancial y lo configuraban como un pensador insustituible en la historia de la filosofía. Sin embargo (y salvo las noticias periodísticas inevitables) su biografía no era (aún) objeto de demasiadas indagaciones directas.

En 1983 Heinrich Wiegand Petzet publica *“Auf einen Stern zugehen. Begegnungen mit Martin Heidegger, 1929-1976”* un libro próximo y amistoso que presenta un Heidegger humano y familiar a la par que un pensador inigualable. Es un libro que se estima poco entre los que han optado por la “biografía dura” en su aproximación al filósofo, a pesar de que, aun siendo la visión de alguien que deja claro su afecto a la persona, ofreció por primera vez datos relevantes y reveladores sobre la vida y la personalidad de Heidegger.

En 1987 aparece el libro de Víctor Farías, *“Heidegger et le nazisme”*, en el que el autor chileno, con su habitual forma polémica y su tendencia a ir directamente a las cosas, pone en la diana no solo el episodio del rectorado de Friburgo (y especialmente el discurso de toma de posesión) sino la pertenencia al partido y la coherencia de la filosofía heideggeriana con el programa del NSDAP. La capacidad de Farías para suscitar controversia es bien conocida (no hay más que recordar las reacciones a sus trabajos sobre Allende y sobre el partido socialista chileno) y su libro abre la veda para que desde distintas posiciones de la izquierda teórica se lance un anatema sobre el pensamiento heideggeriano y sobre todo aquel que ose decirse seguidor del anatematizado (Lilla en 2001, Faye en 2005 y, entre nosotros, Quesada en 2008). Sobre el libro de Julio Quesada que, en realidad, no es una biografía sino una crítica a la ontología heideggeriana en tanto que “ontología nazi”, Jacinto Chozas ha escrito una interesante reseña que puede encontrarse en: http://phylosophybooks:info/files/Heidegger_y_el_nazismo.html.

Podemos decir que si el libro de Petzet es la visión del amigo y el de Farías la visión del disector implacable, ambos de alguna manera pueden verse como ejemplos de un hecho incontrovertible: se había abierto la caja de Pandora de la vida y milagros de Heidegger. Aunque, como ya sabemos, la caja de Pandora no fuese una caja sino una jarra.

En 1992, Ernst Nolte, que ya había escandalizado con su idea de un “fascismo genérico” y que se esforzó por encontrar una base común (y por ello tácticamente antagónica) entre el nazismo alemán y el comunismo soviético, publica *“Martin Heidegger: Politik und Geschichte im Leben und Denken”*. Es un libro de clara defensa de las posiciones heideggerianas en relación a su posible connivencia con el régimen nazi y una definida reivindicación de la obra del filósofo de Messkirch (Es curioso que, a pesar de ser una obra que ilustra bien todos los episodios de la vida de Heidegger, entre ellos la ayuda personal que Nolte le prestó cuando los ocupantes franceses le incautaron de su casa y, lo que era mucho peor, su biblioteca, el libro de Xolocotzi y Tamayo no lo mencione ni lo incluya en la bibliografía).

Pero fue en 1994 cuando Rudiger Safranski, que ya tenía en su haber una muy buena biografía de Nietzsche y otro libro no menos interesante sobre Schopenhauer, publica *“Ein*



Meister aus Deutschland. Martin Heidegger und seine Zeit". Su trabajo se ha convertido en una obra de referencia por mucho que sus detractores pretendan situarla en el campo de las defensas disimuladoras de la vida de Heidegger. Cuando aparece ese libro (traducido tres años después al español) Ignacio Sotelo, a la sazón profesor de la Universidad Libre de Berlín, escribe una reseña amplia ("*La presencia inquietante de Heidegger*", en Saber Leer, n° 93, Marzo de 1996) en la que dice "*Pensamiento, biografía e historia se entrelazan de tal modo en Heidegger que la pregunta por su conexión en los últimos años ha desplazado incluso a los estudios, exclusivamente académicos, de su pensamiento*". Pero concluye diciendo que "*El libro de Safranski no contesta satisfactoriamente las cuestiones que surgen a este respecto (en relación con la vinculación al nazismo) pero al menos ayuda a plantearlas*".

Parece claro que la polémica estaba abierta y no cerrada. Es evidente a la vista del extenso listado de obras que se han publicado y de obras que aún se anuncian (Ángel Xocolotzi menciona la próxima aparición de su "*Crónica de Heidegger*" y cita también el proyecto de una biografía que prepara Alfred Denker para 2016).

Nada de esto debería extrañarnos. La figura de Martín Heidegger es lo suficientemente grande como para despertar exégesis y diatribas. Nada que no deba suscitar un pensador que merezca tal nombre. Su contemporaneidad, además, hace de tales tareas un quehacer apetecible. Pero no es tan frecuente que la figura, admirada o denostada, lo sea en función de su vida "extra filosófica" o, si se quiere, extrínseca en cierta medida al pensamiento que defiende o propugna. Cuando esto sucede la bibliografía se ve matizada por la biografía. Y las actividades y el comportamiento público del autor llegan en ocasiones a hacer que la persona que hay tras el pensador anule a éste o lo distorsione eficazmente. No siempre se trata de una opinión unánime. Hay quien sostiene que vida y filosofía no son algo distinto y que el pensamiento de todo el mundo (incluidos los más excelsos) esta fuerte e irremisiblemente ligado a la raíz de sus sentimientos y, sobre todo, de su conducta. Tamayo comienza su parte del libro que comentamos, con una cita de Proust que recuerda que "*la vida es inseparable de la obra*", aunque el mismo Proust se niegue ("*Contra Saint Beuve*") a admitir que esta inseparabilidad pueda ser reducida al chismorreo o al mero dato biográfico. En el lado opuesto a Saint Beuve (que no a Proust), el mismo Heidegger, decía a su hijo (no biológico, pero sí absolutamente aceptado) Herman "*La gente debe dedicarse a mi pensar, la vida privada no tiene nada que ver con lo público*". Algo así como "*Dejad de hurgar en lo que nos os importa*". (Entrevista con Volpi).

Era conocido la intención del filósofo de que sus andanzas vitales quedaran separadas, neta y nítidamente, de su obra. En el libro de Petzet, citado como una fuente amistosa y cercana a Heidegger, éste ya le insistía su amigo: "*Mi vida no es en absoluto interesante*".

Pero es claro que en el tiempo que ha inventado el *reality show* y que practica con entusiasmo el viejo y acreditado ajuste de cuentas ideológico, una tal pretensión es ilusoria. Y Martín Heidegger debía ser perfectamente consciente en los últimos años de su vida que la posibilidad de ser tratado como Aristóteles ("*vivió, trabajó, murió*", repetía él mismo del griego) no era aceptada ni, probablemente, aceptable. (Solo un pensamiento tangencial: ¿Cuántos conocen la leyenda de Aristóteles y la hetaira Phyllis? ¿Alguien recuerda la "invención" del "*equus eroticus*", que inmortaliza, entre miles de representaciones medievales, Hans Baldung en un grabado fechado en 1513? El viejo filósofo siempre tuvo quien le hiciera una versión amable de su aventura: una especie de clase práctica para su discípulo y apasionado discípulo Alejandro).

Dejemos aquí el tema general de la relación entre el autor (como sujeto) y su obra (como producto). El dedicarse a indagar en cómo era quien pensó en lugar de qué fue lo que pensó, siempre tendrá fervientes partidarios y no seré yo quien les lleva la contraria. La eterna polémica sobre las relaciones, causales y casuales, entre el autor y su obra se pone, en muchas ocasiones, en la primera línea del motivo para escribir. Es este un tema tan repetido como mal resuelto. Probablemente porque sea irresoluble en términos de racionalidad y se diluya y confunda en

términos de apasionamiento. Y aquí, como tendremos ocasión de ver, razón y pasión son los dos elementos básicos de la trama.

El libro que comento es, en realidad, dos libros y varios apéndices que no por ser breves son menos interesantes. En total un volumen corto (apenas 211 páginas de texto) que se completa con un glosario de personajes citados (faltan algunos y sobran, probablemente, otros) y una cuidada y útil bibliografía para quien desee iniciarse en las ediciones de y sobre Heidegger. Al estar escrito originariamente en español (los autores son dos muy estimables profesores mexicanos) se mencionan las traducciones a nuestro idioma, omitiendo, sin embargo, en la bibliografía secundaria algunas de las fuentes originales en alemán.

Los dos libros del libro están escritos respectivamente por el profesor Xocolotzi y por el profesor Tamayo. El primero dedica su atención a la historia más personal de Heidegger y especialmente su relación con su esposa y sus amantes, aunque no desdeña entrar en la biografía convencional y en la evolución del pensamiento heideggeriano; el segundo se centra en la relación del filósofo con el partido nazi. Pero en ambos se entremezclan otros temas que son más novedosos y que aún no habían sido explorados con suficiente profundidad en la vida del filósofo: entre ellos el papel de Elfride, la esposa, y de Víctor von Gebattel, el psiquiatra que lo trata y lo ingresa en su clínica tras lo que los autores denominan púdicamente “desfallecimiento” (Tamayo) y “colapso” (Xocolotzi) y que le acontece tras la derrota del III Reich.

La relación de Heidegger con las mujeres está bien documentada. Lástima que Xocolotzi, en un lógico deseo de sublimar lo que es fácilmente sublimable, se empeñe en achacar a un *daimon* personal (con referencias a la posesión y a la *manía* en su versión griega) lo que no aparece ante los ojos del observador imparcial sino con el efecto de una libido desatada y de un deseo bullente de seducir y poseer más los cuerpos que las mentes (aunque la posesión de las mentes fuera, en casi todas las ocasiones, la vía regia para llegar a los cuerpos). Hablar del “*implacable atosigamiento del Eros*” no cabe duda que dignifica mucho la imagen de un señor mayor intentando, sin descanso, meterse en la cama con toda la que se le pusiera a tiro.

Aunque el autor no se resiste a explorar la lista de las amantes, la relación de Heidegger con las mujeres se describe con respeto y casi con pudor. Ya lo hemos mencionado. El autor emplea abundantemente el paradigma griego de lo erótico y lo maniaco para insertar en este presentable contexto lo que no es más que el reflejo de la apetencia sexual de un hombre que pensaba, sí, pero al que también le gustaba el sexo. Su pensar centra su extraordinaria búsqueda del ser y de la existencia, la aventura sexual manifiesta que el mundo del deseo (al que nunca le prestó la más mínima atención teórica) ocupaba el otro polo de su vida. Y ese deseo se manifestaba (Xocolotzi lo relata bien bajo suaves y aceptables palabras) intentando seducir a cualquier mujer atractiva que aparecía en su campo de visión. Y el campo de visión más inmediato lo constituían sus alumnas. No en vano Elfride, su esposa, cuya relación se mantuvo a pesar de los “accidentes” amorosos del uno y de la otra, era, cuando la conoció, una alumna.

Y un punto de especulación razonable. No parece adecuado hablar de amor en toda esta serie de enredos. Es imposible asegurar que Heidegger *amaba* a sus mujeres. Sin duda que esa es la palabra que usa (y abusa) cuando tiene que dar cuenta a su, generalmente enfadada, esposa de que ha aparecido alguien nuevo en su vida y en su cama. Pero la misma manera con la que le asegura a Elfride que cortará radicalmente con la *fémmina* de turno (y lo hace) impide pensar en algo personal y amoroso, en el mínimo sentido que se le puede dar a este término. Se dirá (y se dice) que hubo excepciones: La más conocida Hannah Arendt. La correspondencia entre ambos (que se publicó en 1999) da mucho que pensar y merecería una exégesis más detallada. En ella hay reflexiones de altura, palabrería y autojustificación y también cruda utilización del otro. Pero no nos engañemos: todas las relaciones fueron cortadas y diluidas, sin ningún tipo de miramiento, cuando se volvieron molestas o cuando Elfride intervenía.

Hemos visto como Xocolotzi habla del Eros heideggeriano como un *daimón* que lo acompaña y, en cierta medida, lo tortura. Es una forma bonita de decirlo. Pero no hay mucha sofisticación, en el caso si fuese cierta la anécdota, de la petición del filósofo de una fotografía desnuda a una de sus conquistas. No hay aquí sujeto amoroso, hay clara y tajante cosificación sexual de las más elementales.

Heidegger siempre mantuvo la coartada intelectual bien a la vista tanto cuando iniciaba la conquista como cuando quería dar por zanjada la aventura. Y en ese terreno se movía como un seductor tradicional, cuyos mecanismos habituales usaba, y en el cual solo destacaba el uso como arma estratégica de la inteligencia y el brillo del pensamiento, antes de el atractivo físico y la seducción convencional. Pero la meta en Heidegger es la de cualquier donjuán de provincias: llevarse a la cama a la pretendida.

Hay en todo ello un cierto contraste con la tendencia general de Heidegger a que Elfride estuviese al corriente de sus andanzas (al menos a partir del momento en que estas eran descubiertas) y que, en cierta medida, que las aceptase y las aprobase. Hay una tendencia a reunir a la esposa y a la(s) amante(s) en muchas ocasiones. Y tampoco se desdeñaba la presencia y la relación cordial con los maridos en algunos casos.

Eso hace que en la vida de Heidegger la persona más importante es sin duda alguna su esposa Elfride. Personaje que merecería una investigación más detallada. Quizá la publicación de su correspondencia (2005) nos de pistas sobre esta mujer que estuvo siempre junto al hombre que la engañó y al que engañó. Aunque probablemente entren dudas acerca de si es legítimo usar esta palabra convencional (*engaño*). Es poco adecuada para definir el contexto en el que se movieron los protagonistas de la historia.

La relación adultera de Elfride con su antiguo novio, que tuvo como resultado el nacimiento de Herman, el hijo segundo, fue aceptada “*con estoica liberalidad*” dice Xocolotzi, pero es significativo que sirva para que el filósofo le diga a su esposa “*no querer un ‘amor primitivo’, sino una relación madura, libre y abierta*”. Palabras que, si se quiere, pueden sonar enigmáticas y complejas o, por el contrario, vulgares y elementales. En cualquier caso no cabe duda que Heidegger las puso en práctica (al menos por lo que a él le tocaba) con auténtica fruición.

Pero dejemos el tema de la sexualidad de Heidegger y de su tendencia a intentar que su esposa aceptara “llevarse bien” con una especie de harén de sucesivas alumnas inteligentes y atractivas. Parece que Heidegger quería tener a todas las mujeres que le gustaban, pero quería también mantener las relaciones con sus maridos y de todos ellos con Elfride. Es esta una conducta interesantísima que no es posible rastrear con total precisión pero que deja con ganas de profundizar en ella. Lo que sí parece claro es que hay algo más que una pura estrategia de supervivencia. Se puede olfatear una visión peculiar del sexo y de la amistad, que nunca explicitó pero que rezuma de toda esta historia.

Los otros temas son más conocidos a excepción quizá de la importancia que se le da al episodio del tratamiento por Gebattel tras la penosa (y peligrosa) situación que se dio en la inmediata postguerra y que, no hay duda, atenuó el hecho de que las acciones de depuración antinazi se llevaran a cabo en el sector francés de ocupación. Al parecer no hay posibilidad alguna de recuperar los archivos clínicos en donde quedarían las huellas técnicas de tal tratamiento. La relación entre el filósofo y su psiquiatra queda solo en las menciones que los protagonistas hicieron. Y son escasas y escuetas. Heidegger mismo las minimizó cuando dijo que Gebattel “*solo lo acompañaba a dar paseos*”.

La segunda parte del libro (el “segundo libro”) lo escribe, como ya decíamos, Luis Tamayo. Se centra en la vida política del filósofo y menciona, si bien introduciendo matices de racionalidad, todo lo que se ha dicho ya sobre el tema de sus relaciones con el NSAP, del acceso al rectorado y especialmente del discurso de investidura, de su comportamiento autoritario, de sus informes negativos sobre determinados profesores, de su afiliación al partido y del proceso de desnazificación que sufre, inevitablemente, tras la derrota de Alemania. A pesar de los esfuerzos para poner a Heidegger en una posición “obligada por los acontecimientos” no hay duda que el filósofo tuvo conductas de claroscuro con Husserl (aunque la historia de su ausencia en las exequias del maestro se haya justificado hasta la saciedad) con Jaspers (al que pide ayuda cuando está en el proceso de investigación de las autoridades francesas) y con otros muchos. La publicación de la extensa correspondencia que mantuvo con estos y otros personajes a lo largo de su vida lo pone claramente de manifiesto.

Es evidente que esta segunda parte (o segundo libro) está dentro de lo que ya se conocía y se discutía. La posición de Tamayo es claramente justificativa y sus razones no son baladíes. Pero a excepción del episodio del ingreso en el hospital psiquiátrico, no hay demasiados datos nuevos.

El libro termina con tres esplendidos apéndices que unidos al prólogo de Franco Volpi acompañan estupendamente la lectura. En cierta medida se podría decir que el orden de lectura aconsejable es el prólogo seguido de las tres entrevistas finales para después, y solo después, pasar al cuerpo central de la obra.

Las entrevistas son dos de ellas con una figura tremendamente interesante: Herman Heidegger. La primera la realiza el mismo Xocolotzi, la segunda es un alimón con Volpi y Antonio Gnoli. La tercera es otra conversación de nuevo de Volpi con Hans Georg Gadamer, sobre el maestro.

Solo unas palabras sobre ellas. Herman se revela como el albacea intelectual de su padre por deseo explícito de éste y al tiempo habla con indisimulada amargura de cómo su madre entregó a Gertrud (la hija mayor del único hijo biológico de Heidegger, Jörg) toda la correspondencia entre Elfride y el filósofo. También queda claro el intento de Herman para conocer o intervenir siquiera, en la posible publicación de esas cartas y la total negativa de su sobrina a permitirselo. Es un episodio que parece tener más alcance que una simple discrepancia doméstica y señala una zona que aún está necesitada de aclaración (mas aún cuando sus protagonistas están, afortunadamente, aún vivos).

¿Qué nos queda de la persona de Heidegger tras este breve, intenso y jugoso libro? Pues la imagen de un hombre que quiso hacer del pensar el eje de su vida, que pensó y pensó bien; que al tiempo se comportó como una especie de rijoso personaje en el que el sexo y la pasión jugaron más de lo que podía parecer; que creyó, en algún momento al menos, que podía “domar”, desde su superioridad intelectual, la carrera suicida de su país hacia el desastre; que no tuvo el más mínimo reparo en despreciar todo aquello que no le parecía que estaba a su altura pero que, al mismo tiempo, tampoco tuvo reparos en solicitar ayuda de aquellos a los que no había ayudado cuando se la pidieron a él.

Un retrato en el que la inteligencia, la egolatría, el deseo, el autoritarismo y la mezquindad hacen acto de presencia.

Quizá simplemente un ser humano.

GLOBAL  KNOWLEDGE
ACADEMICS

