



Ilustración 1
Iván Illich (1926 – 2002).

Medical Nemesis 1976, Random House, Inc. Pantheon Books. *Némesis Médica* 1978, Editorial Joaquín Mortiz, S.A. México D.F. Versión directa al español de Juan Tovar, revisada y corregida por Valentina Borremans y Verónica Petrowitsch.

Libros

La paginación no se corresponde al original de la edición en papel. Se conservan enlaces hipertexto para las notas y el índice.

ÍNDICE

Prefacio.

Introducción.

Parte I: Yatrogenesis Clínica

- 1. La epidemia de la medicina moderna.
- 1.1. **La eficacia de los médicos: una ilusión.**
- 1.2. **Inútil tratamiento médico.**
- 1.3. **Lesiones provocadas por el médico.**
- 1.4. **Pacientes indefensos.**

Parte II: Yatrogenesis Social

- 2. La medicalización de la vida.
- 2.1. Transmisión política de la enfermedad yatrogénica
 - Yatrogenesis social.
 - Monopolio Médico.
 - ¿Curación amoral?
- 2.2. La medicalización del presupuesto
- 2.3. **Invasión farmacéutica**
- 2.4. **Imperialismo del diagnóstico**
- 2.5. **El estigma preventivo**
- 2.6. Ceremonias terminales
- 2.7. Magia negra
- 2.8. **Las mayorías de pacientes**

Parte III: Yatrogenesis Cultural

- Introducción
- 3. Matar el dolor
- 4. La invención y eliminación de la enfermedad
- 5. La muerte escamoteada
 - **La danza devota de los muertos**
 - **La danza macabra**
 - **La muerte burguesa**
 - **La muerte clínica**
 - **La muerte natural sindicalizada**
 - **La muerte baja asistencia intensiva**

Parte IV: Las Políticas de la Salud

- 6. Contraproductividad específica
 - Disutilidades marginales
 - Mercancías contra valores de uso
 - Modernización de la pobreza

- 7. Contramedidas políticas
 - La “protección al consumidor” para adictos
 - Igualdad de acceso a los perjuicios
 - El control del público sobre la mafia profesional
 - La organización científica de la vida
 - Técnicas para un útero de plástico

- 8. La recuperación de la salud
 - Némesis industrializada
 - Del mito heredado al procedimiento respetuoso
 - El derecho a la salud
 - La salud (Higieia) como virtud

Apéndice: La necesidad de un techo común (el control social de la tecnología)

Notas a la edición por secciones

Libros

Índice

PREFACIO

Con este libro se concluye mi participación en los seminarios sobre, “La necesidad de un techo común; el control social de la tecnología” que se ha llevado a cabo en el CIDOC en Cuernavaca, de 1970 a 1976.

Como apéndice, en la página 367 se reproduce el documento-hipótesis que sirvió de base para enmarcar las discusiones, escrito por Valentina Borremans, directora del CIDOC, disuelto e 1976 por haber terminado

sus funciones clave.

Describí el impacto del sistema industrial sobre el medio ambiente, sobre las relaciones sociales y el carácter social sucesivamente, en el espejo de las grandes instituciones que este sistema excretó: la escuela, la empresa internacional, el transporte, la medicina.

Este libro no hubiera podido escribirse sin la contribución, en varias etapas, de muchos participantes en los seminarios del CIDOC. Aquí puedo nombrar no sólo aquellos que más directamente me ayudaron a liberarme de prejuicios: Roslyn Lindheim, John McNight, André Gorz, Arturo Aldama, Hermann Schwember, Jean Robert, Jean Pierre Dupuy.

Profundamente agradezco a Verónica Petrowitsch por haber hecho esta versión española en colaboración con Valentina Borremans quien, mejor que nadie, conoce la evolución de mi pensamiento y de mi idioma.

El capítulo sobre la industrialización de la muerte es un resumen de las notas que Valentina Borremans ha reunido para su propio libro sobre la historia del rostro de la muerte.

Esta edición resultó finalmente la definitiva y la más completa en su aparato de referencias. Me honra el cuidado con el cual Don Joaquín Díez-Canedo y Bernardo Giner de los Ríos le dieron una forma editorial tan digna y limpia.

Iván Illich

Cuernavaca, diciembre de 1976.

Índice

INTRODUCCIÓN

La medicina institucionalizada ha llegado a ser una grave amenaza para la salud. El impacto del control profesional sobre la medicina, que inhabilita a la gente, ha alcanzado las proporciones de una epidemia. *Yatrogénesis*, el nombre de esta nueva plaga, viene de *iatros*, el término griego para “médico”, y de *genesis*, que significa “origen”. La discusión de la enfermedad del progreso médico ha cobrado importancia en las conferencias médicas, los investigadores se concentran en los poderes enfermantes de la diagnosis y la terapia, y

los informes sobre el paradójico daño causado por curas contra enfermedad ocupan cada vez mayor espacio en los prontuarios médicos. Las profesiones de la salud se encuentran al filo de una campaña de limpieza sin precedentes. “Clubes de Cos”, bautizados en honor de la Isla griega de Doctores, han brotado aquí y allá, reuniendo médicos, droguistas glorificados y sus patrocinadores industriales del mismo modo como el Club de Roma congregó a “analistas” bajo la égida de Ford, Fiat y Volkswagen. Los proveedores de servicios médicos siguen el ejemplo de sus colegas de otros campos al amarrar al palo de “límites al crecimiento” la zanahoria de “siempre más” vehículos y terapias. Los límites a la asistencia profesional a la salud son un tema político que crece con rapidez. A qué intereses servirán dichos límites dependerá en gran parte de quién tome la iniciativa de formular que son necesarios: gente organizada para una acción política que desafíe el poder profesional cimentado en el status quo, o las profesiones de la salud decididas a expandir más aún su monopolio. El público ha sido prevenido ante la incertidumbre y la perplejidad de los mejores entre sus cuidadores higiénicos. Los periódicos están llenos de informes sobre las manipulaciones *volteface* de los líderes médicos: los pioneros de los ayer llamados “progresos” advierten a sus pacientes contra los peligros de las curas milagrosas que ellos mismos acaban de inventar. Los políticos que propusieron emular los modelos ruso, sueco e inglés de medicina socializada se apenan de que sucesos recientes muestren la alta eficacia de estos sistemas en producir las mismas curas y atenciones patógenas -es decir, enfermantes- que produce la medicina capitalista, aunque con un acceso menos equitativo. Sobre nosotros se cierne una crisis de confianza en la medicina moderna. Limitarse sólo a insistir en esto sería contribuir aún más a una profecía que se cumple sola, y posiblemente al pánico.

Este libro argumenta que el pánico se halla fuera de lugar. La meditada discusión pública de la pandemia yatrogénica, partiendo de la insistencia en la desmistificación de todos los asuntos médicos, no será peligrosa para la comunidad. De hecho, lo peligroso es un público pasivo que ha llegado a confiar en limpiezas médicas superficiales. La crisis de la medicina podría permitir al lego reclamar en forma efectiva su propio control sobre la percepción, clasificación y toma de decisiones médicas. La laicización del templo de Esculapio podría llevar a deslegitimar los dogmas religiosos de la medicina moderna a los que las sociedades industriales, de izquierda a derecha, se adhieren ahora. Mi argumento es que el lego y no el médico tiene la perspectiva potencial y el poder efectivo para detener la actual epidemia yatrogénica. Este libro ofrece al lector lego un marco conceptual dentro del cual determinar el lado turbio del progreso contra sus beneficios más publicitados. Utiliza la valoración social del progreso económico según un modelo que he detallado en otro sitio¹ y he aplicado anteriormente a la educación² y al transporte,³ y que ahora aplico a la crítica del monopolio profesional y del cientificismo en el cuidado de la salud que prevalecen en todas las naciones organizadas para altos niveles de industrialización. A mi parecer: el saneamiento de la medicina es parte intrínseca de la inversión socioeconómica de la que trata la Parte IV de este libro.

Las notas de pie de página reflejan la naturaleza de este texto. Asevero el de-

recho de romper el monopolio que la academia ha ejercido sobre toda la letra chica al final de página. Algunas notas documentan la información que he utilizado para elaborar y verificar mi preconcebido paradigma de límite óptimo para el cuidado de la salud; perspectiva que no ocupaba necesariamente un lugar en la mente de la persona que reunió los datos correspondientes. A veces, sólo cito mi fuente como el relato de un testigo ocular ofrecido incidentalmente por el *autor* experto, y al mismo tiempo a la vez rehúso aceptar lo que éste dice como un *testimonio* experto, sobre la base de que lo conocido sólo de oídas no debería afectar las decisiones públicas pertinentes.

Muchas notas más otorgan al lector el tipo de guía bibliográfica que yo habría apreciado cuando empecé, como un intruso, a sumergirme en el tema de la asistencia a la salud y traté de adquirir competencia en la evaluación política de la eficacia de la medicina. Estas notas remiten a herramientas de biblioteca y obras de referencia que he aprendido a apreciar en años de exploración solitaria. También enlistan lecturas, desde monografías técnicas hasta novelas, que me han sido de utilidad.

Finalmente, he usado las notas para tratar mis propias sugerencias y planteamientos, parentéticos suplementarios y tangenciales, que dejados en el texto principal habrían distraído al lector. El lego en medicina, para quien está escrito este libro, tendrá que adquirir por sí mismo la competencia para evaluar el impacto de la medicina en la asistencia a la salud. Entre todos nuestros expertos contemporáneos, los médicos son aquellos cuya preparación los ha llevado al más alto grado de incompetencia especializada para esta empresa urgentemente necesaria.

La cura de la enfermedad yatrogénica que abarca a toda la sociedad es una labor política, no profesional. Debe basarse en un consenso popular acerca del equilibrio entre la libertad civil de curar y el derecho civil a una asistencia equitativa de la salud. Durante las últimas generaciones el monopolio médico sobre la asistencia a la salud se ha expandido sin freno y ha coartado nuestra libertad con respecto a nuestro propio cuerpo. La sociedad ha transferido a los médicos el derecho exclusivo de determinar qué constituye la enfermedad, quién está enfermo o podría enfermarse, y qué cosa se hará a estas personas. La desviación es ahora "legítima" sólo cuando merece y en última instancia justifica la interpretación e intervención médicas. El compromiso social de proveer a todos los ciudadanos de las producciones casi ilimitadas del sistema médico amenaza con destruir las condiciones ambientales y culturales necesarias para que la gente viva una vida autónoma saludable. Esta tendencia debe reconocerse y eventualmente invertirse.

Los límites a la medicina han de ser algo distinto de la autolimitación profesional. Demostraré que la insistencia del gremio médico sobre su propia idoneidad para curar a la misma medicina se basa en una ilusión. El poder profesional es el resultado de la delegación política de la autoridad autónoma a las ocupaciones de la salud, realizada durante nuestro siglo por otros sectores de la burguesía universitaria. Dicho poder no puede ser ahora revocado por aquellos que lo concedieron, sólo puede deslegitimizarlo el acuerdo popular sobre su malignidad. La automedicación del sistema médico no puede sino fracasar.

Si el público, empavorecido por revelaciones sangrientas, se viera conminado a conceder más apoyo a un aumento de control experto sobre expertos en la producción de la asistencia a la salud, esto sólo intensificaría la asistencia enfermante. Se debe entender que lo que ha transformado la asistencia a la salud en una empresa productora de enfermedades es la propia intensidad de una dedicación ingenieril que ha reducido la sobrevivencia humana, de un buen desempeño del organismo, al resultado de una manipulación técnica. "Salud" es, después de todo, una palabra cotidiana que se usa para designar la intensidad con que los individuos hacen frente a sus estados internos y sus condiciones ambientales. En el *Homo sapiens*, "saludable" es un adjetivo que califica acciones éticas y políticas. Al menos en parte, la salud de una población depende de la forma en que las acciones políticas condicionan el medio y crean aquellas circunstancias que favorecen la confianza en sí, la autonomía y la dignidad para todos, especialmente los débiles. En consecuencia, los niveles de salud serán óptimos cuando el ambiente favorezca una capacidad de enfrentamiento, autónoma, personal y responsable. Los niveles de salud sólo pueden declinar cuando la sobrevivencia llega a depender más allá de cierto punto de la regulación heterónoma (dirigida por otros) de la homeostasis del organismo. Más allá de un nivel crítico de intensidad, la asistencia institucionalizada a la salud -no importa que adopte la forma de cura, prevención, o ingeniería ambiental- equivale a la negación sistemática de la salud.

La amenaza que la medicina actual representa para la salud de las poblaciones es análoga a la amenaza que el volumen y la intensidad del tráfico representan para la movilidad, la amenaza que la educación y los medios masivos de comunicación representan para el aprendizaje, y la amenaza que la urbanización representa para la habilidad de construir una morada. En cada caso una gran empresa institucional ha resultado contraproducente. La aceleración del tráfico, consumidora de tiempo; las comunicaciones ruidosas y confusas; la educación que entrena cada vez más gente para niveles de competencia técnica y formas especializadas de incompetencia general cada vez más altos: todos éstos son fenómenos paralelos a la producción de la enfermedad yatrogénica por parte de la medicina. En cada caso un gran sector institucional ha apartado a la sociedad del propósito específico para el cual dicho sector fue creado y técnicamente instrumentado.

La yatrogénesis no puede entenderse a menos que se vea como la manifestación específicamente médica de la *contraproductividad específica*. La contraproductividad específica o paradójica es un indicador social negativo de una diseconomía que permanece encerrada en el sistema que la produce. Es una medida de la confusión entregada por los medios noticiosos, la incompetencia fomentada por los educadores, o la pérdida de tiempo representada por un coche más potente. La contraproductividad específica es un efecto secundario no deseado del crecimiento de la producción institucional inherente al sistema mismo que originó el valor específico. Es una medida social de la frustración objetiva. Este estudio de la medicina patógena se emprendió con el fin de ilustrar en el campo de la asistencia a la salud los diversos aspectos de la contraproductividad que pueden observarse en todos los sectores principales de la

sociedad industrial en su estadio presente. Un análisis similar podría emprenderse en otros campos de la producción industrial, pero la urgencia es particularmente grande en el campo de la medicina, una profesión de servicio tradicionalmente reverenciada y autogratificante.

La yatrogénesis estructural afecta ya todas las relaciones sociales. Es el resultado de la colonización internalizada de la libertad a través de la afluencia. En los países ricos la colonización médica ha alcanzado proporciones morbosas; los países pobres siguen rápidamente los mismos pasos. (La sirena de una sola ambulancia puede destruir actitudes samaritanas en todo un pueblo.) Este proceso, que llamaré la “medicalización de la vida”, merece una atención política articulada. La medicina podría ser un blanco principal para la acción política que se propone una inversión de la sociedad industrial. Sólo la gente que ha recobrado la capacidad de proporcionarse asistencia mutua y ha aprendido a combinarla con la destreza en el uso de la tecnología contemporánea, podrá también limitar el modo industrial de producción en otras áreas de importancia. Al rebasar sus límites críticos, un sistema de asistencia a la salud basado en médicos y otros profesionales resulta patógeno por tres motivos: inevitablemente produce daños clínicos que superan sus posibles beneficios; no puede sino resaltar, en el acto mismo de oscurecerlas, las condiciones políticas que hacen insalubre la sociedad; y tiende a mistificar y a expropiar el poder del individuo para sanarse a sí mismo y modelar su ambiente. Los sistemas médico y paramédico sobre la metodología y la tecnología de la higiene son un notorio ejemplo del mal uso político que se hace de los avances médicos para fortalecer el crecimiento industrial más bien que el personal. Tal medicina es sólo un ardid para convencer a quienes se sienten hartos y cansados de la sociedad, de que son ellos los enfermos e impotentes que necesitan de una reparación técnica. Examinaré estos tres planos de acción médica patógena en las tres primeras partes de este libro.

En el primer capítulo se hará el balance del progreso en tecnología médica. Muchas personas desconfían ya de los médicos, de los hospitales y de la industria farmacéutica, y sólo necesitan datos que fundamenten sus temores. Ya los médicos juzgan necesario robustecer su credibilidad pidiendo que se prohíban formalmente muchos tratamientos comunes hoy en día. Las restricciones al ejercicio médico que los profesionales han llegado a considerar obligatorias son a menudo tan radicales que resultan inaceptables para la mayoría de los políticos. La ineficacia de la medicina costosa y de alto riesgo es un hecho ya ampliamente discutido que tomo como punto de partida, no como un asunto clave en el que quiera detenerme.

En la segunda parte describo aquellos aspectos de la organización social de la medicina que niegan directamente la salud, y en la tercera el impacto incapacitador de la ideología médica sobre la energía personal: en tres capítulos distintos describo la forma en que el dolor, la invalidez y la muerte dejan de ser un reto personal para convertirse en un problema técnico.

En la cuarta parte interpreto la medicina negadora de la salud como típica de la contraproductividad de la civilización sobreindustrializada y analizo cinco tipos de respuesta política que constituyen remedios tácticamente útiles y, to-

dos, estratégicamente fútiles. Discierno entre dos modos por los cuales la persona se relaciona con su ambiente y se adapta a éste: el modo de enfrentamiento autónomo (es decir autogobernando) y el modo de mantenimiento y manejo heterónimo (es decir administrado). Concluyo demostrando que sólo un programa político encaminado a limitar el manejo profesional de la salud hará capaces a los hombres de recuperar sus poderes para prestar atención a la salud, y que tal programa es parte integral de una crítica y una restricción de amplio alcance del modo industrial de producción.

Índice

PARTE I: YATROGÉNESIS CLÍNICA

1. LA EPIDEMIA DE LA MEDICINA MODERNA

Durante las pasadas tres generaciones las enfermedades que padecen las sociedades occidentales han sufrido cambios dramáticos¹. La poliomielitis, la difteria y la tuberculosis están desapareciendo; una sola dosis de un antibiótico cura a menudo la neumonía o la sífilis, y se ha llegado a controlar tantas causas de defunción masiva, que actualmente dos tercios de todas las muertes se relacionan con las enfermedades de la vejez. Los que mueren jóvenes son en la mayoría de los casos víctimas de accidentes, violencia o suicidio.²

Por lo general, estos cambios en el estado de salud se identifican con una disminución del sufrimiento y se atribuyen a una mayor o mejor asistencia médica. Aunque casi cada uno piensa que por lo menos uno de sus amigos no se hallaría vivo y sano de no ser por la pericia de un doctor, de hecho no existe evidencia de ninguna relación directa entre esta mutación de la enfermedad y el llamado progreso de la medicina.³

Los cambios son variables dependientes de transformaciones políticas y tecnológicas que a su vez se reflejan en los actos y las palabras de los médicos; no tienen relación significativa con las actividades que requieren la preparación, el rango social y el costoso equipo de que se enorgullecen las profesiones de la salud.⁴ Además, una proporción creciente de la nueva carga de enfermedades de los últimos quince años es en sí misma el resultado de la intervención médica en favor de personas que están enfermas o podrían enfermar. Es de origen médico, o yatrogénico.⁵

Tras un siglo de perseguir la utopía médica,⁶ y contrariamente a la actual sabiduría convencional,⁷ los servicios médicos no han tenido un efecto importante en producir los cambios ocurridos en la expectativa de vida. En gran medida, la asistencia clínica contem-

poránea es incidental a la cura de la enfermedad, pero el daño causado por la medicina a la salud de individuos y poblaciones resulta muy significativo. Estos hechos son obvios, están bien documentados y son objeto de fuerte represión.

23

LA EFICACIA DE LOS MÉDICOS: UNA ILUSIÓN

El estudio de la evolución seguida por las características de las enfermedades proporciona pruebas de que durante el último siglo los médicos no han influido sobre las epidemias más profundamente que los sacerdotes en tiempos anteriores. Las epidemias han llegado y se han ido bajo las imprecaciones de ambos pero sin ser afectadas por éstas. Los rituales practicados en las clínicas médicas no las han modificado de manera más decisiva que los exorcismos usuales en los santuarios religiosos.⁸ La discusión sobre el porvenir de la asistencia médica podría iniciarse en forma útil partiendo de este reconocimiento. Las infecciones que predominaron al iniciarse la edad industrial ilustran cómo la medicina adquirió su reputación.⁹ La tuberculosis, por ejemplo, alcanzó una cima a lo largo de dos generaciones. En 1812, se calculó que la mortalidad en Nueva York sobrepasaba la proporción de 700 por 10 000; en 1882, cuando Koch aisló y cultivó por vez primera el bacilo, había declinado a 370 por 10 000. La tasa había disminuido a 180 cuando se abrió el primer sanatorio en 1910, aunque la tisis ocupaba todavía el segundo lugar en los cuadros de mortalidad¹⁰. Después de la Segunda Guerra Mundial, pero antes de que el uso de antibióticos se convirtiera en rutina, había descendido al undécimo lugar con una tasa de 48. De manera análoga, el cólera,¹¹ la disentería¹² y la fiebre tifoidea alcanzaron un máximo y luego disminuyeron independientemente del control médico. Cuando se llegó a comprender su etiología y su terapia se hizo específica, estas enfermedades ya habían perdido gran parte de su virulencia y con ella su importancia social. La tasa combinada de mortalidad por escarlatina, difteria, tosferina y sarampión en niños menores de quince años muestra que casi el 90% de la disminución total en mortalidad desde 1860 hasta 1963 se había registrado antes de la introducción de los antibióticos y de la inmunización generalizada.¹³ Este receso puede atribuirse en parte al mejoramiento de la vivienda y a una disminución de la virulencia de los microorganismos, pero con mucho el factor más importante fue una mayor resistencia del huésped al mejorar la nutrición. Actualmente, en los países pobres, la diarrea y las infecciones de las vías respiratorias superiores se registran con más frecuencia, duran más tiempo y provocan más alta mortalidad cuando la nutrición es mala, independientemente de que se disponga de mucha o poca asistencia médica.¹⁴ En Inglaterra, a mediados del siglo XIX, las epidemias de enfermedades infecciosas habían sido remplazadas por grandes síndromes de malnutrición, como el raquitismo y la pelagra. Estos a su vez alcanzaron un máximo y se desvanecieron, para ser sustituidos por las enfermedades de la primera infancia y luego por úlceras duodenales en los jóvenes. Cuando éstas disminuyeron, ocuparon su lugar las epidemias modernas: cardiopatías coronarias, enfisema, bronquitis, obesidad, hipertensión, cáncer, sobre todo pulmonar, artritis, diabetes y los llamados desórdenes mentales. A pesar de intensas investigaciones, no contamos con una explicación completa sobre la génesis de estos cambios.¹⁵ Pero dos cosas son ciertas: no puede acreditarse al ejercicio profesional de los médicos la eliminación de antiguas formas de mortalidad o morbilidad, ni tampoco se

le puede culpar por la mayor expectativa de una vida que transcurre sufriendo las nuevas enfermedades. Durante más de un siglo, el análisis de las tendencias patológicas ha mostrado que el ambiente es el determinante primordial del estado de salud general de cualquier población. ¹⁶La geografía médica, ¹⁷ la historia de las enfermedades, ¹⁸ la antropología médica ¹⁹ y la historia social de las actitudes hacia la enfermedad ²⁰ han mostrado que -la alimentación, ²¹ el agua ²² y el aire, ²³ en correlación con el nivel de igualdad sociopolítica ²⁴ y con los mecanismos culturales que hacen posible mantener la estabilidad de la población, ²⁵ juegan el papel decisivo en determinar cuán saludables se sienten las personas mayores y a qué edad tienden a morir los adultos. A medida que los viejos factores - patógenos retroceden, una nueva clase de malnutrición está convirtiéndose en la epidemia moderna de más rápida expansión. ²⁶ Un tercio de la humanidad sobrevive en un nivel de desnutrición que en otros tiempos habría sido letal, mientras que cada vez más gente rica absorbe siempre más tóxicos y mutágenos en sus alimentos. ²⁷

Algunas técnicas modernas, a menudo desarrolladas con ayuda de médicos, y óptimamente eficaces cuando se integran a la cultura y al ambiente o cuando se aplican independientemente de la práctica profesional, han efectuado también cambios en la salud general, pero en menor grado. Entre ellas pueden incluirse los anticonceptivos, la vacunación de infantes contra la viruela, y medidas sanitarias no médicas como el tratamiento del agua y el drenaje, el uso de jabón y tijeras por las comadronas, y ciertos procedimientos antibacterianos e insecticidas. La importancia de muchas de estas prácticas fue reconocida y declarada en primera instancia por médicos -a menudo valerosos disidentes que sufrieron por sus recomendaciones- ²⁸ pero esto no consigna el jabón, las pinzas, las agujas de vacunación, los preparados para despiojar o los condones a la categoría de "equipo médico". Los cambios más recientes en mortalidad desde los grupos más jóvenes hasta los de mayor edad pueden explicarse por la incorporación de estos recursos y procedimientos a la cultura del lego.

En contraste con las mejoras ambientales y las medidas sanitarias modernas no profesionales, el tratamiento específicamente médico de la gente nunca se relaciona en forma significativa con una disminución del complejo patológico ni con una elevación de la expectativa de vida. ²⁹ La proporción de médicos en una población, los medios clínicos de que disponen, el número de camas de hospital tampoco son factores causales en los impactantes cambios registrados en las características generales de las enfermedades. Las nuevas técnicas para reconocer y tratar afecciones tales como la anemia perniciosa y la hipertensión, o para corregir malformaciones congénitas mediante intervenciones quirúrgicas, redefinen pero no reducen la morbilidad. El hecho de que haya más médicos donde ciertas enfermedades se han hecho raras tiene poco que ver con la capacidad de ellos para controlarlas o eliminarlas. ³⁰ Esto simplemente significa que los médicos se desplazan como les place, más que otros profesionales, y que tienden a reunirse donde el clima es saludable, el agua es pura, y la gente tiene trabajo y puede pagar sus servicios. ³¹

32

INÚTIL TRATAMIENTO MÉDICO

La imponente tecnología médica se ha unido con la retórica igualitaria para crear la impresión de que la medicina contemporánea es sumamente eficaz. Durante la última generación, sin duda, un número limitado de procedimientos específicos ha resultado de ex-

trema utilidad. Pero, cuando no se encuentran monopolizados por profesionales como herramientas del oficio, los que resultan aplicables a las enfermedades ampliamente difundidas suelen ser muy económicos y requieren un mínimo de técnicas personales, de material y de servicios de custodia hospitalaria. En contraste la mayoría de los enormes gastos médicos actuales en rápido aumento se destinan a diagnósticos y tratamientos cuya eficacia es en el mejor de los casos dudosa.³² Para apuntalar esta afirmación conviene distinguir entre enfermedades infecciosas y no infecciosas.

En el caso de las enfermedades infecciosas, la quimioterapia ha desempeñado un papel importante en el control de la neumonía, la gonorrea y la sífilis. La mortalidad por neumonía, en otro tiempo el “amigo de los viejos”, disminuyó cada año de 5 a 8% después de que las sulfamidas y los antibióticos salieron al mercado. La sífilis, el pian, y muchos casos de paludismo y tifoidea pueden curarse con rapidez y facilidad. El aumento de las enfermedades venéreas se debe a nuevas costumbres, no a la medicina inútil. El resurgimiento del paludismo ha de atribuirse al desarrollo de mosquitos resistentes a los pesticidas y no a alguna falta de medicamentos antipalúdicos.³³ La inmunización ha eliminado casi por entero la poliomielitis, enfermedad de los países desarrollados, y sin duda las vacunas han contribuido a la disminución de la tosferina y el sarampión,³⁴ confirmando así al parecer la creencia popular en el “progreso médico”.³⁵ Pero en lo que respecta a la mayoría de las demás infecciones, la medicina no puede presentar resultados comparables. El tratamiento con medicamentos ha ayudado a reducir la mortalidad por tuberculosis, tétanos, difteria y escarlatina, pero en la disminución total de la mortalidad o la morbilidad por estas enfermedades, la quimioterapia jugó un papel secundario y posiblemente insignificante.³⁶

El paludismo, la leishmaniasis y la enfermedad del sueño retrocedieron ciertamente por un tiempo ante la embestida del ataque químico, pero actualmente vuelven a cundir.³⁷ La eficacia de la intervención médica para combatir enfermedades no infecciosas es aún más discutible. En algunas situaciones y para ciertas condiciones, se ha demostrado en verdad un progreso efectivo: es posible prevenir parcialmente las caries dentales mediante la fluorización del agua, aunque a un costo que todavía no acaba de conocerse.³⁸ El tratamiento sustitutivo reduce la acción directa de la diabetes, aunque sólo por corto tiempo.³⁹ La alimentación intravenosa, las transfusiones sanguíneas y las técnicas quirúrgicas permiten que un número mayor de quienes llegan al hospital sobreviva a los traumatismos, pero las tasas de supervivencia con respecto a los tipos más comunes de cáncer -los que integran el 90% de los casos- han permanecido prácticamente inalteradas durante los últimos veinticinco años. Este hecho ha sido constantemente enmascarado por anuncios de la Sociedad Americana del Cáncer que recuerdan las proclamas del general Westmoreland desde Vietnam. Por otra parte, se ha comprobado el valor diagnóstico de la prueba de frotis vaginal de Papanicolau: si dicha prueba se realiza cuatro veces por año, la intervención precoz en el cáncer cervical aumenta en forma demostrable de tasa de supervivencia de cinco años. Algún tratamiento para el cáncer cutáneo es sumamente eficaz. Pero hay poca evidencia de eficacia en el tratamiento de la mayoría de los otros tipos de cánceres.⁴⁰ La tasa de supervivencia después de cinco años, en los casos de cáncer de la mama, es del 50%, sin importar la frecuencia de los exámenes médicos ni el tratamiento que se emplee.⁴¹ No se ha comprobado que esta tasa difiera de la del cáncer no tratado. Aunque los clínicos y los publicistas de la institución médica destacan la importancia del diagnóstico y tratamiento precoces de éste y varios otros tipos de

cáncer, los epidemiólogos han empezado a dudar de que la intervención temprana modifique el índice de supervivencia.⁴² En raras cardiopatías congénitas y en la cardiopatía reumática, la cirugía y la quimioterapia han aumentado las perspectivas de llevar una vida activa para algunos de los que sufren de condiciones degenerativas.⁴³ Sin embargo, el tratamiento médico de las enfermedades cardiovasculares comunes ⁴⁴ y el tratamiento, intensivo de las enfermedades cardíacas ⁴⁵ son eficaces sólo cuando concurren circunstancias más bien excepcionales que se hallan fuera del control del médico.

El tratamiento con medicamentos de la hipertensión arterial es eficaz, y justifica el riesgo de efectos secundarios, para los pocos que la padecen como síndrome maligno. Representa un peligro considerable de graves daños, muy superiores a cualquier beneficio comprobado, para los 10 ó 20 millones de norteamericanos a quienes temerarios plomeros de arterias tratan de imponerle.⁴⁶

38

LESIONES PROVOCADAS POR EL MÉDICO

Por desgracia, la asistencia médica fútil pero inocua es el menor de los daños que una empresa médica en proliferación infringe a la sociedad contemporánea. El dolor, las disfunciones, las incapacidades y la angustia resultantes de la intervención médica técnica rivalizan actualmente con la morbilidad debida a los accidentes del tráfico y de la industria, e incluso a las actividades relacionadas con la guerra, y hacen del impacto de la medicina una de las epidemias de más rápida expansión de nuestro tiempo. Entre los perjuicios homicidas institucionales, sólo la malnutrición moderna lesiona a más gente que la enfermedad yatrogénica en sus diversas manifestaciones.⁴⁷ En el sentido más estricto, la enfermedad yatrogénica incluye sólo las enfermedades que no se habrían producido si no se hubiesen aplicado tratamientos ortodoxos y profesionalmente recomendados.⁴⁸ Dentro de esta definición, un paciente podría demandar a su terapeuta si este último, en el curso de su tratamiento se abstuviera de aplicar un procedimiento recomendado que, en opinión del médico, implicara el riesgo de enfermarlo. En un sentido más general y más ampliamente aceptado, la enfermedad yatrogénica clínica comprende todos los estados clínicos en los cuales los remedios, los médicos o los hospitales son los agentes patógenos o “enfermantes”. Daré a esta pléthora de efectos secundarios terapéuticos el nombre de yatrogénesis clínica. Son tan antiguos como la medicina misma ⁴⁹ y siempre han sido objeto de estudios médicos.⁵⁰ Los medicamentos siempre han sido potencialmente tóxicos, pero sus efectos secundarios no deseados han aumentado con su poder ⁵¹ y la difusión de su empleo.⁵² Cada 24 a 36 horas, del 50 al 80% de los adultos en los Estados Unidos y el Reino Unido ingiere un producto químico por prescripción médica. Algunos toman un medicamento equivocado, otros reciben parte de un lote envejecido o contaminado, y otros mas una falsificación;⁵³ algunos ingieren varios medicamentos en combinaciones peligrosas,⁵⁴ o bien reciben inyecciones con jeringas mal esterilizadas.⁵⁵ Ciertos medicamentos forman hábito, otros son mutilantes y otros mutágenos, aunque quizá sólo en combinación con colorantes de alimentos ó insecticidas. En algunos pacientes, los antibióticos alteran la flora bacteriana normal e inducen una superinfección permitiendo a organismos más resistentes proliferar e invadir al huésped. Otros medicamentos contribuyen a criar cepas de bacterias resistentes.⁵⁶ Así, tipos sutiles de intoxicación se han difundido aún más rápidamente que la desconcertante variedad y ubicuidad de las pana-

ceas.⁵⁷ La cirugía innecesaria es un procedimiento habitual.⁵⁸ El tratamiento médico de enfermedades inexistentes produce con una frecuencia cada vez mayor *no-enfermedades incapacitantes*;⁵⁹ el número de niños incapacitados en Massachusetts por el tratamiento de no-enfermedades cardíacas supera al número de niños bajo tratamiento eficaz por cardiopatías reales.⁶⁰

El dolor y la invalidez provocados por el médico han sido siempre parte del ejercicio profesional.⁶¹ La dureza, la negligencia y la cabal incompetencia de los profesionales son formas milenarias de su mal ejercicio.⁶² Con la transformación del médico de un artesano que ejerce una habilidad en individuos a quienes conoce personalmente, en un técnico que aplica normas científicas a toda clase de pacientes, el mal ejercicio profesional adquirió un rango anónimo, casi respetable.⁶³ Lo que anteriormente se consideraba abuso de confianza y falta de moral puede ahora atribuirse racionalmente a la falla ocasional de equipo y operadores. En un hospital tecnológico complejo, la negligencia pasa a ser un error humano aleatorio”, la actitud encallecida se convierte en “desapego científico” y la incompetencia se transforma en “falta de equipo especializado”. La despersonalización del diagnóstico y la terapéutica hace que el ejercicio profesional impropio deje de ser un problema ético y se convierta en problema técnico.⁶⁴

En 1971, se presentaron de 12 000 a 15 000 litigios por mal ejercicio profesional en los tribunales de los Estados Unidos. Menos de la mitad de todos esos litigios se resolvieron antes de dieciocho meses, y más del 10% permanecieron no resueltos más de seis años. Por cada dólar pagado por seguros contra mal ejercicio profesional, dieciséis a veinte centavos se destinaron a compensar a la víctima; el resto se pagó a los abogados y los expertos médicos.⁶⁵ En tales casos, los médicos sólo son vulnerables al cargo de haber actuado contra el código médico, de la acción incompetente del tratamiento prescrito, o de negligencia culpable por codicia o pereza. El problema, empero, es que la mayor parte de los daños infligidos por el médico moderno no caben en ninguna de estas categorías.⁶⁶ Ocurren en la práctica ordinaria de personas bien preparadas que han aprendido a someterse a los procedimientos y juicios profesionales en boga, aunque sepan (o puedan y deban saber) los daños que causan.

El Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos calcula que el 7% de todos los pacientes sufren, mientras están hospitalizados, lesiones susceptibles de indemnización, aunque pocos de ellos hacen algo al respecto. Más aún, la frecuencia de accidentes reportados en los hospitales es mayor que en cualquier industria, excepto las minas y la construcción de edificios altos. Los accidentes son la causa principal de defunción entre los niños norteamericanos. En proporción al tiempo pasado allí, estos accidentes parecen ocurrir más a menudo en el hospital que en cualquier otro sitio. Uno de cada cincuenta niños internados en un hospital sufre un accidente que requiere tratamiento específico.⁶⁷ Los hospitales universitarios son relativamente más patógenos, o para decirlo llanamente, producen más enfermedades. También se ha comprobado que uno de cada cinco pacientes internados en un típico hospital para investigación adquiere una enfermedad yatrogénica, algunas veces trivial, que por lo común requiere un tratamiento especial y en un caso de cada treinta conduce a la muerte. La mitad de estos casos resulta de complicaciones del tratamiento medicamentoso; sorprendentemente, uno de cada diez proviene de procedimientos de diagnóstico.⁶⁸ Pese a las buenas intenciones y a la invocación de un servicio público, un oficial militar con una hoja de servicios similar habría sido depuesto del mando, y un restaurante o centro de diversiones sería clausurado por la

policía. No es de extrañarse que la industria de la salud intente echar la culpa a la víctima del daño causado, ni que el prontuario de una empresa farmacéutica multinacional diga a sus lectores que “la enfermedad yatrogénica tiene casi siempre un origen neurótico”.⁶⁹

47

PACIENTES INDEFENSOS

Los efectos secundarios adversos debidos a los contactos técnicos con el sistema médico, aprobados, erróneos, aplicados con dureza, o contraindicados, representan apenas el primer plano de la medicina patógena. Tal yatrogénesis clínica incluye no sólo el daño que los médicos infligen con la intención de curar al paciente o de explotarlo; sino también aquellos otros perjuicios que resultan de los intentos del médico por protegerse contra un posible juicio por mal ejercicio profesional. Actualmente dichos esfuerzos por evitar litigios y proyecciones pueden causar mayor daño que cualquier otro estímulo yatrogénico.

En un segundo plano,⁷⁰ la práctica de la medicina fomenta las dolencias reforzando a una sociedad enferma que anima a sus miembros a convertirse en consumidores de medicina curativa, preventiva, industrial y ambiental. Por una parte los seres defectuosos sobreviven en números cada vez mayores y sólo están en condiciones de vivir bajo la asistencia institucional, mientras por otra parte los síntomas certificados médicamente exceptúan a la gente del trabajo industrial y así la apartan de la lucha política por la transformación de la sociedad que la ha enfermado. El segundo plano de yatrogénesis se manifiesta en diversos síntomas de sobremedicalización social que equivalen a lo que he llamado la expropiación de la salud. Designo a este efecto médico de segundo plano como yatrogénesis social, y habré de discutirlo en la Parte II.

En un tercer plano, las llamadas profesiones de la salud tienen un efecto aún más profundo, que culturalmente niega la salud en la medida en que destruyen el potencial de las personas para afrontar sus debilidades humanas, su vulnerabilidad y su singularidad en una forma personal y autónoma. El paciente en las garras de la medicina contemporánea es sólo un ejemplo de la humanidad atrapada en sus técnicas perniciosas.⁷¹ Esta yatrogénesis cultural, que discutiré en la Parte III, es la definitiva repercusión contraproducente del progreso higiénico y consiste en la parálisis de las reacciones saludables ante el sufrimiento, la invalidez y la muerte. Se produce cuando la gente acepta la manipulación de la salud planeada a partir de un modelo mecánico, cuando se conspira con la intención de producir algo llamado “mejor salud” como si fuera un artículo de consumo. Esto inevitablemente da por resultado el mantenimiento manipulado de la vida en altos niveles de enfermedad subletal.

Este mal último del “progreso” médico debe distinguirse claramente de la yatrogénesis tanto clínica como social.

Espero mostrar que, en cada uno de sus tres planos, la yatrogénesis ha llegado a ser médicamente irreversible, un rasgo inherente a la empresa médica. Los indeseables subproductos fisiológicos, sociales y psicológicos del progreso diagnóstico y terapéutico se han vuelto resistentes a los remedios médicos. Nuevos artefactos, procedimientos y formas de organización, concebidos como remedios para la yatrogénesis clínica y social, tienden ellos mismos a volverse agentes patógenos que contribuyen a la nueva epidemia. Las medidas técnicas y administrativas adoptadas en cualquier plano para evitar que el

tratamiento dañe al paciente tienden a engendrar un segundo orden de yatrogénesis análogo a la destrucción progresiva generada por los procedimientos contaminantes usados como medidas contra la contaminación.⁷²

A esta espiral autorreforzante de retroalimentación institucional negativa la designaré con su equivalente clásico griego y la llamaré Némesis médica. Los griegos veían dioses en las fuerzas de la naturaleza. Para ellos Némesis representaba la venganza divina que caía sobre los mortales que usurpaban los privilegios que los dioses guardaban celosamente para sí mismos. Némesis era el castigo inevitable por los intentos de ser un héroe en lugar de un ser humano. Como la mayoría de los nombres griegos abstractos, Némesis adquirió la forma de una divinidad. Representaba la respuesta de la naturaleza a *hybris* la arrogancia del individuo que busca adquirir los atributos de un dios. Nuestra *hybris* higiénica contemporánea ha conducido al nuevo síndrome de Némesis médica.⁷³

Al utilizar el término griego deseo recalcar que el concepto correspondiente no encaja en el paradigma explicativo que actualmente ofrecen los burócratas, terapeutas e ideólogos para las crecientes diseconomías y disutilidades que ellos mismos han elaborado con una total falta de intuición y que tienden a llamar “comportamiento contraintuitivo de los grandes sistemas”. Al invocar mitos y dioses ancestrales pienso dejar claro que mi esquema de análisis de la actual descomposición de la medicina es ajeno a la lógica y al *ethos* industrialmente determinados. Pienso que la *inversión de Némesis* sólo puede surgir del hombre y no de otra fuente manipulada (heterónoma) la cual dependería una vez más de la presunción de los expertos y de su mistificación consiguiente.

Némesis médica es resistente a los remedios médicos. Sólo puede invertirse cuando los legos recobran la voluntad de autoasistencia mutua, y a través del reconocimiento jurídico, político e institucional de ese derecho a atenderse, que impone límites al monopolio profesional de los médicos. En mi capítulo final propongo lineamientos para detener a Némesis médica y algunos criterios para mantener la empresa médica dentro de límites saludables. No sugiero ninguna forma específica de asistencia a la salud o a los enfermos, ni propugno ninguna nueva filosofía médica como tampoco recomiendo remedios para la técnica, la doctrina o la organización médica. Sin embargo, propongo una visión alternativa al uso de la organización y la tecnología médicas, junto con sus burocracias y sus ilusiones aliadas.

Índice

*Índice***PARTE II: YATROGÉNESIS SOCIAL****2.MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA**

- Transmisión política de la enfermedad yatrogénica
- La medicalización del presupuesto
- Invasión farmacéutica
- Imperialismo del diagnóstico
- El estigma preventivo
- Ceremonias terminales
- Magia negra
- Las mayorías de pacientes

TRANSMISIÓN POLÍTICA DE LA ENFERMEDAD YATROGÉNICA

Hasta épocas recientes la medicina intentaba reforzar lo que ocurre en la naturaleza. Fomentaba la tendencia de las heridas a sanar, de la sangre a cuajar y de las bacterias a ceder ante la inmunidad natural.¹ Ahora la medicina trata de instrumentar los sueños de la razón.² Los anticonceptivos orales, por ejemplo, se prescriben “para prevenir una ocurrencia normal en personas sanas”.³ Las terapias inducen al organismo a interactuar con moléculas o con máquinas en formas que no tienen precedente en la evolución. Los trasplantes implican la obliteración inmediata de defensas inmunológicas programadas genéticamente.⁴ Así, no puede asumirse la existencia de una relación entre el interés del paciente y el éxito de cada especialista que manipula alguna de sus “condiciones”; ahora se requieren pruebas y debe determinarse desde fuera de la profesión cuál es la contribución neta de la medicina a la carga de enfermedad de la sociedad.⁵ Pero todo cargo contra la medicina por el daño clínico que causa, sólo constituye el primer paso en el enjuiciamiento de la medicina patógena.⁶ La huella dejada en el sembrado es sólo un recuerdo de los grandes daños causados por el barón a la aldea por la que pasó con su partida de caza.

Yatrogenénesis social

La medicina socava la salud no sólo por agresión directa contra los individuos sino también por el impacto de su organización social sobre el ambiente total. Cuando el daño médico a la salud individual se produce por un modo sociopolítico de transmisión, hablaré de “yatrogenénesis social”, término que designa todas las lesiones a la salud que se deben precisamente a esas transformaciones socioeconómicas que han sido hechas

atrayentes, posibles o necesarias por la forma institucional que ha adquirido la asistencia a la salud. La yatrogénesis social designa una categoría etiológica que abarca muchas formas. Se da cuando la burocracia médica crea una salud enferma aumentando las tensiones, multiplicando la dependencia inhabilitante, generando nuevas y dolorosas necesidades, disminuyendo los niveles de tolerancia al malestar o al dolor, reduciendo el trato que la gente acostumbra a conceder al que sufre, y aboliendo aun el derecho al cuidado de sí mismo. La yatrogénesis social está presente cuando el cuidado de la salud se convierte en un ítem estandarizado, en un artículo de consumo; cuando todo sufrimiento se “hospitaliza” y los hogares se vuelven inhóspitos para el nacimiento, la enfermedad y la muerte; cuando el lenguaje en el que la gente podía dar expresión a sus cuerpos se convierte en galimatías burocráticas; o cuando sufrir, dolerse y sanar fuera del papel de paciente se etiquetan como una forma de desviación.

58

Monopolio médico

Como su contraparte clínica, la yatrogénesis social puede escalar desde rasgo advenedizo hasta ser una característica inherente al sistema médico. Cuando la intensidad de la intervención biomédica traspasa un umbral crítico, la yatrogénesis clínica se convierte de error, accidente o culpa en una perversión incurable de la práctica médica. Del mismo modo, cuando la autonomía profesional degenera en monopolio radical y la gente se vuelve impotente para enfrentarse con su ambiente, la yatrogénesis social pasa a ser el producto principal de la organización médica.

Un monopolio radical cala más hondo que el de cualquier corporación o cualquier gobierno. Puede tomar muchas formas. Cuando las ciudades se construyen alrededor de los vehículos, devalúan los pies humanos; cuando las escuelas acaparan el aprendizaje, devalúan al autodidacta, cuando los hospitales reclutan a todos aquellos en condición crítica, imponen a la sociedad una nueva forma de morir. Los monopolios ordinarios arrinconan al mercado;⁹ los monopolios radicales inhabilitan a la gente para hacer y crear cosas por sí misma.¹⁰ El monopolio comercial restringe el flujo de mercancías; el monopolio social, más insidioso, paraliza la producción de valores de uso no comerciables.¹¹ Los monopolios radicales violan aún más la libertad y la independencia. Imponen en toda la sociedad la sustitución de valores de uso por mercancías, remodelando el ambiente y “apropiándose” aquellas características generales que permitieron a la gente enfrentarlo por sí misma. La educación intensiva transforma a los autodidactas en gente no empleable, la agricultura intensiva destruye al labrador de subsistencia, y el despliegue de la policía mina el autocontrol de la comunidad. La maligna propagación de la medicina tiene resultados comparables: convierte el cuidado mutuo y la automedicación en delitos o fechorías. Igual que la yatrogénesis clínica se hace médicamente incurable cuando alcanza una intensidad crítica y a partir de entonces sólo puede revertirse por un descenso de la empresa, así la yatrogénesis social sólo puede revertirse por medio de una acción política que cercene la dominación profesional.

Un monopolio radical se alimenta de sí mismo. La medicina yatrogénica refuerza una sociedad moribunda donde el control social de la población por parte del sistema médico se erige como actividad económica primordial. Sirve para legitimar componendas sociales en las que mucha gente no encaja. Cataloga a los impedidos como ineptos y genera

una tras otra nuevas categorías de pacientes. La gente airada, enferma y menoscabada por su labor y su ocio industriales sólo puede escapar viviendo bajo supervisión médica, y con ello se le seduce o se le descalifica de la lucha política por un mundo más sano.¹² La yatrogénesis social todavía no se acepta como una etiología común de la enfermedad. Si se reconociera que a menudo el diagnóstico sirve como un medio de convertir las quejas políticas contra las tensiones por el desarrollo en demandas de nuevas terapias que sólo son más de los mismos productos costosos y enervantes, el sistema industrial perdería una de sus principales defensas.¹³ Al mismo tiempo la conciencia del grado en que la salud enferma yatrogénica se comunica políticamente sacudiría los cimientos del poder médico mucho más profundamente que cualquier catálogo de las fallas técnicas de la medicina.¹⁴

61

¿Curación amoral?

El asunto de la yatrogénesis social se confunde a menudo con la autoridad diagnóstica del que cura. Para nublar el tema y proteger su reputación, algunos médicos insisten en lo obvio: es decir, en que la medicina no puede practicarse sin la creación yatrogénica de enfermedad. La medicina siempre crea enfermedad como un estado social.¹⁵ Cualquier curandero reconocido transmite a los individuos las posibilidades sociales de actuar como enfermos.¹⁶ Cada cultura tiene su propia percepción característica de la enfermedad,¹⁷ y con ella su máscara higiénica peculiar.¹⁸ La enfermedad toma sus rasgos del médico que asigna a los actores alguno de los papeles disponibles.¹⁹ Hacer de las personas enfermos legítimos está tan implícito en el poder del médico como el potencial venenoso del remedio que surte efecto.²⁰ El curandero maneja venenos y encantamientos. La única palabra con que los griegos designaban “medicamento” *pharmakon*- no distinguía entre el poder de sanar y el poder de matar.²¹

La medicina es una empresa moral y por ello da inevitablemente contenido al bien y al mal. En cada sociedad, la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable. La medicina tiene autoridad para catalogar como enfermedad genuina la dolencia de alguien, para declarar enfermo a otro aunque éste no se queje, y para rehusar a un tercero el reconocimiento social de su dolor, su incapacidad e incluso su muerte.²² La medicina es la que determina como “meramente subjetivo” algún dolor,²³ como fingimiento a alguna lisiadura²⁴ y como suicidio a algunas muertes.²⁵ El juez determina qué es legal y quién culpable.²⁶ El sacerdote declara qué es sagrado y quién rompió un tabú. El médico decide qué es un síntoma y quien se encuentra enfermo. Es un empresario moral²⁷ investido con poderes inquisitoriales para descubrir ciertos entuertos a enderezar.²⁸ La medicina, como todas las cruzadas, crea un grupo de excluidos cada vez que logra hacer pasar un nuevo diagnóstico.²⁹ La moral se halla tan implícita en la enfermedad como en el crimen o en el pecado.

En las sociedades primitivas, resulta obvio que el reconocimiento del poder moral está implícito en el ejercicio de la aptitud médica. Nadie llamaría al curandero, a menos que le concediese la habilidad de discernir entre espíritus malos y buenos. En una civilización mayor este poder se expande. Aquí la medicina es ejercida por especialistas de tiempo completo que controlan grandes poblaciones por medio de instituciones burocráticas.³⁰ Estos especialistas forman profesiones que ejercen un tipo único de control so-

bre su propio trabajo.³¹ A diferencia de los sindicatos, estas profesiones deben su autonomía a un otorgamiento de confianza más que a la victoria en la lucha. A diferencia de los gremios, que sólo determinan quién trabajará y cómo, ellas determinan asimismo qué trabajo se hará. En los Estados Unidos la profesión médica debe esta autoridad suprema a una reforma de las escuelas de medicina poco antes de la Primera Guerra Mundial. La profesión médica es una manifestación, en un sector particular, del control sobre la estructura del poder de clase que han adquirido las élites universitarias. Sólo los médicos “saben” qué constituye una enfermedad, quién está enfermo y qué habrá de hacerse con los enfermos y con aquellos a quienes consideran en riesgo especial. Paradójicamente, la medicina occidental, que ha insistido en separar su poder de la ley y la religión, ahora lo ha expandido más allá de todo precedente. En algunas sociedades industriales la etiquetación social se ha medicalizado hasta el punto en que toda desviación ha de tener una etiqueta médica. El eclipse del componente moral explícito en el diagnóstico médico ha dotado así de poder totalitario a la autoridad asclepiádea.³²

El divorcio entre medicina y moralidad se ha defendido sobre la base de que las categorías médicas, a diferencia de las legales o religiosas, descansan en fundamentos científicos exentos de evaluación moral.³³ La ética médica ha sido segregada en un departamento especializado que alinea la teoría con la práctica de actualidad.³⁴

Los juzgados y la ley, cuando no se usan para imponer el monopolio asclepiádeo, son convertidos en porteros de hospital que seleccionan entre los clientes a aquellos que puedan acomodarse al criterio de los doctores.³⁵ Los hospitales se convierten en monumentos de cientificismo narcisista; manifestaciones concretas de aquellos prejuicios profesionales que estaban de moda el día en que se puso la primera piedra y que a menudo ya eran anticuados cuando el edificio entró en funciones. La empresa técnica del médico reclama un poder libre de valoración o amoral.

Resulta obvio que en esta clase de contexto es fácil esquivar el asunto de la yatrogénesis social que ahora me ocupa. Así mediatizado políticamente, el daño médico se mira como algo inherente al mandato de la medicina, y sus críticos se consideran sofistas que tratan de justificar la intrusión legal en el alguacilazgo médico. Precisamente por esta razón, es urgente una revisión legal de la yatrogénesis social. La determinación del cuidado y la asistencia libres de valoración es obviamente una tontería maligna y los tabúes que han protegido a la medicina irresponsable empiezan a debilitarse.

LA MEDICALIZACIÓN DEL PRESUPUESTO

La medida más manejable de la medicalización de la vida es la porción de un ingreso anual típico que se gasta bajo órdenes médicas. En Estados Unidos, antes de 1950, dicha porción era inferior a las entradas de un mes, pero a mediados de los setenta el equivalente de cinco a siete semanas de las ganancias del trabajador tipo se gastaba en la compra de servicios médicos. Los Estados Unidos gastan ahora unos 95 mil millones de dólares anuales en asistencia a la salud, algo así como el 8.4% del producto nacional bruto en 1975, cuando en 1962 fue el 4.5%³⁶ Durante los últimos veinte años, mientras

el índice de precios en los Estados Unidos ha subido alrededor del 74%, el Costo de la asistencia médica escaló en un 330%. Entre 1950 y 1971 el gasto público en pólizas de salud aumentó diez veces, los beneficios de las aseguradoras privadas crecieron en ocho veces,³⁷ y en unas tres los pagos directos al contado.³⁸ En gastos totales, otros países como Francia³⁹ y Alemania⁴⁰ se mantuvieron a la par con los Estados Unidos. En todas las naciones industriales -atlánticas, escandinavas o del este europeo-la tasa de crecimiento del sector de la salud ha avanzado con mayor rapidez que el PNB.⁴¹ Incluso descontando la inflación, las partidas federales para la salud aumentaron más del 40% entre 1969 y 1974.⁴² Más aún: la medicalización del presupuesto nacional no es un privilegio de los ricos. En Colombia, un país pobre que favorece notoriamente a su clase adinerada, la proporción es, como en Inglaterra, superior al 10%.⁴³

Parte de esto ha enriquecido a los médicos, que hasta la Revolución Francesa se ganaban la vida como artesanos. Unos pocos vivieron siempre bien, pero muchos murieron pobres. El proverbio “pocos abogados tienen buen morir, pocos médicos tienen buen vivir” poseía equivalentes en la mayoría de los idiomas europeos. Ahora los médicos han llegado a la cumbre, y en las sociedades capitalistas dicha cumbre es en verdad elevada. Sin embargo sería inexacto atribuir la inflación en la medicina a la codicia de la profesión médica. Una parte mucho mayor del aumento ha sido para una legión de oficinistas médicos poseedores de buenos títulos, que las universidades de los Estados Unidos empezaron a otorgarles en los años cincuenta; para aquellos con grados de maestría de enfermeros supervisores o con doctorados de administradores de hospitales, y para todos los rangos inferiores en los que se alimentan los nuevos burócratas. El costo de administrar al paciente, sus historiales, las boletas que entrega y recibe, pueden absorber 25 centavos de cada dólar de su cuenta.⁴⁴ Una cantidad mayor va a los banqueros; en algunos casos los llamados costos administrativos “legítimos” en el negocio del seguro médico han subido al 70% del pago hecho por los asegurados.

Aún más significativo es el nuevo prejuicio en favor de la asistencia hospitalaria de alto costo. Desde 1950 el costo diario de tener un paciente en un hospital comunal de los Estados Unidos ha crecido en un 500%.⁴⁵ La cuenta por el cuidado del paciente en los principales hospitales universitarios ha aumentado incluso con mayor rapidez, triplicándose en ocho años. Los costos administrativos han hecho explosión multiplicándose desde 1964 por un factor de siete; los costos de laboratorios aumentaron por un factor de cinco, los salarios médicos sólo por un factor de 2.⁴⁶ La construcción de hospitales cuesta ahora más de 85 mil dólares por cama y las dos terceras partes de esta cantidad se invierten en equipo mecánico que antes de diez años resulta anticuado.⁴⁷ Estos índices son casi el doble de los índices de aumento de costos y de la obsolescencia prevalentes en los sistemas de armamento moderno. Los costos excedidos en los programas del Departamento de Salud, Educación y Bienestar superan a los del Pentágono. Entre 1968 y 1970 los costos del Medicaid aumentaron tres veces más rápido que el número de personas atendidas. En los últimos cuatro años los beneficios de los seguros de hospital han casi doblado su costo, y los honorarios de los médicos han crecido casi dos veces más aprisa de lo que se había planeado.⁴⁸ En ningún otro sector importante de la economía civil hay un precedente similar de tal expansión sostenida. Por ello, resulta irónico que durante este auge único en la asistencia a la salud, los Estados Unidos sentaran otro precedente. Poco después de iniciado el auge, la expectativa de vida para el hombre norteamericano adulto empezó a declinar y ahora se espera que decline más

todavía. La tasa de mortalidad para los hombres norteamericanos entre cuarenta y cinco y cincuenta y cuatro años es comparativamente alta.

De cada 100 hombres que en los Estados Unidos cumplen los cuarenta y cinco, sólo 9 llegarán a su quincuagésimo quinto cumpleaños mientras en Suecia 95 sobrevivirán la década.⁴⁹ Pero Suecia, Alemania, Bélgica, Canadá, Francia y Suiza ya están dando alcance a los Estados Unidos: tanto sus índices de mortalidad en edades específicas para hombres adultos como sus costos médicos globales ascienden a gran velocidad.⁵⁰

El fenomenal aumento en el costo de los servicios de salud en los Estados Unidos se ha explicado en diversas formas: algunos culpan a la planeación irracional,⁵¹ otros, al mayor costo de los nuevos artefactos que la gente quiere en los hospitales.⁵² Actualmente la interpretación más común se refiere a la creciente incidencia del pago previo de servicios. Los hospitales registran a pacientes bien asegurados, y antes que proveer viejos productos en forma más eficaz y barata, se ven económicamente motivados a avanzar hacia formas nuevas, y cada vez más caras, de hacer las cosas. Se culpa del aumento a los productos cambiantes más que a costos más altos del trabajo, a la mala administración o a la carencia de progreso tecnológico.⁵³ En esta perspectiva el cambio de productos parece deberse precisamente al amparo creciente de las pólizas, que anima a los hospitales a proporcionar productos más costosos de lo que el cliente en realidad desea, necesita o habría estado dispuesto a pagar directamente. Sus gastos de contado parecen cada vez más modestos, aunque los servicios ofrecidos por el hospital son más costosos. Las pólizas para la asistencia médica de alto costo son así un proceso autorreforzante que da a los proveedores de asistencia el control de recursos crecientes.⁵⁴ Como antídoto, algunos críticos recomiendan una lúcida conciencia de costos por parte de los consumidores;⁵⁵ otros, desconfiando del autocontrol del lego, recomiendan mecanismos que aumenten la conciencia de costo en los productores.⁵⁶ Los médicos, argumentan, serían más responsables y menos caprichosos en sus prescripciones si se les pagara (como a los médicos generales en Inglaterra) sobre una base de "capitación" que otorgan una cantidad fija para el mantenimiento de sus clientes antes que una tarifa por servicios. Pero como todos los remedios similares, la capitación acrecienta la fascinación yatrogénica por proveer salud. La gente deja ir su propia vida por obtener todo el tratamiento que sea posible.

En Inglaterra el Servicio Nacional de Salud ha intentado asegurar, aunque sin éxito, que los costos inflacionarios sufrirían menos por fraudes conspicuos.⁵⁷ Su acta de 1946 estableció como derecho humano el acceso a los recursos de asistencia a la salud para todos los necesitados. La necesidad se suponía finita y cuantificable, las urnas de votación el mejor sitio para decidir el presupuesto total para la salud, y los médicos los únicos capaces de determinar los recursos que satisfacerían la necesidad de cada paciente. Pero la necesidad determinada por los profesionistas médicos ha resultado ser tan extensa en Inglaterra como en cualquier otro sitio. La esperanza fundamental para el éxito del sistema inglés de asistencia a la salud tenía como base la creencia en la capacidad de los ingleses para racionar su suministro. Así lo hicieron más o menos hasta 1972, en la opinión de un autor que estudió la economía inglesa de la salud, "por medios, a su modo, casi tan despiadados como la capacidad de pagar, pero considerados en general más aceptables".⁵⁸ Hasta esa fecha la asistencia a la salud se mantuvo por abajo del 6% del PNB, el 10% del gasto público. La práctica privada descendió de la mitad de la asistencia al 4%. Los cargos directos a los pacientes se mantuvieron fenomenalmente

bajos: 5% del costo. Pero este severo compromiso con la igualdad sólo impidió esos asombrosos despilfarros en artefactos prestigiosos que proveyeron de un fácil punto de partida a la crítica pública en los Estados Unidos. Desde 1972 el Servicio de Salud en Inglaterra ha sufrido un cambio traumático, por complejas razones económicas y políticas. El éxito inicial del Servicio de Salud y el actual desarreglo caótico del sistema imposibilitan las predicciones para el futuro. La desmedicalización de la asistencia a la salud es tan esencial allí como en cualquier parte. Sin embargo, curiosamente, Inglaterra es también una de las pocas naciones industrializadas donde la expectativa de vida del hombre adulto no ha declinado todavía, aunque las enfermedades crónicas de este grupo ya han mostrado un aumento similar al observado una década antes al otro lado del Atlántico.

La información sobre costos en la Unión Soviética es más difícil de obtener. El número de médicos y días de hospital per cápita parece haberse duplicado entre 1960 y 1972, y los costos parecen haber crecido en un 260%.⁵⁹ La principal reivindicación de superioridad de la medicina soviética sigue basada en “la profilaxis edificada dentro del sistema social en sí” sin que esto afecte el volumen relativo de enfermedad o asistencia en comparación con otros países industriales de desarrollo similar.⁶⁰ Pero la teoría de que la terapéutica iría desapareciendo junto con el Estado fue declarada herejía en 1932 y lo sigue siendo.⁶¹

Distintos sistemas políticos organizan la patología en diferentes enfermedades y crean así distintas categorías de demanda, suministros, y necesidades sin cubrir.⁶² Pero no importa cómo se perciba la enfermedad, el costo del tratamiento crece de acuerdo a índices comparables. Los rusos, por ejemplo, limitan por decreto la enfermedad mental que requiere hospitalización: sólo destinan a tales casos el 10% de todas las camas de hospital.⁶³ Pero dado cierto PNB, todas las naciones industriales generan la misma clase de dependencia con respecto al médico, y esto sin que importen su ideología ni la nosología que éstas creencias engendran.⁶⁴ Por supuesto, el capitalismo ha demostrado que puede hacerlo a un costo social mucho más elevado.⁶⁵ Por doquier, a mediados de la década del setenta, el principal constreñimiento a la actividad profesional es la necesidad de reducir los costos.

La proporción de riqueza nacional que se canaliza hacia los médicos y se gasta bajo su control varía de un país a otro y abarca de un décimo a un vigésimo de todos los fondos disponibles. Pero esto no debe hacer pensar a nadie que los gastos de salud del ciudadano tipo en los países pobres son proporcionales al ingreso medio per cápita del país. La mayor parte de la gente no recibe absolutamente nada. Con la sola excepción del dinero destinado al tratamiento de los suministros de agua, el 90% de todos los fondos que en los países en desarrollo se destinan a la salud no se gasta en salubridad sino en el tratamiento de los enfermos. Entre el 70 y el 80% de todo el presupuesto de salud pública sirve para la cura y la asistencia de individuos y no para servicios públicos de salud.⁶⁶ La mayor parte de ese dinero se gasta en todas partes en el mismo tipo de cosas.

Todos los países quieren hospitales, y muchos quieren que incluyan el equipo moderno más exótico. Mientras más pobre el país, más alto el costo real de cada pieza en sus inventarios. Modernas camas de hospital, incubadoras, laboratorios, pulmones artificiales y salas de operaciones cuestan todavía más en África que en Alemania o Francia, donde se construyen; también se deterioran más fácilmente en los trópicos, donde es

más difícil darles servicio, y lo más frecuente es que no funcionen. En cuanto al costo, lo mismo vale para los médicos hechos a la medida de estos artefactos. La educación de un cirujano cardiólogo representa una inversión comparable de capital, ya proceda del sistema escolar mexicano o haya estudiado en Hamburgo con una beca del gobierno por ser primo de un capitán brasileño.⁶⁷ Si los Estados Unidos son demasiado pobres para proporcionar la diálisis renal de 15 mil dólares anuales a todos los ciudadanos que afirmarían necesitarla, Ghana es demasiado pobre para proveer equitativamente al pueblo con médicos para su atención elemental.⁶⁸ El costo máximo socialmente crítico de los artículos que pueden repartirse en forma equitativa varía de un sitio a otro. Pero dondequiera que los fondos públicos se utilizan para financiar tratamientos por encima del costo crítico, el sistema de asistencia médica actúa inevitablemente como un conducto para la transferencia neta del poder médico, el cual pasa de la mayoría que paga los impuestos a unos cuantos individuos seleccionados a causa de su dinero, educación o lazos familiares, o por el interés especial que representan para el cirujano experimentador.

Hay una clara forma de explotación cuando 80% de los costos reales de las clínicas particulares en los países pobres de América Latina se pagan con los impuestos recaudados para la formación de médicos, las ambulancias públicas y el equipo médico.⁶⁹ En este caso la concentración de los recursos públicos en unos pocos es una obvia injusticia, pues la capacidad de pagar al contado una fracción del costo total es una condición para obtener el resto. Pero la explotación no es menor en los sitios donde el público, a través de un servicio nacional de salud, asigna a los médicos el poder único para decidir quien necesita su tipo de tratamiento, luego derrochan la ayuda pública en aquellos con quienes experimentan o practican. La aquiescencia pública en que el monopolio médico identifique necesidades sólo amplía la base desde la cual los médicos pueden vender sus servicios.⁷⁰

De manera indirecta, las terapias conspicua sirven como poderosos instrumentos para convencer a la gente de que pague más impuestos para llevarlas a todos los que según los doctores las necesitan. Una vez que el presidente chileno Frei construyó un estadio de medicina para espectadores médicos, su sucesor, Salvador Allende, se vio forzado a prometer otros tres. El Prestigio de un equipo nacional de cirujanos de Corazón abierto se utiliza para intensificar en toda la nación una adicción a relaciones terapéuticas que son patógenas en un nivel mucho más hondo que el del simple vandalismo médico. La creencia de la gente en que sólo llamando al médico puede enfrentarse a la enfermedad hace más daño a la salud del que los médicos podrían jamás lograr imponiendo sus servicios a la ciudadanía.

Sólo en China cuando menos a primera vista- la tendencia parece ir en dirección contraria: la asistencia primaria es administrada por técnicos sanitarios no profesionales ayudados por aprendices que dejan sus trabajos habituales en la fábrica cuando se les llama para atender a un miembro de su brigada.⁷¹ La nutrición, la higiene del ambiente y el control natal han mejorado más allá de toda comparación. Los logros del sector sanitario chino durante los últimos años del sesenta han probado, tal vez definitivamente, un punto largamente debatido: que casi todos los instrumentos técnicos de salud comprobadamente eficaces pueden pasar en cuestión de meses a las manos de millones de personas comunes y ser usados en forma competente. A pesar de estos éxitos, un compromiso ortodoxo con los sueños occidentales de la razón, bajo una forma marxista, puede

ahora destruir lo que la virtud política, en unión con el pragmatismo tradicional, alcanzó. El sesgo hacia el progreso y la centralización tecnológicos ya se refleja en los logros profesionales de la asistencia médica. China posee no sólo un sistema paramédico sino también personal médico cuyas normas han sido consideradas de máximo orden por sus colegas en todo el mundo, y que sólo marginalmente difiere del que hay en otros países. La mayor parte de las inversiones durante los últimos cuatro años parecen haberse destinado a desarrollar más aún esta profesión médica extremadamente competente y altamente ortodoxa, que cada vez obtiene mayor autoridad para configurar las metas generales de la nación en cuestiones de salud. La “medicina descalza” está perdiendo su carácter sustitutivo, semi-independiente y popular para integrarse a una tecnocracia unitaria de asistencia a la salud. Personal adiestrado en las universidades instruye, supervisa y complementa al curandero elegido localmente. Este desarrollo, ideológicamente inducido,⁷² de la medicina profesional en China tendrá, que limitarse conscientemente a muy corto plazo para que pueda seguir siendo un complemento de equilibrio y no un obstáculo a la autoasistencia de alto nivel. Sin estadísticas susceptibles de comparación, las declaraciones sobre la economía médica china permanecen en la vaguedad. Pero no hay razón para creer que los aumentos de costos en la medicina farmacéutica, hospitalaria y profesional sean menores en China que en otros países. Por lo pronto, sin embargo, puede aducirse que en China la medicina moderna era tan escasa en los distritos rurales que los recientes incrementos contribuyeron significativamente a los niveles de salud y a una mayor equidad en el acceso a la asistencia.⁷³

En todos los países la medicalización del presupuesto se relaciona con la bien conocida explotación dentro de la estructura de clases. Sin duda el dominio de las oligarquías capitalistas en los Estados Unidos,⁷⁴ la altanería de los nuevos mandarines en Suecia,⁷⁵ el servilismo y etnocentrismo de los profesionales moscovitas⁷⁶ y el cabildeo de las asociaciones médica y farmacéutica norteamericanas,⁷⁷ así como el nuevo surgimiento del poder sindical en el sector de la salud,⁷⁸ son obstáculos formidables para una distribución de recursos que favorezca los intereses de los enfermos más que los de sus autoasignados cuidadores. Pero la razón fundamental de que estas costosas burocracias sean una negación de la salud no yace en su función instrumental sino en la simbólica: todas recalcan la distribución de servicios de reparación y mantenimiento para el componente humano de la megamáquina⁷⁹ la crítica que propone una distribución mejor y más equitativa sólo refuerza el compromiso social de mantener a la gente en trabajos que enferman. La guerra entre los proponentes de una póliza nacional ilimitada de salud y los que abogan por el mantenimiento nacional de la salud, así como la guerra entre quienes defienden y quienes atacan toda práctica privada hace que la atención pública se distraiga del daño hecho por médicos que protegen un orden social destructivo y se fije en el hecho de que los médicos hacen menos lo esperado en defensa de una sociedad de consumo.

Más allá de cierta invasión al presupuesto el dinero que expande los controles médicos sobre el espacio, los horarios, la educación, la dieta o el diseño de máquinas y de bienes desatará inevitablemente una “pesadilla forjada de buenas intenciones”. Tal vez el dinero amenace siempre a la salud. Demasiado dinero la corrompe. Después de cierto punto, lo que puede producir dinero el lo que el dinero puede comprar restringe el campo de la “vida” libremente elegida. No solo la producción sino también el consumo recalcan la escasez de tiempo, espacio y elección.⁸⁰ Así el prestigio de la mercancía médica debi-

lita por fuerza el cultivo de la salud, que dentro de un ambiente dado depende en gran medida del temple innato e inculcado.⁸¹ Mientras más tiempo, labor y sacrificio invierta una población en producir la medicina como un artículo de consumo, mayor será el subproducto; es decir, la falacia de que la sociedad posee dentro de sí un yacimiento de *salud*, la cual puede extraerse y mercantilizarse.⁸² La función negativa del dinero es la de indicar la devaluación de los bienes y servicios que no pueden comprarse.⁸³ Mientras más alto sea el precio que se fija al bienestar, mayor será el prestigio político de una expropiación de la salud personal.

Índice

87

LA INVASIÓN FARMACÉUTICA

No se necesitan médicos para *medicalizar* los remedios de una sociedad.⁸⁴ Incluso sin demasiados hospitales y escuelas de medicina, una cultura puede ser presa de una invasión farmacéutica. Cada cultura tiene sus venenos, sus remedios, sus placebos, y su escenografía ritual para administrarlos.⁸⁵ La mayoría de ellos se destina a los sanos más que a los enfermos.⁸⁶ Las poderosas drogas médicas destruyen con facilidad el patrón históricamente enraizado que adapta cada cultura a sus venenos; por lo común ellas causan más daño que provecho a la salud, y en última instancia establecen una nueva actitud en la cual el cuerpo se percibe como una máquina regida por conmutadores mecánicos y manipuladores.⁸⁷

En los años cuarenta, pocas de las recetas escritas en Houston o Madrid podrían haber sido surtidas en México, a no ser en la “zona rosa” de la capital donde farmacias internacionales prosperan al lado de *boutiques* y hoteles. Hoy día, las farmacias pueblerinas de México ofrecen tres veces más artículos que las farmacias de los Estados Unidos. Muchos medicamentos ya anticuados en otros sitios, o bien sobrantes ilegales o falsificaciones, van a parar a las farmacias de Tailandia⁸⁸ o de Brasil gracias a fabricantes que navegan bajo muchas banderas de conveniencia. En la década pasada, mientras unos cuantos países ricos empezaban a controlar el daño, el desperdicio y explotación causados por el tráfico *licito* de medicamentos por parte de sus doctores, los médicos de México, Venezuela e incluso París tenían más dificultad que nunca para obtener información sobre los efectos secundarios de los medicamentos que recetaban.⁸⁹ Hace apenas diez años, cuando los medicamentos eran relativamente escasos en México, la gente era pobre y la abuela o el yerbero atendían a la mayor parte de los enfermos, los productos farmacéuticos venían con un prospecto descriptivo. Hoy los medicamentos son más abundantes, más poderosos y más peligrosos; se venden por televisión y por radio; la gente que ha ido a la escuela se avergüenza de sus restos de confianza en el curandero azteca. El prospecto ha sido sustituido por una nota general que dice “por prescripción médica”. La ficción creada para exorcizar al remedio medicalizándolo, de hecho sólo confunde al comprador. La advertencia de consultar a un médico hace al cliente creer que él mismo es incapaz de cuidarse. En la mayoría de los países del mundo, los médicos simple y sencillamente no están lo bastante bien esparcidos para recetar medicamentos de doble filo cada vez que se requieren, y casi siempre ellos mismos no están preparados, o son demasiado ignorantes, para recetar con la prudencia debida. En consecuencia la función del médico, especialmente en los países pobres, se ha vuelto tri-

vial: se le ha convertido en una rutinaria máquina de recetar que constantemente se ridiculiza, y la mayor parte de la gente toma ahora los mismos medicamentos igualmente al azar, pero sin aprobación médica.⁹⁰

El cloranfenicol es un buen ejemplo de cómo el aval de la prescripción puede ser inútil para proteger a los pacientes, e inclusive promover el abuso. Durante los años sesenta este medicamento se envasaba como cloromicetina por Parke-Davis y producía alrededor de un tercio de las ganancias totales de la compañía. Para entonces ya se había sabido desde hacía varios años que las personas que ingieren este medicamento corren cierto peligro de morir de anemia aplásica, una enfermedad incurable de la sangre. La tifoidea es casi la única enfermedad que, con serias reservas, justifica la administración de esta sustancia. En los últimos años de los cincuenta y los primeros de los sesenta, la Parke-Davis, pese a las fuertes contraindicaciones clínicas, gastó grandes sumas en promover su ganador. Los médicos en los Estados Unidos recetaban cloranfenicol a casi cuatro millones de personas por año para tratar el acné, la garganta irritada, el catarro común, e incluso naderías como padrastrós infectados. Como la tifoidea es rara en los Estados Unidos, no más de una persona en 400 que tomaron el medicamento “necesitaba” el tratamiento. A diferencia de la talidomida, que desfigura, el cloranfenicol mata: borra del mapa a sus víctimas y cientos de ellas murieron sin diagnóstico en los Estados Unidos.⁹¹

El autocontrol de la profesión en tales asuntos nunca ha funcionado,⁹² y las memorias médicas han demostrado ser particularmente olvidadizas.⁹³ Lo mejor que puede decirse es que en Holanda, Noruega o Dinamarca, la autorregulación ha sido en ciertos momentos menos ineficaz que en Alemania, Francia⁹⁴ o Italia,⁹⁵ y que los médicos norteamericanos tienen una peculiar aptitud para admitir errores pasados y unirse a nuevos cortejos.⁹⁶ En los Estados Unidos, durante la década de los cincuenta, el control de los medicamentos por agencias reguladoras se hallaba en su nadir y el autocontrol era nominal.⁹⁷ Luego, durante los años sesenta, periodistas⁹⁸ médicos⁹⁹ y políticos¹⁰⁰ preocupados por la situación lanzaron una campaña que expuso la subordinación de los médicos y los oficiales de gobierno a las firmas farmacéuticas y describió algunas de las pautas del crimen de cuello blanco, prevalentes en la medicina.¹⁰¹ Menos de dos meses después de la denuncia en una audiencia del Congreso, el uso del cloranfenicol en los Estados Unidos disminuyó. La Parke-Davis se vio obligada a insertar en cada paquete estrictas advertencias y cautelas sobre el uso de este medicamento. Pero dichas advertencias no se hicieron extensivas a las exportaciones.¹⁰² El medicamento siguió usándose indiscriminadamente en México, no sólo en la automedicación sino por prescripción, criando entonces cepas de bacilos tifoidicos resistentes al medicamento que ahora se difunden al resto del mundo.

Un solo médico de América Latina, también estadista; trató de limitar radicalmente la invasión farmacéutica. Durante su breve desempeño como presidente de Chile, el doctor Salvador Allende¹⁰³ movilizó con éxito a los pobres para identificar sus propias necesidades en cuestión de salud, y con mucho menos éxito compelió a la profesión médica a servir necesidades básicas más que lucrativas. Propuso la prohibición de los medicamentos que no hubieran sido probados en clientes en Norteamérica o Europa durante todo el tiempo cubierto por la protección de la patente. Resucitó un programa destinado a reducir la farmacopea nacional a unas cuantas docenas de productos, más o menos los mismos que el “médico descalzo” chino lleva en su caja de mimbre negra. Es de no-

tarse que, menos de una semana después de que la junta militar chilena tomó el poder el 11 de septiembre de 1973, muchos de los más activos proponentes de una medicina chilena basada en la acción de la comunidad más que en la importación y el consumo de medicamentos habían sido asesinados.¹⁰⁴

El consumo excesivo de drogas médicas no se limita, desde luego, a zonas donde los médicos son escasos o la gente es pobre. En los Estados Unidos, el volumen del negocio de medicamentos se ha multiplicado por un factor de 100 durante el siglo actual:¹⁰⁵ 20 000 toneladas de aspirina se consumen cada año, casi 225 tabletas por persona.¹⁰⁶ En Inglaterra, una de cada diez noches de sueño es inducida por un medicamento hipnótico y el 19% de las mujeres y el 9% de los hombres toman por prescripción un tranquilizante durante cualquier año dado.¹⁰⁷ En los Estados Unidos, los productos que actúan sobre el sistema nervioso central son los que se difunden con mayor rapidez en el mercado farmacéutico, ya representa más del 31% del total de las ventas.¹⁰⁸ La dependencia respecto de los tranquilizantes recetados ha aumentado un 29% desde 1962, periodo durante el cual el consumo per cápita de alcohol sólo aumentó un 23% y el consumo calculado de opiáceos ilegales, un 50%.¹⁰⁹ En todos los países se obtiene una cantidad significativa de estimulantes y sedantes sin recurrir al médico.¹¹⁰ La toxicomanía medicalizada¹¹¹ ha superado en 1975 a todas las formas escogidas y más festivas de crear bienestar.¹¹²

Esta de moda culpar a las firmas farmacéuticas multinacionales del aumento en el abuso de prescripciones médicas; sus ganancias son altas y su control sobre el mercado es absoluto. Durante quince años, las ganancias de la industria farmacéutica (como porcentaje de las ventas y valor neto de la compañía) han dejado atrás a las de todas las otras industrias manufactureras enlistadas en la Bolsa de Valores. Los precios de los medicamentos están controlados y manipulados: el mismo frasco que se vende a dos dólares en Chicago o Ginebra, donde se produce, pero enfrenta competencia, se vende a doce dólares en un país pobre donde no la hay.¹¹³ El margen de ganancia es, además, fenomenal: cuarenta dólares de diazepam, una vez troquelados en pastillas y empacados como Valium, se venden en 140 veces su valor, y en 70 veces más que el fenobarbital, que en opinión de la mayoría de los farmacólogos tiene las mismas indicaciones, efectos y peligros.¹¹⁴ Como mercancías, los medicamentos recetados se comportan en forma diferente de casi todos los otros artículos: son productos que el consumidor directo rara vez selecciona para sí mismo.¹¹⁵ Los esfuerzos comerciales del productor se dirigen al "consumidor instrumental", el médico que receta el producto pero no lo paga. Para promover el Valium, Hoffman-La Roche gastó 200 millones de dólares en diez años y comisionó a unos doscientos médicos por año para que escribieran artículos científicos acerca de sus propiedades.¹¹⁶ En 1973, la industria farmacéutica en pleno gastó un promedio de 4 500 dólares, en cada médico en funciones, para promoción y publicidad, más o menos el equivalente del costo de un año en la escuela de medicina; en el mismo año, la industria contribuyó en menos del 3% al presupuesto de las escuelas médicas norteamericanas.¹¹⁷

Sin embargo, y sorprendentemente el uso per capita de medicamentos recetados en todo el mundo parece tener poco que ver con la promoción comercial; se correlaciona sobre todo con el número de médicos, incluso en países socialistas donde la enseñanza médica no se halla influenciada por la publicidad de la industria farmacéutica y donde se limita la imposición institucionalizada de medicamentos.¹¹⁸ El consumo total de medica-

mentos en las sociedades industriales no está fundamentalmente afectado por la proporción de artículos vendidos por prescripción a ojos vistas, o ilegalmente, ni lo afecta si la compra se paga al contado, a través de un seguro pagado por adelantado, o con fondos de beneficencia.¹¹⁹ En todos los países, los médicos trabajan cada vez más con dos grupos de adictos: aquellos para los que recetan medicamentos, y aquellos que sufren las consecuencias. Cuanto más rica es la colectividad, mayor es el porcentaje de sus pacientes que pertenecen a ambos grupos.¹²⁰

Culpar a la industria farmacéutica de la adicción a los medicamentos prescritos es tanto tan irrelevante como culpar a la Mafia¹²¹ del uso de drogas ilegales. La actual pauta de consumo excesivo de medicamentos -sean remedio efectivo o anodino, ya sea prescritos o parte de la dieta cotidiana, gratuitos, comprados o robados- sólo puede explicarse como resultado de una creencia que hasta ahora se ha desarrollado en cada cultura donde el mercado para bienes de consumo ha alcanzado un volumen crítico. Esta pauta es consecuente con la ideología de cualquier sociedad orientada hacia el enriquecimiento sin límites, sin importar que su producto industrial se destine a la distribución por los cálculos de los planeadores o por las fuerzas del mercado. En tal sociedad, la gente llega a creer que en la asistencia a la salud, como en todos los otros campos de avance, la tecnología puede usarse para cambiar la condición humana de acuerdo a casi cualquier diseño. En consecuencia, la penicilina y el DDT se ven como los entremeses que preceden a una era de almuerzos gratuitos. La enfermedad resultante de cada plato sucesivo de alimentos milagrosos se trata sirviendo otro platillo más de medicamentos. Así el sobreconsumo refleja una apetencia sentimental, socialmente autorizada, por el progreso de antaño.

La edad de los nuevos medicamentos empezó con la aspirina en 1899. Antes, el médico mismo era, sin discusión, el agente terapéutico más importante.¹²² Aparte del opio, las únicas sustancias de aplicación difundida que habrían pasado pruebas de seguridad y eficacia eran la vacuna contra la viruela, la quinina para el paludismo y la ipecacuana para la disentería. Después de 1899 la marea de medicamentos nuevos siguió subiendo durante medio siglo. Pocos de ellos resultaron más seguros, más eficaces o más baratos que los remedios bien conocidos y largamente probados, cuyo número crecía en forma mucho más lenta. En 1962, cuando la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos empezó a examinar los 4 300 medicamentos de prescripción aparecidos desde la segunda Guerra Mundial, sólo 2 de cada 5 resultaron eficaces. Muchos medicamentos nuevos eran peligrosos, y entre aquellos que cumplían las normas de la Administración, pocos podían demostrarse superiores a los que supuestamente reemplazaban.¹²³ Menos del 98% de estas sustancias químicas constituyen aportaciones valiosas a la farmacopea usada en la asistencia elemental. Incluyen algunos nuevos tipos de remedio, como los antibióticos, pero también remedios viejos que, en el curso de la edad de los medicamentos, llegaron a entenderse lo bastante para ser usados con eficacia: la digitalina, la reserpina y la belladona son ejemplos. Las opiniones varían acerca del número real de medicamentos útiles: algunos clínicos experimentados piensan que menos de dos docenas de medicamentos básicos son todos los que jamás podrían desearse para el 99% de la población total; otros, que hasta cuatro docenas de productos resultan óptimos para el 98%.

La edad de los grandes descubrimientos en farmacología ha quedado atrás. según el actual director de la Administración de Alimentos y Drogas, la edad de los medicamentos

empezó a declinar en 1956. Los medicamentos genuinamente nuevos han aparecido en número decreciente, y muchos que brillaron por un tiempo en Alemania, Inglaterra o Francia, donde las normas son menos severas que en los Estados Unidos, Suecia o Canadá, no tardaron en olvidarse o se recuerdan con vergüenza.¹²⁴ No queda mucho territorio por explorar. Las novedades son asuntos de “paquete” combinaciones de dosis fijas o bien prescripciones de “yo también”¹²⁵ que los doctores recetan porque han sido bien promovidas.¹²⁶ La protección de diecisiete años que la ley de patentes otorga a las nuevas sustancias de importancia ha terminado para la mayoría. Ahora cualquiera puede fabricarlas, siempre y cuando no use las marcas originales, que se hallan protegidas indefinidamente por las leyes del registro comercial. Hasta ahora, las considerables investigaciones no han dado motivo alguno para suponer que los medicamentos expendidos en los Estados Unidos bajo su nombre genérico sean menos eficaces que sus contrapartes de marca registrada, que cuestan de 3 a 15 veces más.¹²⁷

La falacia de que la sociedad está atrapada para siempre en la edad de los medicamentos es uno de los dogmas que han lastrado la elaboración de políticas médicas: está de acuerdo con el hombre industrializado.¹²⁸ Éste ha aprendido a tratar de *comprar* todo lo que se le antoja. No llega a ningún lado sin transportes ni educación; su ambiente le ha hecho imposible caminar, aprender y sentirse en dominio de su cuerpo. Tomar un remedio, no importa cuál sea ni por qué motivo, es una última oportunidad de afirmar un dominio sobre sí mismo, de interferir en su propio cuerpo más que dejar que otros interfieran. La invasión farmacéutica lo lleva a una medicación, indicada por él o por alguien más, que reduce su capacidad para enfrentarse con un cuerpo que él aún puede cuidar.

Índice

105

IMPERIALISMO DEL DIAGNÓSTICO

En una sociedad medicalizada la influencia de los médicos se extiende no sólo al bolsillo y al botiquín sino también a las categorías en las que se encasilla a la gente. Los burócratas médicos subdividen a las personas en aquellas que pueden guiar un automóvil, aquellas que pueden faltar al trabajo, aquellas a quienes hay que encerrar, aquellas que pueden servir en el ejército, aquellas que pueden cruzar fronteras, cocinar, o practicar la prostitución¹²⁹ aquellas que no pueden optar a la vicepresidencia de los Estados Unidos, aquellas que están muertas,¹³⁰ aquellas que son competentes para cometer un crimen y

aquellas que

podrían cometerlo. El 5 de noviembre de 1766, la Emperatriz María Teresa proclamó un edicto donde requería que el médico de la corte certificara la idoneidad de los acusados para sufrir tortura, con el fin de asegurar un testimonio saludable, es decir, "exacto"; ésa fue una de las primeras leyes que establecieron la certificación médica obligatoria. Desde entonces, el llenar formas y firmar declaraciones ha ido ocupando cada vez más tiempo médico.¹³¹ Cada tipo de certificado otorga al recipiente un status especial basado en la opinión médica más que cívica.¹³² Al usarse fuera del proceso terapéutico, dicho status medicalizado logra dos cosas evidentes: (1) exceptúa al recipiente del trabajo, la prisión, el servicio militar o el lazo matrimonial, y (2) da a otros el derecho de interferir en la libertad del recipiente metiéndolo en una institución o negándole empleo. Además, la proliferación de certificados médicos puede investir a la escuela, al empleo y a la política con oportunidades de ejercer nuevas funciones terapéuticas. En una sociedad donde la mayoría de la gente sufre una desviación certificada, el ambiente para tal mayoría desviada llegará a parecer un hospital. Pasar la vida en un hospital es obviamente malo para la salud.

Una vez organizada una sociedad de tal modo que la medicina puede transformar a las personas en pacientes porque son nonatos, recién nacidos, menopáusicos o se hallan en alguna otra "edad de riesgo", la población pierde inevitablemente parte de su autonomía, que pasa a manos de sus curanderos. La ritualización de las etapas de la vida no es nada nuevo;¹³³ lo nuevo es su intensa medicalización. El hechicero o curandero -que se opone al brujo malévolo- dramatizaba el progreso que un miembro de la tribu de los Azandé realizaba de una etapa de su salud a la siguiente.¹³⁴ La experiencia puede haber sido dolorosa,¹³⁵ pero el rito era breve y servía a la sociedad destacando sus propios poderes regenerativos.¹³⁶ La supervisión médica a lo largo de toda la vida es otra cosa. Convierte la existencia en una serie de períodos de riesgo, cada uno de los cuales requiere un tutelaje especial. De la cuna a la oficina y del Club Mediterráneo al pabellón de moribundos, cada cohorte cronológica se halla condicionada por un medio que define la salud para aquellos a quienes segrega. La burocracia higiénica detiene a los padres frente a la escuela y al menor frente a la corte, y expulsa del hogar al anciano. Al convertirse en un sitio especializado, la escuela, el trabajo o el hogar se vuelven inadecuados para la mayoría de la gente. El hospital, la catedral moderna, domina este hierático ambiente de devotos de la salud. De Estocolmo a Wichita las torres del centro médico imprimen en el paisaje la promesa de un conspicuo abrazo final. La vida del pobre y del rico se transforma en un peregrinaje a través de chequeos y de clínicas, de regreso hacia el pabellón donde comenzó.¹³⁷ Así la vida se reduce a un "lapso", a un fenómeno estadístico que, para bien o para mal, ha de planearse y configurarse institucionalmente. Este lapso de vida se inicia con el chequeo prenatal, cuando el médico decide si el feto nacerá y cómo habrá de hacerlo, y termina con una señal en un diagrama para ordenar que la resurrección se suspenda. Entre el parto y el final, este paquete de asistencia biomédica se ajusta mejor en una ciudad construida como matriz mecánica. En cada etapa de su vida la gente es inhabilitada específicamente para su edad. Los viejos son el ejemplo más obvio: son víctimas de tratamientos calculados para una condición incurable.¹³⁸

La carga principal de los padecimientos humanos está constituida por enfermedades agudas o benignas, que poseen sus propios límites o que se controlan por unas cuantas

docenas de intervenciones rutinarias.¹³⁹ Dentro de una amplia gama de afecciones, aquellas que reciben menos tratamiento son probablemente las que evolucionan mejor. “Para el enfermo -dijo Hipócrates-, lo menos es lo mejor.” En la mayoría de los casos, lo mejor que puede hacer un médico docto y consciente es convencer al paciente de que puede vivir con su impedimento, tranquilizarlo con la idea de una eventual recuperación o que habrá morfina disponible cuando la necesite, hacer por él lo que su abuela hubiera hecho, y dejar el resto en manos de la naturaleza.¹⁴⁰ Los nuevos trucos de aplicación frecuente son tan simples que la última generación de abuelas los habría aprendido tiempo atrás si la arrogante mistificación médica no las hubiera vuelto incompetentes. El entrenamiento de los niños exploradores, las leyes del Buen Samaritano y la obligación de llevar en cada automóvil un equipo de primeros auxilios evitarían más muertes en las carreteras que cualquier flotilla de helicópteros- ambulancia. Aquellas otras intervenciones que forman parte de la asistencia elemental y que, aún requiriendo la intervención de especialistas, han probado su eficacia sobre una base demográfica, pueden emplearse más eficientemente si mi vecino o yo nos sentimos responsables de saber cuándo se necesitan y de aplicar los primeros auxilios. En cuanto a la enfermedad aguda, el tratamiento, lo bastante complejo para requerir un especialista, es a menudo ineficaz y mucho más a menudo inaccesible o bien demasiado tardío. Tras veinte años de medicina socializada en Inglaterra y Gales, los doctores llegan a atender los casos de coronaria, por término medio, cuatro horas después de iniciarse los síntomas, y para entonces el 50% de los pacientes han muerto.¹⁴¹

El hecho de que la medicina moderna haya adquirido gran eficacia para síntomas específicos no significa que sea más beneficiosa para la salud del enfermo.

Con ciertas reservas, los severos límites del tratamiento médico eficaz se aplican no sólo a condiciones que desde hace tiempo fueron reconocidas como enfermedades -reumatismo, apendicitis, falla cardíaca, males degenerativos y muchos padecimientos infecciosos- sino en forma aún más drástica a aquellas que sólo en fecha reciente generaron demandas de asistencia médica. Por ejemplo, la vejez, que en diversas instancias era considerada un privilegio dudoso o un final patético pero nunca una enfermedad,¹⁴² ha sido puesta recientemente bajo las órdenes médicas. La demanda de asistencia a la vejez ha aumentado, no sólo porque hay más ancianos que sobreviven, sino también porque hay más gente que exige ser curada de la ancianidad.

La duración máxima de la vida no ha cambiado, pero sí la duración media. La expectativa de vida en el instante del nacimiento ha aumentado enormemente. Sobreviven muchos más niños, no importa cuán enfermizos sean y necesitados de un ambiente especial y de cuidados especiales. La expectativa de vida de los adultos jóvenes todavía está creciendo en algunos países pobres. Pero en los países ricos la expectativa de vida de quienes se hallan entre los quince y los cuarenta y cinco años ha tendido a estabilizarse porque los accidentes¹⁴³ y las nuevas enfermedades de la civilización matan tantos como los que antes sucumbían a la neumonía y a otras infecciones. Hay relativamente más ancianos, cada vez más susceptibles de estar enfermos, desplazados e indefensos. Por más medicina que tomen, y cualquiera que sea la asistencia que reciban, su expectativa de vida de sesenta y cinco años ha permanecido inalterada a lo largo de un siglo. Sencillamente, la medicina no puede hacer mucho por las enfermedades asociadas a la vejez, y menos aún actuar sobre el proceso mismo de envejecer.¹⁴⁴ No puede curar los padecimientos cardiovasculares, la mayoría de los cánceres, la artritis, la cirrosis avan-

zada, ni siquiera el catarro común. Es una fortuna que pueda atenuarse algo del dolor que sufren los viejos. Pero desdichadamente la mayoría de los tratamientos para los ancianos que requieren intervención especializada no sólo suelen acrecentar su dolor, sino que, cuando son eficaces, también lo prolongan.¹⁴⁵

La vejez se ha medicalizado precisamente en el momento histórico en que, por razones demográficas, se convierte en un fenómeno más común: el 28% del presupuesto médico norteamericano se gasta en el 10% de la población que tiene más de 65 años. Esta minoría supera en crecimiento al resto de la población con un índice anual de 3%, mientras que el costo per capita de su atención se eleva a razón de 5 a 7% más rápidamente que el costo per capita de la asistencia general. Conforme más y más gente de edad adquiere derecho a la asistencia profesional, declinan las oportunidades de envejecer con independencia.

Son más los que tienen que buscar refugio en las instituciones. Simultáneamente, conforme un número mayor de ancianos son iniciados en un tratamiento para corregir impedimentos incorregibles o para curar enfermedades incurables, el número de demandas insatisfechas de servicios para la vejez crece en proporción geométrica.¹⁴⁶ Si falla la vista de una anciana, su malestar no será reconocido a menos que ingrese en la "institución para la ceguera": una de las 800 y tantas agencias que en los Estados Unidos producen servicios para los ciegos, preferiblemente para los jóvenes y para aquellos que pueden ser rehabilitados para el trabajo.¹⁴⁷ Como no es joven ni está en edad de trabajar, nuestra anciana recibirá apenas una bienvenida a regañadientes; al mismo tiempo, tendrá dificultades para adaptarse al hospicio de ancianos. En tal forma será medicalizada marginalmente por dos tipos de instituciones, el primero destinado a socializarla entre los ciegos, el otro a medicalizar su decrepitud.

Conforme más viejos llegan a depender de los servicios profesionales, más gente es empujada hacia instituciones especializadas para los ancianos, y la vecindad familiar se hace crecientemente inhóspita para quienes se aferran a ella.¹⁴⁸ Estas instituciones parecen ser la estrategia contemporánea para disponer de los ancianos, que en casi todas las otras sociedades han sido institucionalizados en formas más francas y tal vez menos abominables.¹⁴⁹ El índice de mortalidad durante el primer año de institucionalización es significativamente más alto que el correspondiente a aquellos que permanecen en su ámbito habitual.¹⁵⁰ La separación del hogar contribuye al surgimiento y al desenlace fatal de muchas enfermedades graves.¹⁵¹ Algunos ancianos buscan la institucionalización con el fin de acortar su vida.¹⁵² La dependencia es siempre dolorosa, y sobre todo para los viejos. Los privilegios o la pobreza de la vida alcanzan un clímax en la vejez moderna. Sólo los muy ricos y los muy independientes pueden escoger evitar esa medicalización del periodo final a la que los pobres deben someterse y que se hace más intensa y universal conforme la sociedad en que vive se hace más rica.¹⁵³

La transformación de la vejez en una condición que requiere servicios profesionales ha adjudicado al anciano el papel de una minoría que se sentirá penosamente despojada en cualquier plano de privilegio relativo sostenido por los impuestos. De ser ancianos débiles que a veces sufren la amargura y el desencanto del relegamiento, se les convierte en miembros certificados del más triste de los grupos de consumidores, el de los viejos programados para nunca recibir lo suficiente.¹⁵⁴ Lo que el encasillamiento médico ha hecho con el final de la vida, lo ha hecho igualmente con su principio. Igual que el poder del médico se afirmó en primera instancia sobre la vejez y a la larga invadió la jubilación

temprana y el climaterio, su autoridad en la sala de partos, que data de mediados del siglo XIX, se extendió a la guardería infantil, al jardín de niños y al salón de clases y medicalizó la infancia, la niñez y la pubertad. Pero mientras que la defensa de límites a la escalada de asistencia costosa para los ancianos se ha vuelto aceptable, los límites a las llamadas inversiones médicas en la niñez son todavía un tema que parece tabú. Los padres industriales, forzados a procrear mano de obra para un mundo en el que no encaja nadie que no haya sido aplastado y moldeado por 16 años de educación formal, se sienten impotentes para atender personalmente a su prole y, desesperados, la anegan de medicinas.¹⁵⁵ Las proposiciones de reducir los gastos médicos en los Estados Unidos, que actualmente ocupan un nivel aproximado de 100 mil millones de dólares, al nivel de 10 mil millones que tenían en 1950, o de cerrar las escuelas de medicina en Colombia, nunca generan controversia porque quienes las hacen son rápidamente desacreditados como insensibles proponentes del infanticidio o de la exterminación masiva de los pobres. La actitud empresarial hacia la elaboración de adultos económicamente productivos ha hecho de la muerte en la infancia un escándalo, de la incapacitación por enfermedad temprana una vergüenza pública, de la malformación congénita no corregida un espectáculo intolerable, y de la posibilidad del control natal eugenésico un tema favorito de los congresos internacionales en los años setenta.

En cuanto a la mortalidad infantil, ciertamente se ha reducido. La expectativa de vida en los países desarrollados ha aumentado de 35 años en el siglo XVIII a 70 años en la actualidad. Esto se debe principalmente a la reducción de la mortalidad infantil en dichos países; por ejemplo, en Inglaterra y Gales el número de muertes infantiles por cada mil nacidos con vida declinó de 154 en 1840 a 22 en 1960. Pero sería enteramente incorrecto atribuir más de una de esas vidas "salvadas" a una intervención curativa que presuponga algo semejante a una preparación médica, y sería un engaño atribuir el índice de mortalidad infantil en los países pobres, que en algunos casos es 10 veces mayor que en los Estados Unidos, a la falta de médicos. Los alimentos la antisepsia, la ingeniería civil y, sobre todo, un nuevo, y extendido disvalor atribuido a la muerte de un niño,¹⁵⁶ por más débil o malformado que sea, resultan factores mucho más significativos y representan cambios sólo remotamente relacionados con la intervención médica. Mientras que en mortalidad infantil total los Estados Unidos ocupan el decimoséptimo lugar entre las naciones, la mortalidad de niños entre los pobres es mucho más alta que entre los grupos de mayores ingresos. En la ciudad de Nueva York, la mortalidad infantil entre la población negra es más de 2 veces la registrada para la población en general, y probablemente más alta que en muchas zonas subdesarrolladas como Tailandia y Jamaica.¹⁵⁷ La insistencia en que se necesitan más médicos para impedir la muerte de infantes puede así entenderse como una manera de evitar la igualación de ingresos y de crear al mismo tiempo más trabajos para profesionistas. Sería igualmente aventurado afirmar que en el ambiente general los cambios que sí tienen una relación causal con la presencia de los médicos representan un balance positivo para la salud. Aunque los médicos fueron los pioneros de la antisepsia, la inmunización y los suplementos dietéticos, participaron, sin embargo, en el cambio al biberón que convirtió al tradicional niño de pecho en un bebé moderno y dio a la industria madres trabajadoras clientes para una fórmula hecha en fábricas.

Los daños que este cambio ocasiona a los mecanismos de inmunidad natural cultivados por la leche humana y la tensión física y emotiva causada por la alimentación con bi-

berón son comparables, si no mayores, a los beneficios que una población puede derivar de inmunizaciones específicas.¹⁵⁸ Incluso más grave es la aportación del biberón a la amenaza de una hambruna mundial de proteínas. Por ejemplo, en 1960, el 96% de las madres chilenas daban el pecho a sus niños hasta después del primer año. Luego, durante una década, las chilenas pasaron por un intenso adoctrinamiento político tanto por parte de los derechistas demócratas cristianos como de varios partidos de izquierda. En 1970 sólo el 6% daba el pecho más allá del primer año y el 80% destetaba a sus hijos antes de que cumplieran dos meses. Como resultado, el 84% del potencial de leche humana queda ahora sin producirse. Habría que agregar 32 000 vacas a las ya insuficientes pasturas chilenas para que su leche compensara en lo posible- esta pérdida.¹⁵⁹ Al convertirse el biberón en símbolo de prestigio, aparecieron nuevas enfermedades entre los niños a quienes se negó el pecho, y como las madres carecían de sabiduría tradicional para tratar a los bebés que no maman, éstos se convirtieron en nuevos consumidores de la atención médica y de sus riesgos.¹⁶⁰ La suma total de impedimentos físicos debidos solamente a esta sustitución de la leche materna por alimentos comerciales para bebés resulta difícil de equilibrar con los beneficios derivados de la intervención médica curativa en las enfermedades infantiles y de la corrección quirúrgica de defectos natales que van desde el labio leporino hasta los defectos cardiacos. Podría, desde luego, argumentarse que la clasificación médica de grupos de edad según sus necesidades diagnosticadas de artículos de salud no está generando salud morbosa sino sólo está reflejando el quiebre de la familia como nicho saludable, del vecindario como red de buenos amigos, y del medio como refugio de una comunidad de subsistencia. Sin duda es verdad que una percepción social medicalizada refleja una realidad que está determinada por la organización de una producción a base de capital intensivo, y que su correspondiente pauta social de familias nucleares, de agencias de beneficencia y de naturaleza contaminada es lo que degrada el hogar, el vecindario y el ambiente. Pero la medicina no se limita a reflejar la realidad; refuerza y reproduce el proceso que mina los dichos sociales dentro de los cuales se ha desarrollado el nombre. La clasificación médica justifica el imperialismo de los artículos comerciales, como los “baby foods” sobre la leche materna y los hospicios de ancianos sobre un rincón en el hogar. Al convertir al recién nacido en un paciente hospitalizado hasta que se le certifique sano, y al definir las quejas de la abuela como necesidad de tratamiento más que de respeto paciente, la empresa médica no sólo crea una legitimidad biológicamente formulada para el hombre-consumidor sino también nuevas presiones para una escalada de la megamáquina.¹⁶¹ La selección genética de aquellos que encajan en la máquina es el próximo paso lógico del control médicosocial.

Índice

121

EL ESTIGMA PREVENTIVO

A medida que el tratamiento curativo se concentra cada vez más en afecciones para las

que resulta ineficaz, costoso y doloroso, la medicina ha empezado a mercantilizar la prevención. El concepto de morbilidad se ha ampliado para cubrir riesgos pronosticados. Junto con la asistencia a los enfermos, la asistencia a la salud se ha convertido en una mercancía, en algo por lo que uno paga en vez de algo que uno hace. Cuanto más alto es el sueldo que paga la compañía o más elevada la categoría de un *aparatchik*, más se gastará en mantener bien aceitada esa valiosa pieza de la maquinaria. Los costos de mantenimiento de la mano de obra altamente capitalizada son la nueva medida de status entre quienes ocupan los peldaños superiores. La gente se mantiene a la altura de sus vecinos emulando sus “chequeos” o *check-ups*, expresión inglesa que ha ingresado en los diccionarios franceses, serbios, españoles, malayos y húngaros. Se convierte a la gente en paciente sin estar enferma. Así, la medicalización de la prevención es otro síntoma importante de la yatrogénesis social. Tiende a transformar la responsabilidad personal por mi futuro en mi administración por parte de alguna agencia.

Por lo común, el peligro del diagnóstico rutinario es aún menos temido que el peligro del tratamiento rutinario, aunque los perjuicios sociales, físicos y psicológicos infligidos por la clasificación médica se hallan igualmente documentados. Los diagnósticos hechos por el médico y sus ayudantes pueden definir papeles temporales o permanentes para el paciente. En cualquiera de estos casos, agregan a una condición biofísica un estado social creado por una evaluación supuestamente hecha con autoridad.¹⁶² Cuando un veterinario diagnostica moquillo a una vaca, no suele afectar la conducta del paciente.

Cuando un médico diagnostica a un ser humano, sí la afecta.¹⁶³ En aquellas instancias en las que el médico funciona como curandero, confiere a la persona reconocida como enferma ciertos derechos, deberes y excusas que poseen una legitimidad condicional y temporal y que expiran cuando el paciente ha sanado; la mayor parte de las enfermedades no deja mancha alguna de desviación o conducta desordenada en la reputación del paciente. A nadie le interesan los ex alérgicos o los ex pacientes de apendicectomía, del mismo modo que nadie será recordado como un ex infractor de las leyes de tránsito. Empero, hay otras instancias en las que el médico actúa primordialmente como actuario y su diagnóstico puede difamar de por vida al paciente, y a veces a sus hijos. Al achacar degradación irreversible a la identidad de una persona, lo marca para siempre con un estigma indeleble.¹⁶⁴ Aunque la condición objetiva haya desaparecido mucho tiempo atrás, la etiqueta yatrogénica sigue adherida. Como los exconvictos, los antiguos pacientes mentales, las personas que han sufrido su primer ataque cardíaco, los antiguos alcohólicos, y, hasta hace poco, los ex tuberculosos son transformados en marginados por el resto de sus días. La sospecha profesional basta por sí sola para legitimizar el estigma aunque la condición sospechada nunca existiera. La etiqueta médica puede proteger, al paciente del castigo sólo para someterlo interminablemente a instrucción, tratamiento y discriminación, que se le infligen para su beneficio profesionalmente supuesto.¹⁶⁵

En tiempos pasados, la medicina etiquetaba a la gente de dos maneras: aquellas con las que se podía intentar una cura y aquellas que estaban más allá de reparación, como los leprosos, los cojos, los locos y los moribundos. En una u otra forma, el diagnóstico podía conducir al estigma. Ahora la prevención medicalizada crea una tercera forma. Convierte al médico en un mago con licencia oficial cuyas profecías baldan incluso a quienes sus brebajes dejan ilesos.¹⁶⁶ El diagnóstico puede excluir del nacimiento a un ser humano con malos genes, a otro, del ascenso y a un tercero, de la vida política. La caza masiva

de riesgos a la salud se inicia con redadas destinadas a agarrar a aquellos que necesitan protección especial: visitas médicas prenatales, clínicas para niños sanos, chequeos en escuelas y campamentos y sistemas médicos pagados por adelantado.¹⁶⁷ Recientemente se añadieron servicios “de asesoría” de genética y de presión arterial. Orgullosamente, los Estados Unidos guiaron al mundo en la organización de cacerías de enfermedad y, más tarde, en la puesta en duda de su utilidad.¹⁶⁸

En la década pasada los exámenes médicos multifásicos y automatizados se hicieron operacionales y fueron recibidos como el ascenso de los pobres al mundo de la clínica Mayo. Este procedimiento de línea de ensamblaje de complejas pruebas químicas y médicas puede lograrse a un costo sorprendentemente bajo con técnicos paraprofesionales. Pretende ofrecer a millones de personas una detección de necesidades terapéuticas ocultas, más refinada aún que la que podían obtener en los años sesenta los jercas más “cotizados” en Houston o Moscú. La falta de estudios bajo control al estrenar estos exámenes ha permitido a los vendedores de la prevención producida en masa, fomentar expectativas sin fundamento. Más recientemente, se han realizado bajo control estudios comparativos de grupos de población beneficiados por el servicio de mantenimiento y el diagnóstico precoz. Dos docenas de dichos estudios muestran que estos procedimientos de diagnóstico incluso cuando son seguidos por tratamientos médicos de alta calidad- no tienen ningún impacto positivo sobre la expectativa de vida.¹⁶⁹ Irónicamente, los desórdenes asintomáticos graves que sólo este tipo de filtraje puede descubrir entre los adultos frecuentemente son enfermedades incurables cuyo tratamiento precoz sólo agrava el estado físico del paciente. En cualquier caso, transforma a gente que se siente sana en pacientes ansiosos por un veredicto.

En la detección de la enfermedad, la medicina hace dos cosas: “descubre” nuevos desórdenes y los adscribe a individuos concretos. Descubrir una nueva categoría de enfermedad es el orgullo del científico médico.¹⁷⁰ Adscribir la patología a Fulano, Zutano o Mengano es la primera tarea del médico que actúa como miembro de una profesión consultiva.¹⁷¹ Entrenado para “hacer algo” y expresar su preocupación se siente activo, útil y eficaz cuando puede diagnosticar un mal.¹⁷² Aunque teóricamente, en el primer encuentro el médico no presupone que su paciente se halla afectado por una enfermedad, sin embargo a través de una forma del principio de autoprotección suele actuar como si el imputar una enfermedad al paciente fuera mejor que pasar otra por alto. La regla de la decisión médica lo empuja a buscar seguridad diagnosticando enfermedad antes que salud.¹⁷³ La clásica demostración de este prejuicio se dio en un experimento realizado en 1934.¹⁷⁴ En una encuesta de mil niños de once años procedentes de las escuelas públicas de Nueva York, se descubrió que el 61% había sufrido la extirpación de las amígdalas. “El 39% restante fue sometido a examen por un grupo de médicos, que seleccionaron el 45% de estos niños para la tonsilectomía y rechazaron al resto. Los niños rechazados fueron reexaminados por otro grupo de médicos, que recomendaron la tonsilectomía para el 46% de los que quedaban después del primer examen. Cuando los niños rechazados fueron examinados por tercera vez, un porcentaje similar fue seleccionado para la tonsilectomía, de modo que al cabo de tres exámenes sólo quedaban 65 niños para los que no se había recomendado la tonsilectomía. Estos sujetos no fueron examinados nuevamente porque se agotó la dotación de médicos examinadores.¹⁷⁵ La prueba se realizó en una clínica gratuita, donde no había consideraciones financieras que explicaran el prejuicio.

El diagnóstico tendencioso en favor de la enfermedad se combina con el frecuente error de diagnóstico. La medicina no sólo imputa, con entusiasmo inquisitorial, categorías dudosas; lo hace con un índice de malogro que ningún sistema judicial podría tolerar. En cierta instancia, la autopsia mostró que más de la mitad de los pacientes que murieron en una clínica universitaria británica con diagnóstico de una falla cardíaca específica había en realidad muerto de otra cosa. En otra instancia, la misma serie de radiografías pectorales mostradas en diferentes ocasiones al mismo equipo de especialistas hicieron que éstos cambiaran de parecer en el 20% de los casos. Los pacientes que ante el doctor Fulano dicen toser, producir esputo o sufrir de retortijones, llegan a ser tres veces más que los que declaran los mismos síntomas al doctor Mengano. Hasta un cuarto de las pruebas sencillas de hospital arroja resultados seriamente divergentes cuando la misma muestra se procesa en dos laboratorios distintos.¹⁷⁶ Tampoco las máquinas muestran ser más infalibles. En una competencia entre máquinas de diagnóstico y diagnosticadores humanos en 83 casos recomendados para cirugía pélvica, la patología mostró que tanto el hombre como la máquina acertaron en 22 ocasiones; en 37 casos, la computadora rechazó acertadamente el diagnóstico del médico; en 11 casos, los médicos probaron el error de la computadora, y en 10 casos, el error fue de ambas partes.¹⁷⁷

Además del prejuicio y del error de diagnóstico, hay la agresión licenciosa.¹⁷⁸ El cateterismo cardíaco, para determinar si algún paciente sufre cardiomiopatía -no se trata, desde luego, de una prueba rutinaria-, cuesta 350 dólares y mata a uno de cada cincuenta pacientes. Pero no existe evidencia de que un diagnóstico *diferencial* fundado en sus resultados aumente ni la expectativa de vida ni la comodidad del paciente.¹⁷⁹ La mayoría de las pruebas son menos asesinas y se realizan mucho más comúnmente, pero muchas implican aún, para el individuo o su progenie, riesgos conocidos que son lo bastante altos como para oscurecer valor de cualquier información que puedan aportar. Ejemplos de esto son numerosos usos rutinarios de los rayos X y el fluoroscopio en los jóvenes, la inyección o ingestión de reactivos y tinturas y el uso de Ritalin para diagnosticar la hiperactividad en los niños.¹⁸⁰ La asistencia a las escuelas públicas donde los maestros están investidos de poderes médicos delegados constituye un grave riesgo para la salud de los niños.¹⁸¹ Incluso exámenes sencillos y benignos se convierten en riesgos al multiplicarse. Cuando una prueba se asocia con varias otras, tiene un poder nocivo considerablemente mayor que cuando se realiza por sí misma. A menudo las pruebas sirven para orientar la elección de la terapéutica. Desgraciadamente, a medida que se hacen más complejas y se multiplican, sus resultados sólo guían con frecuencia a seleccionar la forma de intervención a la cual tal vez el paciente pueda sobrevivir, y no necesariamente aquella que lo ayudará. Lo peor de todo es que cuando la gente ha atravesado, ileso o no, la compleja diagnosis positiva del laboratorio, ha incurrido en un alto riesgo de ser sometida a tratamientos odiosos, dolorosos, invalidantes y costosos. No es extraño que los médicos tiendan a postergar más que los legos la visita a su propio médico y que se hallen en peores condiciones cuando llegan a él.¹⁸²

La práctica rutinaria de exámenes para el diagnóstico precoz en grandes poblaciones garantiza al científico médico una amplia base para seleccionar los casos que mejor encajen en los medios de tratamiento existentes o que son más eficaces para lograr objetivos de investigación, ya sea que los tratamientos curen, rehabiliten, alivien o no lo hagan. En ese proceso se robustece la creencia de la gente de que son máquinas cuya duración depende de visitas al taller de mantenimiento, y así no sólo se les obliga sino

que se les presiona a pagar la cuenta de las investigaciones de mercado y las actividades de venta de la institución médica.

La diagnosis intensifica siempre la tensión, define la incapacidad, impone la inactividad, y enfoca la aprehensión en la posibilidad de no recuperarse, en la insertidumbre y en la propia dependencia respecto a los futuros descubrimientos médicos, todo lo cual resulta en una pérdida de autonomía para la definición de sí mismo. También aísla a una persona dentro de un papel especial, la separa de los normales y saludables y requiere el sometimiento a la autoridad del personal especializado. Una vez que una sociedad se organiza para una cacería preventiva de enfermedades, otorga proporciones epidémicas a la diagnosis. Este triunfo último de la cultura terapéutica ¹⁸³ convierte la independencia del individuo sano en una intolerable forma de desviación.

A la larga, la actividad principal de tal sociedad de sistemas dirigidos por dentro conduce a la producción fantasmal de la expectativa de vida como una mercancía. Al equiparar al hombre estadístico con hombres biológicamente únicos se crea una demanda insaciable de recursos finitos.

El individuo se subordina a las “necesidades” mayores de la sociedad como todo, los procedimientos preventivos se hacen obligatorios ¹⁸⁴ y el derecho del paciente a negar consentimiento a su propio tratamiento se desvanece al argumentar el médico que debe someterse a la diagnosis, ya que la sociedad no puede permitirse la carga de procedimientos curativos que serían incluso más costosos. ¹⁸⁵

Índice

CEREMONIAS TERMINALES

La terapéutica alcanza su apogeo en la danza de la muerte en torno al paciente terminal. ¹⁸⁶ A un costo que varía entre 500 y 2 000 dólares diarios, ¹⁸⁷ celebrantes vestidos de blanco y azul envuelven en olores antisépticos lo que queda del paciente. ¹⁸⁸ Mientras más exóticos sean el incienso y la pira, más la muerte se mofa del sacerdote. ¹⁸⁹ El uso religioso de la técnica médica ha llegado a prevalecer sobre su propósito técnico, y la frontera entre el médico y el empresario mortuario se ha borrado. ¹⁹⁰ Las camas están llenas de cuerpos ni muertos ni vivos. ¹⁹¹ El médico conjurador se percibe a sí mismo como un administrador de crisis. ¹⁹² En forma insidiosa provee a cada ciudadano en su última hora un encuentro con el opaco sueño de poder infinito de la sociedad. ¹⁹³ Como cualquier administrador de crisis bancarias, estatales o psiquiátricas planea estrategias que se derrotan a sí mismas y ordena recursos que, en su inutilidad y futilidad, parecen tanto más grotescos. En el último momento, promete a cada paciente ese derecho a la prioridad absoluta del que la mayoría de la gente se considera indigna.

La ritualización de la crisis, rasgo general de una sociedad morbosa, consigue tres cosas para el funcionario médico. Le provee una licencia que por lo común sólo los militares pueden reclamar. Bajo la tensión de la crisis, el profesional que se supone al mando puede fácilmente considerarse inmune a las reglas comunes de justicia y decencia. Aquel quien se asigna el control sobre casos de muerte cesa de ser un hombre ordinario. Como ocurre con el director de un ‘triage’, su acción asesina está cubierta por un

reglamento.¹⁹⁴ Más importante resulta que todo su desempeño tenga lugar en un aura de crisis.¹⁹⁵ Por formar un confín encantado no totalmente de este mundo, el tiempo y el espacio de comunidad reclamados por la empresa médica son tan sagrados como los reclamados por sus contrapartes religiosa y militar. La medicalización de la asistencia terminal no sólo ritualiza sueños macabros sino que extiende la licencia profesional para actos obscenos: la escalada de tratamientos terminales libra al médico de toda necesidad de probar la eficacia técnica de los recursos que maneja.¹⁹⁶ No hay límites a su poder de exigir cada vez más y más. Finalmente, la muerte del paciente coloca al médico más allá de todo control y toda crítica potenciales. En la última mirada del paciente y en la perspectiva de toda la vida de los “morituri” no cabe la esperanza, sólo la última expectativa del médico. ¹⁹⁷ La orientación de cualquier institución hacia la “crisis” justifica una enorme ineficacia ordinaria.¹⁹⁸

La muerte de hospital es ya endémica.¹⁹⁹ En los últimos 25 años el porcentaje de norteamericanos que mueren en un hospital ha crecido en una tercera parte.²⁰⁰ El porcentaje de muertes de hospital en otros países ha crecido aún más rápido. La muerte sin presencia médica se hace sinónimo de terquedad romántica, privilegio o desastre. El costo de los últimos días de un ciudadano ha crecido, según se calcula, en un 1200%, mucho más aprisa que el costo general de la asistencia a la salud. Simultáneamente, al menos en los Estados Unidos, los costos funerales se han estabilizado; su ritmo de crecimiento se ha emparejado con el alza del índice general de precios al consumidor. La fase más elaborada de las ceremonias terminales rodea ahora al paciente moribundo y ha sido separada, bajo control médico, de las exequias y del entierro. En este traslado del despilfarro de la tumba al pabellón médico, que refleja el horror de morir sin asistencia médica,²⁰¹ los asegurados pagan por participar en sus propios ritos fúnebres.²⁰²

El miedo a la muerte no medicada fue sentido por vez primera entre las élites del siglo XVIII, quienes rehusaron la asistencia religiosa y rechazaron la creencia en otra vida. ²⁰³ Una nueva oleada de este medio ha anegado ahora a ricos y pobres, y se ha combinado con el pathos igualitario para crear una nueva categoría de bienes: aquellos que escasean “terminalmente” porque son expropiados por el médico en cámaras mortuorias de alto costo. Para distribuir estos bienes, ha surgido una nueva rama de literatura legal ²⁰⁴ y ética que trata las cuestiones de cómo excluir a algunos, seleccionar a otros y justificar la elección de técnicas que prolongan la vida y de maneras de hacer a la muerte más cómoda y aceptable.²⁰⁵ Tomada en conjunto, esta literatura narra una historia notable acerca de la mente del jurista y el filósofo contemporáneos. La mayor parte de los autores ni siquiera preguntan si las técnicas que sustentan sus especulaciones han demostrado realmente prolongar la vida. Ingenuamente aceptan la ilusión de que, por ser costosos, los rituales practicados deben ser útiles. En tal forma la ley y la ética apuntalan la creencia en el valor de los reglamentos que regulan la igualdad médica, políticamente inocua, en el momento de la muerte.

El moderno temor a la muerte no higiénica hace que la vida aparezca como una carrera hacia la embrollada terminal y ha quebrantado en forma única la confianza personal.²⁰⁶ Ha fomentado la creencia de que el hombre de hoy ha perdido la autonomía de reconocer cuando ha llegado su hora y tomar la muerte en sus propias manos. ²⁰⁷ El rechazo del médico a reconocer el punto en el que ha dejado de ser útil como curandero²⁰⁸ y a retirarse cuando la muerte se nuestra en el rostro de su paciente,²⁰⁹ ha hecho de él un agente de la evasión o del disimulo descarado.²¹⁰ La falta de voluntad del paciente para

morir a solas lo ata a una dependencia patética. Ha perdido ya la fe en su habilidad para morir, forma terminal que la salud puede adoptar, y ha convertido en importante tema de debate el derecho a que lo maten profesionalmente.²¹¹

En una orientación cultural hacia la muerte en los pabellones se entretajan varias expectativas no examinadas. La gente piensa que la hospitalización reducirá su dolor o que probablemente vivirá más tiempo en el hospital. Ninguna de estas cosas es cierta. De los admitidos en una condición terminal en la clínica británica promedio, el 10% mueren el día de su llegada, el 30% antes de una semana, el 75% antes de un mes y el 97% antes de tres meses.²¹² En los hogares para asistencia terminal, el 56% mueren en el curso de la semana en que ingresan. En el cáncer terminal, no existe diferencia en la expectativa de vida entre aquellos que fallecen en su casa y aquellos que mueren en el hospital. Sólo una cuarta parte de los pacientes de cáncer terminal necesitan cuidados especiales en la casa, y eso únicamente durante sus últimas semanas. Para más de la mitad, el sufrimiento se reducirá a sentirse débiles e incómodos, y el dolor que haya puede por lo general aliviarse.²¹³ Pero al quedarse en casa evitan el exilio, la soledad y las indignidades que los aguardan en todo hospital, salvo casos excepcionales.²¹⁴ Los negros pobres en Estados Unidos parecen saber esto y perturban la rutina hospitalaria llevándose su muerte a casa. Los opiáceos no se obtienen sin receta. Los pacientes que durante meses o años sufren agudos dolores que los narcóticos podrían hacer tolerables, tienen igual probabilidad de que les nieguen medicamentos en el hospital como en la casa, no sea que vayan a crearse un hábito en su condición incurable pero no directamente fatal.²¹⁵ Finalmente, la gente cree que la hospitalización aumenta sus probabilidades de sobrevivir a una crisis. Con algunas excepciones bien definidas, también en este punto suele equivocarse. Actualmente, a causa de que la intervención crítica se centra en el hospital, mueren más personas de las que podrían salvarse con las técnicas superiores que el hospital ofrece. En los países pobres el número de niños muertos de cólera o diarrea ha aumentado en los últimos años porque no se les rehidrató a tiempo obligándolos a tragar una solución sencilla: la asistencia estaba centrada en la refinada rehidratación intravenosa en un hospital distante.²¹⁶ En los países ricos las muertes causadas por el uso de equipos de evacuación empiezan a equilibrar el número de vidas así salvadas. El "culto" al hospital no guarda relación alguna con sus logros.

Como cualquier otra industria en crecimiento, el sistema de salud dirige sus productos a donde la demanda parece ilimitada: en la defensa contra la muerte. Un porcentaje creciente de fondos procedentes de nuevos impuestos se asigna a la tecnología que busca prolongar la vida de los pacientes terminales. Complejas burocracias seleccionan santurrónicamente uno de cada seis o uno de cada tres norteamericanos amenazados por insuficiencia renal para mantenimiento dialítico. El paciente elegido se ve condicionado a desear el raro privilegio de morir en exquisito tormento.²¹⁷ Como un médico observa en un re-

lato del tratamiento de su propia enfermedad, hay que invertir mucho tiempo y esfuerzo para prevenir el suicidio en el curso del primer año y a veces en el segundo que el riñón artificial puede agregar a la vida.²¹⁸ En una sociedad donde la mayoría muere bajo el control de la autoridad pública, las solemnidades que antes rodeaban el homicidio legalizado o la ejecución adornan el pabellón terminal. El suntuoso tratamiento de los comatosos ocupa el sitio que en otras culturas tiene la última comida o cena del sentenciado a

muerte.²¹⁹

La fascinación pública por la asistencia y la muerte altamente tecnológicas puede entenderse como una arraigada necesidad de milagros fabricados. La asistencia intensiva es sólo la culminación de un culto público organizado en torno a un sacerdocio médico que lucha contra la muerte.²²⁰ La buena disposición del público para financiar estas actividades expresa un deseo de contar con las funciones no técnicas de la medicina. Las unidades de tratamiento intensivo para cardíacos, por ejemplo, ofrecen una gran vistosidad y ninguna ganancia estadística comprobada para atender a los enfermos. Requieren tres veces el equipo y cinco veces el personal necesario para la atención normal de los pacientes; el 12% de todas las enfermeras tituladas de los Estados Unidos trabaja en esta medicina heroica. La vistosa empresa se sustenta, como las liturgias de antaño, en la extorsión de impuestos, en la solicitud de donativos y en la procura de víctimas. Se han utilizado muestras tomadas al azar, en gran escala, para comparar las tasas de recuperación y mortalidad de los pacientes atendidos en estas unidades con las de pacientes que han recibido tratamiento en casa. Las primeras no han demostrado ventaja alguna hasta ahora. Los propios pacientes que han sufrido infarto cardíaco tienden a expresar su preferencia por atención en el hogar. El hospital les asusta, y en una crisis preferirían estar más cerca de la gente que conocen. Cuidadosas observaciones estadísticas han confirmado su intuición: la más alta mortalidad entre aquellos que reciben el beneficio de la asistencia mecánica en el hospital se adjudica generalmente al terror.²²¹

Índice

MAGIA NEGRA

La intervención técnica en el acomodo físico y bioquímico del paciente o de su medio no es, ni ha sido nunca, la única función de las instituciones médicas.²²² Remover agentes patógenos y aplicar remedios, eficaces o no, de ninguna manera son las únicas formas de mediar entre el hombre y su dolencia. Incluso en aquellas circunstancias en que el médico posee el equipo necesario para interpretar el papel técnico al que aspira, inevitablemente cumple también funciones religiosas, mágicas, éticas y políticas. En cada una de estas funciones el médico contemporáneo es más patógeno que curativo o que simplemente anodino.

La magia o la curación mediante ceremonias es ciertamente una de las funciones tradicionales importantes de la medicina.²²³ En la magia, el curandero manipula la escena y el foro. En forma un tanto impersonal establece una relación ad hoc entre su propia persona y un grupo de individuos. La magia surte efecto siempre y cuando las intenciones del paciente y del mago coincidan,²²⁴ si bien la medicina científica tardó un tiempo considerable en reconocer a sus propios practicantes como magos eventuales. Para distinguir el ejercicio profesional de magia blanca de la función del médico como ingeniero, y para evitarle el cargo de ser un charlatán, se creó el término “placebo”. Cada vez que una píldora de azúcar funciona porque un médico la administra, esa píldora actúa como placebo. Un placebo (en latín, “yo complaceré”) place no sólo al paciente sino también al médico que lo administra.²²⁵

En las culturas elevadas, la medicina religiosa es algo muy distinto de la magia.²²⁶ Las principales religiones refuerzan la resignación al infortunio y ofrecen una lógica, un estilo y un marco comunitario donde el sufrimiento puede convertirse en un desempeño digno. Las oportunidades ofrecidas por la aceptación del sufrimiento pueden explicarse de manera diversa en cada una de las grandes tradiciones: como karma acumulado en encarnaciones pasadas; como una invitación al Islam, el que se rinde a Dios; o como una oportunidad de estrechar relaciones con el Salvador en la Cruz. La gran religión estimula la responsabilidad personal de sanar, envía ministros a impartir un consuelo, pomposo a veces y a veces efectivo, proporciona santos como modelo, y suele establecer un contacto para la práctica de la medicina popular. En nuestro tipo de sociedad secular, las organizaciones religiosas conservan sólo una pequeña parte de sus antiguas funciones rituales curativas. Un católico devoto puede derivar fuerza íntima de la oración personal, algunos grupos marginales de gente recién llegada a Sao Paulo pueden rutinariamente curar sus úlceras a través de cultos de danza afrolatinas, y los indios del valle del Ganges buscan aún la salud cantando los Vedas. Pero tales cosas poseen sólo un remoto paralelo en las sociedades que superan cierto PNB per capita. En estas sociedades industrializadas las instituciones seculares rigen las principales ceremonias creadoras de mito.²²⁷

Los distintos cultos de la educación, el transporte y la comunicación masiva promueven, bajo nombres diferentes, el mismo mito social que Voeglin²²⁸ describe como gnosis contemporánea. Una visión gnóstica del mundo y el culto correspondiente poseen seis características comunes: 1) la practican miembros de un movimiento que están insatisfechos con el mundo tal cual es porque lo consideran intrínsecamente mal organizado. Los adherentes están 2) convencidos de que la salvación de este mundo es posible 3) al menos para los elegidos, y que 4) tal salvación puede producirse en la generación presente. Los gnósticos creen asimismo que la salvación depende 5) de acciones técnicas reservadas 6) para los iniciados que monopolizan la fórmula especial de la salvación. Todas estas creencias religiosas subyacen la organización social de la medicina tecnológica, que a su vez ritualiza y celebra el ideal de progreso del siglo XIX. Otra de las más importantes funciones no técnicas de la medicina es más ética que mágica, más secular que religiosa. No depende de una conspiración en la que el hechicero participa con su adepto, ni de los mitos que el sacerdote configura, sino de la forma que la cultura médica da a las relaciones interpersonales. La medicina puede organizarse de modo que motive a la comunidad a tratar al frágil, al decrepito, al tierno, al lisiado, al deprimido y al maniaco en una manera más o menos personal. Fomentando cierto tipo de carácter social, una medicina de la colectividad podría disminuir eficazmente el sufrimiento de los enfermos al asignar a todos los miembros de la comunidad un papel activo en la tolerancia compasiva y en la ayuda generosa a los débiles.²²⁹ La medicina podría regular las relaciones de amistad de la colectividad.²³⁰ Las culturas donde la compasión para los desafortunados, la hospitalización para los inválidos, la tolerancia con los perturbados y el respeto hacia los ancianos se han desarrollado poseen en gran medida la posibilidad de integrar a la mayoría de sus miembros a la vida diaria.

Los curanderos pueden ser sacerdotes de los dioses, dadores de las leyes, magos, mediums, barberos-farmacéuticos o consejeros científicos. ²³¹

Ningún nombre común que se aproximara siquiera a la gama semántica abarcada por

nuestra palabra “médico” existía en Europa antes del siglo XIV.²³² En Grecia el compo-
nedor, usado sobre todo para los esclavos, ganó respeto en fecha temprana, aunque no
se hallara en el mismo plano que el filósofo curandero ni incluso que el gimnasta para
los libres.²³³ En la Roma republicana, los especialistas en curar eran un grupo de mala
reputación. Las leyes sobre la dotación de agua, el drenaje, la eliminación de basura y el
entrenamiento militar, combinadas con el culto estatal de los dioses curativos, se consi-
deraban suficientes; ni el brebaje de la abuela ni el soldado sanitario del ejército eran
dignificados por ninguna atención especial. Hasta que Julio César otorgó la ciudadanía
al primer grupo de asolepiades en 46 A.C., este privilegio fue rehusado a los médicos y
sacerdotes curanderos griegos.²³⁴ Los árabes honraban al médico;²³⁵ los judíos dejaban
a la habilidad del ghetto la asistencia a la salud o bien, movidos por remordimientos, lla-
maban al médico árabe.²³⁶ Las diversas funciones de la medicina se combinaban en
formas diferentes dentro de papeles diferentes. La primera ocupación en monopolizar la
asistencia a la salud es la del médico del siglo XX tardío.

Paradójicamente, cuanto más atención se concentra en el dominio técnico de la enfer-
medad mayor se hace la función simbólica no técnica ejecutada por la tecnología médi-
ca. Mientras menos pruebas hay de que una cantidad mayor de dinero aumenta la tasa
de supervivencia en una rama dada del tratamiento del cáncer, más dinero se destina a
las divisiones médicas desplegadas en ese teatro específico de operaciones. Sólo metas
no relacionadas con el tratamiento, tales como empleos para los especialistas, igualdad
de acceso para los pobres, consolación simbólica de los pacientes o experimentación
con humanos, pueden explicar la expansión de la cirugía del cáncer pulmonar durante
los últimos 25 años. No sólo batas blancas, máscaras, antisépticos y sirenas de ambu-
lancia, sino ramas enteras de la medicina, continúan financiándose porque se les ha in-
vestido de un poder no técnico, por lo general simbólico.

Lo quiera o no, el médico moderno se ve de este modo forzado a asumir funciones
simbólicas no técnicas. Las funciones no técnicas prevalecen en la extirpación de ade-
noides: más del 90% de todas las tonsilectomías hechas en los Estados Unidos son
técnicamente innecesarias, pero aún así 20 a 30% de todos los niños son todavía some-
tidos a la operación. Uno en cada mil muere directamente a causa de ella y 16 de cada
mil sufren complicaciones graves. Todos pierden valiosos mecanismos de inmunidad.
Todos se ven sujetos a la agresión emotiva: se les encarcela en el hospital, se les sepa-
ra de sus padres y se les inicia en la injustificada y a menudo pomposa crueldad de la
institución médica.²³⁷ El niño aprende a verse expuesto ante técnicos que, en su pre-
sencia, utilizan un lenguaje extraño en el cual formulan juicios acerca de su cuerpo; le
infunden la idea de que unos extraños pueden invadir su cuerpo por razones que sólo
ellos conocen; y le hacen sentir orgullo de vivir en un país donde el seguro social paga
esas iniciaciones médicas a la realidad de la vida.²³⁸

La participación física en un ritual no es condición necesaria para ser iniciado en el mito
que el propósito espiritual está organizado para generar. Los deportes médicos especta-
culares arrojan conjuros poderosos. Por casualidad me hallaba en Río de Janeiro y en
Lima cuando el doctor Christian Barnard pasaba por esas ciudades. En ambas pudo lle-
nar, dos veces en un día, el principal estadio de fútbol con multitudes que aclamaban
histericamente su macabra pericia para intercambiar corazones humanos. Los trata-
mientos médicos milagrosos de ésta índole impresionan a todo el mundo. Su efecto
alienante llega a personas que no tienen acceso a una clínica de barrio, y mucho menos

a un hospital Les proporciona una garantía abstracta de que es posible la salvación a través de la ciencia. La experiencia en el estadio de Río me preparó para la evidencia que poco después me mostraron y que probaba que la policía brasileña ha sido hasta ahora la primera en usar equipos para prolongar la vida en la tortura de prisioneros. Tal abuso; extremo de las técnicas médicas parece grotescamente coherente con la ideología dominante de la medicina.

La intencionada influencia no técnica que la tecnología médica ejerce sobre la salud de la sociedad puede, claro está, ser positiva.²³⁹ Una inyección innecesaria de penicilina puede restaurar mágicamente la salud y el apetito.²⁴⁰ Una operación contraindicada puede resolver un problema marital y reducir los síntomas de enfermedad en ambos miembros de la pareja.²⁴¹ No sólo las píldoras de azúcar del médico, sino incluso sus venenos, pueden ser potentes placebos. Pero no es éste el resultado prevaeciente de los efectos secundarios no técnicos de la tecnología médica. Es posible argumentar que precisamente en esas áreas estrechas donde la medicina de alto costo ha adquirido mayor eficacia específica, sus efectos secundarios simbólicos han llegado a ser una tremenda negación de la salud:²⁴² la tradicional magia blanca que apoyaba los propios esfuerzos del paciente se ha vuelto negra.²⁴³

En gran medida, la yatrogénesis social puede explicarse como un placebo negativo, como un efecto de *nocebo*.²⁴⁴ En forma avasalladora, los efectos secundarios no técnicos de la intervención biomédica ocasionan un fuerte daño a la salud. La intensidad de la influencia mágica negra de un procedimiento médico no depende de su eficacia técnica. El efecto del nocebo, como el del placebo, es en buena parte independiente de lo que el médico haga.

Los procedimientos médicos se vuelven magia negra cuando, en vez de movilizar los poderes de autocuración, transforman al hombre enfermo en un yerto y mistificado *voyeur* de su propio tratamiento. Los procedimientos médicos se hacen *religión malsana* cuando se les realiza como rituales que enfocan toda la expectativa del enfermo en la ciencia y sus funcionarios, en vez de darle valor para buscar una interpretación poética a su dificultad o para encontrar un ejemplo admirable en alguna persona -vecina o muerta hace tiempo que aprendió a sufrir. Los procedimientos médicos multiplican la dolencia por *degradación maral* cuando aíslan al enfermo en un ambiente profesional en vez de proporcionar a la colectividad los motivos y las disciplinas que acrecientan la tolerancia social hacia los afligidos. Los estragos mágicos, los daños religiosos y la degradación moral generados bajo el pretexto de un empeño biomédico son mecanismos cruciales que contribuyen a la yatrogénesis social. A todos los amalgama la medicalización de la muerte.

Cuando los médicos instalaron tienda por primera vez fuera de los templos en Grecia, la India y China, dejaron de ser curanderos. Cuando reclamaron un poder racional sobre la enfermedad, la sociedad perdió el sentido de este personaje complejo y de su poder de curación integrada que el hechicero-chamán o curandero había proporcionado.²⁴⁵ Las grandes tradiciones de curación médica habían dejado la cura milagrosa a los sacerdotes y reyes. La casta que gozaba del favor de los dioses podía invocar su intervención. A la mano que blandía la espada se atribuyó el poder de someter no sólo al enemigo sino también al espíritu. Hasta el siglo XVIII el rey de Inglaterra imponía sus manos cada año sobre los afligidos de tuberculosis facial a quienes los médicos se sabían incapaces de curar. ²⁴⁶ Los epilépticos, cuyos males resistían incluso el contacto de su Majestad, se

refugiaban en el poder curativo que emanaba de las manos del verdugo.²⁴⁷ Con él surgimiento de la civilización médica y los gremios curativos, los médicos se distinguieron de los charlatanes y los sacerdotes por conocer los límites de su arte. Hoy día la institución médica está reclamando de nuevo el derecho de practicar curas milagrosas. La medicina mantiene su autoridad sobre él paciente incluso cuando la etiología es incierta, el pronóstico desfavorable y el tratamiento de naturaleza experimental. El intento de realizar un “milagro médico” es la mejor defensa contra el fracaso, puesto que los milagros pueden esperarse pero, por definición, no pueden garantizarse. El monopolio radical sobre la asistencia a la salud que el médico contemporáneo reclama lo fuerza ahora a reasumir funciones gobernantes sacerdotales y que sus ancestros abandonaron al especializarse como técnicos.

La medicalización del milagro proporciona una ulterior perspectiva de la función social de la asistencia terminal. El paciente es atado y controlado como un astronauta y luego se le exhibe por televisión. Estas heroicas hazañas sirven como danzas propiciatorias para millones y como liturgias en las cuales las esperanzas reales de una vida autónoma se transmutan en la falsa idea de que los médicos nos proporcionarán salud del espacio exterior.

Índice

LAS MAYORÍAS DE PACIENTES

Cuando el poder diagnóstico de la medicina multiplica a los enfermos en número excesivo, los profesionales médicos ceden la administración del sobrante a oficios y ocupaciones no médicas. Al desecharlos, los señores de la medicina se libran de la molestia de la atención de bajo prestigio e invisten a policías, maestros o jefes de personal con un poder médico derivativo. La medicina conserva la autonomía sin trabas para definir lo que constituye la enfermedad, pero tira sobre otros la tarea de hurgar en busca de enfermos y de proveer para sus tratamientos. Sólo la medicina sabe qué constituye la adicción, aunque se supone que los policías saben cómo controlarla. Sólo la medicina puede definir la lesión cerebral, pero permite que los maestros estigmaticen y administren a los cojos con dos piernas. Cuando la necesidad de disminuir las metas médicas se discute en la literatura de la profesión, suele tomar la forma de planes para descargar pacientes.

¿Por qué no empujar al recién nacido y al moribundo, al etnocéntrico, al sexualmente inadecuado, al neurótico y a cualesquiera otras víctimas del fervor diagnóstico, que carezcan de interés y quiten tiempo, más allá de las fronteras de la medicina y transformarlos en clientes de abastecedores terapéuticos no médicos: trabajadoras sociales, programadores de televisión, psicólogos, jefes de personal y consejeros sexuales ²⁴⁸ Esta proliferación de nuevos modelos de asistentes sociales, ahora con sabor a medicina, ha creado un nuevo marco para definir a todos sus asistidos como “enfermos”.

Toda sociedad necesita, para ser estable, la desviación certificada. Las personas de aspecto extraño o conducta rara son subversivas hasta que sus rasgos comunes han recibido un nombre formal y su alarmante conducta se ha clasificado en un casillero reconocido. Al asignarles un nombre y un papel, los excéntricos misteriosos e inquietantes se domestican, convirtiéndose en excepciones previsibles a las que se puede mimar, evitar, reprimir o expulsar. En la mayoría de las sociedades hay ciertas personas que asignan papeles a los que se salen de lo común; de acuerdo con la prescripción social prevale-

ciente, suelen ser aquellas que poseen un conocimiento especial acerca de la naturaleza de la desviación:²⁴⁹ ellos deciden si el desviado está poseído por un espíritu, dirigido por un dios, infectado por un veneno, castigado por sus pecados o si ha sido víctima de la venganza de un brujo. El agente que reparte estas etiquetas no tiene necesariamente que ser comparable con la autoridad médica: puede tener poder jurídico, religioso o militar. Al nombrar al espíritu que subyace la desviación, la autoridad coloca al desviado bajo el control del lenguaje y de las costumbres y lo convierte, de una amenaza en un apoyo del sistema social. Socialmente, la etiología se cumple por sí misma: si se piensa que la enfermedad sagrada tiene como causa la posesión divina, el dios habla en el ataque epiléptico.²⁵⁰

Cada civilización define sus propias desviaciones.²⁵¹ Lo que en una es enfermedad en otra puede ser anormalidad cromosómica, delito, santidad o pecado. Cada cultura crea su propia respuesta a la enfermedad. Por el mismo síntoma de robo compulsivo uno puede ser ejecutado, tratado hasta la muerte, exiliado, hospitalizado, o socorrido con limosnas o dinero público. Aquí los ladrones se ven forzados a usar ropas especiales; allá a hacer penitencia; en otras partes, a perder un dedo o bien a ser tratados a través de la magia o del choque eléctrico. Postular para cada sociedad una forma de desviación específicamente “enferma”, incluso con mínimas características comunes,²⁵² es una labor azarosa. La asignación contemporánea de papeles de enfermo es de índole única. No se desarrolló mucho tiempo más allá de una generación antes de que Henderson y Parsons la analizaran.²⁵³ Define la desviación como la conducta legítima especial de consumidores oficialmente seleccionados dentro de un medio industrial.²⁵⁴ Incluso si hubiera algo que decir en favor de la tesis de que en todas las sociedades ciertas personas son, por así decirlo, puestas temporalmente fuera de servicio y mimadas mientras se les repara, el contexto dentro del cual esta exención opera en otras partes no puede compararse al del Estado que posee servicios sociales. Cuando él *asigna* el *status de enfermo* a un cliente, el médico contemporáneo puede realmente estar actuando en algunos aspectos en forma similar al curandero o al anciano; pero al pertenecer asimismo a una profesión científica que *inventa* las categorías que asigna en la consulta, el médico moderno es totalmente distinto al curandero. Los curanderos se dedicaban a la ocupación de curar y ejercían el arte de distinguir a los espíritus malignos entre sí. No eran profesionales ni tenían poder para inventar nuevos demonios. Paradójicamente estos ejércitos burocráticos, armados cada uno para dar forma específica a la inhabilidad que cura en Estados Unidos reciben eufemísticamente el nombre de profesiones “habilitantes” (enabling professions).

Los papeles disponibles para un individuo siempre han sido de dos clases: aquellos que fueron fijados por la tradición cultural y aquellos que son resultado de la organización burocrática. En todos los tiempos la innovación ha significado un incremento relativo de estos últimos, creados racionalmente. Sin duda, los papeles ingenieriles podrían ser recuperados por la tradición cultural. Sin duda, una distinción nítida entre las dos clases de papel es difícil de hacer. Pero en líneas generales, el papel de enfermo tenía la tendencia hasta hace poco a inscribirse en la clase tradicional.²⁵⁵ Sin embargo, durante el último siglo, lo que Foucault ha llamado la nueva visión clínica alteró las proporciones. El médico ha abandonado cada vez más su papel de moralista para asumir el de iluminado empresario científico. Exonerar a los enfermos de tener que dar cuenta de su mal se ha convertido en una tarea predominante, y para tal propósito se han configurado

nuevas categorías científicas de enfermedad. La escuela de medicina y la clínica proporcionan la atmósfera en la cual, a sus ojos, la enfermedad puede convertirse en una tarea para la técnica biológica o social; sus pacientes aún traen al pabellón sus interpretaciones religiosas y cósmicas así como los legos que otrora llevaban sus preocupaciones seculares al servicio dominical en la iglesia.²⁵⁶ Pero el papel de enfermo descrito por Parsons se ajusta a la sociedad moderna únicamente mientras los médicos actúen como si el tratamiento fuera habitualmente eficaz y el público general estuviera dispuesto a compartir esta optimista visión.²⁵⁷ La categoría de enfermo del siglo XX se ha vuelto inadecuada para describir lo que ocurre en un sistema médico que reclama autoridad sobre personas que aún no están enfermas, sobre personas que razonablemente no pueden esperar alivio, y aquellas para quienes los médicos no tienen un tratamiento más eficaz que el que podrían ofrecer sus tíos o tías. La experta selección de unos cuantos recipientes de mimos institucionales fue un modo de usar la medicina para el propósito de estabilizar una sociedad industrial:²⁵⁸ Aseguraba el acceso fácilmente regulado de los anormales a niveles anormales de fondos públicos. Mantenedos dentro de ciertos límites, durante la primera parte del siglo XX los mimos otorgados a los desviados “fortalecieron” la cohesión de la sociedad industrial. Pero rebasado un punto crítico, el control social ejercido a través del diagnóstico de necesidades ilimitadas destruyó su propio fundamento.²⁵⁹ Ahora se presupone que el ciudadano está enfermo mientras no se le compruebe sano.²⁶⁰ En una sociedad triunfalmente terapéutica, todo el mundo puede convertirse en terapeuta y convertir a alguien más en su cliente.

La función del médico se ha vuelto confusa.²⁶¹ Las profesiones de la salud han llegado a amalgamar los servicios clínicos, la ingeniería de salud pública, y la medicina científica. El médico trata con clientes que simultáneamente desempeñan diversos papeles durante cada uno de sus contactos con la institución sanitaria. Se les transforma en pacientes a quienes la medicina examina y repara, en ciudadanos administrados cuya conducta saludable es guiada por una burocracia médica, y en conejillos de Indias en los que la ciencia médica experimenta sin cesar. El poder asclepiádeo de conferir el papel de enfermo se ha disuelto por las pretensiones de prestar una asistencia sanitaria totalitaria. La salud ha cesado de ser un don innato que se supone en posesión de todo ser humano mientras no se demuestre que está enfermo, y se ha convertido en una meta cada vez más distante a la que uno tiene derecho en virtud de la justicia social.

El surgimiento de una profesión conglomerada de la salud ha hecho infinitamente elástica la función de paciente. La certificación médica del enfermo ha sido sustituida por la presunción burocrática del administrador de la salud que clasifica a las personas según el grado y clase de sus necesidades terapéuticas. La autoridad médica se ha extendido a la asistencia supervisada de la salud, la detección precoz, los tratamientos preventivos y cada vez más al tratamiento de los incurables. Anteriormente la medicina moderna sólo controlaba un mercado limitado; en la actualidad ese mercado ha perdido toda frontera. Gente no enferma ha llegado a depender de la asistencia profesional en aras de su salud futura. El resultado es una sociedad morbosa que exige la medicalización universal y una institución médica que certifica la morbilidad universal.

En una sociedad morbosa²⁶² predomina la creencia de que la mala salud definida y diagnosticada es infinitamente preferible a toda otra forma de etiqueta negativa o a la falta de toda etiqueta. Es mejor que la desviación criminal o política, mejor que la pereza, mejor que la ausencia deliberada del trabajo. Cada vez más personas saben sub-

conscientemente que están hartas de sus empleos y de sus pasividades ociosas, pero desean que se les mienta y se les diga que una enfermedad física las releva de toda responsabilidad social y política. Quieren que su médico actúe como abogado y sacerdote. Como abogado, el médico exceptúa al paciente de sus deberes normales y lo habilita para cobrar del fondo de seguros que le obligaron a formar. Como sacerdote, el médico se convierte en cómplice del paciente creando el mito de que éste es una víctima inocente de mecanismos biológicos y no un desertor perezoso, voraz o envidioso de una lucha social por el control de los instrumentos de producción. La vida social se transforma en una serie de concesiones mutuas de la terapéutica: medicas, psiquiátricas, pedagógicas o geriátricas. La demanda de acceso al tratamiento se convierte en un deber político, y el certificado médico en un poderoso recurso para el control social. Con el desarrollo del sector de servicios terapéuticos de la economía, una proporción creciente de la gente ha llegado a ser considerada como desviada de alguna norma deseable y, por tanto, como clientes que pueden ahora ser sometidos a tratamiento para acercarlos a la norma establecida de salud, o concentrados - en algún ámbito especial construido para atender su desviación. Basaglia²⁶³ señala que en una primera etapa histórica de este proceso los enfermos quedan exentos de la producción. En la siguiente etapa de expansión industrial, una mayoría de ellos llega a ser definida como excéntricos y necesitados de tratamiento. Cuando esto ocurre, la distancia entre el sano y el enfermo vuelve a reducirse. En las sociedades industriales avanzadas, los enfermos son identificados una vez más como poseedores de un cierto nivel de productividad que les habría sido negado en una etapa anterior de industrialización. Ahora que todo el mundo tiende a ser paciente en algún respecto, el trabajo asalariado adquiere características terapéuticas. La educación sanitaria el asesoramiento higiénico, los exámenes y las actividades de mantenimiento de la salud, a lo largo de toda la vida, pasan a ser parte inherente de las rutinas de la fábrica y la oficina. Las relaciones terapéuticas se infiltran en las relaciones de producción y les dan color. El *Homo sapiens*, que despertó al mito en una tribu y creció a la política como ciudadano, se entrena ahora para purgar cadena perpetua en un mundo industrial.²⁶⁴ La medicalización de la sociedad industrial lleva su carácter imperialista a la plena fructificación.

Índice

171

PARTE III. YATROGÉNESIS CULTURAL

INTRODUCCIÓN

Hemos visto hasta ahora dos formas en las que el predominio de la asistencia medicali-

zada a la salud se convierte en un obstáculo para la vida saludable: primero, la yatrogénesis clínica, que se produce cuando la capacidad orgánica para reacciones es sustituida por la administración heterónoma; y segundo, la yatrogénesis social, cuando el medio ambiente se ve privado de las condiciones que dan a individuos, familias y vecindarios el control sobre sus propios estados internos y sobre su ambiente. La yatrogénesis cultural representa una tercera dimensión de la negación médica de la salud. Se produce cuando la empresa médica mina en la gente la voluntad de sufrir la realidad.¹ Es un síntoma de tal yatrogénesis el hecho de que el término “sufrimiento” se haya vuelto casi inútil para designar una repuesta humana realista porque evoca superstición, sadomasoquismo o la condescendencia del rico hacia la suerte del pobre. La medicina profesionalmente organizada ha llegado a funcionar como una empresa moral dominante que publicita la expansión industrial como una guerra contra todo sufrimiento. Por ello ha socavado la capacidad de los individuos para enfrentar su realidad, para expresar sus propios valores y para aceptar cosas inevitables y a menudo irremediables como el dolor y la invalidez, el envejecimiento y la muerte.

Gozar de buena salud no significa sólo enfrentar con éxito la realidad sino también disfrutar el éxito; significa ser capaz de sentirse vivo en el gozo y el dolor; significa amar la sobrevivencia pero también arriesgarla. La salud y el sufrimiento, como sensaciones experimentales, son fenómenos que distinguen a los hombres de las bestias.² Sólo en las fábulas se dice que los leones *sufren* y sólo los falderos ameritan compasión cuando están mal de salud.³

La salud humana añade amplitud al desempeño instintivo.⁴ Es algo más que un patrón concreto de conducta en costumbres, usos, tradiciones o grupos de hábitos. Implica un desempeño de acuerdo a un conjunto de mecanismos de control: planes, recetas, reglas e instrucciones, todos los cuales gobiernan la conducta personal.⁵ Es gran medida la cultura y la salud coinciden. Cada cultura da forma a una *Gestalt* única de salud y a una configuración única de actitudes hacia el dolor, la enfermedad, la invalidez y la muerte, cada una de las cuales designa una clase de ese desempeño humano que tradicionalmente se ha llamado el arte de sufrir.⁶ La salud de cada persona es un desempeño responsable en un guión social.⁷ La manera en que se relaciona con la dulzura y la amargura de la realidad, y su forma de actuar hacia otros que ve sufriendo, debilitados o angustiados, determinan el sentimiento que cada hombre tiene de su propio cuerpo, y con él, de su salud. El sentido del cuerpo se experimenta como un don cultural siempre renovado.⁸ En Java la gente dice rotundamente: “Ser humano es ser javanés.” De los niños pequeños, los palurdos, los simples, los locos y los inmorales descarados se dice que son *ndurung djawa* (todavía no javaneses). Un adulto “normal” capaz de actuar en función del sistema de etiqueta sumamente elaborado, poseedor de las delicadas percepciones estéticas asociadas con la música, la danza, el teatro y el diseño textil, y sensible a las sutiles sugerencias de lo divino que reside en la quietud de cada conciencia íntima de cada individuo, es *ampun djawa* (ya javanés). Ser humano no es solamente respirar, también es controlar la respiración por medio de técnicas semejantes al yoga, de manera que se oiga en la inhalación y la exhalación la voz literal de Dios pronunciando su propio nombre, *hu Allah*.⁹ La salud culturada está limitada por el estilo de cada sociedad en el arte, de vivir, celebrar, sufrir y morir.¹⁰

Todas las culturas tradicionales derivan su función higiénica de esta habilidad para equipar al individuo con los medios para hacerle el dolor tolerable, la enfermedad o la invali-

dez comprensible y la sombra de la muerte significativa. En tales culturas la asistencia a la salud es siempre un programa para comer,¹¹ beber,¹² trabajar,¹³ respirar,¹⁴, amar,¹⁵ hacer política,¹⁶ hacer ejercicio,¹⁷ cantar,¹⁸ soñar,¹⁹ guerrear y sufrir. La mayor parte de la curación consiste en una forma tradicional de consolar, asistir y reconfortar a la gente mientras cura, y casi todo el cuidado de enfermos es una forma de tolerancia que se extiende a los afligidos. Únicamente sobreviven aquellas culturas que aportan un código viable, adaptado a la configuración genética de un grupo, a su historia, a su ambiente, y a los retos peculiares representados por grupos de vecinos en competición.

La ideología promovida por la cosmopolita empresa médica contemporánea va en contra de estas funciones.²⁰ Socava radicalmente la continuidad de viejos programas culturales e impide el surgimiento de otros nuevos que darían un patrón para la autoasistencia y el sufrimiento. En cualquier parte del mundo donde una cultura se medicaliza, el marco tradicional de los hábitos que pueden hacerse conscientes en la práctica personal de la virtud de la salud (*hygieia*) se ve progresivamente estorbado por un sistema mecánico, un código médico por medio del cual los individuos se someten a las instrucciones emanadas de custodios higiénicos.²¹ La medicalización constituye un prolífico programa burocrático basado en la negación del derecho de cada hombre a enfrentar el dolor, la enfermedad y la muerte.²² La empresa médica moderna representa un intento de hacer por la gente lo que anteriormente su herencia genética y cultural le permitía hacer por sí misma. La civilización médica está planeada y organizada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y abolir la necesidad de un arte de sufrir y morir. Este allanamiento progresivo del desempeño personal y virtuoso constituye a una nueva meta que nunca antes había sido guía de la vida social. Sufrir, sanar y morir, actividades esencialmente intransitivas que la cultura enseñaba a cada hombre, son ahora reclamadas por la tecnocracia como nuevas zonas de creación de reglamentaciones y tratados como malfunciones de las que habría que librar institucionalmente a las poblaciones. Las metas de la civilización médica metropolitana se oponen así a cada uno de los programas culturales de salud que encuentran en el proceso de colonización progresiva.²³

3. MATAR EL DOLOR

Cuando la civilización médica cosmopolita coloniza cualquier cultura tradicional, transforma la experiencia del dolor.¹ El mismo estímulo nervioso que llamaré “sensación de dolor” dará por resultado una experiencia distinta, no sólo según la personalidad sino según la cultura. Esta experiencia, totalmente distinta de la sensación dolorosa, implica un desempeño humano único llamado *sufrimiento*.² La civilización médica, sin embargo, tiende a convertir el dolor en un problema técnico y priva así al sufrimiento de su significado personal intrínseco.³ La gente desaprende a aceptar el sufrimiento como parte inevitable de su enfrentamiento consciente con la realidad y aprende a interpretar dada dolor como un indicador de su necesidad de comodidades o de mimos. Las culturas tradicionales afrontan el dolor, la invalidez y la muerte interpretándolos como retos que solicitan una respuesta por parte del individuo sujeto a tensión; la civilización médica los transforma en demandas hechas por los individuos a la economía y en problemas que

pueden eliminarse por medio de la administración o de la *producción*.⁴ Las culturas son sistemas de significados, la civilización cosmopolita un sistema de técnicas. La cultura hace tolerable el dolor integrándolo dentro de un sistema significativo; la civilización cosmopolita apreta el dolor de todo contexto subjetivo o intersubjetivo con el fin de aniquilarlo. La cultura hace tolerable el dolor interpretando su necesidad; sólo el dolor que se percibe como curable es intolerable.

Una miríada de virtudes expresa los distintos aspectos de la fortaleza que tradicionalmente permitía a la gente reconocer las sensaciones dolorosas como un desafío y modelar conforme a éste su propia experiencia. La paciencia, la clemencia, el valor, la resignación, el autodominio, la perseverancia y la mansedumbre expresan cada uno una totalidad diferente de las reacciones con que se aceptaban las sensaciones de dolor transformadas en la experiencia del sufrimiento, y se soportaban.⁵ El deber, el amor, la fascinación, las prácticas rutinarias, la oración y la compasión eran algunos de los medios que permitían sobrellevar el dolor con dignidad. Las culturas tradicionales asignaban a cada uno la responsabilidad de su propio desempeño bajo la influencia del mal o la aflicción corporal.⁶ El dolor se reconocía como parte inevitable de la realidad subjetiva del propio cuerpo, en la que uno se encuentra constantemente a sí mismo y que constantemente toma forma a través de las reacciones conscientes del cuerpo hacia el dolor.⁷ La gente sabía que tenía que sanar por sí misma,⁸ enfrentarse ella misma con su jaqueca, su cojera o su pena.

El dolor infligido a los individuos tenía el efecto de limitar los abusos del hombre contra el hombre. Las minorías explotadoras vendían licor o predicaban religión para adormecer a sus víctimas, y los esclavos se daban a la música melancólica o a mascar coca. Pero más allá de un punto crítico de explotación, las economías tradicionales construidas sobre los recursos del cuerpo humano tenían que quebrantarse. Cualquier sociedad en que la intensidad de las incomodidades y dolores los hiciera culturalmente “insufribles” no podía sino llegar a su fin.

En la actualidad una porción creciente de todo dolor es producida por el hombre, efecto colateral de estrategias para la expansión industrial. El dolor ha dejado de concebirse como un mal “natural” o “metafísico”. Es una maldición social, y para impedir que las “masas” maldigan a la sociedad cuando están agobiadas por el dolor, el sistema industrial les despacha matadolores médicos. Así, el dolor se convierte en una demanda de más drogas, hospitales, servicios médicos y otros productos de la asistencia impersonal, corporativa, y en el apoyo lítico para un ulterior crecimiento corporativo, cualquiera que sea su costo humano, social o económico. El dolor se ha vuelto un asunto político que hace surgir entre los consumidores de anestesia una demanda creciente de insensibilidad, desconocimiento e incluso inconsciencia artificialmente inducidos.

Las culturas tradicionales y la civilización tecnológica parten de postulados contrarios. En toda cultura tradicional la psicoterapia, los sistemas de creencia y las drogas que se necesitan para contrarrestar la mayor parte del dolor están implícitos en la conducta cotidiana y reflejan la convicción de que la realidad es dura y la muerte inevitable.⁹ En la distopía del siglo XX, la necesidad de soportar la realidad dolorosa, interior o exterior, se interpreta como una falla del sistema socioeconómico, y el dolor se trata como una contingencia emergente que requiere de intervenciones extraordinarias.

La experiencia dolorosa que resulta de los mensajes de dolor recibidos por el cerebro depende, en su calidad y en su cantidad, de la dotación genética¹⁰ y por lo menos de

cuatro factores funciones además de la naturaleza y de la intensidad del estímulo, a saber: la cultura, la ansiedad, la atención y la interpretación. Todos ellos son modelados por determinantes sociales, por la ideología, la estructura económica y el carácter social. La cultura decide si la madre o el padre, o ambos, deben gemir cuando nace el niño.¹¹ Las circunstancias y los hábitos determinan el nivel de ansiedad del que sufre y la atención que presta a sus sensaciones corporales.¹² El adiestramiento y la convicción determinan el significado dado a las sensaciones corporales e influyen sobre el grado en el que se experimenta el dolor.¹³ A menudo, el alivio mágico eficaz proviene de la superstición popular más que de la religión de clase alta.¹⁴ La perspectiva que se abre ante el suceso doloroso determina cómo se le sufrirá: frecuentemente las lesiones recibidas en un momento próximo al clímax sexual o al de la actuación heroica ni siquiera se sienten. Los soldados heridos en la cabeza de playa de Anzio, quienes esperaban que sus heridas los hicieran salir del ejército y volver a casa como héroes, rechazaban inyecciones de morfina que considerarían absolutamente necesarias si mutilaciones análogas hubieran sido infligidas por el dentista o en la sala de operaciones.¹⁵ Al medicalizarse la cultura, las determinantes sociales del dolor se distorsionan. Mientras la cultura reconoce el dolor como un “disvalor” intrínseco, íntimo e incomunicable, la civilización médica considera primordialmente al dolor como una reacción sistémica que puede ser verificada, medida y regulada. Sólo el dolor percibido por una tercera persona desde cierta distancia constituye un diagnóstico que requiere un tratamiento específico. Esta objetivización y cuantificación del dolor llega tan lejos que los tratados médicos hablan de enfermedades, operaciones o condiciones dolorosas aun en casos en que los pacientes afirman no tener conciencia alguna del dolor. El dolor requiere métodos de control por el médico más que una actitud que podría ayudar a la persona que lo sufre a tomar bajo su responsabilidad su experiencia.¹⁶ La profesión médica juzga cuáles dolores son auténticos, cuáles tienen una base física y cuáles una base psíquica, cuáles son imaginarios y cuáles son simulados.¹⁷ La sociedad reconoce y aprueba este juicio profesional. La compasión pasa a ser una virtud anticuada. La persona que sufre un dolor cuenta cada vez con menos contexto social que pueda darle significación a la experiencia que a menudo lo abruma.

Aún no se ha escrito la historia de la percepción médica del dolor. Unas cuantas monografías doctas tratan de los momentos, durante los últimos 250 años, en que ha cambiado la actitud de los médicos hacia el dolor,¹⁸ y pueden encontrarse algunas referencias históricas en trabajos referentes a las actitudes contemporáneas respecto del dolor.¹⁹ La escuela existencial de medicina antropológica ha reunido valiosas observaciones sobre la evolución del dolor moderno al seguir los cambios de la percepción corporal en una era tecnológica.²⁰ La relación entre la institución médica y la ansiedad sufrida por sus pacientes ha sido explorada por psiquiatras²¹ y ocasionalmente por médicos generales. Pero la relación de la medicina corporativa con el dolor corporal en su sentido escrito es todavía un territorio virgen para la investigación.

El historiador del dolor tiene que enfrentar tres problemas especiales. El primero es la profunda transformación acaecida en la relación del dolor con los otros males que puede padecer el hombre.

El dolor ha cambiado su posición en relación con la aflicción, la culpa, el pecado, la angustia, el miedo, el hambre, la invalidez y la molestia. Lo que llamamos dolor en una pabellón de cirugía es algo para lo cual las generaciones anteriores no tenían un nombre

específico. Parece como si el dolor fuera ahora sólo esa parte del sufrimiento humano sobre la cual la profesión médica pueda pretender competencia o control. No hay precedente histórico de la situación contemporánea en que la experiencia del dolor físico personal es modelada por el programa terapéutico diseñado para destruirla.

El segundo problema es el lenguaje. La materia técnica que la medicina contemporánea designa con el término “dolor” no tiene incluso hoy día, un equivalente sencillo en el habla ordinaria. En la mayoría de los lenguajes el término apropiado por los médicos cubre la aflicción, la pena, la angustia, la vergüenza y la culpa. El inglés “pain” y el alemán “Schmerz” son todavía relativamente fáciles de usar en tal manera que transmitan un significado principal, aunque no exclusivamente físico. La mayoría de los sinónimos indo-germánicos abarcan una amplia gama de sentidos:²² el dolor corporal puede designarse como “trabajo duro”, “faena” o “prueba”, como “tortura”, “resistencia”, “castigo”, o más generalmente “aflicción”, como “malestar”, “fatiga”, “hambre”, “luto”, “lesión”, “pena”, “tristeza”, “molestia”, “confusión”, u “opresión”. Esta letanía dista mucho de estar completa; muestra que el lenguaje puede distinguir muchas clases de “males”, todos los cuales tienen un reflejo corporal. En algunos idiomas el dolor corporal es abiertamente “el mal”. Si un médico francés pregunta a un francés típico dónde le duele, le señala el punto diciendo: “J’ai mal là.” En cambio, un francés puede decir: “Je souffre dans toute ma chair”, y al mismo tiempo responder al médico: “Je n’ai mal nulle part”. Si el concepto de dolor corporal ha pasado por una evolución en el uso médico, no puede entenderse simplemente en la significación cambiante de cualquier término aislado.

Un tercer obstáculo a cualquier historia del dolor es su excepcional situación axiológica y epistemológica.²³ Nadie entenderá nunca “mi dolor” en la forma en que yo lo pienso, a menos que sufra el mismo dolor de cabeza, lo cual es imposible, porque se trata de otra persona. En este sentido “dolor” significa una ruptura de la nítida distinción entre organismo y ambiente, entre estímulo y reacción.²⁴ Esto no significa una cierta clase de experiencia que permita a usted y a mí comparar nuestros dolores de cabeza; mucho menos significa una cierta entidad fisiológica o médica, un caso clínico con ciertos signos patológicos. No es el “dolor en el esternocleido-mastoideo” el que percibe el científico médico como disvalor sistemático.

La clase excepcional de disvalor que es el dolor promueve un tipo excepcional de certeza. Así como “mi dolor” pertenece en forma única sólo a mí, de igual modo, estoy absolutamente solo con él. No puedo compartirlo. No tengo duda alguna sobre la realidad de la experiencia del dolor, pero no puedo realmente contar a nadie lo que experimento.

Supongo que otros tienen “sus” dolores, aunque no puedo percibir a qué se refieren cuando me hablan de ellos. Sé que es cierta la existencia de su dolor porque tengo la certeza de mi compasión para ellos. Y sin embargo, mientras más profunda es mi compasión, más profunda es mi certidumbre acerca de la absoluta soledad de la otra persona en relación con su experiencia. De hecho, reconozco los signos que hace alguien que sufre un dolor, incluso cuando esta experiencia está por encima de mi ayuda o de mi comprensión. Esta conciencia de soledad extrema es una peculiaridad de la compasión que sentimos ante el dolor corporal; también aísla esta experiencia de cualquier otra experiencia, de la compasión por los angustiados, los pesarosos, los ofendidos, los extraños o los lisiados. En forma extrema, la sensación de dolor corporal carece de la distancia entre causa y experiencia que existe en otras formas de sufrimiento.

No obstante la incapacidad de comunicar el dolor corporal, su percepción en otra perso-

na es tan fundamentalmente humana que no puede ponerse entre paréntesis. El paciente no puede concebir que su dolor pase desapercibido para el médico, igual que el hombre atado al potro tampoco lo puede concebir de su torturador. La certidumbre de que compartimos la experiencia del dolor es de una clase muy especial, mayor que la certidumbre de que compartimos la humanidad. Ha habido gente que trataba a sus esclavos como enseres, pero reconocían que estos enseres eran capaces de *sufrir* dolor. Los esclavos son más que perros, que pueden ser lastimados pero no pueden sufrir.

Wittgenstein ha demostrado que nuestra certidumbre especial, radical, acerca de la existencia de dolor en los otros puede coexistir con una dificultad inextricable para explicar cómo es posible compartir lo que es único.²⁵

Mi tesis es que el dolor corporal, experimentado como un disvalor intrínseco, íntimo e incomunicable, incluye en nuestro conocimiento la situación social en la que se encuentran aquellos que sufren. El carácter de la sociedad modela en cierta medida la personalidad de los que sufren y determina así la forma en que experimentan sus propias dolencias y males físicos como dolor concreto. En este sentido, debiera ser posible investigar la transformación progresiva de la experiencia del dolor que ha desempeñado la medicalización de la sociedad. El acto de sufrir el dolor siempre tiene una dimensión histórica. Cuando sufro dolor, me doy cuenta de que se formula una pregunta. La historia del dolor puede estudiarse mejor concentrándose en esta pregunta. Tanto si el dolor es mi propia experiencia como si veo los gestos con que otro me informa de su dolor, en esta percepción está inscrito un signo de interrogación que forma parte tan íntegramente del dolor físico como la soledad. El dolor es el signo de algo no contestado; se refiere a algo abierto, a algo que en el momento siguiente hace preguntar: ¿Qué pasa? ¿Cuánto más va a durar? ¿Por qué debo/ tendría que/ he de/ puedo sufrir yo? ¿Por qué existe esta clase de mal y por qué me toca a mí? Los observadores ciegos a este aspecto referencial del dolor se quedan sin nada más que reflejos condicionados. Estudian a un conejillo de Indias, no a un ser humano. Si el médico fuera capaz de borrar esta pregunta cargada de valores que trasluce en las quejas de un paciente, podría reconocer el dolor como el síntoma de un trastorno corporal específico, pero no se acercaría al sufrimiento que impulsó al enfermo a buscar ayuda. El desarrollo de una tal capacidad para objetivar el dolor es uno de los resultados de enseñanza médica sobreintensiva. A menudo su entrenamiento suele capacitar al médico para concentrarse en aquellos aspectos del dolor corporal que son accesibles al manejo de un extraño: el estímulo, o incluso el nivel de ansiedad del paciente. La preocupación se limita al tratamiento de la entidad orgánica, que es el único asunto susceptible de verificación operacional.

El desempeño personal de sufrir escapa a tal control experimental y por ello se le relega en la mayoría de los experimentos que se hacen sobre el dolor.

Por regla general, se utilizan animales para poner a prueba los efectos “matadolores” de intervenciones farmacológicas o quirúrgicas. Una vez tabulados los resultados de las pruebas con animales, su validez se verifica en la gente. Los matadolores suelen dar resultados más o menos comparables en los conejillos de Indias y en los humanos, siempre y cuando dichos humanos se utilicen como sujetos de experimentación y bajo condiciones experimentales similares a aquellas en que se probó a los animales. Tan pronto como las mismas intervenciones se aplican a personas que están realmente enfermas o han sido heridas, los efectos de estos procedimientos discrepan totalmente de los encontrados en las situaciones experimentales. En el laboratorio las personas se

sienten exactamente como los ratones. Cuando es su propia vida la que se hace dolorosa, no pueden por lo general dejar de sufrir, bien o mal, incluso cuando desean reaccionar como ratones.²⁶

Viviendo en una sociedad que valora la anestesia, tanto los médicos como sus clientes en potencia son readiestrados para suprimir la intrínseca interrogación del dolor. La pregunta formulada por el dolor íntimamente experimentado se transforma en una vaga ansiedad que puede someterse a tratamiento. Los pacientes lobotomizados proporcionan el ejemplo extremo de esta expropiación del dolor: “se ajustan al nivel de inválidos domésticos o de los falderos hogareños”.²⁷ La persona lobotomizada percibe todavía el dolor pero ha perdido la capacidad de sufrirlo, la experiencia del dolor queda reducida a un malestar con nombre clínico.

Para que una experiencia dolorosa constituya sufrimiento en su sentido pleno, debe corresponder a un contexto cultural.²⁸ Para permitir que los individuos transformen el dolor corporal en una experiencia personal, toda cultura proporciona al menos cuatro subprogramas interrelacionados; palabras, medicamentos, mitos y modelos. La cultura da al acto de sufrir la forma de una pregunta que puede expresarse en *palabras*, gritos y gestos, que a menudo se reconocen como intentos desesperados por compartir la total y confusa soledad en la que el dolor se experimenta: los italianos gruñen y los prusianos rechinan los dientes.

Cada cultura proporciona asimismo su propia *farmacopea* psicoactiva, con costumbres que señalan las circunstancias en las que pueden tomarse drogas y el ritual correspondiente.²⁹ Los Rayputs musulmanes prefieren el alcohol y los Brahmines la marihuana,³⁰ aunque ambos se entremezclan en las mismas aldeas de la India occidental.³¹ El peyote es seguro para los navajos³² y los hongos para los huicholes,³³ mientras los habitantes del altiplano peruano han aprendido a sobrevivir con la coca.³⁴ El hombre no sólo ha evolucionado con la capacidad de *sufrir* su dolor, sino también con las aptitudes para manejarlo:³⁵ el cultivo de la adormidera³⁶ durante el periodo medio de la Edad de Piedra fue probablemente anterior a la siembra de granos. El masaje, la acupuntura y el incienso analgésico se conocían desde el despertar de la historia.³⁷ En todas las culturas han aparecido *racionalizaciones* religiosas y míticas del dolor; para los musulmanes es el Kismet,³⁸ destino mandado por la voluntad de Dios; para los hindúes, el Karma,³⁹ una carga de alguna encarnación anterior; cristianos, el azote santificante del pecado.⁴⁰ Finalmente, las culturas siempre han proporcionado un *ejemplo* sobre el cual modelar el comportamiento durante el dolor; el Buda, el santo, el guerrero o la víctima. El deber de sufrir en su guisa distrae la atención de una sensación por lo demás omniabsorbente y desafía al que sufre a soportar la tortura con dignidad. El ámbito cultural no sólo proporciona la gramática y la técnica, los mitos y ejemplos utilizados en su característico “arte de bien sufrir”, sino también las instrucciones de cómo integrar este repertorio. En cambio, la medicalización del dolor ha fomentado la hipertrofia de uno solo de estos modos - el manejo por medio de la técnica- y reforzado la decadencia de los demás. Sobre todo, ha hecho incomprensible o escandalosa la idea de que la habilidad en el arte de sufrir pueda ser la manera más eficaz y universalmente aceptable de enfrentarse al dolor. La medicalización priva a cualquier cultura de la integración de su programa para enfrentar el dolor.

La sociedad no sólo determina cómo se encuentra el médico con el paciente, sino también lo que cada uno de ellos debe pensar, sentir y hacer con respecto al dolor. Mientras

el médico se consideró en primer lugar un curandero, el dolor se consideraba como un paso hacia la restauración de la salud. Cuando el doctor no podía curar, no tenía reparo en decir a su paciente que usara analgésicos para moderar el sufrimiento inevitable. Como Oliver Wendell Holmes, el buen médico que sabía que la naturaleza proporciona mejores remedios para el dolor que la medicina, podía decir: “(con excepción del opio), que el propio Creador parece recetar, pues a menudo vemos crecer la amapola escarlata en los maizales como si se hubiese previsto que donde hay hambre que saciar deber haber también dolor que aliviar; (con excepción de) unos cuantos medicamentos específicos que no descubrió nuestro arte médico; (con excepción de) vino, que es un alimento, y los vapores que producen el milagro de la anestesia... y creo que si toda la *materia médica* que actualmente se utiliza se arrojara al fondo del mar, tanto mejor sería ello para la humanidad -y tanto peor para los peces”.⁴¹

El ethos del curandero capacitaba al médico para el mismo fracaso digno para el cual habían preparado al hombre común, la religión, el folklore y el libre acceso a los analgésicos.⁴² El funcionario de la medicina contemporánea se encuentra en una posición diferente: su orientación primordial es el tratamiento, no la curación. Está predispuesto, no para reconocer los interrogantes que el dolor hace surgir en quien lo sufre, sino para degradar estos dolores hasta convertirlos en una lista de quejas que puedan reunirse en un expediente. Se enorgullece de conocer la mecánica del dolor y de este modo rehuye la invitación del paciente a la compasión.

Sin duda de la antigua Grecia proviene una fuente de actitudes europeas hacia el dolor. Los pupilos de Hipócrates⁴³ distinguían muchas clases de disarmonía, cada una de las cuales causaba su propio tipo de dolor. Así, el dolor se convertía en instrumento útil para el diagnóstico. Revelaba al médico qué armonía tenía que recuperar el paciente. El dolor podía desaparecer en el proceso de la curación, pero ciertamente no era ése el objeto primordial del tratamiento. Mientras desde tiempos muy antiguos los chinos intentaron tratar la enfermedad suprimiendo el dolor, nada de esta índole destacó en el Occidente clásico. Los griegos ni siquiera pensaban en disfrutar la felicidad sin aceptar tranquilamente el dolor. El dolor era la experiencia que tenía el alma de la evolución. El cuerpo humano formaba parte de un universo irremediamente deteriorado, y el alma consciente anunciada por Aristóteles correspondía en toda su extensión con su cuerpo. En ese modelo no había necesidad de distinguir entre el sentido y la experiencia del dolor. El cuerpo todavía no se divorciaba del alma, ni la enfermedad del dolor. Todas las palabras que indicaban dolor corporal podían aplicarse igualmente al sufrimiento del alma. En vista de esta herencia, sería un grave error creer que la resignación al dolor se debe exclusivamente a influencias judías o cristianas. Trece diferentes palabras hebreas fueron traducidas por un solo término griego para “dolor”, cuando 200 judíos del siglo II a. C. tradujeron el Antiguo Testamento al griego.⁴⁴ Consideraran o no los judíos al dolor un instrumento de castigo divino, era siempre una maldición.⁴⁵ Ni en las Escrituras ni en el Talmud puede encontrarse indicación alguna del dolor como experiencia deseable.⁴⁶ Es cierto que afectaba a órganos específicos, pero estos órganos se concebían también como asientos de emociones muy específicas; la categoría del dolor médico moderno es totalmente ajena al texto hebreo. En el Nuevo Testamento, se considera que el dolor está íntimamente entrelazado con el pecado.⁴⁷ Mientras que para el griego clásico el dolor tenía que acompañar al placer, para el cristiano el dolor era una consecuencia de su entrega a la alegría.⁴⁸ Ninguna cultura o tradición tiene el monopolio de la resignación

realista.

La historia del dolor en la cultura europea tendría que remontarse aun antes de estas raíces clásicas y semíticas para encontrar las ideologías en que se fundaba la aceptación personal del dolor. Para el neoplatónico, el dolor se interpretaba como resultado de alguna deficiencia en la jerarquía celestial. Para el maniqueo, era el resultado de indudables prácticas perjudiciales de un original demiurgo o creador maligno. Para el cristiano, era la pérdida de la integridad original producida por el pecado de Adán. Pero independientemente de cuanto se opusieron estas religiones unas a otras en dogma y moral, para todas ellas el dolor era el sabor amargo del mal cósmico, la manifestación de la debilidad de la naturaleza, de una voluntad diabólica o de una merecida maldición divina. Esa actitud hacia el dolor es una característica unificadora y distintiva de las culturas mediterráneas postclásicas hasta bien entrado el siglo XVII. Como lo manifestó un médico alquimista del siglo XVI, el dolor es “la tintura amarga añadida a la espumosa mezcla de la simiente del mundo”. Toda persona nacía con la vocación de aprender a vivir en un valle de lágrimas. El neoplatónico interpretaba la amargura como una falta de perfección, el cátrato como una deformidad, el cristiano como una herida de la que se la hacía responsable. Al afrontar la plenitud de la vida, que presentaba una de sus expresiones fundamentales en el dolor, la gente era capaz de levantarse en heroico desafío o negar estoicamente la necesidad del alivio y podía recibir con gusto la oportunidad de purificación, hacer penitencia o sacrificios, y tolerar renuientemente lo inevitable mientras buscaba la manera de aliviarlo. Siempre se han empleado el opio, la acupuntura o la hipnosis en combinación con el lenguaje, el ritual y el mito, en el acto fundamentalmente humano de *sufrir el dolor*. Sin embargo, una sola actitud hacia el dolor era impensable, al menos en la tradición europea: la creencia de que el dolor no debía sufrirse, aliviarse e interpretarse por la persona afectada, sino -siempre idealmente- destruirse por la intervención de un sacerdote, de un político o de un médico.

Había tres razones por las cuales la idea de matar profesional y técnicamente el dolor era ajena a todas las civilizaciones europeas.⁴⁹ Primera: el dolor era para el hombre la experiencia de un universo desfigurado, no una disfunción mecánica en uno de sus subsistemas. El significado del dolor era cósmico y mítico, no individual y técnico. Segunda: el dolor era un signo de corrupción en la naturaleza, y el hombre mismo una parte de esa totalidad. No podía rechazarse uno sin la otra; no podía considerarse el dolor como algo distinto del padecimiento. El médico podía atenuar los cólicos, pero eliminar el dolor habría significado suprimir el paciente. Tercera: el dolor era una experiencia del alma, y esa alma se hallaba presente en todo el cuerpo. El dolor era una experiencia no mediada del mal. No podía haber fuente de dolor distinta del propio dolor.⁵⁰

La campaña contra el dolor como un asunto personal que debía entenderse y sufrirse, sólo se inició cuando Descartes divorció el alma del cuerpo construyendo una imagen del cuerpo en términos de geometría, mecánica o relojería, una máquina que podía ser reparada por un ingeniero.

El cuerpo se convirtió en un aparato poseído y dirigido por el alma, pero desde una distancia casi infinita. El cuerpo vivo de la experiencia, al que los franceses llaman “la chair” y los alemanes “der Leib” se reducía a un mecanismo que el alma podía inspeccionar.⁵¹ Para Descartes el dolor se convirtió en una señal con la cual el cuerpo reacciona en defensa propia para proteger su integridad mecánica. Estas reacciones al peligro eran transmitidas al alma, que las identifica como dolorosas. El dolor quedaba reducido a un

útil artificio de aprendizaje: enseñaba al alma cómo evitar mayores daños al cuerpo. Leibnitz resume este nuevo concepto cuando cita y aprueba una sentencia de Regius, que a su vez era discípulo de Descartes: “El gran ingeniero del universo ha hecho al hombre tan perfecto como podía hacerlo, y no pudo haber inventado un artificio mejor para su conservación que dotarlo con un sentido del dolor.”⁵² El comentario de Leibnitz sobre esta sentencia es instructivo. Primero dice que en principio habría sido mejor aún que Dios empleara un refuerzo positivo en lugar de un negativo provocando el placer cada vez que un hombre se aparta del fuego que podría destruirlo. No obstante, llega a la conclusión de que Dios sólo pudo triunfar mediante esta estrategia haciendo milagros, y como, también por principio, Dios evita los milagros, “el dolor es un artificio necesario y brillante para asegurar el funcionamiento del hombre”. En el curso de dos generaciones después del intento de Descartes de establecer una antropología científica, el dolor había llegado a ser útil. De experiencia de la precariedad de la existencia⁵³ se había convertido en un indicador de colapsos específicos.

A fines del siglo pasado, el dolor se había convertido en un regulador de las funciones orgánicas sujeto a las leyes de la naturaleza y sin necesidad alguna de explicación metafísica.⁵⁴ Había dejado de merecer todo respecto místico y podía ser sometido al estudio empírico con el propósito de eliminarlo. Apenas había transcurrido siglo y medio desde que por primera vez se reconoció el dolor como una simple defensa fisiológica, la primera medicina etiquetada como “matadolores” fue puesta en el comercio en La Cross, Wisconsin, en 1853.⁵⁵ Se había desarrollado una nueva sensibilidad que no estaba satisfecha con el mundo, no porque éste fuese triste o pecaminoso, o le faltara ilustración o estuviese amenazado por los bárbaros, sino porque estaba lleno de sufrimiento y dolor.⁵⁶ El progreso de la civilización llegó a ser sinónimo de la reducción de la suma total de sufrimiento. A partir de entonces, la política iba a ser una actividad no tanto dedicada a lograr el máximo de felicidad como el mínimo de sufrimiento. El resultado es una tendencia a ver el dolor como un acontecimiento esencialmente pasivo impuesto en víctimas desamparadas porque no se utiliza en su favor el arsenal de la corporación médica. En este contexto ahora parece racional huir del dolor y no afrontarlo, aun al costo de renuncias a una intensa vivencia. Parece razonable eliminar el dolor, aun al costo de perder la independencia. Parece esclarecido el negar legitimidad a todas las cuestiones no técnicas que plantea el dolor, aunque esto signifique convertir los enfermos en falderos.⁵⁷ Con los crecientes niveles de insensibilidad provocada al dolor, se ha reducido igualmente la capacidad para experimentar las alegrías y los placeres sencillos de la vida. Se necesitan estímulos cada vez más enérgicos para proporcionar a la gente de una sociedad anestésica alguna sensación de estar viva. Las drogas, la violencia y el horror quedan como los únicos estímulos que todavía pueden despertar una experiencia del propio yo. La anestesia ampliamente difundida aumenta la demanda de excitación por medio del ruido, la velocidad, la violencia, sin importar cuán destructivos sean.

Este umbral elevado de experiencia mediatizado fisiológicamente, que es característico de una sociedad medicalizada, hace extremadamente difícil en la actualidad el reconocer en la capacidad de sufrir un síntoma posible de salud. El recordatorio de que el sufrimiento es una actividad responsable resulta casi insoportable para los consumidores, para quienes coinciden el placer y la dependencia respecto de productos industriales. Ellos justifican su estilo pasivo de vida al equiparar con el “masoquismo” toda participación personal en enfrentar el dolor inevitable. Mientras rechazan la aceptación del sufri-

miento como una forma de masoquismo, los consumidores de anestesia tratan de encontrar un sentido de realidad en sensaciones cada vez más intensas. Tratan de encontrar significado a sus vidas y poder sobre los demás soportando dolores indistinguibles y ansiedades intratables: la vida agitada de los hombres de negocios, el autocastigo de la carrera burocrática y la intensa exposición a la violencia y al sadismo en el cine y la televisión. En una sociedad tal, abogar por un estilo renovado del arte de sufrir que incorpore el uso competente de técnicas nuevas, será inevitablemente mal interpretado como un deseo enfermizo de dolor: como oscurantismo, romanticismo, dolorismo o sadismo.

El última instancia, el tratamiento del dolor podría sustituir el sufrimiento por una nueva clase de horror: la experiencia de lo artificialmente indoloro. Lifton describe los efectos de la muerte en gran escala sobre los supervivientes estudiando a personas que estuvieron cerca de la “zona cero” en Hiroshima.⁵⁸ Él observó que las personas que anduvieron entre los lesionados y moribundos simplemente dejaron de sentir; se hallaban en un estado de cierre emocional, sin reacción emotiva alguna. Lifton cree que después de un tiempo ese cierre se mezcló con una depresión que 20 años después de la bomba se manifestaba todavía en el sentimiento de culpa o vergüenza de haber sobrevivido sin experimentar ningún dolor en el momento de la explosión. Esas personas viven en un encuentro interminable con la muerte que las perdonó, y sufren de una enorme pérdida de confianza en la gran matriz humana que sostiene la vida de cada ser humano. Experimentaron su tránsito anestesiado a través de ese acontecimiento como algo precisamente tan monstruoso como la muerte de la gente que les rodeaba: como un dolor demasiado oscuro y demasiado abrumador para afrontarlo o sufrirlo.⁵⁹

Lo que hizo la bomba en Hiroshima podría orientarnos para comprender el efecto acumulativo sobre una sociedad en la que el dolor ha sido “expropiado” módicamente. El dolor pierde su carácter referencial cuando es embotado, y engendra un horror residual insensato, indudable. El sufrimiento, que era soportable gracias a las culturas tradicionales, algunas veces engendraba angustia intolerable, maldiciones torturadas y blasfemias exasperantes; también tenía sus propios límites. La nueva experiencia que ha reemplazado al sufrimiento digno es el mantenimiento artificialmente prolongado, opaco, despersonalizado. El uso creciente de matadores convierte cada vez más a la gente en espectadores insensibles de sus propios yos en decadencia.

Índice

4. LA INVENCION Y ELIMINACION DE LA ENFERMEDAD

La Revolución Francesa dio a luz dos grandes mitos: uno, que los médicos podían sustituir a los clérigos; el otro, que con el cambio político la sociedad retornaría a un estado de salud original.¹ La enfermedad se convirtió en un asunto público. En el nombre del progreso, ahora ha cesado de incumbir a quienes están enfermos.²

En 1792, durante varios meses la Asamblea Nacional en París trató de decidir cómo reemplazar a los médicos que aprovechaban de la asistencia a los enfermos por una bu-

rocracia terapéutica planeada para administrar un mal destinado a desaparecer con el advenimiento de la igualdad, la libertad y la fraternidad. El nuevo sacerdocio habría de financiarse con fondos expropiados de la iglesia. Habría de orientar a la nación en una conversión militante hacia la vida sana que haría menos necesaria la asistencia médica para los enfermos. Cada familia podría volver a hacerse cargo de sus miembros, y cada aldea atender a los enfermos sin parientes. Un Servicio Nacional de Salud se encargaría de la asistencia sanitaria y supervisaría la promulgación de leyes dietéticas y de estatutos para obligar a los ciudadanos a utilizar sus nuevas libertades en la vida frugal y los placeres sanos. Funcionarios médicos supervisarían el acatamiento de la ciudadanía, y magistrados médicos presidirían tribunales de salud para protegerse contra charlatanes y explotadores.

Aún más radicales fueron las propuestas de un Subcomité para la Eliminación de la Mendicidad. En contenido y estilo son semejantes a algunos manifiestos de la Guardia Roja y las Panteras Negras que piden que vuelva al pueblo el control sobre la salud. Se afirmaba que la asistencia primordial pertenece únicamente a los vecindarios. Los gastos públicos para asistencia a los enfermos se emplean mejor como suplemento de los ingresos de los afligidos. Si se necesitan hospitales, deben ser especializados: para los ancianos, los incurables, los locos o los expósitos. La enfermedad es un síntoma de corrupción política y será eliminada cuando se limpie el gobierno.

Habitualmente se identificaba a los hospitales como focos de infección, lo que era común y fácil de explicar. Habían aparecido en la antigüedad tardía bajo los auspicios cristianos como dormitorios para viajeros, vagos y abandonados. Los médicos empezaron a visitar con regularidad los hospitales en la época de las cruzadas, siguiendo el ejemplo de los árabes.³ Durante el ocaso de la Edad Media, se convirtieron en parte integral de la arquitectura urbana como instituciones caritativas para la custodia de los indigentes.⁴ Hacia fines del siglo XVIII el viaje al hospital se emprendía, por lo general, sin esperanza de volver.⁵ Nadie iba a un hospital para restaurar su salud. Juntos se confundían los enfermos, locos, lisiados, epilépticos, incurables, expósitos y amputados recientes, de todas las edades y de ambos sexos;⁶ las amputaciones se practicaban en los corredores, entre las camas. Se repartían algunos alimentos; capellanes y legos piadosos iban a ofrecer consuelo, y los médicos hacían visitas de caridad. Menos del 3% del magro presupuesto se gastaba en remedios. Más de la mitad se iba en la sopa del hospital; las monjas podían ir pasándola con una pitanza. Como las cárceles, los hospitales se consideraban un último recurso;⁷ nadie pensaba en ellos como herramienta para administrar tratamiento para mejorar a los internados.⁸

Lógicamente, algunos extremistas fueron más allá de las recomendaciones formuladas por la Comisión de Mendicidad. Algunos exigieron de plano la abolición de todos los hospitales, diciendo que “son inevitablemente lugares para congregarse enfermos y engendrar miseria mientras estigmatizan al paciente. Si una sociedad continúa necesitando hospitales, es signo de que su revolución ha fracasado”.⁹

Una mala comprensión de Rousseau vibra en este deseo de restaurar la enfermedad a su “estado natural”,¹⁰ de devolver la sociedad a la “enfermedad silvestre”, que fija sus propios límites y puede soportarse con virtud y estilo, y ser atendida en los hogares de los pobres, así como anteriormente se habían atendido las enfermedades de los ricos. La enfermedad se vuelve compleja, intratable e insoportable únicamente cuando la explotación divide a la familia.¹¹ Se vuelve maligna y degradante cuando llegan la urbani-

zación y la civilización. Para los seguidores de Rousseau la enfermedad que se ve en los hospitales es hecha por el hombre, como todas las formas de injusticia social, y prospera entre los sibaritas y sus explotados. “En el hospital la enfermedad es totalmente corrupta; se vuelve ‘fiebre de prisión’, que se caracteriza por espasmos, fiebre, indigestión, orina pálida, respiración deprimida, y conduce en definitiva a la muerte: si no en el octavo o en el undécimo día, entonces en el décimo tercero.”¹² Con este tipo de lenguaje se convirtió, por primera vez, la medicina en un problema político. Los planes para dirigir mecánicamente una sociedad y llevarla a la salud comenzaron con el llamado a una reconstrucción social que eliminaría los males de la civilización. Lo que Dubos ha llamado “el espejismo de la salud” comenzó como un programa político.

En la retórica pública de la década de 1790, no existía en lo absoluto la idea de aplicar intervenciones biomédicas sobre la gente o sobre su ambiente. Únicamente con la Restauración se confió a la profesión médica la tarea de eliminar la enfermedad. Tras el Congreso de Viena, proliferaron los hospitales y prosperaron las escuelas de medicina.¹³ Lo mismo ocurrió con el descubrimiento de enfermedades; la enfermedad era todavía primordialmente no técnica. En 1770, poco sabía la medicina general aparte de la peste y las erupciones pustulosas,¹⁴ pero en 1860 hasta el ciudadano común y corriente reconocía el nombre médico de una docena de enfermedades. La súbita aparición del médico como salvador y hacedor de milagros no se debió a la eficacia comprobada de nuevas técnicas, sino a la necesidad de un ritual mágico que prestara credibilidad a una actividad en la que había fracasado una revolución política. Para que los conceptos de “enfermedad” y “salud” pudieran reclamar fondos públicos, tuvieron que hacerse operativos. Fue necesario convertir las dolencias en enfermedades objetivas que infestaran a la humanidad, pudieran transplantarse y cultivarse en el laboratorio, y tener cabida en pabellones, archivos, presupuestos y museos. En esta forma, la enfermedad fue acomodada al manejo administrativo: la clase dominante confió la autonomía en el control a una rama de la élite y la eliminación de la enfermedad. El objeto del tratamiento médico fue definido por una nueva, aunque sumergida, ideología política y adquirió el status de una entidad que existía completamente por separado tanto del médico como del paciente.¹⁵ Olvidamos a menudo qué poco tiempo hace que nacieron las entidades nosológicas. A mediados del siglo XIX, todavía se citaba con aprobación un aforismo atribuido a Hipócrates: “No puedes descubrir peso ni forma ni cálculo al cual referir tu juicio sobre salud y enfermedad. En las artes médicas no existe más certeza que la de los sentidos del médico.” La enfermedad era todavía el sufrimiento personal en el espejo de la visión del médico.¹⁶ La transformación de este retrato médico en una entidad clínica representa un acontecimiento en medicina que corresponde a la hazaña de Copérnico en astronomía: el hombre fue violentamente lanzado y alejado del centro de su universo, Job se hizo Prometeo.

La esperanza de lograr en la medicina la perfección que Copérnico había dado a la astronomía data de los tiempos de Galileo. Descartes trazó las coordenadas para ejecutar el proyecto. Su descripción convirtió eficazmente el cuerpo humano en un mecanismo de relojería y estableció una nueva distancia no sólo entre alma y cuerpo, sino también entre la queja del paciente y el ojo del médico. Dentro de esta estructura mecanizada, el dolor se convirtió en una luz roja y la enfermedad en una avería mecánica. Se hizo posible una nueva clase de taxonomía de las enfermedades. Así como podían clasificarse los minerales y las plantas, así el médico-taxonomista podía aislar las enfermedades y

colocarlas en su categoría. Se había establecido la estructura lógica para un nuevo objetivo de la medicina. Se situó a la enfermedad en vez de al hombre que sufre en el centro del sistema médico, una enfermedad que podía ser sometida a: *a)* verificación operativa mediante la medición, *b)* estudio clínico y experimentación y *c)* evaluación conforme a normas mecánicas.

La antigüedad no conoció ningún aparato para medir la enfermedad.¹⁷ Los contemporáneos de Galileo fueron los primeros en aplicar la medición al enfermo, pero con poco éxito. Como Galeno había enseñado que la orina se secretaba directamente de la vena cava y que su composición era una indicación directa de la naturaleza de la sangre, los médicos habían probado y olido la orina y la habían examinado a la luz del sol y de la luna. Los alquimistas del siglo XVI habían aprendido a medir el peso específico con precisión considerable, y sometieron a sus métodos la orina de los enfermos. Se atribuyeron a cambio del peso específico de la orina docenas de significados distintos y divergentes. Con esta primera medición, los médicos comenzaron a leer significados diagnósticos y curativos en toda nueva medición que aprendían a ejecutar.¹⁸

El empleo de mediciones físicas preparó para creer en la existencia real de enfermedades y en su autonomía ontológica de la percepción de médico y paciente. El empleo de estadísticas apuntaló esa creencia. “Mostró” que las enfermedades se hallaban en el ambiente y podían invadir e infectar a la gente. Los primeros ensayos clínicos en que se utilizaron estadísticas, practicados en los Estados Unidos en 1721 y publicados en Londres en 1722, proporcionaron datos sólidos que indicaban la amenaza de la viruela para Massachusetts, y que los vacunados estaban protegidos contra sus ataques. Esos ensayos fueron dirigidos por el doctor Cotton Mather, mejor conocido por su furia inquisitorial durante los juicios de las brujas de Salem que por su vigorosa defensa de la vacuna antivariólica.¹⁹

Durante los siglos XVII y XVIII, los médicos que aplicaban mediciones a los enfermos podían ser considerados charlatanes por sus colegas. Durante la Revolución Francesa, los médicos ingleses miraban todavía con desconfianza la termometría clínica. Junto con la rutinaria toma del pulso, llegó a ser práctica clínica aceptada apenas alrededor de 1845, treinta años después que Laennec comenzó a usar el estetoscopio. Conforme el interés del médico se trasladaba del enfermo a la enfermedad, el hospital se convertía en un museo de enfermedades. Los pabellones estaban llenos de indigentes que ofrecían sus cuerpos como espectáculos a cualquier médico deseoso de tratarlos.²⁰ Hacia fines del siglo XVIII se desarrolló el concepto de que el hospital era el lugar lógico para estudiar y comparar “casos”. Los médicos visitaban hospitales donde se mezclaba toda clase de gente enferma, y se adiestraban para escoger varios “casos” de la misma enfermedad. A la cabecera del enfermo, perfeccionaron su ojo clínico. Durante los primeros decenios del siglo XIX, la actitud médica hacia los hospitales continuó con un desarrollo ulterior. Hasta entonces, los nuevos médicos se habían preparado principalmente mediante conferencias, demostraciones y discusiones. Ahora la “cabecera” pasó a ser la clínica, el lugar donde se adiestraban los futuros médicos para ver y reconocer enfermedades.²¹ El concepto clínico de la enfermedad dio origen a un nuevo lenguaje que hablaba acerca de las enfermedades desde la cabecera, y a un hospital reorganizado por la enfermedad para exhibición de enfermedades a los estudiantes.²²

El hospital, que muy a principios del siglo XIX había pasado a ser un lugar para el diagnóstico, se convertía ahora en un lugar para la enseñanza. Pronto se transformaría en

un laboratorio para experimentar con tratamientos y hacia fines del siglo en un lugar dedicado a la terapia. Hoy día el lazareto se ha transformado en un taller de reparaciones dividido en compartimientos.

Todo esto sucedió en etapas. Durante el siglo XIX, la clínica pasó a ser el lugar donde se reunían los portadores de enfermedades, se identificaban éstas y se llevaba un censo de ellas. La percepción médica de la realidad llegó a fundarse en el hospital mucho antes que el ejercicio de la profesión médica. El hospital especializado que pedían los revolucionarios franceses en beneficio del paciente llegó a ser realidad porque los médicos necesitaban clasificar las enfermedades. Durante todo el siglo XIX, la patología continuó siendo en proporción abrumadora la clasificación de anomalías anatómicas. Sólo hacia fines del siglo comenzaron los discípulos de Claudio Bernard también a clasificar y catalogar la patología de las funciones.²³ Junto con la enfermedad, la salud adquirió una categoría clínica, convirtiéndose en la ausencia de síntomas clínicos. Los patrones clínicos de la normalidad se asociaron con el bienestar.²⁴

La enfermedad nunca pudo haberse asociado con la anormalidad si el valor de los patrones universales no se hubiera reconocido en un dominio tras otro durante un periodo de 200 años. En 1635, a instancias del cardenal Richelieu, el rey de Francia formó una Academia de los cuarenta supuestamente más distinguidos hombres de letras franceses, con el propósito de proteger y perfeccionar la lengua francesa. En realidad, impusieron el lenguaje de la burguesía en ascenso que también estaba ganando control sobre las crecientes herramientas de producción. El lenguaje de la nueva clase de productores capitalistas se hizo normativo para todas las clases. La autoridad estatal se expandió rebasando el derecho escrito para regular los medios de expresión. Los ciudadanos aprendieron a reconocer el poder normativo de una élite en dominios que no habían sido tocados por los cánones de la iglesia ni por los códigos civil y penal del estado. Las ofensas cometidas contra las leyes codificadas de la gramática francesa llevaban ahora sus propias sanciones; ponían al que hablaba en su lugar, es decir, los privaban de los privilegios de clase y profesión. El mal francés era el que se quedaba fuera de las normas académicas, como la mala salud no tardaría en ser la que no se ajustaba a las normas clínicas.

”Norma” en latín significa “escuadra”, la escuadra del carpintero. Hasta los años 1830 y siguientes, la palabra inglesa “normal” significaba tenerse en ángulo recto. Durante los años cuarenta llegó a designar cosas que se ajustaban a un tipo común. En los ochenta, en los Estados Unidos, pasó a significar el estado o condición habitual, no sólo de cosas, sino también de personas. En Francia la palabra fue traspuesta de la geometría a la sociedad. *École Normale* designó a la escuela donde se formaban los maestros para el Imperio. Augusto Comte fue el primero en dar a la palabra una connotación médica alrededor de 1840. Comte confiaba en que una vez conocidas las leyes relativas al estado normal del organismo, sería posible emprender el estudio de la patología comparada.²⁵ Durante el último decenio del siglo XIX, normas y patrones llegaron a ser criterios fundamentales para el diagnóstico y la terapéutica. Para que esto ocurriera, no fue necesario que todos los rasgos anormales se consideraran patológicos: fue suficiente que todas las características patológicas se consideraran anormales. La enfermedad como desviación de una norma hizo legítima la intervención médica proporcionando una orientación para la terapéutica.²⁶

La edad de la medicina de hospital, que desde su origen hasta su decadencia no ha du-

rado más de un siglo y medio, está llegando a su fin.²⁷ La medición clínica se ha difundido por toda la sociedad. La sociedad se ha convertido en una clínica y todos los ciudadanos se han hecho pacientes cuya presión arterial se vigila constantemente y se regula hasta quedar “dentro” de los límites normales. Los agudos problemas de personal, dinero, acceso y control que acosan a los hospitales en todas partes pueden interpretarse como síntomas de una nueva crisis en el concepto de la enfermedad. Ésta es una crisis verdadera porque admite dos soluciones opuestas y ambas hacen anticuados a los hospitales actuales. La primera solución consiste en aumentar la medicalización patógena de la asistencia a la salud, expandiendo más aún el control clínico de la profesión médica sobre la población ambulatoria. La segunda es una desmedicalización crítica, científicamente justa del concepto de enfermedad.

La epistemología médica es mucho más importante para la solución sana de esta crisis que la biología o la tecnología médica. Esa epistemología tendrá que aclarar la condición lógica y la naturaleza social del diagnóstico y la terapéutica, primordialmente en las enfermedades físicas por oposición a las mentales. Toda enfermedad es una realidad creada socialmente. Su significado y la reacción que evoca tienen una historia.²⁸ El estudio de esa historia puede permitirnos entender el grado en el que somos prisioneros de la ideología médica en que fuimos formados.

Recientemente una serie de autores ha tratado de quitar la condición de “enfermedad” a la desviación *mental*.²⁹ Paradójicamente, han hecho más y no menos difícil el plantear la misma clase de cuestión acerca de las *enfermedades en general*. Leifer, Goffmann, Szasz, Laing y otros, todos ellos están interesados en la génesis política de las enfermedades mentales y en su uso con fines políticos.³⁰ Para aclarar su punto de vista, todos ellos contrastan la enfermedad mental “irreal” con la enfermedad física “real”. Según ellos, el lenguaje de las ciencias naturales que actualmente se aplica a todas las afecciones que estudian los médicos sólo corresponde a la enfermedad física. Esta se confina en el cuerpo y se halla en un contexto anatómico, fisiológico y genético. La existencia “real” de esas afecciones puede confirmarse mediante mediciones y experimentos, sin referencia alguna a un sistema de valores. Nada de esto se aplica a la enfermedad mental: su situación como “enfermedad” depende totalmente del juicio psiquiátrico. El psiquiatra actúa como el agente de un medio social, ético y político. Las mediciones y los experimentos en esos estados “mentales” sólo pueden realizarse dentro de la estructura de coordenadas ideológicas que derivan su estabilidad del prejuicio social general del psiquiatra. Se culpa a la vida de que las enfermedades prevalezcan en una sociedad alienada, pero si bien la reconstrucción política podría eliminar muchas de las enfermedades psíquicas, simplemente proporcionaría tratamientos técnicos mejores y más equitativos para los que están físicamente enfermos.

Esta posición antipsiquiátrica, que da legitimidad a la condición apolítica de la enfermedad física negando el carácter de enfermedad a las desviaciones mentales, es una posición minoritaria en el Occidente, aunque parece acercarse a una doctrina oficial en la China moderna, donde la enfermedad mental se percibe como un problema político. Los políticos maoístas toman a su cargo a los que sufren desviaciones psicóticas. Ber-
mann³¹ informa que los chinos se oponen a la práctica rusa revisionista de despolitizar la desviación de los enemigos de clase encerrándolos en hospitales y tratándolos como si tuvieran una enfermedad análoga a una infección. Los chinos pretenden que sólo el procedimiento opuesto puede dar resultados: la reeducación intensiva política de gente

que actualmente son, tal vez inconscientemente, enemigos de clase. Su autocrítica los hará políticamente activos y por ende saludables. Aquí nuevamente, la insistencia en la naturaleza primordialmente no clínica de la desviación mental refuerza la creencia de que otra clase de enfermedad es una entidad material.³²

Las sociedades industriales avanzadas tienen mucho interés en la mantención de la legitimidad epistemológica de las entidades nosológicas. Mientras la enfermedad sea algo que se posesiona de la gente, algo que se “pesca” o que “se pega”, las víctimas de estos procesos naturales pueden quedar exentas de responsabilidad por su condición. Se les puede tener piedad más que culparlas por un desempeño negligente, vil o incompetente en sufrir su realidad subjetiva; se les puede transformar en elementos manejables y aprovechables si aceptan humildemente su enfermedad como una expresión de que “así son las cosas”. Se les puede descargar de cualquier responsabilidad política por haber colaborado en aumentar la tensión mórbida de la industria de alta intensidad. Una sociedad industrial avanzada es morbosa porque inhabilita a la gente para enfrentar su ambiente y, cuando la gente se quebranta, sustituye las relaciones rotas por una prótesis “clínica”. La gente se rebelaría contra tal ambiente si la medicina no le explicara su desorientación biológica como un defecto en su salud, más bien que como un defecto en la forma de vida impuesta o que ella misma se impone.³³ La garantía de inocencia política personal que un diagnóstico ofrece al paciente sirve como una máscara higiénica que justifica una ulterior sujeción a la producción y al consumo.

El diagnóstico médico de entidades nosológicas sustantivas que supuestamente toman forma en el cuerpo del individuo resulta un modo subrepticio y amoral de culpar a la víctima. El médico, perteneciente él mismo a la clase dominante juzga que el individuo no encaja en un ambiente proyectado y administrado por otros profesionales, en vez de acusar a sus colegas de crear ambientes en los que el organismo humano no puede encajar. La enfermedad sustantiva puede así interpretarse como la materialización de un mito políticamente conveniente, que adquiere sustancia dentro del cuerpo del individuo cuando dicho cuerpo se rebela contra las demandas que la sociedad industrial le impone.

La clasificación de enfermedades -la nosología- que adopta la sociedad refleja su organización social. Las enfermedades que produce la sociedad son bautizadas por el médico con nombres amados por los burócratas. La “incapacidad de aprendizaje”, la “hipercinesia” o la “disfunción cerebral mínima” explican a los padres la razón por la cual sus niños no aprenden, sirviendo así de coartada para la intolerancia o la incompetencia de la escuela; la alta presión arterial sirve de coartada a la tensión creciente, la enfermedad degenerativa a la organización social degenerante. Mientras más convincente sea el diagnóstico y más valiosa parezca ser la terapéutica, más fácil resultará convencer a la gente de que necesita ambas cosas y con menos probabilidad se rebelarán contra el crecimiento industrial. Los obreros sindicalizados exigen la terapéutica más costosa posible, aunque sólo sea por el placer de recuperar parte del dinero que han pagado en impuestos y seguros, y se engañan creyendo que esto significa una mayor igualdad. Hasta que la enfermedad llegó a percibirse como una anomalía orgánica o de la conducta, el que se enfermaba podía hallar aún en los ojos del médico un reflejo de su propia angustia y un cierto reconocimiento de la particularidad única de su sufrimiento. Ahora lo que encuentra es la mirada de un contador biológico embebido en cálculos de “input, output” (insumo/producto). Le arrebatan su enfermedad y se la transforman en ma-

teria prima para una empresa institucional. Se interpreta su estado de acuerdo con un conjunto de reglas abstractas que él no comprende. Se le instruye acerca de entidades ajenas que el médico combate, pero sólo en la medida que el médico considera necesaria para ganar la cooperación del paciente. Los médicos se apoderan del lenguaje: la persona enferma queda privada de palabras significativas para expresar su angustia, que aumenta más aún por la mistificación lingüística.³⁴

Antes de que el lenguaje referente al cuerpo fuera dominado por la jerga científica, el repertorio del habla común era excepcionalmente rico en este campo.³⁵ El lenguaje campesino ha preservado gran parte de este tesoro hasta nuestros días.³⁶ Las instrucciones se conservaban a la mano a través de dichos y proverbios.³⁷ La forma en que los babilonios y los griegos formulaban sus quejas ante el médico ha sido comparada con las expresiones usadas por los trabajadores de la industria alemana. Igual que en la antigüedad el paciente tartamudea, pierde el hilo y habla de lo que “agarró” o de lo que “pescó”. Pero mientras el trabajador industrial se refiere parcamente a su dolencia como a un “eso” que duele, sus predecesores tenían muchos nombres pintorescos y expresivos para los demonios³⁸ que los mordían o agujoneaban. Finalmente, la creciente dependencia del habla socialmente aceptable con respecto al lenguaje especial de una profesión elitista convierte la enfermedad en un instrumento de dominación de clase. Así, el burócrata y el universitario se hacen colegas de su médico en el tratamiento que éste les dispensa, mientras el obrero es puesto en su sitio como un siervo que no habla el idioma del amo.³⁹

Tan pronto como se evalúa la eficacia médica en lenguaje ordinario, se hace evidente que la mayoría de los diagnósticos y tratamientos eficaces no van más allá de la comprensión que cualquier lego puede adquirir. De hecho, la abrumadora mayoría de intervenciones diagnósticas y terapéuticas que demostrablemente hacen más bien que mal tienen dos características: los recursos materiales que requieren son extremadamente baratos y pueden ser envasados y proyectados, para uso por uno mismo o para aplicación por los miembros de la familia. Por ejemplo, el precio de lo que favorece significativamente a la salud, en la medicina del Canadá, es tan bajo que el dinero despilfarrado actualmente en la India en medicina moderna bastaría para hacer asequibles los mismos recursos en todo el subcontinente. Las destrezas necesarias para aplicar los medios auxiliares más generalizados en diagnóstico y terapéutica son tan sencillas que si las personas que se encargan de la asistencia observan cuidadosamente las instrucciones, probablemente garanticen un uso más eficaz y responsable que el que jamás podría ofrecer la práctica médica. La mayor parte de lo que queda probablemente podría ser manejado mejor por aficionados “descalzados” no profesionales con profundo compromiso personal que por médicos, psiquiatras, dentistas, parteras, fisioterapeutas u oculistas profesionales.

Cuando se discuten las pruebas acerca de la sencillez de la medicina moderna eficaz, la gente medicalizada generalmente formula estas objeciones: los enfermos están ansiosos y son emocionalmente incompetentes para la automedicación racional: incluso los médicos llaman a un colega para tratar a sus hijos enfermos; y los aficionados malévolos podrían organizarse rápidamente en un monopolio de custodios del escaso y precioso conocimiento médico. Todas esas objeciones son válidas si se plantean dentro de una sociedad en la que las expectativas del consumidor modelan las actitudes para el servicio, en la que los recursos médicos están empaquetados cuidadosamente para uso del

hospital, y en la que predomina la mitología de la eficiencia médica. Difícilmente serían válidas en un mundo que aspira a la búsqueda eficaz de metas personales que hubieran sido puestas al alcance de casi cualquier persona por un uso austero de la tecnología.

Índice

5. LA MUERTE ESCAMOTEADA

En toda sociedad la imagen dominante de la muerte determina el concepto predominante de salud.¹ Una imagen tal, la anticipación culturalmente condicionada de un suceso cierto en una fecha incierta, está moldeada por estructuras institucionales, mitos profundamente arraigados y el carácter social que predomina. La imagen que una sociedad tiene de la muerte revela el nivel de independencia de su pueblo, sus relaciones interpersonales, su confianza en sí mismo y la plenitud de su vida.² Dondequiera que ha penetrado la civilización médica metropolitana, se ha trasplantado una imagen nueva de la muerte. En la medida en que esta imagen depende de las nuevas técnicas y de sus correspondientes *ethos*, su carácter es supranacional. Pero esas mismas técnicas no son culturalmente neutrales; adoptaron una forma concreta dentro de las culturas occidentales y expresaron un *ethos* occidental. La imagen de la muerte que tiene el hombre blanco se ha difundido con la civilización médica y ha sido una fuerza importante de la colonización cultural. La imagen de una “muerte natural”, una muerte que llega bajo la asistencia médica y nos encuentra en buena salud y avanzada edad, es un ideal bastante reciente.³ En 500 años ha evolucionado a través de cinco etapas distintas, y actualmente está a punto de experimentar una sexta mutación. Cada etapa ha encontrado su expresión iconográfica: 1) la “danza de los muertos” del siglo XV; 2) la danza del Renacimiento a invitación del hombre esqueleto, la llamada “Danza de la Muerte”; 3) la escena del dormitorio del libertino envejecido bajo el *Ancien Régime*; 4) el médico del siglo XIX en su lucha contra los fantasmas errantes de la tisis y la peste; 5) los médicos de mediados del siglo XX que se interponen entre el paciente y su muerte, y 6) la muerte bajo asistencia intensiva en el hospital. En cada etapa de su evolución, la imagen de la muerte natural ha producido una nueva serie de reacciones que adquirieron en forma creciente un carácter médico. La historia de la muerte natural es la historia de la medicalización de la lucha contra la muerte.⁴

LA DANZA DEVOTA DE LOS MUERTOS

A partir del siglo IV, la iglesia había estado luchando contra la tradición pagana de muchedumbres que bailaban en los cementerios: desnudas, frenéticas y blandiendo sables. No obstante, la frecuencia de prohibiciones eclesiásticas testimonia su escasa eficacia, y durante mil años las iglesias y los cementerios cristianos continuaron siendo plataformas de baile. La muerte era una ocasión para la renovación de la vida. La danza con los muertos sobre sus tumbas era una ocasión para afirmar la alegría de estar vivo y una fuente de muchas canciones y poemas eróticos.⁵ A fines del siglo XIV, parece haber

cambiado el sentido de esas danzas;⁶ de un encuentro entre los vivos y los que ya estaban muertos, se transformó en una experiencia meditativa, introspectiva. En 1424 se pintó la primera Danza de los Muertos en la pared de un cementerio en París. Se ha perdido el original del “Cementerio de los Inocentes”, pero buenas copias nos permiten reconstruirlo; rey, campesino, papa, escriba y doncella danzan cada uno con un cadáver. Cada personaje es una imagen en espejo del otro en vestido y rasgos. En la forma de su cuerpo “Todohombre” lleva su propia muerte consigo y baila con ella en el curso de su vida. Al terminar la Edad Media, la muerte residente⁷ se encara con el hombre; cada muerte viene con el símbolo del rango correspondiente a su víctima: para el rey una corona, para el campesino una horquilla. Después de bailar con los ancestros muertos sobre sus tumbas, la gente pasaba a representar un mundo en el que cada quien baila durante la vida abrazando su propia mortalidad. La muerte no se representaba como una figura antropomórfica sino como una autoconsciencia macabra, una sensación constante del sepulcro abierto. No es todavía el hombre esqueleto del siglo siguiente a cuya música bailarían pronto hombres y mujeres durante el otoño de la edad Media, sino más bien el propio yo envejeciendo y pudriéndose de cada uno.⁸

Con esa época el espejo⁹ toma importancia en la vida cotidiana, y en las garras del “espejo de la muerte”, el “mundo”¹⁰ adquiere una agudeza alucinante. Con dos poetas Chaucer y Villon, la muerte llega a ser tan íntima y sensual como el placer y el dolor. Las sociedades primitivas concebían la muerte como resultado de una intervención por un agente extraño. No atribuían personalidad a la muerte. La muerte es el resultado de la intención maligna de alguno. Ese alguno que causa la muerte puede ser un vecino que, por envidia, lo mira a uno con mal de ojo, o podría ser una bruja, un ancestro que venía a recogerlo a uno, o el gato negro que se atravesaba en su camino.¹¹ Durante todo el medioevo cristiano y musulmán, la muerte continuó considerándose como el resultado de una intervención deliberada y personal de Dios. En el lecho de muerte no aparece la figura de “una” muerte, sino sólo la de un ángel y un demonio luchando por el alma que escapa de la boca de la mujer moribunda. Apenas durante el siglo XV estuvieron las condiciones propicias para que cambiara esta imagen,¹² y apareciera la que más tarde se llamaría la “muerte natural”. La danza de los muertos representa esa situación. La muerte puede entonces convertirse en una parte inevitable, intrínseca de la vida humana, más que en la decisión de un agente extraño. La muerte se vuelve autónoma y durante tres siglos coexiste, como agente distinto, con el alma inmortal, la divina providencia, los ángeles y los demonios.

LA DANZA MACABRA

En los antiguos dramas alegóricos,¹³ la muerte aparece con una nueva indumentaria en un nuevo papel. A fines el siglo XV, ya no es sólo una imagen en espejo sino que juega el papel principal entre las “cuatro postrimerías”, precediendo al juicio, al cielo y al infierno.¹⁴ Ni es ya nada más uno de los cuatro jinetes del Apocalipsis de los relieves románticos, ni la Megara vampiresca que recoge almas del cementerio de Pisa, ni un simple mensajero que ejecuta las órdenes de Dios. La muerte se ha convertido en figura independiente que visita a cada hombre, mujer y niño, primero como mensajero de Dios pero pronto insistiendo en sus propios derechos soberanos. En 1538 Hans Holbein el Joven¹⁵ publicó el primer libro ilustrado de la muerte, que iba a llegar a ser un gran éxito de li-

brería: grabados en madera sobre la *Danza Macabra*.¹⁶ Los personajes que bailan se han desprendido de su carne pútrida y se han convertido en esqueletos desnudos. Cada hombre entrelazado con su propia mortalidad ha llegado a representarse en un agotamiento frenético en las garras de una fuerza de la naturaleza. La íntima imagen en espejo coloreada por la “nueva devoción” de los místicos alemanes ha sido reemplazada por una fuerza igualitaria de la naturaleza, el ejecutor de una ley que hace girar a todos y luego los abate con la guadaña. De un encuentro que dura toda la vida, la muerte se ha convertido en el acontecimiento de un momento.

La muerte aquí llega a ser el punto en que termina el tiempo lineal, medido por el reloj, y la eternidad encuentra al hombre, mientras que durante la Edad Media la eternidad había sido, junto con la presencia de Dios, inmanente en la historia. El mundo ha dejado de ser un sacramento de esta presencia; con Lutero se convirtió en el lugar de corrupción que Dios salva. La proliferación de relojes simboliza este cambio en la conciencia. Con el predominio del tiempo seriado el interés por su medición exacta y el reconocimiento de la simultaneidad de sucesos, se fabrica un nuevo armazón para reconocer la identidad personal. Ésta se busca en referencia a una sucesión de acontecimientos más que la integridad del curso de la vida de uno. La muerte deja de ser el fin de un todo y se transforma en una interrupción de la sucesión.¹⁷

En las portadas de los primeros cincuenta años del grabado en madera predominan los hombres esqueletos, así como en la actualidad predominan las mujeres desnudas en las portadas de las revistas. La muerte sostiene el reloj de arena o toca el reloj del campanario.¹⁸ Muchos badajos tenían forma de hueso. La nueva máquina, que puede hacer el tiempo de igual longitud, día y noche, también pone a toda la gente bajo la misma ley. En la época de la Reforma, la supervivencia después de la muerte ha dejado de ser una continuación transfigurada de la vida aquí abajo y se ha convertido o en un castigo terrible en forma del infierno o en una dádiva totalmente inmerecida de Dios en el cielo. La gracia interna se había transformado en justificación por la sola fe. Así, durante el siglo XVI la muerte deja de concebirse primordialmente como un tránsito al mundo siguiente y se pone de relieve la terminación de esta vida.¹⁹ La tumba abierta se destaca y parece mucho mayor que las puertas del cielo o del infierno y el encuentro con la muerte llega a ser más cierto que la inmortalidad, más justo que reyes, papas o hasta Dios. Más que objetivo de la vida se ha convertido en la terminación de la vida.

La finalidad, la inminencia y la intimidad de la muerte personal formaron parte no sólo del nuevo sentido del tiempo sino también de un nuevo sentido de individualidad. En la senda del peregrino, desde la Iglesia Militante en la Tierra hasta la Iglesia Triunfante en el cielo, la muerte se experimentaba en gran medida como acontecimiento que interesaba a ambas comunidades. Ahora cada hombre afrontaba su muerte propia y final. Naturalmente, una vez transformada la muerte en esa fuerza natural, la gente quiso dominarla aprendiendo el arte o la destreza de morir. *Ars Moriendi*, uno de los primeros manuales para hacer las cosas uno mismo que se imprimió y puso en el mercado, continuó siendo un gran éxito en diversas versiones durante los siguientes doscientos años. Muchas personas aprendieron a leer descifrándolo. Deseoso de proporcionar una orientación al “caballero cabal”, Caxton publicó en 1491 el *Arte y Oficio de Saber Morir Bien* en la Westminster Press. Impreso en nítido tipo gótico, llegó a popularizarse extraordinariamente. Se hicieron ediciones de bloque de madera y de tipos móviles mucho más de un centenar de veces antes de 1500. El pequeño infolio formó parte de una serie que

habría de preparar para “El comportamiento, gentil y devoto”, desde manejar un cuchillo de mesa hasta llevar una conversación, desde el arte de llorar y sonarse la nariz hasta el arte de jugar y de morir.

No era éste un libro de preparación remota para la muerte a través de una vida virtuosa, ni un recordatorio para el lector de que las fuerzas físicas decaían incesante e inevitablemente y de que era constante el peligro de morir. Era un libro de “cómo hacer” en el sentido moderno, una guía completa para el negocio de morir, un método que habría de aprenderse mientras estaba uno en buena salud y saberse al dedillo para utilizarlo en esa hora ineludible. No se escribió el libro para monjes y ascetas sino para hombres “carneales y seculares” que no disponían de los ministerios del clero. Servía como modelo para instrucciones análogas, escritas a menudo con un espíritu mucho menos práctico por personas como Savonarola, Lutero y Jeremías Taylor. Los hombres se sentían responsables de la expresión que mostraría su rostro al morir.²⁰ Kunstler ha señalado que por esta misma época se desarrolló una tendencia sin precedentes en la pintura de rostros humanos: el retrato occidental del semblante que trata de representar mucho más que la mera semejanza de los rasgos faciales. De hecho, los primeros retratos representaban príncipes y se ejecutaban de memoria inmediatamente después de su muerte, con el fin de hacer presente en sus funerales la personalidad intemporal del finado gobernante. Los humanistas de comienzos del Renacimiento recordaban a sus muertos no como espíritus o almas, santos o símbolos, sino como presencias históricas perennes.²¹ En la devoción popular se formó una nueva clase de curiosidad acerca de la otra vida. Se multiplicaron fantásticas historias de horror acerca de cuerpos muertos y representaciones artísticas del purgatorio.²² El grotesco interés de los siglos XVI y XVII por espíritus y almas destaca la creciente ansiedad de una cultura que afrontaba la llamada de la muerte más que el juicio de Dios.²³ En muchas partes del mundo cristiano la danza de la muerte se convirtió en decoración clásica a la entrada de las iglesias parroquiales. Los españoles llevaron el hombre esqueleto a América, donde se fundió con el ídolo azteca de la muerte. Su descendencia mestiza,²⁴ repercute en Europa e influye sobre el rostro de la muerte a través de todo el imperio de los Habsburgo, desde Holanda hasta el Tirol. Después de la Reforma, la muerte europea pasó a ser y continuó siendo macabra. Simultáneamente se multiplicaron las prácticas médicas populares, destinadas todas ellas a ayudar a la gente a recibir su muerte con dignidad como individuos. Se idearon nuevos ardidés supersticiosos para que pudiera uno reconocer si su enfermedad requería la aceptación de la muerte que se acercaba o alguna clase de tratamiento. Si la flor arrojada a la fuente del santuario se hundía, era inútil gastar dinero en remedios. La gente trataba de estar lista para la llegada de la muerte, de tener bien aprendidos los pasos para la última danza. Se multiplicaron los remedios contra una agonía dolorosa, pero en su mayoría aún tenían que aplicarse bajo la dirección consciente del moribundo que desempeñaba un nuevo papel y lo hacía con plena conciencia. Los hijos podían ayudar a morir a la madre o al padre, pero a condición de que no los retuvieran llorando. Se suponía que una persona habría de indicar cuándo quería que la bajaran de su lecho a la tierra que pronto habría de cubrirla, y cuándo habrían de iniciarse las oraciones. Pero los circunstantes sabían que tenían que tener las puertas abiertas para facilitar la llegada de la muerte, evitar ruidos para no asustarla y, finalmente, apartar respetuosamente sus ojos del moribundo para dejarlo solo durante ese acontecimiento sumamente personal.²⁵ No se esperaba que ni el sacerdote ni el médico ayudaran al pobre en la muerte típica

de los siglos XV y XVI.²⁶ En principio, los escritores médicos reconocían dos servicios opuestos que podía prestar el médico. Él podía contribuir a la curación o ayudar a la llegada de una muerte fácil y rápida. Tenía el deber de reconocer la “facies hipocrática”,²⁷ cuyos rasgos especiales indicaban que el paciente estaba ya en las garras de la muerte. En la curación, como en el deceso, el médico estaba ansioso de trabajar uña y carne con la naturaleza. La cuestión de determinar si la medicina podría jamás “prolongar” la vida se discutió acaloradamente en las escuelas médicas de Palermo, Fez e incluso París. Muchos médicos árabes y judíos negaban de plano este poder y declaraban que semejante intento de obstaculizar el orden de la naturaleza era blasfemo.

En los escritos de Paracelso²⁹ aparece claramente el fervor profesional atemperado por la resignación filosófica. “La naturaleza conoce los límites de su curso. Según su propio término fijado, confiere a cada una de sus criaturas la duración adecuada de su vida, de manera que sus energías se consumen durante el tiempo que transcurre entre el momento de su nacimiento y el de su fin predestinado... la muerte de un hombre no es sino el fin de su trabajo diario, una espiración del aire, la consumación de su balsámico poder innato para curarse a sí mismo, la extinción de la luz racional de la naturaleza y una gran separación de las tres partes, cuerpo, alma y espíritu. La muerte es un retorno a la matriz.” Sin excluir la trascendencia, la muerte se ha convertido en un fenómeno natural que ya no requiere que se arroje la culpa sobre algún agente maligno.

La nueva imagen de la muerte ayudó a reducir el cuerpo humano a un objeto. Hasta ese tiempo, el cadáver se había considerado como algo completamente distinto de otras cosas: se trataba casi como a una persona. El derecho reconocía su categoría: los muertos podían demandar y ser demandados por los vivos, y eran frecuentes los procesos penales contra los muertos. El Papa Urbano VIII, envenenado por su sucesor, fue desenterrado, juzgado solemnemente como simoníaco, le cortaron la mano derecha y lo arrojaron al Tíber. Después de ser colgado por ladrón, todavía podían cortar la cabeza a un hombre por ser un traidor. También podía llamarse a los muertos como testigos. La viuda podía repudiar todavía a su marido poniendo sobre su ataúd las llaves y el portamonedas de él. Aun hoy en día el albacea actúa en nombre de los muertos y todavía hablamos de “violar” una tumba o de “secularizar”, un cementerio público cuando éste se convierte en parque. Era necesario que apareciera la muerte natural para que se privara al cadáver de mucho de su personalidad jurídica.³⁰ La llegada de la muerte natural también preparó el camino para nuevas actitudes hacia la muerte y la enfermedad, que se hicieron comunes a fines del siglo XVII. Durante la Edad Media, el cuerpo humano había sido sagrado; ahora el bisturí del médico tenía acceso al cadáver mismo.³¹ El humanista Gerson había considerado su disección “una profanación sacrílega, una crueldad inútil ejercida por los vivos contra los muertos.”³² Pero al mismo tiempo que comenzó a aparecer en persona la muerte de “todohombre” en los dramas alegóricos, aparece por primera vez el cadáver como objeto didáctico en el anfiteatro de las universidades del Renacimiento. En 1375, cuando se efectuó en Montpellier la primera disección autorizada en público, se declaró obscena esa nueva actividad erudita y durante varios años no pudo repetirse ese acto. Una generación después se concedió permiso para diseccionar un cadáver cada año dentro de las fronteras del imperio germánico. Asimismo, en la Universidad de Bolonia se disecaba un cuerpo cada año inmediatamente antes de la Navidad, y la ceremonia comenzaba con una procesión, acompañada de exorcismos, y duraba tres días. En España, durante el siglo XV se concedió a la Universidad de Lérida el

derecho de disecar el cadáver de un criminal cada tres años en presencia de un notario nombrado por la Inquisición. En 1540, se autorizó en Inglaterra a las facultades de las universidades a reclamar al verdugo cuatro cadáveres al año. Las actividades cambiaron tan rápidamente que en 1561 el Senado de Venecia ordenó al verdugo que siguiera instrucciones del doctor Falopio para proporcionarle cadáveres adecuados para “anatomizar”. Rembrandt pintó la “Lección del Dr. Tulp” en 1632. Las disecciones públicas pasaron a ser un tema favorito de los pintores y en los Países Bajos un acontecimiento común en los carnavales. Se había dado el primer paso hacia la cirugía por televisión y en el cine. El médico había progresado en sus conocimientos de anatomía y en su poder para exhibir su destreza; pero ambos eran desproporcionados al adelanto de su capacidad para curar. Los rituales médicos contribuían a orientar, reprimir o atenuar el miedo y la angustia generados por una muerte que se había vuelto macabra. La anatomía de Vesalio competía con la *Danza Macabra* de Holbein un tanto como las guías científicas del sexo compiten actualmente en *Playboy* y *Penthouse*.

LA MUERTE BURGUESA

La muerte barroca era el contrapunto de un cielo organizado aristocráticamente.³³ La cúpula de la iglesia podía representar un juicio final con espacios separados reservados para salvajes, plebeyos y nobles, pero la Danza de la Muerte por debajo representaba al segador, que usaba su guadaña prescindiendo de puestos o rangos. Precisamente porque la igualdad macabra rebajaba los privilegios mundanos, también los hacía más legítimos.³⁴ No obstante, con el ascenso de la familia burguesa,³⁵ acabó la igualdad en la muerte: los que podían comenzaron a pagar para mantener alejada a la muerte.

Francis Bacon fue el primero en hablar acerca de la prolongación de la vida como una nueva tarea de los médicos. Dividió a la medicina en tres oficios: “Primero, la preservación de la salud; segundo, la curación de la enfermedad, y tercero, la prolongación de la vida”, y enalteció la “parte tercera de la medicina, relacionada con la prolongación de la vida: es un aspecto nuevo y deficiente, aunque el más noble de todos”. La profesión médica ni siquiera pensó en emprender esa tarea hasta que, unos 150 años después, apareció una multitud de clientes ansiosos de pagar porque lo intentara. Era un nuevo tipo de rico que se negaba a morir jubilado e insistía en que la muerte se lo llevara por agotamiento natural estando todavía en su puesto. Se negaba a aceptar la muerte sin estar en buena salud, activo a una edad avanzada. Montaigne ya había ridiculizado a esa gente por ser extremadamente fatua: “...qué fantasía es esa de esperar morir de un debilitamiento de las fuerzas por efecto de la extrema vejez y de proponernos ese objetivo como duración nuestra... parece que fuera contrario a la naturaleza ver que un hombre se rompe el pescuezo en una caída, se ahoga en un naufragio, o le arrebatara una pleuresía o la peste... en todo caso debiéramos llamar natural a lo que es general, común y universal. Morir de viejo es algo raro, singular y extraordinario, por tanto menos natural que las otras formas; es la manera última y extrema de morir”.³⁶ Esas personas eran escasas en su tiempo; pronto habían aumentado. El predicador que esperaba ir al cielo, el filósofo que negaba la existencia del alma y el mercader que quería ver duplicarse una vez más su capital, todos convenían en que la única muerte acorde con la naturaleza era aquella que pudiera sorprenderlos en sus escritorios.³⁷

No había pruebas para demostrar que la expectativa de vida específica por edades de la

mayor parte de la gente de más de 60 años había aumentado a mediados del siglo XVIII, pero es indudable que la nueva tecnología había hecho posible que se aferraran los viejos y ricos haciendo lo que habían hecho en la edad madura. Esos privilegiados consentidos podían continuar en su puesto porque sus condiciones de vida y de trabajo se habían aligerado. La Revolución Industrial había comenzado a crear oportunidades de empleo para los débiles, enfermizos y viejos. Se reconocieron los méritos del trabajo sedentario, hasta entonces raro.³⁸ El espíritu de empresa y el capitalismo en ascenso favorecieron al jefe que había tenido tiempo de acumular capital y experiencia. Los caminos habían mejorado: un general enfermo de gota podía ahora dirigir una batalla desde su vagón, y diplomáticos decrepitos podían viajar de Londres a Viena o a Moscú. Los estados naciones centralizados aumentaron la necesidad de contar con escribas y con una burguesía más extensa. La nueva y pequeña clase de viejos tenía mayores perspectivas de supervivencia porque su vida en el hogar, en la calle y en el trabajo se había hecho físicamente menos exigente. El envejecimiento se había convertido en una forma de capitalizar la vida. Los años pasados en el escritorio, el mostrador o la banca escolar, comenzaron a ganar interés en el mercado. Los jóvenes de clase media, dotados o no, fueron enviados por primera vez a la escuela permitiendo así que los viejos continuaran en el trabajo. La burguesía que podía permitirse la eliminación de la “muerte social” evitando la jubilación, creó la “niñez” para mantener bajo control a sus jóvenes.³⁹

Junto con la situación económica de los viejos, aumentó el valor de sus funciones corporales. En el siglo XVI una “esposa joven es la muerte para un viejo” y en el XVII “los viejos que juegan con doncellas jóvenes bailan con la muerte”. En la corte de Luis XIV el viejo libertino era un hazmerreír; en la época del Congreso de Viena se había convertido en un objeto de envidia. Morir mientras se cortejaba a la amante del nieto llegó a ser el símbolo de un buen deseo.

Se creó un nuevo mito acerca del valor social de los viejos. Los cazadores, recolectores y nómadas primitivos habitualmente los habían matado, y los campesinos los ponían en el cuarto del fondo,⁴⁰ pero ahora el patriarca aparecía como el ideal literario. Se le atribuía sabiduría sólo por su edad. Primero comenzó a ser tolerable y después apropiado que los viejos concurrieran con solicitud a los rituales considerados necesarios para conservar sus tambaleantes cuerpos. Todavía no estaba en servicio ningún médico para encargarse de esta tarea, que se hallaba fuera de la competencia reclamada por boticarios o herbolarios, barberos o cirujanos, médicos universitarios o charlatanes trashumantes. Pero esta exigencia peculiar fue la que contribuyó a crear un nuevo género con los que se dieron títulos para curar.⁴¹

Anteriormente, sólo reyes y papas habían tenido la obligación de permanecer en su puesto hasta el día de su muerte. Sólo ellos consultaban a las facultades: los árabes de Salerno en la Edad Media o los hombres de Padua o Montpellier en el Renacimiento. Los reyes tenían médicos en la corte para que hicieran lo que los barberos hacían para los plebeyos: sangrarlos, purgarlos y, además, protegerlos contra los venenos. Los reyes no se proponían vivir más que los demás ni esperaban que sus médicos personales dieran especial dignidad a sus años postreros. Por el contrario, la nueva clase de viejos veía en la muerte el precio absoluto del valor económico absoluto.⁴² El contador envejecido quería un médico que alejara la muerte; cuando se aproximaba el fin, quería que su médico lo “desahuciara” con la solemnidad debida y se le sirviera su última comida con la botella especial reservada para esa ocasión. De ese modo se creó el papel del vale-

tudinario y, con la decrepitud gentil, se sentaron los cimientos del siglo XVIII para el poder económico del médico contemporáneo.

La capacidad para sobrevivir por más tiempo, la renuncia a jubilarse antes de la muerte y la demanda de asistencia médica para una afección incurable se unieron para dar lugar a un nuevo concepto de la enfermedad: el tipo de salud al que podía aspirar la vejez. En los años inmediatamente anteriores a la Revolución Francesa ésa había llegado a ser la salud de los ricos y los poderosos; en el transcurso de una generación se pusieron de moda las enfermedades crónicas entre los jóvenes y pretenciosos, los rasgos del tísico⁴³ pasaron a ser el signo de la sabiduría prematura, y la necesidad de viajar a climas cálidos una exigencia del genio. La asistencia médica para afecciones prolongadas, aunque pudieran conducir a una muerte inoportuna, llegó a ser una marca de distinción. Como contraste, ahora podía hacerse un juicio adverso acerca de los padecimientos de los pobres, y las afecciones de las que siempre habían muerto pudieron definirse como enfermedades no tratadas. No importaba en lo absoluto que el tratamiento que pudieran proporcionar los médicos para esos males tuviese algún efecto sobre la evolución de la enfermedad; la falta de ese tratamiento comenzó a significar que estaban condenados a morir de una muerte no natural, idea que correspondía a la imagen burguesa del pobre como ignorante e improductivo. De ahora en adelante la capacidad de morir de una muerte “natural” quedaba reservada a una clase social; los que podían pagar para morir como pacientes.

La salud se convirtió en el privilegio de esperar una muerte oportuna, independientemente de los servicios médicos que se necesitaran para ese propósito. En una época anterior, la muerte llevaba el reloj de arena. En los grabados de madera, tanto el esqueleto como el observador sonríen sarcásticamente cuando la víctima rechaza la muerte. Ahora la clase media se apoderó del reloj y empleaba médicos para decirle a la muerte cuándo había de sonar la hora.⁴⁴ La Ilustración atribuyó un nuevo poder al médico, sin ser capaz de verificar si éste había adquirido o no alguna nueva influencia sobre el desenlace de las enfermedades peligrosas.

LA MUERTE CLÍNICA

La Revolución Francesa marcó una breve interrupción en la medicalización de la muerte. Sus ideólogos creían que la muerte inoportuna no atacaría a una sociedad construida sobre su triple ideal. Pero la apertura del ojo clínico del médico lo llevó a mirar la muerte con una nueva perspectiva. Mientras los mercaderes del siglo XVIII habían determinado la imagen de la muerte con ayuda de los charlatanes que empleaban y pagaban, ahora los clínicos comenzaron a dar forma a la visión del público. Hemos visto a la muerte convertirse del llamamiento de Dios en un acontecimiento “natural” y después en una “fuerza de la naturaleza”; en una mutación ulterior se convierte en acontecimiento “inoportuno” a menos que llegue a quienes están sanos y viejos. Ahora pasó a convertirse en el desenlace de enfermedades específicas certificadas por el médico.⁴⁵

La muerte se ha desvanecido hasta convertirse en una figura metafórica y las enfermedades mortíferas han ocupado su lugar. La fuerza general de la naturaleza que se había celebrado como “muerte” se convirtió en una multitud de causas específicas de defunción clínica. Actualmente vagan por el mundo muchas “muertes”. En las bibliotecas privadas de médicos de fines del siglo pasado hay numerosas ilustraciones de libros que

muestran al doctor luchando a la cabecera de su paciente contra enfermedades personificadas. La esperanza que tenían los médicos de controlar el desenlace de enfermedades específicas dio lugar al mito de que tenían poder sobre la muerte. Los nuevos poderes atribuidos a la profesión dieron lugar a la nueva posición social del clínico.⁴⁶

Mientras el médico de la ciudad se convertía en clínico, el médico rural pasaba a ser primero un sedentario y luego un miembro de la élite local. En la época de la Revolución Francesa había pertenecido todavía al sector itinerante. El excedente de cirujanos castrenses de las guerras napoleónicas volvió al hogar con una vasta experiencia y buscó una manera de vivir. Militares adiestrados en el campo de batalla, pronto pasaron a ser los primeros médicos residentes en Francia, Italia y Alemania. La gente sencilla no confiaba del todo en sus técnicas y los ciudadanos serios se sentían disgustados por sus modales rudos, pero aun así tenían clientela por su reputación entre los veteranos de las guerras napoleónicas. Enviaron a sus hijos a las nuevas escuelas de medicina que brotaban en las ciudades y éstos al volver crearon el papel del médico rural que continuó sin modificarse hasta la Segunda Guerra Mundial. Obtuvieron sólidos ingresos desempeñando la función de médico de cabecera de la clase media que podía muy bien sostenerlos. Algunos de los ricos de las ciudades adquirían prestigio viviendo como pacientes de clínicos famosos, pero a principios del siglo XIX el médico urbano afrontaba todavía una competencia mucho más seria procedente de los técnicos en medicina de antaño: la partera, el sacamuelas, el veterinario, el barbero y algunas veces la enfermera pública. No obstante la novedad de su papel y la resistencia a éste arriba y abajo, a mediados de siglo el médico rural europeo había pasado a ser un miembro de la clase media. Ganaba suficiente actuando como lacayo de algún hacendado, era el amigo de la familia de otros notables, algunas veces visitaba enfermos humildes y enviaba sus casos complicados a algún colega, clínico de la ciudad. Así como la muerte “oportuna” había tenido su origen en la naciente conciencia de clase del burgués, la muerte “clínica” se originó en la naciente conciencia profesional del nuevo médico, adiestrado científicamente. En lo sucesivo, una muerte oportuna con síntomas clínicos pasó a ser ideal de los médicos de la clase media,⁴⁷ y pronto habría de incorporarse en los objetivos sociales de los sindicatos.

LA MUERTE NATURAL SINDICALIZADA

En nuestro siglo, la muerte de un valetudinario sometido a tratamiento por médicos adiestrados llegó a considerarse, por primera vez, como derecho civil. En los contratos de los sindicatos se introdujo la asistencia médica para los viejos. El privilegio capitalista de la extinción natural por agotamiento en un sillón de director cedió el paso a la exigencia proletaria de recibir servicios de salud durante la jubilación. La esperanza burguesa de continuar en calidad de viejo sucio en su puesto fue expulsada por el sueño de llevar una activa vida sexual amparado en la seguridad social en una aldea de jubilados. La atención a toda afección clínica durante toda la vida pronto se transformó en una exigencia perentoria de acceso a una muerte natural. La asistencia médica institucional durante toda la vida había llegado a ser un servicio que la sociedad debía prestar a todos sus miembros.

La “muerte natural” apareció entonces en los diccionarios. Una gran enciclopedia alemana publicada en 1909 la define por medio del contraste: “la muerte anormal se opone

a la muerte natural porque es resultado de enfermedades, violencias o trastornos mecánicos y crónicos”. Un prestigiado diccionario de conceptos filosóficos expresa que “la muerte natural llega sin enfermedad previa, sin causa específica definible”. Fue este concepto macabro aunque alucinante de la muerte el que llegó a entrelazarse con el concepto del progreso social. Pretensiones, legalmente válidas, a la igualdad en la muerte clínica diseminaron las contradicciones del individualismo burgués entre la clase trabajadora. El derecho a una muerte natural fue formulado como demanda de igual consumo de servicios médicos, más que como liberación de los males del trabajo industrial o como nuevas libertades y poderes para la autoasistencia. Este concepto sindicalista de una “muerte clínica igual” es pues el inverso del ideal presupuesto en la Asamblea Nacional de París en 1792, es un ideal profundamente medicalizado.

En primer lugar, esta nueva imagen de la muerte apoya nuevos aspectos de control social. La sociedad ha adquirido la responsabilidad de prevenir la muerte de cada hombre: el tratamiento, eficaz o no, puede convertirse en un deber. La fatalidad sobrevenida sin tratamiento médico puede convertirse en un caso a cargo del médico forense. El encuentro con un médico llega a ser casi tan inexorable como el encuentro con la muerte. Conozco el caso de una mujer que intentó matarse, sin éxito. La llevaron al hospital en estado comatoso, con dos proyectiles alojados en la columna vertebral. Empleando medidas heroicas el cirujano logró mantenerla viva y considera ese caso una doble hazaña: la mujer vive y está totalmente paralizada, de manera que ya no hay que preocuparse porque jamás vuelva a intentar suicidarse.

Nuestra nueva imagen de la muerte también cuadra con el *ethos* industrial.⁴⁸ Irrevocablemente, la buena muerte ha llegado a ser la del consumidor normal de asistencia médica. Así como a principios del siglo quedaron definidos todos los hombres como alumnos nacidos en estupidez original y necesitando ocho años de escuela antes de poder entrar a la vida productiva, actualmente son marcados desde que nacen como pacientes, que necesitan toda clase de tratamiento si quieren llevar la vida de la manera adecuada. Así como el consumo obligatorio de educación llegó a utilizarse como medio para discriminar en el trabajo, así el consumo médico ha llegado a ser un recurso para aliviar el trabajo malsano, las ciudades sucias y el transporte que destroza los nervios.⁴⁹ ¡Qué necesidad hay de preocuparse por un ambiente menos asesino cuando los médicos están equipados industrialmente para actuar como salvavidas!

Por último, la “muerte bajo asistencia obligatoria” fomenta la reaparición de las ilusiones más primitivas acerca de las causas de la muerte. Como hemos visto, los pueblos primitivos no mueren de su propia muerte, no llevan lo finito en sus huesos y están todavía cerca de la inmortalidad subjetiva de la bestia. Entre ellos, la muerte requiere siempre una explicación sobrenatural, alguien a quien culpar: la maldición de un enemigo, el hechizo de un mago, la rotura del hilo en manos de las Parcas, o Dios que envía a su ángel de la muerte. En la danza con su imagen en el espejo, la muerte europea surgió como acontecimiento independiente de la voluntad de otro, como fuerza inexorable de la naturaleza que todos tenían que afrontar solos. La inminencia de la muerte era un recordatorio agudo y constante de la fragilidad y delicadeza de la vida. A fines de la Edad Media, el descubrimiento de la “muerte natural” pasó a ser uno de los motivos principales de la lírica y del teatro europeos. Pero la misma inminencia de la muerte, una vez percibida como amenaza extrínseca procedente de la naturaleza, llegó a ser uno de los desafíos más importantes para el naciente ingeniero. Si el ingeniero civil había aprendi-

do a manejar la tierra, y el pedagogo-hecho-educador a manejar el conocimiento, ¿por qué el biólogo-médico no había de manejar la muerte?⁵⁰ Cuando el médico urdió interponerse entre la humanidad y la muerte, esta última perdió la intermediación y la intimidad que había ganado 400 años antes. La muerte, que había perdido rostro y forma, había perdido *su* dignidad.

El cambio en la relación médico-muerte puede ilustrarse bien siguiendo el tratamiento iconográfico de este tema.⁵¹ En la época de la Danza de la Muerte, el médico es raro; en el único dibujo que he localizado en que la muerte trata al médico como colega, aquélla ha tomado a un viejo con una mano, mientras en la otra lleva un vaso con orina y parece pedir al médico que confirme su diagnóstico. En la época de la Danza de la Muerte, el hombre esqueleto hace del médico el principal blanco de sus burlas. En el periodo anterior, mientras la muerte todavía llevaba algo de carne, le pide al médico que examine en su propia imagen en el espejo lo que sabe acerca de las entrañas del hombre. Más tarde, como esqueleto descarnado, se burla del médico por su importancia, hace bromas por sus honorarios o los desprecia, ofrece medicamentos tan nocivos como los que despacha el médico y trata a éste como a un mortal más introduciéndolo en la danza. La muerte barroca parece inmiscuirse constantemente en las actividades del médico, burlándose de éste cuando vende sus mercancías en una feria, interrumpiendo sus consultas, transformando sus frascos de medicamentos en relojes de arena o bien ocupando el lugar del médico en una visita al lazareto. En el siglo XVIII aparece un nuevo motivo: se burla del médico por sus diagnósticos pesimistas y la muerte parece solazarse abandonando a los enfermos que el médico ha condenado, y arrastrando al médico a la tumba mientras deja el paciente con vida. Hasta el siglo XIX, la muerte siempre está en tratos con el médico o con el enfermo, habitualmente tomando la iniciativa. Los contendientes se hallan en extremos opuestos del lecho del enfermo. Sólo después de haberse desarrollado considerablemente la enfermedad clínica y la muerte clínica encontramos los primeros dibujos en que el médico toma la iniciativa y se interpone entre su paciente y la muerte. Tenemos que esperar hasta pasada la Primera Guerra Mundial para ver médicos luchando con el esqueleto, arrancando a una joven de su abrazo y arrebatando la guadaña de la mano de la muerte. Alrededor de 1930 un hombre sonriente, vestido de blanco, se precipita contra un esqueleto sollozante y lo aplasta como mosca con dos volúmenes del *Lexicon of Therapy* de Marle. En otros dibujos, el médico levanta una mano y proscribire a la muerte al mismo tiempo que sostiene los brazos de una joven a quien la muerte sujeta de los pies. Max Klinger representa al médico cortando las plumas de un gigante alado. Otros muestran al médico encerrando al esqueleto en prisión o incluso pateando su huesudo trasero. Ahora es el médico en lugar del paciente el que lucha con la muerte. Como en las culturas primitivas, de nuevo puede culparse a alguien cuando triunfa la muerte. Ese alguien no es más una persona con rostro de brujo, un ancestro o un dios sino el enemigo en la reforma de una fuerza social.⁵²

Actualmente, cuando se incluye la defensa contra la muerte de la seguridad social, el culpable acecha en el seno de la sociedad. El culpable puede ser el enemigo de clase que priva al trabajador de suficiente asistencia médica, el doctor que se niega a hacer una visita nocturna, la empresa multinacional que eleva el precio de los medicamentos, el gobierno capitalista o revisionista que ha perdido el control sobre sus curanderos o el administrador que contribuye a adiestrar médicos en la Universidad de Delhi y luego los vacía en Londres. Se está modernizando la tradicional cacería de brujas a la muerte de

un jefe de tribu. Por cada muerte prematura o clínicamente innecesaria, puede encontrarse alguien o alguna entidad que irresponsablemente demoró o impidió una intervención médica.

Gran parte del progreso de la legislación social durante la primera mitad del siglo XX habría sido imposible sin el empleo revolucionario de esa imagen de la muerte industrialmente cincelada. No pudo haber surgido el apoyo necesario para agitar en favor de esa legislación ni haberse despertado sentimientos de culpa suficientemente fuertes para lograr su promulgación. Pero la demanda de una alimentación médica igual tendiente a una clase igual de muerte ha servido también para consolidar la dependencia de nuestros contemporáneos respecto de un sistema industrial en expansión sin límites.

LA MUERTE BAJO ASISTENCIA INTENSIVA

No podemos comprender plenamente la estructura profundamente arraigada de nuestra organización social a menos que veamos en ella un exorcismo, de múltiples caras, de todas las formas de muerte maligna. Nuestras principales instituciones constituyen un programa de defensa gigantesco que hace la guerra en nombre de la “humanidad” contra entidades y clases relacionadas con la muerte.⁵³ Es una guerra total. En esta lucha se han alistado no sólo la medicina, sino también la asistencia social, el socorro internacional y los programas de desarrollo. Se han unido a la cruzada las burocracias ideológicas de todos los colores. La revolución, la represión e incluso las guerras civiles e internacionales se justifican a fin de derrotar a los dictadores o capitalistas a quienes puede culparse de la creación desenfrenada y la tolerancia de la enfermedad y la muerte.⁵⁴ Curiosamente la muerte se convirtió en el enemigo que habría que derrotar precisamente en el momento en que apareció en escena la megamuerte. No sólo es nueva imagen de la muerte “innecesaria”, sino también nuestra imagen del fin del mundo.⁵⁵ La muerte, el fin de *mi* mundo, y el Apocalipsis, el fin de *el* mundo, están íntimamente relacionados; nuestra actitud hacia ambos ha sido sin duda profundamente afectada por la situación atómica. El Apocalipsis ha dejado de ser simplemente una conjetura mitológica y se ha convertido en una contingencia real. En lugar de deberse a la voluntad de Dios o a la culpa del hombre, o a las leyes de la naturaleza, Armagedón se ha convertido en una consecuencia posible de la decisión directa del hombre. Tanto las bombas de cobalto como las de hidrógeno crean la ilusión de un control sobre la muerte. Los rituales sociales medicalizados representan un aspecto del control social por medio de la guerra autofrustrante contra la muerte.

Malinowski⁵⁶ ha sostenido que entre los pueblos primitivos la muerte amenaza la cohesión y por tanto la supervivencia de todo el grupo. Desencadena una explosión de temor y expresiones irracionales de defensa. La solidaridad del grupo se salva haciendo del acontecimiento natural un ritual social. La muerte de un miembro se transforma de ese modo en ocasiones para una celebración excepcional.

El dominio de la industria ha desbaratado y a menudo disuelto la mayor parte de los lazos más tradicionales de solidaridad. Los rituales impersonales de la Medicina Industrializada crean una falsa unidad de la humanidad. Relacionan a todos sus miembros con un modelo idéntico de muerte “deseable” proponiendo la muerte en el hospital como meta del desarrollo económico. El mito del progreso de todos los pueblos hacia la misma clase de muerte disminuye la sensación de culpa de parte de los “poseedores” transfor-

mando las repugnantes muertes de los “desposeídos” en el resultado del actual subdesarrollo, que debiera remediarse mediante una mayor expansión de las instituciones médicas.

Por supuesto, la muerte medicalizada⁵⁷ tiene una función diferente en las sociedades altamente industrializadas y en los países principales rurales. Dentro de una sociedad industrial, la intervención médica en la vida diaria no cambia la imagen predominante de la salud y la muerte, sino más bien la atiende. Difunde la imagen de la muerte que tiene la élite medicalizada a las masas y la reproduce para las generaciones futuras. Pero cuando se aplica la “prevención de la muerte” fuera de un contexto cultural en el que los consumidores se preparan religiosamente para las muertes en el hospital, la expansión de la medicina basada en el hospital constituye inevitablemente una forma de intervención imperialista. Se impone una imagen sociopolítica de la muerte; se priva a la gente de su visión tradicional de lo que constituye la salud y la muerte. Se disuelve la imagen de sí misma que da cohesión a su cultura y los individuos atomizados pueden ser incorporados en una masa internacional de consumidores de salud altamente “socializados”. La expectativa de la muerte medicalizada pesca al rico con ilimitados pagos de seguros y tienta al pobre con una dorada trampa mortal. Las contradicciones del individualismo burgués se corroboran por la incapacidad de la gente para morir con alguna posibilidad de adoptar una actitud realista frente a la muerte.⁵⁸ El aduanero que custodiaba la frontera de Alto Volta con Malí me explicó la importancia de la muerte en relación con la salud. Le pregunté cómo podía entenderse entre sí la gente que vive a lo largo del Níger, no obstante que casi cada aldea tiene una lengua diferente. Para él esto no tenía nada que ver con el idioma: “Si la gente corta el prepucio de sus hijos como lo hacemos nosotros y muere nuestra muerte, nos podemos entender bien.”

En muchos pueblos de México he visto lo que ocurre cuando llega el Seguro Social. Durante una generación la gente continúa con sus creencias tradicionales; saben cómo afrontar la muerte, el morir y el duelo.⁵⁹ La nueva enfermera y el médico, creyendo que saben más, les hablan acerca de todo un Panteón de malignas muertes clínicas, cada una de las cuales puede suprimirse por un precio. En lugar de modernizar las prácticas populares de autoasistencia, predicán el ideal de la muerte en el hospital. Con sus servicios inducen a los campesinos a buscar interminablemente la buena muerte que se describe internacionalmente, búsqueda que los hará consumidores para siempre.

Como todos los demás principales rituales de la sociedad industrial, la medicina adopta en la práctica la forma de un juego. La función principal del médico pasa a ser la de un árbitro. Es el agente o representante del cuerpo social, que tiene el deber de asegurar que todos jueguen conforme a las reglas.⁶⁰ Por supuesto, las reglas prohíben abandonar el juego y morir de cualquier manera que no haya sido especificada por el árbitro. La muerte ya no ocurre sino como profecía del hechicero que se realiza por sí misma.⁶¹ Mediante la medicalización de la muerte, la asistencia a la salud se ha convertido en una religión monolítica mundial⁶² cuyos dogmas se enseñan en escuelas obligatorias y cuyas normas éticas se aplican a una reestructuración burocrática del ambiente: la sexualidad pasó a ser un tema del programa y en obsequio de la higiene se prohíbe que dos usen la misma cuchara. La lucha contra la muerte, que domina el estilo de vida de los ricos, se traduce por los organismos de desarrollo en una serie de reglas mediante las cuales se obligará a los pobres de la tierra a portarse bien.

Sólo una cultura desarrollada en sociedades altamente industrializadas pudo haber pro-

vocado la comercialización de la imagen de la muerte que acabo de describir. En su forma extrema, la “muerte natural” es actualmente ese punto en que el organismo humano rechaza todo nuevo insumo de tratamiento. La gente muere⁶³ cuando el electroencefalograma indica que sus ondas cerebrales se han aplanado: no lanzan un último suspiro ni mueren porque se para su corazón. La muerte aprobada socialmente ocurre cuando el hombre se ha vuelto inútil no sólo como productor, sino también como consumidor. Es el punto en que un consumidor, adiestrado a alto costo, debe finalmente ser cancelado como pérdida total. La muerte ha llegado a ser la forma última de resistencia del consumidor.⁶⁴

Tradicionalmente, la persona mejor protegida contra la muerte fue aquel a quien la sociedad había condenado a morir. La sociedad consideraba una amenaza que el hombre que estaba en capilla pudiera usar su corbata para colgarse. Era un desafío a la autoridad que el condenado se quitara la vida antes de la hora fijada. Actualmente, el hombre mejor protegido para que no pueda montar el escenario de su propia muerte es la persona enferma en estado crítico. La sociedad, actuando mediante el sistema médico, decide cuándo y después de qué indignidades y mutilaciones él morirá.⁶⁵ La medicalización de la sociedad ha traído consigo el fin de la época de la muerte natural. El hombre occidental ha perdido el derecho de presidir su acto de morir. La salud, o sea el poder autónomo de afrontar la adversidad, ha sido expropiada hasta el último suspiro. La muerte técnica ha ganado su victoria sobre el acto de morir.⁶⁶ La muerte mecánica ha vencido y destruido a todas las demás muertes.

Índice

PARTE IV LAS POLÍTICAS DE LA SALUD

6. CONTRAPRODUCTIVIDAD ESPECÍFICA

La yatrogénesis sólo podrá controlarse si se le entiende como sólo uno de los aspectos del imperio destructivo de la industria sobre la sociedad, como sólo una instancia de esa paradójica contraproductividad que actualmente aflora en todos los sectores industriales de importancia. Al igual que la aceleración consumidora de tiempo, la educación estupidizante, la defensa militar autodestructiva, la información desorientadora o los proyectos habitacionales desestabilizadores, la medicina patógena es el resultado de una sobreproducción industrial que paraliza la acción autónoma. Con el fin de enfocar esta contraproductividad específica de la industria contemporánea, hay que distinguir claramente la sobreproducción frustrante de otras dos categorías de cargas económicas con las que suele confundírsele, a saber: la utilidad marginal decreciente y la externalidad negativa. Sin esta distinción de la frustración específica que constituye la contraproductividad, de los precios crecientes y de los opresivos costos sociales, la evaluación social de cualquier empresa técnica, ya sea la medicina, el transporte, los medios de comunicación o la educación, seguirá limitada a ser una contaduría de costo-eficiencia sin aproximarse

siquiera a una crítica radical de la eficacia instrumental de estos sectores diversos.

DISUTILIDADES MARGINALES

Los costos directos reflejan cargos por renta, pagos de mano de obra, materiales, y otras consideraciones. El costo de la producción de un kilómetro-pasajero incluye los pagos realizados para construir y operar el vehículo y el camino, así como la ganancia redividida a quienes han obtenido control sobre el transporte: el interés cobrado por los capitalistas dueños de los instrumentos de producción, y los emolumentos reclamados por los burócratas que monopolizan el stock de conocimiento aplicado en el proceso. El precio es la suma de estas rentas diversas, sin importar si es pagado por el consumidor de su propio bolsillo o por una agencia social sostenida por los impuestos.

Externalidad negativa es el nombre de los costos sociales no incluidos en el precio monetario; es la designación común de las cargas, privaciones, molestias y perjuicios que impongo a los demás por cada kilómetro-pasajero que viajo. La mugre, el ruido y la fealdad que mi auto añade a la ciudad; los daños causados por los choques y la polución; la degradación del ambiente total a causa del oxígeno que quemo y los venenos que esparzo; el costo creciente del departamento de policía; y también la discriminación contra los pobres relacionada con el tráfico: todas son externalidades negativas que se asocian a cada kilómetro-pasajero. Algunas pueden *internalizarse* con facilidad en el precio de compra, como por ejemplo los daños que causan los choques y que paga el seguro. Otras externalidades que no se muestran en el precio de mercado podrían ser internalizadas en la misma forma: el costo de tratar el cáncer, causado por los gases del escape, podría añadirse a cada litro de combustible, para gastarse en la detección y cirugía del cáncer o en su prevención a través de aparatos anticontaminantes y máscaras antigases. Pero la mayor parte de las externalidades no pueden cuantificarse ni internalizarse: si se aumenta el precio de la gasolina para reducir el agotamiento de las reservas petrolíferas y del oxígeno atmosférico, cada kilómetro-pasajero se hace más costoso y es más un privilegio; se disminuye el daño ambiental pero se aumenta la injusticia social. Más allá de un cierto nivel de intensidad en la producción industrial, las externalidades no pueden reducirse sino sólo desplazarse.

La contraproductividad es otra cosa que el costo individual o el costo social; es distinta de la utilidad decreciente obtenida de una unidad monetaria y de todas las formas de deservicio externo. Existe cada vez que el uso de una institución paradójicamente quita a la sociedad aquellas cosas cuya producción era el propósito planificado de la institución. Es una forma de frustración social inherente. El precio de un bien o de un servicio mide lo que el comprador está dispuesto a pagar por lo que obtenga; las externalidades indican lo que la sociedad tolerará para permitir este consumo; la contraproductividad registra el grado de la disonancia cognoscitiva prevalente que resulta de la transacción: es un indicador social del funcionamiento contraproducente inherente a un sector económico. La intensidad yatrogénica de nuestra empresa médica es sólo un ejemplo particularmente doloroso de cómo la sobreproducción frustrante aparece en igual medida en que aparece la aceleración consumidora de tiempo en el tráfico, la estática en las comunicaciones, el adiestramiento de incompetentes rotundos en la educación, el desarraigo como resultado del desarrollo habitacional, y la sobrealimentación destructiva. Esta contrapro-

ductividad específica constituye un efecto secundario no deseable de la producción industrial, que no puede ser externalizado del sector económico particular que lo produce. Fundamentalmente no se debe a los errores técnicos ni a la explotación de clase sino a la destrucción industrialmente generada de aquellas condiciones ambientales, sociales y psicológicas necesarias para el desarrollo de valores de uso no industriales o no profesionales. La contraproductividad es el resultado de una parálisis, industrialmente inducida, de la actividad práctica de autogobierno.

MERCANCÍAS CONTRA VALORES DE USO

La distorsión industrial de nuestra percepción compartida de la realidad nos ha vuelto ciegos al nivel contrapropositivo de nuestra empresa. Vivimos en una época en que la enseñanza está planificada, la residencia estandarizada, el tráfico motorizado y las comunicaciones programadas, y donde por primera vez, una gran parte de todos los víveres consumidos por la humanidad pasan por mercados interregionales. En una sociedad tan intensamente industrializada, la gente está condicionada para *obtener* las cosas más que para *hacerlas*; se le entrena para valorar lo que puede comprarse más que lo que ella misma puede crear. Quiere ser enseñada, transportada, tratada o guiada en lugar de aprender, moverse, curar y hallar su propio camino. Se asignan funciones personales a las instituciones impersonales. Curar deja de considerarse la tarea del enfermo. Se convierte, primero, en el deber de los reparadores de cuerpos individuales y después cambia de un servicio personal a ser el producto de una agencia anónima. En el proceso, la sociedad se reacomoda para bien del sistema de asistencia a la salud, y se hace cada vez más difícil cuidar la salud propia. Los bienes y los servicios enmugran los dominios de la libertad.

Las escuelas producen educación, los vehículos de motor producen locomoción, y la medicina produce asistencia médica. Estos productos de consumo general tienen todas las características de mercancías. Sus costos de producción pueden añadirse al producto nacional bruto (PNB) o sustraerse de éste, su escasez puede medirse en términos de valor marginal y su costo establecerse en equivalentes monetarios. Por su naturaleza misma estos artículos crean un mercado. Como la educación escolar y el transporte motorizado, la asistencia clínica es el resultado de una producción de mercancías a base del predominio del capital; los servicios producidos están planeados para otros, no con los otros ni para el productor.

Debido a la industrialización de nuestra visión del mundo, a menudo se pasa por alto que cada una de estas mercancías todavía compite con un valor de uso, no mercantilizable, que la gente produce libremente por su propia cuenta. La gente aprende viendo y haciendo, se mueve con sus pies, se cura, cuida su salud, y atiende la salud de los demás. Estas actividades poseen valores de uso que resisten a la mercantilización. La parte más valiosa del aprendizaje, del movimiento corporal y de la curación no aparecen en el PNB. La gente aprende su lengua materna, se desplaza, tiene sus hijos y los cría, recupera el uso de un hueso roto y prepara los alimentos locales, haciendo todas estas cosas con mayor o menor competencia y gozo. Todas estas actividades son valiosas aunque casi nunca se emprenden ni pueden emprenderse por dinero, pero pueden devaluarse si hay demasiado dinero cerca.

El logro de una meta social concreta no puede medirse en términos de producción industrial, ni en su entidad ni en la curva que representa su distribución y sus costos sociales. La eficacia de cada sector industrial se determina por la correlación entre la producción de mercancías por la sociedad y la producción autónoma de los valores de uso correspondientes. La eficacia de una sociedad para producir niveles altos de movilidad, vivienda o nutrición depende del engranamiento entre los artículos mercantiles y la acción espontánea inalienable.

Cuando la mayoría de las necesidades de la mayor parte de la gente se satisface en un modo de producción doméstico o comunitario, la brecha entre las expectativas y la satisfacción tiende a ser estrecha y estable. El aprendizaje, la locomoción o el cuidado a los enfermos son resultado de iniciativas altamente descentralizadas, de insumos autónomos y de productos totales autolimitantes. En las condiciones de una economía de subsistencia, las herramientas utilizadas en la producción determinan las necesidades que la aplicación de estas mismas herramientas puede cubrir. Por ejemplo, la gente sabe lo que puede esperar cuando se enferma. Alguien en la aldea o en el pueblo cercano conocerá todos los remedios que han servido en el pasado, y más allá yace el reino imprevisible del milagro. Hasta fines del siglo XIX, la mayoría de las familias, incluso en los países occidentales, proporcionaban casi toda la terapéutica que se conocía. Cada hombre por sí mismo realizaba casi todo el aprendizaje, la locomoción o la curación, y las herramientas necesarias se producían dentro de su familia o de la aldea.

La producción autónoma puede, claro está, suplementarse con productos industriales que habrán de diseñarse y, con frecuencia, de manufacturarse fuera del control comunitario directo. La actividad autónoma puede hacerse más eficaz y más descentralizada utilizando herramientas fabricadas industrialmente como bicicletas, impresoras, grabadoras o equipos de rayos X. Pero también puede ser obstaculizada, devaluada y bloqueada por un reordenamiento de la sociedad totalmente en favor de la industria. La sinergia entre los modos autónomo y heterónimo de producción adquiere entonces un sello negativo. El reordenamiento de la sociedad en favor de la producción planificada de mercancías tiene dos aspectos que resultan finalmente destructivos: la gente está entrenada para consumir y no para actuar, y al mismo tiempo se restringe su radio de acción. El instrumento enajena al trabajador de su haber. Quienes solían desplazarse en bicicleta se ven echados del camino por intolerables niveles de tráfico, y lo pacientes acostumbrados a hacerse cargo de sus propios males, descubren que los remedios de ayer sólo pueden obtenerse por prescripción y son en consecuencia difícilmente conseguibles. Las relaciones salario-trabajo y cliente se agrandan al mismo tiempo que se debilitan la producción autónoma y las relaciones desinteresadas.

El alcanzar objetivos sociales eficazmente depende del grado en que los dos modos fundamentales de producción se complementan o se obstaculizan uno al otro. Llegar a conocer verdaderamente un ambiente físico y social dado y controlarlo depende de la educación formal de la gente y de la oportunidad y motivación que tenga para aprender en una forma no programada. El tráfico eficaz depende de la habilidad de la gente para llegar de manera rápida y cómoda a donde tiene que ir. La asistencia eficaz al enfermo depende del grado en que el dolor y la disfunción se hacen tolerables y en que se estimula el restablecimiento. La satisfacción eficiente de estas necesidades debe distinguirse claramente de la eficacia con que se fabrican y se comercializan los productos industriales y del número de certificados, del kilómetro-pasajero, de las unidades habitaciona-

les o de las operaciones médicas realizadas. Pasado cierto umbral, todos estos productos se necesitarán sólo como remedios; serán sustituidos por las actividades personales paralizadas por los anteriores productos industriales. Los criterios sociales que permiten evaluar la satisfacción eficaz de necesidades no coinciden con las medidas utilizadas para evaluar la producción y la comercialización de bienes industriales.

Al no tomar en cuenta las contribuciones realizadas por el molde autónomo a la eficacia total con la que puede lograrse cualquier meta social importante, estas medidas no pueden indicar si esta eficacia total está aumentando o decreciendo. El número de graduados, por ejemplo, puede relacionarse inversamente con la competencia general. Con mucho menos razón estas mediciones técnicas podrán indicar quiénes son los beneficiarios y quiénes los perdedores del crecimiento industrial, quiénes son los pocos que pueden conseguir más y hacer más, y quiénes caen en la mayoría cuyo acceso marginal a los productos industriales se complica con la pérdida de eficiencia autónoma. Sólo el juicio político puede determinar este balance.

MODERNIZACIÓN DE LA POBREZA

Los más dañados por la institucionalización contraproduktiva no son los más pobres en términos monetarios. Las víctimas típicas de la despersonalización de valores son los que no tienen poder en un medio creado para los enriquecidos industrialmente. Entre los que no tienen poder puede haber gente relativamente acomodada dentro de su sociedad o gente residente en instituciones benévolas. La dependencia inhabilitante los reduce a la pobreza modernizada. Las políticas que pretenden remediar el nuevo sentido de privación no sólo serán fútiles sino que agravarán el daño. Al prometer más artículos de consumo en vez de proteger la autonomía, intensificarán la dependencia inhabilitante. Los pobres de Bengala o de Perú sobreviven aun con empleos ocasionales y con alguna incursión esporádica en la economía de mercado: viven del arte atemporal de hacer. Todavía son capaces de estirar las provisiones, de alternar periodos de vacas gordas y flacas, de entretejer relaciones gratuitas por medio de las cuales truecan o intercambian bienes y servicios que no están hechos para el mercado ni son tomados en cuenta por éste. En el campo, en ausencia de la televisión, disfrutan viviendo en casas construidas sobre modelos tradicionales. Atraídos o empujados a la ciudad, se agazapan en los márgenes del sector del acero y el petróleo, donde edifican una economía provisional con los desperdicios que usan para construir las chozas. Su exposición al hambre extrema crece junto con su dependencia de los alimentos mercantiles.

A lo largo de toda su evolución, dadas las generaciones suficientes, el *Homo sapiens* ha mostrado una alta competencia para desarrollar una gran variedad de formas culturales, cada una destinada a mantener a la población total de una región dentro de los linderos de los recursos que podían compartirse o intercambiarse formalmente en ese medio limitado. La incapacitación mundial y homogénea de la aptitud comunitaria de las poblaciones locales, para enfrentarse al medio se desarrolló con el imperialismo y con sus variantes contemporáneas de desarrollo industrial y su tono compasivo.

La invasión de los países subdesarrollados por nuevos instrumentos de producción organizados con miras a la eficacia financiera más que a la eficiencia local, y al control profesional antes que lego, descalifica inevitablemente la tradición y el aprendizaje autó-

nomo y crea la necesidad de una terapéutica proveniente de maestros, médicos y trabajadores sociales. A medida que el radio y la carretera moldean, de acuerdo a normas industriales, las vidas de aquellos adonde llegan, degradan la artesanía, la morada o el cuidado de la salud. La degradación ocurre más rápidamente que la inhabilitación para esas actividades. El masaje azteca alivia a muchos que ya no lo admiten porque lo creen anticuado. El lecho familiar dejó de ser respetable mucho antes de que sus ocupantes lo sintieran incómodo. Cuando los planes de desarrollo han resultado, su éxito a menudo se ha debido a la imprevista vitalidad del sector de adobes, botes y cartón. La habilidad continua para producir alimentos en tierra marginal y en traspatios ciudadanos ha salvado campañas de productividad desde Ucrania hasta Venezuela. La habilidad para asistir a los enfermos, los viejos y los locos sin ayuda de enfermeras ni guardianes ha protegido a la mayoría contra las crecientes disutilidades específicas que ha traído el enriquecimiento simbólico. La pobreza en el sector de subsistencia no aplasta la autonomía, ni siquiera cuando dicha subsistencia se ve disminuida por una considerable dependencia del mercado. La gente sigue motivada para meterse en la vía pública, para roer los monopolios profesionales, o para sacarle la vuelta a los burócratas.

Cuando la percepción de las necesidades personales es el resultado del diagnóstico profesional, la dependencia se convierte en una incapacidad dolorosa. Los ancianos en los Estados Unidos pueden nuevamente servir de paradigma. Se les ha entrenado para experimentar necesidades urgentes que ningún nivel de privilegio *relativo* puede satisfacer. Mientras más dinero de impuestos se gasta en auxiliar su fragilidad, más sutil es su conciencia de decadencia. Al mismo tiempo, su habilidad para cuidarse solos se ha marchitado, junto con la desaparición de los arreglos sociales que les permitían ejercer la autonomía. Los ancianos son un ejemplo de la especialización de la pobreza que puede provocar la sobreespecialización de servicios. Los viejos en los Estados Unidos son sólo un ejemplo extremo del sufrimiento promovido por la privación a alto costo. Habiendo aprendido a identificar la vejez con la enfermedad, han desarrollado necesidades económicas ilimitadas con el fin de pagar interminables tratamientos, por lo común ineficaces, a menudo degradantes y dolorosos, y que en la mayoría de los casos requieren la reclusión en un ambiente especial.

Cinco rostros de la pobreza industrialmente modernizada aparecen caricaturizados en los acomodados ghettos que sirven de retiro a los ricos: a medida que menos gente muere en la juventud aumenta la incidencia de la enfermedad crónica; más gente sufre lesiones clínicas por las medidas de salud; los servicios médicos crecen más lentamente que la difusión y la urgencia de la demanda; la gente encuentra cada vez menos recursos en su ambiente y en su cultura que pueden ayudarla a avenirse con su sufrimiento, y así está forzada a depender de los servicios médicos para atender una gama creciente de problemas triviales; la gente pierde la habilidad de vivir con la invalidez o el dolor y llega a depender del manejo de cada incomodidad por un personal de servicio especializado. El resultado acumulativo de la sobreexpansión en la industria de la asistencia a la salud ha desbaratado el poder personal para responder al reto y enfrentarse a cambios en su cuerpo o modificaciones en su ambiente.

El poder destructivo de la sobreexpansión médica no significa, desde luego, que el saneamiento, la inoculación y el control vectorial, la educación sanitaria bien distribuida, la arquitectura saludable y la maquinaria segura, la competencia general en los primeros auxilios, el acceso igualitario a la atención médica dental y primaria, así como servicios

complejos juiciosamente seleccionados, no pudieran encajar en una cultura verdaderamente moderna que fomentara la autoasistencia y la autonomía. Mientras la intervención ingenieril en la relación entre individuos y ambiente se mantiene por debajo de cierta intensidad, relacionada con el campo de libertad individual de acción, tal intervención puede reforzar la competencia del organismo para enfrentar su circunstancia y crear su propio futuro. Pero más allá de cierto nivel, el manejo heterónimo de la vida inevitablemente restringirá las respuestas no triviales del organismo, para luego baldarlas y finalmente paralizarlas, y lo que se planeó como asistencia a la salud se convertirá en una forma específica de negación de la salud.¹

Índice

293

7. CONTRAMEDIDAS POLÍTICAS

Quince años atrás habría sido imposible conseguir que se escuchara la denuncia de que la medicina en sí misma podría ser un peligro para la salud. En los primeros años de los sesenta, el Servicio Nacional de Salud británico disfrutaba todavía de una reputación mundial, sobre todo entre los reformadores norteamericanos.¹ El servicio, creado por Albert Beveridge, se basaba en la suposición de que en toda población existe una cantidad estrictamente limitada de morbilidad, que, si se trataba en condiciones de equidad, eventualmente acabaría por declinar.² Así, Beveridge calculó que el costo anual del Servicio de Salud bajaría al reducir la terapéutica el índice de enfermedad.³ Los planificadores de salud y los economistas de la beneficencia nunca esperaron que la redefinición de los servicios de la salud ampliara el campo de la asistencia médica y que sólo las restricciones presupuestales le impedirían ensancharse indefinidamente. No se predijo que pronto, en una muestra regional, sólo sesenta y siete entre mil personas fueran declaradas completamente aptas y que el 50% fuese enviado con un médico, mientras que según otro estudio, una de cada seis personas se definió como sufriendo de una a nueve enfermedades graves.⁴ Tampoco previeron los planificadores que el umbral de tolerancia para la realidad cotidiana declinaría a la misma velocidad que se socavaba la competencia para la autoasistencia, ni que la cuarta parte de las visitas al médico del servicio gratuito se harían por catarro común intratable. Entre 1943 y 1951, el 75% de las personas interrogadas declararon haber sufrido alguna enfermedad durante el mes anterior.⁵ En 1972, el 95% de los sujetos de un estudio consideraron haberse sentido mal durante los catorce días anteriores al interrogatorio, y en otro estudio⁶ en el que el 5% se consideró libre de síntomas, el 9% afirmó haber sufrido de más de seis síntomas diferentes en las dos semanas recién transcurridas. Lo que menos hicieron los planificadores de la salud fue proveer para las nuevas enfermedades que se volverían endémicas a través del mismo proceso que daba a la medicina una eficacia al menos parcial.⁷ No anticiparon la necesidad de hospitales especiales dedicados al alivio del dolor terminal, comúnmente sufrido por las víctimas de cáncer sujetas a cirugía insensata o ineficaz,⁸ ni la necesidad de otras camas de hospital para aquellos afectados por males inducidos por la medicina.⁹

La década del sesenta fue también testigo del auge y la caída de un consorcio multina-

cional para exportar optimismo al Tercer Mundo que cobró forma en el Cuerpo de Paz, la Alianza para el Progreso, la ayuda israelí al África Central y los últimos fuegos del celo médico-misionero. La creencia occidental en que sus medicinas podían curar los males de los trópicos no industrializados se hallaba entonces en su apogeo. La cooperación internacional acababa de ganar importantes batallas contra los mosquitos, microbios y parásitos, victorias pírricas en última instancia, las cuales se anunciaron como el principio de una solución definitiva a la enfermedad tropical.¹⁰ Aún no se sospechaba el papel que el desarrollo económico y tecnológico jugaría en la propagación y la agravación de la encefalitis letárgica, la bilharziasis e incluso el paludismo.¹¹ Quienes veían hambre mundial y nueva pestilencia en el horizonte eran tratados como profetas del desastre¹² o románticos;¹³ la Revolución Verde se consideraba todavía la fase inicial de un mundo más sano y más equitativo.¹⁴ Habría parecido increíble que antes de diez años la *malnutrición* en dos formas se convertiría ciertamente en la amenaza más importante del hombre moderno.¹⁵ No se previó la nueva desnutrición alta en calorías de las poblaciones pobres,¹⁶ ni el hecho de que la sobrealimentación se identificaría como la causa principal de las enfermedades epidémicas de los ricos.¹⁷ En los Estados Unidos las nuevas fronteras no se habían visto aún obstruidas por esquemas burocráticos en competencia.¹⁸ Las esperanzas de una salud mejor se enfocaban todavía en la igualdad de acceso a las agencias que eliminarían enfermedades específicas. La yatrogénesis era todavía un tema para los paranoicos.

Pero en 1975 mucho es lo que ha cambiado.¹⁹ Hace una generación, los niños del kindergarten pintaban al médico como una figura paterna de bata blanca.²⁰ Hoy en día, sin embargo, lo pintan con igual frecuencia como un hombre de Marte o un Frankenstein.²¹ La prensa amarilla se alimenta de diagramas médicos y de declaraciones fiscales de los doctores, y una nueva forma de cautela de los pacientes ha hecho que las compañías médicas y farmacéuticas tripliquen sus gastos en relaciones públicas.²² Ralph Nader ha conseguido que los consumidores de mercancías de salud se fijen en el costo y en la calidad. El movimiento ecológico ha creado conciencia de que la salud depende del ambiente -de la alimentación, las condiciones de trabajo y la vivienda- y los norteamericanos han llegado a aceptar la idea de que están amenazados por pesticidas,²³ aditivos,²⁴ micotoxinas²⁵ y otros riesgos para la salud debidos a la degradación ambiental. La liberación femenina ha subrayado el papel clave que el control sobre el propio cuerpo juega en el cuidado de la salud.²⁶ Unas cuantas comunidades de las barriadas han asumido responsabilidad por la asistencia médica básica y han intentado deshabituarse a sus miembros de la dependencia con respecto a los extraños. La naturaleza específica de clase de la percepción corporal,²⁷ del lenguaje,²⁸ de los conceptos,²⁹ del acceso a los servicios de salud,³⁰ de la mortalidad infantil³¹ y de la morbilidad actual, específicamente crónica,³² se ha documentado con amplitud, y el origen³³ y los prejuicios³⁴ específicos de la clase médica empiezan también a comprenderse. Mientras tanto, la Organización Mundial de la Salud avanza hacia una conclusión que habría escandalizado a la mayoría de sus fundadores: en una publicación reciente aboga por la desprofesionalización de la asistencia básica como el paso aislado más importante para elevar los niveles nacionales de salud.³⁵

Los mismos médicos empiezan a mirar críticamente lo que hacen los médicos.³⁶ Cuando se pidió a médicos de Nueva Inglaterra que evaluaran el tratamiento que sus pacientes habían recibido de otros médicos, la mayoría se declararon insatisfechos. Según el

método utilizado de evaluación entre pares, la proporción de pacientes que, se creía, habían recibido asistencia *adecuada*, variaba entre el 1.4 y el 63%.³⁷ Cada vez es más frecuente que los médicos digan a sus pacientes que han sido lesionados por medicación previa y que el tratamiento ahora prescrito se hace necesario por los efectos de tal medicación anterior, que en algunos casos se administró con el fin de salvar la vida, pero mucho más a menudo para reducir de peso, tratar la hipertensión benigna, la influenza o una picadura de mosquito, o sólo para dar a la entrevista con el médico una conclusión mutuamente satisfactoria.³⁸ En 1973 un alto funcionario del Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los E.U. pudo decir al retirarse que el 80% de todos los fondos encauzados por su oficina no proporcionaban ningún beneficio comprobable para la salud y que gran parte del resto se gastaba para corregir daños yatrogénicos. Su sucesor tendrá que enfrentar estos datos si quiere conservar la confianza pública.³⁹

Los pacientes empiezan a escuchar, y un número creciente de movimientos y organizaciones comienzan a exigir reformas. Los ataques se fundamentan en cinco categorías principales de crítica y se encaminan hacia cinco categorías de reforma: 1) La producción de remedios y servicios ha acabado por servir sus propios intereses. Por ello, grupos políticos de consumidores y el control por los consumidores sobre los administradores de los hospitales *deberían* obligar a los médicos a mejorar su servicio. 2) La distribución de remedios y el acceso a servicios son desiguales y arbitrarios; dependen del dinero y de la categoría del paciente, o bien de prejuicios sociales y médicos que favorecen, por ejemplo, la atención a las enfermedades del corazón por encima de la atención a la malnutrición. La nacionalización de la producción de salud *debería* controlar la mano oculta del clínico. 3) La organización del gremio médico perpetúa la ineficacia y los privilegios, mientras la otorgación de licencias profesionales de especialistas fomenta una visión cada vez más estrecha y especializada de la enfermedad. Una combinación de la captación (el pago de una cantidad fija por paciente por año) con la otorgación institucional de licencias *debería* combinar el control sobre los médicos con el interés de los pacientes. 4) El dominio de un solo tipo de medicina priva a la sociedad de los beneficios que sectas competidoras podrían ofrecer. Un mayor apoyo público a las ondas alfa, los grupos de encuentro y la quiropráctica *debería* compensar y complementar el escalpelo y el veneno. 5) Actualmente, la principal dedicación de recursos médicos va al individuo en la enfermedad o la salud. Una mayor cantidad y ambientes *debería* estirar el dinero dedicado a la salud.

Las políticas remediales propuestas podrían controlar en cierta medida los costos sociales creados por la sobremedicalización. Al unirse, los consumidores tiene en verdad el poder de obtener más por su dinero; las burocracias de la beneficencia tienen el poder de reducir las desigualdades; los cambios en el otorgamiento de licencias y en los modos de financiamiento pueden proteger a la población no sólo contra charlatanes no profesionales sino también, en algunos casos, contra el abuso profesional; el dinero transferido de la producción de repuestos humanos a la reducción de los riesgos industriales compra realmente más "salud" por peso. Pero todas estas políticas, si no se califican cuidadosamente, tenderán a reducir las *externalidades* creadas por la medicina al costo de un aumento ulterior en el paradójico contraproducto de la medicina, su efecto negativo sobre la salud. Todas tienden a estimular una medicalización ulterior. Todas colocan consistentemente el mejoramiento de los servicios médicos por encima de esos factores que mejorarían e igualarían las oportunidades, la competencia y la confianza para la au-

toasistencia; niegan la libertad civil de vivir y de curar, y la sustituyen por promesas de derechos sociales más conspicuos a la asistencia profesional.

En las cinco secciones siguientes me ocuparé de algunas de estas posibles contramedidas y examinaré sus méritos relativos.

305

LA “PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR”, PARA ADICTOS

Cuando la gente se da cuenta de su dependencia de la industria médica, tiende a quedarse atrapada en la creencia de que su adicción es ya irremediable. Teme una vida de enfermedad sin médico igual que se sentiría inmovilizada sin un automóvil o un autobús. En ese estado mental habla de la necesidad de la protección al consumidor y busca consuelo en los políticos que frenarán la arbitrariedad de los productos médicos.⁴⁰ La necesidad de tal autoprotección es obvia, los peligros implícitos son oscuros. La triste verdad para los abogados del consumidor es que ni el control de los costos ni el de calidad garantizan que la actividad de los médicos según las normas actuales, beneficiará a la salud.

Los consumidores que se unen para obligar a la General Motors a producir un automóvil aceptable, han empezado a sentirse competentes para echar una mirada al motor y desarrollar criterios para calcular el costo de un sistema de escape más limpio. Cuando se unen para conseguir mejor asistencia médica, siguen creyendo -erróneamente- que no son competentes para decidir lo que debería hacerse para sus entrañas y sus riñones y se confían ciegamente al médico para casi cualquier reparación. La comparación de prácticas en diversas culturas no proporciona ninguna guía. Las recetas para vitaminas son siete veces más comunes en Inglaterra que en Suecia, la medicación con globulina gamma es ocho veces más común en Suecia que en Inglaterra.

Los médicos norteamericanos operan, por término medio, dos veces más a menudo que los ingleses; los cirujanos franceses amputan casi hasta el cuello. La estancia promedio en el hospital varía no con el padecimiento sino con el médico: para las úlceras pépticas, de seis a veintiséis días; para el infarto al miocardio, de diez a treinta días. La duración media de la hospitalización en Francia es dos veces mayor que en los Estados Unidos. En Alemania se realizan tres veces más apendectomías, y se diagnostican tres veces más muertes por apendicitis, que en ninguna otra parte.⁴¹

Titmuss⁴² ha resumido la dificultad de contabilizar los costos-beneficios en medicina, especialmente en una época en que la asistencia médica está perdiendo las características que solía poseer cuando consistía casi totalmente en la relación personal médico-paciente. La asistencia médica es incierta e impredecible; muchos consumidores no la desean, ignoran que la necesitan y no pueden saber por anticipado cuánto les costará. No pueden aprender por experiencia. Deben confiar en el proveedor que habrá de decirles si han sido bien atendidos, y no pueden devolver el servicio al vendedor ni lograr que lo reparen. Los servicios médicos no se anuncian como otras mercancías y el productor desanima las comparaciones. Una vez hecha la compra, el consumidor no puede cambiar de parecer a la mitad del tratamiento. Al definir lo que constituye la enfermedad el productor médico tiene poder para seleccionar a sus consumidores y dar salida a algunos productos que se impondrán al consumidor, si es necesario, con intervención de la policía: los productores pueden incluso vender reclusión forzada para los incapacitados

y asilos para los retardados mentales. Los juicios por mal ejercicio han mitigado el sentido de importancia del lego en varios de estos puntos,⁴³ pero básicamente han reforzado la decisión del paciente de insistir en el tratamiento que la opinión *médica* informada considera adecuado. El asunto se complica más aún por el hecho de que no existe un consumidor “normal” de servicios médicos. Nadie sabe a cuánta asistencia será acreedor en dinero o en dolor. Además, nadie sabe si la forma más ventajosa de asistencia médica se obtiene mejor de productores médicos, de un agente de viajes, o renunciando a trabajar en el turno de noche. La familia que prescinde de un automóvil para mudarse a un departamento en Manhattan, puede prever la forma en que la sustitución de la gasolina por la renta afectará su tiempo disponible; pero la persona que, al serle diagnosticado un cáncer, elige una operación antes que una parranda en las Bahamas, ignora qué efecto tendrá su elección sobre el tiempo de gracia que le queda. La economía de la salud es una disciplina curiosa, una reminiscencia de la teología de indulgencias que floreció antes de Lutero. Puede calcularse lo que colectan los frailes, ver los templos que construyen, tomar parte en las liturgias en que se regodean, pero sólo es posible imaginar qué efectos ejerce el tráfico en amnistías para el purgatorio sobre el alma después de la muerte. Los modelos ideados para explicar la aquiescencia de los contribuyentes a pagar facturas médicas cada vez más altas constituyen análogas conjeturas escolásticas acerca de la nueva iglesia de la medicina que va extendiéndose por todo el mundo. Para dar un ejemplo: es posible considerar la salud como un capital acumulado empleado para producir un rendimiento llamado “tiempo de salud”.⁴⁴ Los individuos heredan una provisión inicial que puede aumentar invirtiendo en capitalización de salud mediante la adquisición de asistencia médica o por medio de la buena alimentación y la buena vivienda. El “tiempo de salud” es un artículo que tiene demanda por dos razones. Como mercancía de consumo, entra directamente en la función utilitaria del individuo; además la gente habitualmente prefiere estar sana y no enferma. También ingresa en el mercado como mercancía de inversión. En esta función, el “tiempo de salud” determina la cantidad de tiempo que puede gastar un individuo en el trabajo y en el juego, en ganar dinero y en divertirse. El “tiempo de salud” del individuo puede verse así como un indicador decisivo de su valor como productor para la sociedad.⁴⁵

La orientación sobre las políticas y las teorías referentes al valor monetario de la producción de “salud” dividen a los adherentes de las facciones académicos en pugna igual que el realismo y el nominalismo dividían en el medioevo a los doctores en divinidad.⁴⁶ Pero en lo que concierne al consumidor, se limitan a decir con rodeos lo que todo albañil mexicano sabe: sólo en los días en que está lo bastante sano para trabajar puede llevar frijoles y tortillas a sus hijos y tomar un tequila con los amigos.⁴⁷ La creencia en una relación causal entre la cuenta del médico y la salud -que de otro modo se llamaría superstición modernizada- es una suposición técnica básica para el economista médico.⁴⁸ Se han usado diferentes sistemas para legitimar el valor económico de las actividades específicas a las que se dedican los médicos. Los países socialistas se hacen cargo del financiamiento de toda la asistencia y dejan que la profesión médica defina lo que se necesita, cómo debe hacerse, quién debe hacerlo, cuánto debe costar y también quién lo ha de recibir. Con más descaro que en ninguna otra parte, los cálculos de insumo producto referentes a tales inversiones de capital humano parecen determinar las asignaciones rusas.⁴⁹ Otros países intervienen con leyes e incentivos en la organización de sus mercados de asistencia médica. Sólo los Estados Unidos iniciaron un programa le-

gislativo nacional dentro del cual comités de productores determinan qué productos ofrecidos en el “mercado libre” merecerán la aprobación estatal como “buena asistencia”. A fines de 1973 el presidente Nixon firmó el Decreto 92-603 por el que se establecieron controles obligatorios de costos y calidad (mediante organizaciones de revisión de normas profesionales) para Medicaid y Medicare, sectores de la industria médica sostenidos a base de impuestos, que desde 1970 sólo han sido superados en magnitud por el complejo bélico-industrial. Rigurosas sanciones financieras amenazan a los médicos que rehúsan mostrar sus archivos a los inspectores gubernamentales en busca de pruebas acerca de fraudes, tratamientos deficientes o utilización excesiva de los hospitales. La ley exige que la profesión médica establezca normas para el diagnóstico y el tratamiento de una larga lista de lesiones, enfermedades y estados de salud, e instaura así el programa más costoso del mundo para la medicalización de la producción de salud mediante la protección legislada del consumidor.⁵⁰ La nueva ley garantiza las normas que la *industria* impone a la mercancía. No pregunta si su distribución influye positiva o negativamente en la salud del pueblo.

Invariablemente han fracasado los intentos por ejercer un control político racional sobre la producción de la asistencia médica. La razón se halla en la naturaleza del producto actualmente llamado “medicina”: un paquete constituido por sustancias químicas, aparatos, edificios y especialistas, y despachado como medicina al cliente. El proveedor más que sus clientes o su jefe político determina el tamaño del paquete. El paciente queda reducido a un objeto en reparación; deja de ser un sujeto al que se le ayuda a curar. Si se le permite participar en el proceso de reparación, actúa como el último aprendiz de una jerarquía de reparadores.⁵¹ A menudo ni siquiera se le confía la ingestión de una pastilla sin la supervisión de una enfermera.

El argumento de que la asistencia médica institucional, curativa o preventiva, después de cierto punto deja de guardar correlación con cualquier “ganancia” ulterior en salud puede ser mal empleado para transformar a clientes adictos a médicos en clientes de alguna otra hegemonía de servicios: casas de cuna, trabajadores sociales, consejeros vocacionales, escuelas.⁵² Lo que comenzó como defensa de los consumidores contra el servicio médico inadecuado proporcionará a la profesión médica, en primer lugar, la garantía de una demanda sostenida y, posteriormente, el poder de delegar algunos de estos servicios a otras ramas industriales: a los productores de alimentos, de colchones, de vacaciones o de adiestramiento. La protección al consumidor se convierte así rápidamente en una cruzada para transformar personas independientes en clientes a toda costa.

A menos que desengañe al cliente de la urgencia en demandar y aceptar más servicios, la protección al consumidor solamente refuerza la colusión entre quien da y quien recibe, y sólo puede jugar un papel táctico y transitorio en cualquier movimiento político encaminado a limitar la medicina que beneficia la salud.

Los movimientos de protección al consumidor pueden traducir la información sobre la ineficacia médica actualmente sepultada en publicaciones médicas, al lenguaje de la política, pero sólo lograrán aportaciones significativas si se transforman en ligas de defensa de las libertades civiles y van más allá del control de costo y calidad para defender la libertad sin tutores para aceptar o rechazar la mercancía. Toda clase de dependencia se convierte de inmediato en obstáculo para la asistencia autónoma mutua, para afrontar la enfermedad, adaptarse a ella y curarse; peor aún, se convierte en un artificio por me-

dio del cual se impide que la gente transforme las condiciones que la enferma en el trabajo y en el hogar. El control sobre el aspecto de producción del complejo médico sólo puede actuar para mejorar la salud si provoca por lo menos una reducción muy considerable de su rendimiento total, y no simplemente mejoras técnicas de los artículos que ofrecen.

314

IGUALDAD DE ACCESO A LOS PERJUICIOS

El planteamiento político más común y obvio con respecto a la salud se basa en la acusación de que el acceso a la asistencia médica es injusto, de que favorece al rico más que al pobre,⁵³ al influyente más que al débil. Si bien el nivel de los servicios médicos prestados a los miembros de las élites técnicas no varía significativamente de un país a otro, digamos de Suecia y Checoslovaquia a Indonesia y Senegal, el valor de los servicios prestados al ciudadano típico en diferentes países varía por factores que exceden la proporción de uno a mil.⁵⁴ En muchos países pobres, los pocos están socialmente predestinados a recibir mucho más que la mayoría, no tanto por ser ricos como por ser hijos de militares o burócratas o por vivir cerca del único hospital grande. En los países ricos, los miembros de diversas minorías son subprivilegiados, no porque en términos de dinero per capita reciban necesariamente menos de los que les corresponde,⁵⁵ sino porque reciben sustancialmente menos de lo que se les ha enseñado a necesitar. El habitante de las barriadas no puede llegar al médico cuando lo necesita, y lo que es peor, los ancianos, si son pobres y se hallan encerrados en un “hogar”, no pueden escapar de él. Por estas razones y otras similares, los partidos políticos convierten el deseo de salud en demandas de acceso equitativo a las facilidades médicas.⁵⁶ Por lo común no cuestionan los bienes que el sistema médico produce, sino insisten en que sus votantes tienen derecho a todo lo que se produce para los privilegiados.⁵⁷

En los países pobres, resulta claro que las mayorías pobres tienen menos acceso a los servicios médicos que los ricos:⁵⁸ los servicios al alcance de los pocos consumen la mayor parte del presupuesto de salud y privan a la mayoría de servicios de cualquier clase. En toda América Latina, con excepción de Cuba, sólo uno de cada cuarenta niños pertenecientes al 20% más pobre de la población termina los cinco años de escolaridad obligatoria;⁵⁹ una proporción similar de pobres puede esperar tratamiento en un hospital cuando se enferma gravemente. En Venezuela, un día de hospital cuesta diez veces el sueldo diario promedio; en Bolivia, unas cuarenta veces dicho ingreso.⁶⁰ En toda América Latina, los ricos constituyen el 3% de la población, formado por graduados universitarios, líderes obreros, funcionarios de los partidos políticos y miembros de familias que tienen acceso a los servicios gracias a su dinero o bien sencillamente a través de relaciones. Estos pocos reciben tratamiento costoso, a menudo por parte de los médicos que ellos mismos eligen. La mayor parte de los médicos, que proceden de la misma clase social que sus pacientes, fueron adiestrados conforme a normas internacionales a base de subsidios del gobierno.⁶¹

No obstante el desigual acceso a la asistencia hospitalaria, sería un error decir que la disponibilidad del servicio médico está siempre en correlación con el ingreso personal. En México, el 3% de la población tiene acceso al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), esa rama especial del sistema de segu-

ridad social en la cual se combinan a un alto nivel la asistencia personal y la tecnología avanzada. Este grupo afortunado está constituido por empleados del gobierno que reciben tratamiento igual ya sean ministros o mensajeros de oficina, y pueden contar con asistencia de alta calidad porque forma parte de un modelo de demostración. Así, los periódicos informan al maestro de escuela de una aldea remota que la cirugía mexicana cuenta con los mismos recursos que su contraparte en Chicago y que los cirujanos que lo operan cumplen con las normas de sus colegas en Houston. Al ser hospitalizados, altos funcionarios a veces pueden sentirse molestos de tener que compartir por primera vez en su vida el cuarto con un trabajador, pero también se sienten orgullosos del alto grado de compromiso democrático que muestra su país al proporcionar iguales medios al jefe y al portero. Los pacientes de ambas categorías tienden a soslayar que son dos clases de explotadores igualmente privilegiados. Para proporcionar camas, equipo, administración y asistencia técnica al 3% se invierte la tercera parte del presupuesto para asistencia médica de todo el país. Para dar a todos los pobres igual acceso a medicina de calidad uniforme en los países pobres, sería necesario suspender la mayor parte del adiestramiento y de las actividades actuales de las profesiones sanitarias. Sin embargo, la distribución de servicios de salud básicos y eficaces entre la población entera es lo bastante barata como para ser comprados por todo el mundo, siempre y cuando nadie pudiera obtener más, pese a las normas sociales, económicas, médicas o personales que se pudieran argüir para un tratamiento especial. Si en los países pobres se diera prioridad a la equidad y si el servicio se limitara a los elementos básicos de la medicina eficaz, poblaciones enteras recibirían un cliente para participar en la desmedicalización de la moderna asistencia a la salud y para desarrollar las destrezas y la confianza necesaria para la autoasistencia, protegiendo así a sus países de la enfermedad yatrogénica. En los países ricos, la economía de la salud es un tanto diferente.⁶² A primera vista, la preocupación por los pobres parece exigir nuevos aumentos en el presupuesto total de salud.⁶³ Pero mientras más personas llegan a depender de la asistencia por parte de instituciones de servicio, más difícil resulta identificar la equidad con la igualdad de acceso y de beneficios.⁶⁴ ¿Se realiza la equidad cuando se dispone de una misma cantidad de dinero para la educación del rico y del pobre? ¿O bien se requiere que los pobres reciban la misma “educación” aunque tenga que gastar más en ellos para lograr resultados iguales? ¿O debe el sistema de la educación, con el fin de ser equitativo, garantizar que los pobres no sufran mayores ofensas y humillaciones que los ricos con quienes compiten en la escala académica? ¿O acaso la equidad en las oportunidades de aprendizaje sólo se obtiene cuando todos los ciudadanos comparten el mismo tipo de ambiente educativo? Esta batalla de la equidad contra la igualdad en el acceso a la asistencia institucional, que ya se ha librado en el dominio de la educación, está tomando forma en el campo médico.⁶⁵ Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con la educación, el asunto de la salud puede juzgarse fácilmente de acuerdo a la evidencia disponible. El gasto per capita en asistencia a la salud, incluso en lo que se refiere al sector más pobre de la población estadounidense, indica que ya hace tiempo se ha rebasado el límite en que dicha asistencia se vuelve yatrogénica. En los países ricos, el presupuesto total de servicios para los pobres sería ya más que suficiente si se destinara a aquello que refuerza la autoasistencia. Con más acceso -incluso restringido a quienes ahora reciben menos- sólo se igualaría la distribución de ilusiones y perjuicios profesionales. Hay dos aspectos de la salud: la libertad y los derechos. Sobre todo, la salud designa el

radio de autonomía dentro del cual una persona ejerce control sobre sus propios estados biológicos y sobre las condiciones de su ambiente inmediato. En este sentido, la salud es idéntica a la intensidad de libertad que se vive. La ley debería primordialmente garantizar la distribución equitativa de la salud como libertad, que a su vez depende de condiciones ambientales que sólo los esfuerzos políticos organizados pueden lograr. Más allá de cierto nivel de intensidad, la asistencia a la salud, por más equitativamente que se reparta, sofocará la salud-como-libertad. En este sentido fundamental, la asistencia a la salud es un asunto de libertad bien ordenada. Este concepto implica el dar preferencia a una posición de libertades inalienables para hacer ciertas cosas, y aquí debe distinguirse entre libertad civil y derechos civiles. La libertad de actuar sin restricción gubernamental abarca un campo más amplio que los derechos civiles que el estado pueda promulgar para garantizar que la gente tendrá poderes iguales para obtener ciertos bienes o servicios.

Por lo común, las libertades civiles no obligan a otros a realizar mis deseos; en lo que respecta al gobierno, una persona puede publicar libremente su opinión, pero esto no implica que tal o cual periódico tenga el deber de imprimir esa opinión. Tal vez una persona necesite beber vino en su ceremonia de adoración religiosa, pero ninguna mezquita tiene que acogerlo para que lo haga dentro de sus muros. Al mismo tiempo, el estado como garante de las libertades puede promulgar leyes que protejan derechos igualitarios sin los cuales sus miembros no podrían disfrutar dichas libertades. Tales derechos dan sentido a la igualdad, mientras las libertades civiles dan forma a la libertad. Una forma segura de extinguir la libertad de expresarse, de aprender o de curar es delimitarla pervertiendo los derechos civiles en obligaciones civiles. Las libertades del autodidacta se verán restringidas en una sociedad sobreeducada igual que la libertad de asistencia a la salud puede extinguirse a causa de la sobremedicalización. Cualquier sector de la economía puede expandirse de tal manera que las libertades se anulen en áreas de niveles más costosos de igualdad.

Aquí nos preocupan los movimientos que tratan de remediar los efectos de la medicina socialmente yatrogénica a través del control político y legal del manejo, del reparto y de la organización de las actividades médicas. Sin embargo, mientras la medicina sea una utilidad pública, ninguna reforma puede ser efectiva a menos que dé prioridad a dos conjuntos de límites. El primero se relaciona con el volumen de tratamiento institucional que cualquier individuo puede exigir: ninguna persona habrá de recibir servicios tan amplios que su tratamiento prive a otros de la oportunidad de una asistencia considerablemente menos costosa per capita si es que, de acuerdo con el juicio de ambas y no solamente en la opinión de un experto, su requerimiento de los mismos recursos públicos posee una urgencia comparable. Por otro lado, ningún servicio habrá de imponerse forzosamente a un individuo en contra de su voluntad: nadie podrá ser, sin su consentimiento, apresado, encarcelado, hospitalizado, tratado, o molestado de cualquier otro modo en nombre de la salud. El segundo conjunto de límites se refiere a la empresa médica como un todo. Aquí la idea de la salud-como-libertad debe restringir la producción total de servicios sanitarios dentro de límites subyatrogénicos que maximicen la sinergia de los modos autónomo y heterónimo de la producción de salud. En las sociedades democráticas, tales limitaciones son probablemente inalcanzables sin garantía de equidad, sin igualdad de acceso. En este sentido, las políticas de equidad pueden ser un elemento esencial en un programa eficaz de salud. Por otro lado, la preocupación por la equidad

resultará fútil si no se liga a las restricciones sobre la producción total, y si no se utiliza como una fuerza que contrarreste la expansión de la asistencia médica institucional.⁶⁶

324

EL CONTROL DEL PÚBLICO SOBRE LA MAFIA PROFESIONAL

Una tercera clase de remedios políticos para la medicina insalubre se centra directamente en *cómo* hacen los médicos su trabajo. Al igual que la defensa del consumidor y la legislación del acceso, ese intento de imponer un control lego a la organización médica tiene inevitables efectos de negación de la salud cuando de táctica ad hoc se cambia en estrategia general.

En los Estados Unidos, cuatro y medio millones de hombres y mujeres distribuidos en doscientas ocupaciones participan en la producción y distribución de servicios a la salud aprobados médicamente. (Sólo el 8% son médicos, cuyos ingresos netos, una vez deducidos los costos de renta, personal y suministros, representan el 15% del total de gastos sanitarios, y cuyo ingreso promedio en 1973 fue de 50 mil dólares.)⁶⁷ El total no incluye osteópatas, quiroprácticos ni otros que tal vez reciban adiestramiento universitario especializado y requieran licencia para practicar, pero que, a diferencia de los farmacéuticos, optometristas, técnicos de laboratorio y otros subordinados de los médicos, no producen asistencia igualmente prestigiosa.⁶⁸ Aún más alejados de la institución, y por ello excluidos de las presentes estadísticas, se encuentran miles de proveedores de asistencia médica no convencional, que van desde herbolarios que curan por correspondencia y masajistas, hasta maestros de yoga.⁶⁹

En los Estados Unidos, de los muchos que reclaman competencia y que se hallan más o menos integrados a la institución oficial, unas treinta especialidades reciben una licencia.⁷⁰ En ningún estado del país se requiere licencia para menos de catorce especies de practicantes.⁷¹ Estas licencias se otorgan al completar programas educativos formales y a veces por la evidencia de un examen aprobado; en raros casos, la proficiencia o la experiencia son requisitos de admisión a la práctica independiente.⁷² El trabajo competente o satisfactorio no es en ninguna parte una condición para continuar ejerciendo. La renovación de la licencia es automática, por lo común al pagarse una tarifa; sólo quince de cincuenta estados permiten cuestionar la licencia de un médico en base a incompetencia.⁷³ Mientras las demandas por un status de especialista van y vienen, las especialidades reconocidas por la Asociación Médica Americana han aumentado en forma constante, duplicándose en los últimos quince años: la mitad de los médicos norteamericanos en ejercicio son especialistas en alguna de sesenta clases, y se espera que la proporción suba al 55% antes de 1980.⁷⁴ Dentro de cada uno de estos campos se ha desarrollado un feudo con enfermeras especializadas, técnicos, publicaciones, congresos, y a veces grupos organizados de pacientes que presionan en busca de mayores fondos públicos.⁷⁵ El costo de coordinación del tratamiento del mismo paciente por varios especialistas crece exponencialmente con cada competencia que se agrega en el proceso, y lo mismo ocurre con el riesgo de que se cometan errores y la probabilidad de provocar lesiones a causa de la imprevista sinergia de diferentes terapéuticas. Cada ciudadano tiende a ser colocado en una relación de paciente con cada uno de los diversos especialistas. Cuando el número de relaciones del paciente supera el número de personas, se multiplica sin control las ocupaciones relativas a la información médica, a los seguros y a

la defensa del paciente. Por supuesto, los médicos son los señores de estos feudos y determinan qué trabajo realizarán estas pseudoprofesionales. Pero con el reconocimiento de una cierta autonomía, muchos de estos grupos especializados de pajes, conserjes, lacayos y escuderos médicos han ganado también cierto poder para evaluar su propio trabajo. Al obtener el derecho a la autoevaluación acorde con criterios especiales que se ajustan a su propia visión de la realidad, cada nueva especialidad genera un nuevo impedimento para que la sociedad en general evalúe qué tanto contribuye realmente su trabajo a la salud de los pacientes. La medicina organizada ha cesado prácticamente de ser el arte de curar lo curable, y la consolación de los desesperados se ha convertido en un grotesco sacerdocio preocupado por la salvación y ha llegado a ser una ley en sí misma. Las políticas que prometen al público algún control sobre la empresa médica tienden a pasar por alto el hecho de que para lograr su propósito deben controlar una iglesia, no una industria.

Actualmente se discuten y proponen docenas de estrategias concretas para lograr que la industria médica sirva más a la salud y menos a sus propios fines: descentralización de la repartición; seguro público universal; práctica de grupo por especialistas; programas de mantenimiento de la salud más que de asistencia médica; pago anual de una cantidad fija por paciente (captación) más que de honorarios, por servicio; eliminación de las actuales restricciones en el uso de personal sanitario; organización y utilización más racionales del sistema hospitalario; no otorgar licencias a individuos sino a instituciones sujetas a normas de desempeño y organización de cooperativas de pacientes para equilibrar o apoyar un poder médico profesional.

Cada una de estas proposiciones mejoraría ciertamente la eficacia médica, pero al costo de una nueva disminución en el cuidado efectivo a la salud por parte de la sociedad. Incrementar la eficiencia por medio de la movilidad de personal hacia arriba y la asignación de responsabilidad hacia abajo no podría sino endurecer la integración de la industria de asistencia médica y con ello la polarización social.

Al hacerse más costoso el adiestramiento de profesionales de nivel medio, se escasea el personal de enfermería en los niveles inferiores. Los bajos salarios, el creciente desprecio por las funciones de servidumbre y cuidado doméstico, un aumento en el número de pacientes crónicos (y en consecuencia el tedio creciente que produce su cuidado), la desaparición de la motivación religiosa para las monjas y los diáconos, y nuevas oportunidades para las mujeres en otros campos, todo ello contribuye a producir una crisis de personal. En Inglaterra, casi dos tercios de todo el personal hospitalario de bajo nivel procede del extranjero, generalmente de las antiguas colonias; en Alemania, de Turquía y Yugoslavia; en Francia, de África del Norte; en los Estados Unidos, de las filas de las minorías raciales. La creación de nuevas categorías, títulos, programas de estudio, funciones y especialidades en el nivel inferior es un remedio de dudosa eficacia. El hospital sólo refleja la economía laboral de una sociedad de alta tecnología: especialización transnacional en la cumbre, burocracia en el medio, y abajo, un subproletariado constituido por inmigrantes y por el cliente profesionalizado.⁷⁶

La multiplicación de especialistas paraprofesionales reduce aún más lo que el que diagnostica hace por la persona que busca su ayuda, mientras la multiplicación de auxiliares generales tiende a reducir lo que la gente sin certificados puede hacer por lo demás y por sí misma.⁷⁷ La certificación institucional⁷⁸ permitirá sin duda un despliegue más eficiente del personal, una mezcla más racional de salud-mano de obra, y mayor oportuni-

dad para progresar: sin duda mejoraría en gran medida la distribución de mercancías médicas como el trabajo dental, la compostura de huesos y la asistencia en el parto. Pero si se convirtiera en el modelo de la asistencia general a la salud, equivaldría a la creación de una Alma Mater Médica.⁷⁹ El control lego sobre una tecnocracia médica en expansión no deja de asemejarse a la profesionalización del paciente: ambos refuerzan el poder médico y aumentan su efecto de *nocebo*. Mientras el público acepte que el monopolio profesional asigne el papel de enfermo, no podrá controlar las ocultas jerarquías de la salud que multiplican el número de pacientes.⁸⁰ El clero médico sólo puede ser controlado si la ley se utiliza para restringir y desestabilizar su monopolio para decidir lo que constituye una enfermedad, quién está enfermo y qué habrá de hacerse por esa persona.⁸¹

La inculpación inadecuada por yatrogenesis es el obstáculo político más grave para el control público de la asistencia a la salud. Convertir el acoso a los médicos en una moda radical, sería el camino más seguro para empañar cualquier crisis política alimentada por la nueva conciencia de la situación de la salud. Si los médicos se convirtieran en conspicuos chivos expiatorios, el crédulo paciente se vería exculpado de su codicia terapéutica. El acoso a las escuelas salvó a la empresa institucional durante la última crisis que se presentó en la educación. La misma estrategia podría ahora salvar al sistema médico y dejarlo esencialmente como está.

Repentinamente, en la década de los sesenta, las escuelas perdieron su status de vacas sagradas. Inflada por el Sputnik, el conflicto racial y las nuevas fronteras, la burbuja escolar creció más que todos los presupuestos no militares y por fin reventó. Durante un breve lapso el curriculum oculto del sistema escolar quedó a la vista. Se hizo sabiduría convencional que después de cierto punto en su expansión, el sistema escolar reproduce inevitablemente una sociedad de clases meritócrata y cataloga a las personas de acuerdo con niveles de torpeza altamente especializada para los cuales las entrena a través de rituales graduados, competitivos, obligatorios y por edades. La frustración de un costoso sueño había llevado a mucha gente a entender que ninguna cantidad de aprendizaje obligatorio puede preparar equitativamente a los jóvenes para las jerarquías industriales, y que toda preparación eficaz de los niños para un sistema socioeconómico inhumano constituía una agresión sistemática contra sus personas. En este punto una visión de la realidad podría haber crecido hasta convertirse en una revuelta radical contra un sistema capitalista de producción y las creencias que lo apuntalan. Pero en vez de culpar a la *hybris* de los pedagogos, el público concedió a éstos más poder para hacer precisamente lo que desearan. Los maestros disgustados concentraron la crítica sobre sus colegas, los métodos, la organización de la escolaridad y el financiamiento de las instituciones, todo lo cual se definió como obstáculo a la educación eficaz.

El acoso a las escuelas permitió a los profesores liberales convertirse en una nueva raza de educadores de adultos. No solamente salvó el salario y el prestigio del maestro, sino que los hizo elevarse momentáneamente. Mientras que antes de la crisis el maestro se había visto restringido en su agresión pedagógica a un grupo específico de menos de dieciséis años, que se hallaba expuesto a él durante las horas de clase en el edificio escolar, para ser iniciado en un número limitado de materias, el nuevo mercader del conocimiento considera que el mundo es su salón de clases. Mientras el maestro sujeto a un programa de estudios podía descalificar sólo a aquellos no-alumnos que se atrevieran a aprender por cuenta propia una materia del programa, el nuevo administrador de "edu-

cación”, “concientización”, “entrenamiento sensitivo” o “politización” recurrentes y para toda la vida, degrada ante los ojos del público todas las normas de conducta que él mismo no haya aprobado. El acoso a las escuelas de los años sesenta podría fácilmente fijar una pauta para la inminente guerra médica. Siguiendo el ejemplo de los maestros que declaran que el mundo es su escuela, algunos médicos, cruzados a la moda,⁸² trepan ahora al carro del acoso a la medicina y canalizan la frustración y la ira públicas contra la medicina curativa en un llamado para una nueva élite de guardianes científicos que controlarían el mundo como su sala de hospital.⁸³

334

LA ORGANIZACIÓN CIENTÍFICA DE LA VIDA

La creencia en la medicina como ciencia aplicada genera una cuarta clase de medida antiyatrogénicas que inevitablemente aumentan el irresponsable poder de la profesión médica, y por tanto el daño que la medicina causa. Los proponentes de normas científicas más elevadas en la investigación y la organización social médicas argumentan que la medicina patógena se debe al enorme número de malos médicos que andan sueltos en la sociedad. Menos hechores de decisiones, más cuidadosamente seleccionados, mejor entrenados, más estrechamente supervisados por sus colegas, y con un dominio más efectivo sobre lo que se hace, para quién se hace y cómo se hace, garantizarían que los poderosos recursos actualmente disponibles para los científicos médicos se aplicaran para beneficio del pueblo.⁸⁴ Tal idolatría de la ciencia ignora el hecho de que la investigación, dirigida como si la medicina fuese una ciencia ordinaria, el diagnóstico, dirigido como si los pacientes fueran casos específicos y no personas autónomas, y la terapéutica dirigida por ingenieros higiénicos, son los tres elementos que se sueldan en la actual y endémica negación de la salud.

En cuanto ciencia, la medicina se halla en una línea fronteriza. El método científico permite experimentos realizados con modelos. La medicina, empero, no experimenta con modelos sino con los sujetos mismos. Pero la medicina nos dice tan poco sobre el buen desempeño en el arte de sanar, sufrir y morir como el análisis químico nos revela acerca del valor estético de una jarra de barro.⁸⁵

En su esfuerzo de ciencia aplicada, la profesión médica ha dejado en gran medida de perseguir los objetivos de una asociación de artesanos que aplican la tradición, la destreza, el saber y la intuición, y ha llegado a desempeñar una función reservada para los ministros de la religión utilizando principios científicos como teología y tecnólogos como acólitos.⁸⁶ Como empresa, la medicina actual se preocupa poco por el arte empírico de curar lo curable y mucho más por la salvación racional de la humanidad de los ataques de la enfermedad, de las cadenas de la invalidez e incluso de la necesidad de morir.⁸⁷ Al transformar el arte en ciencia, el cuerpo médico ha perdido los rasgos de un gremio de artesanos que aplican reglas establecidas para orientar a los maestros de un arte práctico en beneficio de personas realmente enfermas. Se ha convertido en un partido ortodoxo de administradores burocráticos que aplican principios y métodos científicos a categorías enteras de casos médicos. En otras palabras, la clínica se ha vuelto un laboratorio. Al postular resultados previsibles sin tener en consideración el desempeño humano del enfermo y su integración a su propio grupo social, el médico moderno ha asumido la postura tradicional del charlatán.

Como miembro de la profesión médica el doctor individual es parte inextricable de un equipo científico. El experimento es el método de la ciencia, y las fichas que el médico lleva -le guste o no- son parte de los datos para una empresa científica. Cada tratamiento es una repetición más de un experimento con una probabilidad de éxito definida estadísticamente. Como en cualquier operación que constituye una aplicación genuina de la ciencia, el fracaso en la medicina científica se atribuye a alguna forma de ignorancia; conocimiento insuficiente de las leyes aplicables a la situación experimental particular, falta de competencia personal en la aplicación de métodos y principios por parte del experimentador, o bien, su incapacidad para controlar esa variable esquivada que es el paciente mismo. Obviamente, cuanto mejor está controlado el paciente, más previsible será el resultado sobre una base poblacional, más eficaz parecerá ser la organización. Los tecnócratas de la medicina tienden a promover los intereses de la ciencia más que las necesidades de la sociedad.⁸⁸ Los profesionalistas constituyen corporativamente una burocracia de investigación. Su responsabilidad primordial es hacia la ciencia en abstracto o, en forma nebulosa, hacia su profesión.⁸⁹ La responsabilidad personal por el cliente particular se ha diluido en un vago sentimiento de poder que se extiende sobre todas las tareas y los clientes de todos los colegas. La ciencia médica aplicada por científicos médicos proporciona el tratamiento correcto, independientemente de que sus resultados sean una cura, una muerte o ninguna reacción por parte del paciente. Se le da legitimidad mediante cuadros estadísticos que predicen esos tres resultados con cierta frecuencia. En un caso concreto, el médico individual podría tal vez recordar que debe a la naturaleza y al paciente tanta gratitud como el paciente le debe a él cuando ha tenido buen éxito ejerciendo su arte. Pero sólo un alto nivel de tolerancia para la disonancia cognoscitiva le permitirá cumplir los papeles divergentes del que cura y del científico.⁹⁰ Los que buscan contrarrestar la yatrogénesis eliminando los últimos vestigios de empirismo del encuentro entre el paciente y el sistema médico son cruzados inquisitoriales tardíos.⁹¹ Utilizan la religión del cientismo para devaluar el juicio político. Mientras que la verificación operacional en el laboratorio es la medida de la ciencia, la disputa de adversarios que apelan a un jurado que aplica la experiencia pasada al asunto presente, en cuanto este asunto se experimenta entre personas actuales, constituye la medida de la política. Al negar reconocimiento público a entidades que la ciencia no puede medir, la petición de una práctica médica pura, ortodoxa, confirmada, protege a esta práctica de toda evaluación política.

La preferencia religiosa otorgada al lenguaje científico sobre el lenguaje del profano es uno de los principales bastiones del privilegio profesional. La imposición de este lenguaje especializado en el discurso político sobre la medicina fácilmente lo priva de eficacia. La desprofesionalización de la medicina no implica la proscripción del lenguaje técnico, como tampoco exige la exclusión de la aptitud genuina, ni se opone al escrutinio público o a la denuncia de mal ejercicio. Pero sí implica un prejuicio contra la mistificación del público, contra la certificación mutua y la autonomiación de los que curan, contra el apoyo del público al gremio médico y sus instituciones, y contra la discriminación legal de personas que curan elegidas y nominadas por los individuos o la colectividades. Desprofesionalizar la medicina no significa negar fondos públicos para propósitos curativos, pero sí significa un prejuicio contra el desembolso de tales fondos por prescripción o bajo control de los miembros del gremio. No significa la abolición de la medicina moderna. Significa que ningún profesionalista tendrá el poder para despilfarrar en cualquier

ra de sus pacientes un paquete de recursos curativos más grande que el que cualquier otro profesionalista pudiera reclamar para el suyo. Finalmente, no significa descuidar las necesidades especiales que la gente manifiesta en momentos especiales de sus vidas: cuando nacen, se rompen una pierna, quedan inválidos o enfrentan la muerte. La proposición de que los médicos no reciban su licencia de manos de un grupo de colegas, no significa que sus servicios no serán evaluados, sino que esta evaluación puede realizarse de una manera más eficiente por clientes informados que por sus propios colegas. La denegación de financiamiento directo para los artefactos técnicos más costosos de la magia médica no significa que el Estado no protegerá a los individuos contra la explotación por los ministros de cultos médicos; sólo significa que los impuestos no se utilizarán para fundar ninguno de esos rituales. La desprofesionalización de la medicina significa desenmascarar el mito según el cual el progreso técnico exige la solución de problemas humanos por medio de la aplicación de principios científicos, el mito del beneficio obtenido por un aumento en la especialización del trabajo, y por la multiplicación de manipulaciones arcanas, y el mito de que la creciente dependencia de la gente del acceso a instituciones impersonales es mejor que la confianza mutua.⁹²

341

TÉCNICAS PARA UN ÚTERO DE PLÁSTICO

Hasta aquí he tratado acerca de cuatro categorías de crítica dirigida a la estructura institucional del complejo médico-industrial. Cada una da lugar a un tipo específico de demanda política, y todas ellas acaban por reforzar la dependencia de la gente respecto de las burocracias médicas porque conciben la asistencia a la salud como una forma de planificación y tecnificación de la terapéutica.⁹³ Indican estrategias para la intervención quirúrgica, química y conductual en las vidas de personas enfermas o amenazadas por la enfermedad. Una quinta categoría de crítica rechaza esos objetivos. Sin abandonar el concepto de la medicina como empresa ingenieril, esas críticas afirman que las estrategias médicas fracasan porque concentran demasiados esfuerzos en la enfermedad y muy pocos en cambiar el ambiente que enferma a la gente.

La mayor parte de las investigaciones sobre alternativas a la intervención clínica se orientan hacia la mecanización de programas para los sistemas profesionales del ambiente social, psicológico y físico del hombre. Los “determinantes de la salud ajenos a los servicios de salud” se ocupan en gran medida de la intervención planificada en el ambiente.⁹⁴ Los ingenieros de la terapéutica desvían el objetivo de su intervención yendo del paciente real o potencial al sistema del cual ese paciente es una parte imaginada. En vez de tratar al enfermo, replanifican el ambiente para asegurar una población más sana.⁹⁵

La asistencia médica como ingeniería higiénica ambiental, opera dentro de categorías diferentes de las del científico clínico. Se concentra en la supervivencia más que en la salud en su oposición a la enfermedad; los efectos del *stress* sobre las poblaciones y los individuos más que la acción de personas específicas; la relación entre el nicho dentro del cosmos con la especie humana con la que ha evolucionado, y no la relación entre las aspiraciones de la gente actual y su capacidad para realizarlas.⁹⁶

En general, los hombres son más el producto de su ambiente que de su dotación genética. La industrialización está distorsionando rápidamente este ambiente. Aunque hasta

ahora el hombre ha mostrado una capacidad de adaptación extraordinaria, él ha sobrevivido con niveles muy altos de colapsos subletales. Dubos⁹⁷ teme que la humanidad será capaz de adaptarse a las tensiones de la segunda revolución industrial y de la sobreproducción, como ha sobrevivido a hambrunas, pestes y guerras en el pasado. Habla con temor de esta clase de supervivencia porque la adaptabilidad, que es una ventaja para la supervivencia, también es un fuerte inconveniente: las causas más comunes de enfermedad son las demandas exigentes de adaptación. El sistema de asistencia a la salud, sin preocupación alguna por los sentimientos de la gente ni por su salud, se ha concentrado simplemente en la planificación de sistemas que reducen al mínimo los colapsos.

Dos de las consecuencias previsibles y siniestras de una desviación de la medicina orientada hacia el paciente, a la medicina orientada hacia el ambiente con la pérdida del sentido de fronteras entre las distintas categorías de desviación y una nueva legitimidad para el tratamiento total.⁹⁸ La asistencia médica, la seguridad industrial, la educación sanitaria y el reacondicionamiento psíquico son todos nombres diferentes para la tecnificación humana necesaria a fin de adaptar poblaciones sanitarias a los sistemas de ingeniería. Como el sistema de prestaciones sanitarias falla continuamente en su respuesta a las demandas que se le hacen, los estados patológicos clasificados actualmente como enfermedades podrían pronto llegar a constituir aspectos de desviación criminal y conducta social. La terapéutica conductual empleada en presidiarios en los Estados Unidos⁹⁹ y el encarcelamiento de adversarios políticos en hospitales psiquiátricos en la URSS¹⁰⁰ indican las direcciones que podría seguir la integración de las profesionales terapéuticas: una mayor confusión de fronteras entre las terapéuticas administradas con un fundamento racional médico, educativo o ideológico.¹⁰¹

Ha llegado el momento de hacer no sólo la evaluación pública de la medicina sino también de proceder al desencanto público de esos monstruos generados por el sueño de la tecnificación ambiental. Si la medicina contemporánea pretende hacer innecesario que la gente sienta o se cure, la eco-medicina promete realizar su enajenado deseo de tener un útero de plástico.

Índice

347

8. LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD

Mucho sufrimiento ha sido siempre obra del hombre mismo. La historia es un largo catálogo de esclavitud y explotación, contado habitualmente en las epopeyas de conquistadores o contado en las elegías de las víctimas. La guerra estuvo en las entrañas de este cuento, guerra y pillaje, hambre y peste que vinieron inmediatamente después. Pero no fue sino hasta los tiempos modernos que los efectos secundarios no deseables, materiales, sociales y psicológicos de las llamadas empresas pacíficas empezaron a competir en poder destructivo, con la guerra.

El hombre es el único animal cuya evolución se ha condicionado por la adaptación en más de un frente. si no sucumbió a las bestias de rapiña y las fuerzas de la naturaleza,

tuvo que luchar contra usos y abusos de otros de su especie. En esa lucha con los elementos y los vecinos, se formaron su carácter y cultura y se debilitaron sus instintos y su territorio se convirtió en *hogar*.

Los animales se adaptan mediante la evolución en respuesta a cambios de su ambiente natural. Únicamente en el hombre puede hacerse consciente el reto y su respuesta a situaciones difíciles y amenazantes adoptar la forma de acción racional y de hábito consciente. El hombre puede diseñar sus relaciones con la naturaleza y el vecino y puede sobrevivir incluso cuando su empresa ha fracasado parcialmente. Es el animal que puede resistir pacientemente pruebas y aprender entendiéndolas. Es el único ser que puede y debe resignarse a los límites cuando llega a percatarse de ellos. Una reacción consciente a sensaciones dolorosas, a lesiones y a la muerte en definitiva es parte de la capacidad de lucha del hombre. La aptitud para rebelarse y perseverar, para tener paciencia y resignación, son partes integrantes de la vida y de la salud humana.

Pero la naturaleza y el vecino son sólo dos de las tres fronteras con las que debe habérselas el hombre. Siempre se ha reconocido un tercer frente en el que puede amenazar el destino. Para mantener su viabilidad el hombre debe también sobrevivir a sus sueños que el mito ha modelado y controlado. Ahora la sociedad debe desarrollar programas para hacer frente a los deseos irracionales de sus miembros más dotados. Hasta la fecha, el mito ha cumplido la función de poner límites a la materialización de sus sueños de codicia, de envidia y de crimen. El mito ha dado seguridad al hombre común que está a salvo en esta tercera frontera si se mantiene dentro de sus límites. El mito ha garantizado el desastre para esos pocos que tratan de sobrepasar a los dioses. El hombre común pereció por dolencia o por violencia. Únicamente el rebelde contra la condición humana cae presa de Némesis, la envidia de los dioses.

348

NÉMESIS INDUSTRIALIZADA

Prometeo no era el hombre sino el héroe. Impulsado por la codicia radical (*pleonexia*), rebasó las medidas del hombre (*aitia* y *mesotes*) y con arrogancia sin límites (*hybris*) robó el fuego del cielo.¹ De ese modo atrajo inevitablemente sobre sí a Némesis. Fue encadenado y sujetado a una roca del Cáucaso. Un buitre le devoraba todo el día las entrañas y los dioses que curan, cruelmente lo curaban y mantenían vivo reinjertándole el hígado todas las noches. Némesis le imponía un tipo de dolor destinado a semidioses, no a hombres. Su sufrimiento sin esperanzas y sin fin convirtió al héroe en un recordatorio inmortal de la ineludible represalia cósmica.

La naturaleza social de Némesis ha cambiado actualmente. Con la industrialización del deseo y la mecanización de las respuestas rituales *Hybris* se ha propagado. El progreso material sin límites ha llegado a ser la meta del hombre común. *Hybris* industrial ha destruido la mítica estructura de los límites de fantasías irracionales, ha logrado que parezcan racionales las respuestas técnicas a sueños insensatos y ha convertido la búsqueda de valores destructivos en una conspiración entre proveedor y cliente. Némesis para las masas es actualmente la repercusión ineludible del progreso industrial. Némesis moderna es el monstruo material nacido del sueño industrial desmesurado. Se ha difundido a todo lo largo y lo ancho como la escolarización universal, el transporte masivo, el trabajo industrial asalariado y la medicalización de la salud del vulgo.

Tántalo era un rey a quien los dioses invitaron al Olimpo para compartir sus manjares. Se robó la ambrosía, la poción divina que daba a los dioses una vida sin fin. En castigo lo hicieron inmortal... en el Hades, y fue condenado a sufrir hambre y sed interminables. Cuando se inclina hacia el río en cuya orilla se encuentra, el agua se aparta, y cuando trata de alcanzar la fruta por encima de su cabeza, las ramas se alejan. Los etnólogos podrían decir que Némesis Médica lo programó para un comportamiento compulsivo contraintuitivo.

El anhelo de ambrosía se ha extendido en la actualidad al común de los mortales. La euforia científica y la política se han combinado para propagar la adicción. Con objeto de sostenerla se ha organizado un sacerdocio de Tántalo que ofrece mejorías médicas ilimitadas a la salud humana. Los miembros de este gremio se hacen pasar como discípulos de Esculapio el que curaba, cuando en realidad son mercachifles de ambrosía. El resultado de depender de ambrosía es la Némesis Médica.

Némesis Médica es más que todas las yatrogénesis clínicas juntas, más que la suma de mal ejercicio y encallecimiento profesionales, negligencia, mala distribución política, incapacidades médicamente decretadas y todas las consecuencias de ensayos y errores médicos. Es la expropiación de la capacidad del hombre para afrontar la adversidad por un servicio de mantenimiento que lo conserva equipado a las órdenes del sistema industrial.

Los mitos heredados han dejado de proporcionar límites para la acción. La especie sólo podrá sobrevivir a la pérdida de sus mitos tradicionales si aprende a afrontar racional y políticamente sus sueños envidiosos, codiciosos y perezosos. El mito solo ya no puede hacer este trabajo. Límites al crecimiento industrial, establecidos políticamente, habrán de ocupar el lugar de linderos mitológicos. La exploración y el reconocimiento políticos de las condiciones materiales necesarias para la sobrevivencia, la equidad y la eficacia tendrán que fijar los límites al modo industrial de producción.

Némesis ha llegado a ser estructural y endémica. Las calamidades provocadas cada vez más por el hombre son subproductos de empresas que se suponía habrían de proteger al común de la gente en su lucha contra la inclemencia del medio y contra la desenfrenada injusticia descargada por la élite. La causa principal de dolor, invalidez y muerte ha llegado a ser el tormento planificado y mecanizado, si bien no intencional. Nuestras dolencias, desamparos e injusticias más comunes son principalmente efectos secundarios de estrategias para tener más y mejor educación, vivienda, alimentación y salud.

Una sociedad que valora la enseñanza planificada por encima del aprendizaje autónomo no puede sino enseñar al hombre a sujetarse a su lugar mecanizado. Una sociedad que para la locomoción depende en proporción abrumadora del transporte manipulado no puede sino hacer lo mismo. Más allá de cierto nivel, la energía empleada en el transporte inmoviliza y esclaviza a la mayoría de innumerables pasajeros anónimos y proporciona ventajas únicamente a la élite. No hay combustible nuevo, ni tecnología o controles públicos que puedan impedir que la movilización y la aceleración crecientes de la sociedad produzcan cada vez más molestias, parálisis programada y desigualdad. Lo mismo ocurre en la agricultura. Pasado un cierto nivel de inversión de capital en el cultivo y elaboración de alimentos, inevitablemente la malnutrición se difunde. El progreso de la Revolución Verde tiene entonces que destrozar los hígados de los consumidores más eficazmente que el buitres de Zeus. Ninguna ingeniería biológica puede impedir la desnutrición ni la intoxicación alimentaria pasado ese punto. Lo que está ocurriendo en el Sahel

subsahariano es sólo un ensayo general de la invasora hambre mundial. No es sino la aplicación de una ley general. Cuando el modo industrial produce más de una cierta proporción de valor, se paralizan las actividades de subsistencia, disminuye la equidad y se reduce la satisfacción total. No será la hambruna esporádica que antiguamente llegaba con sequías y guerras, ni la escasez ocasional de alimentos que podía remediarse mediante buena voluntad y envíos de emergencia. El hambre que viene es un subproducto de la inevitable concentración de agricultura industrializada en países ricos y en las regiones fértiles de los pobres. Paradójicamente, el intento de contrarrestar el hambre con nuevos incrementos de agricultura industrialmente eficiente sólo amplía el alcance de la catástrofe por restringir la utilización de tierras marginales. El hambre seguirá aumentando hasta que la tendencia hacia la producción con empleo intensivo de capital por los pobres para los ricos haya sido sustituida por una nueva clase de autonomía rural, regional, fundada en el trabajo intensivo. Más allá de un cierto nivel de *hybris* industrial Némesis *debe* aparecer, porque el progreso, como la escoba del aprendiz de brujo no puede ser detenido.

Los defensores del progreso industrial o están ciegos o corrompidos si pretenden que pueden calcular el precio del progreso. Los perjuicios de Némesis no pueden compensarse, calcularse ni liquidarse. El pago inicial para el desarrollo industrial podría parecer razonable, pero las cuotas a interés compuesto por la producción en expansión reditúan actualmente un sufrimiento que excede cualquier idea de medida o precio. Cuando a los miembros de una sociedad se les pide con regularidad que paguen un precio aún más alto para las necesidades definidas industrialmente -a pesar de la evidencia que están comprando más sufrimiento con cada unidad *homo economicus*, impulsado por el deseo de obtener beneficios marginales, se convierte en *homo religiosus* sacrificándose en aras de la ideología industrial. En este momento, la conducta social comienza a ser paralela a la del toxicómano. Las expectativas se vuelven irracionales y alucinantes. La porción autoinfligida de sufrimiento supera los daños producidos por la naturaleza, y todos los perjuicios infligidos por el vecino. *Hybris* motiva una conducta de masas autodestructiva. Némesis clásica fue el castigo por el abuso temerario de privilegios. Némesis industrial es la retribución por la participación concienzuda en la persecución técnica de los sueños sin el freno de la mitología tradicional ni de una automoderación racional. La guerra y el hambre, la peste y las catástrofes naturales, la tortura y la locura continuaban siendo compañeros del hombre, pero ahora están modelados en una nueva *Gestalt* por Némesis que los sobrepasa. Cuanto mayor es el progreso económico de cualquier colectividad, mayor es la parte que desempeña Némesis industrial en dolor, impedimentos, discriminación y muerte. Cuanto más intensa es la seguridad que se deposita en técnicas productoras de dependencia, mayor es el índice de despilfarro, degradación y patogénesis que deben atacarse incluso con otras técnicas, y mayor es la fuerza activa empleada en la eliminación de basuras, el manejo de desechos y el tratamiento de personas a quienes el progreso ha hecho superfluas.

Ante el desastre inminente las reacciones adoptan todavía la forma de mejores planes de estudios, más servicios de mantenimiento de la salud o más eficientes y menos contaminantes transformadores de energía. Todavía se busca la respuesta a Némesis en una mejor ingeniería de los sistemas industriales. Se reconoce el síndrome correspondiente a Némesis, pero todavía se busca su etiología en una mala ingeniería combinada con una administración en beneficio propio, ya sea el control de Wall Street o de El Par-

tido. Aún no se reconoce que Némesis es la materialización de una respuesta social a una ideología profundamente equivocada. Aún no se comprende que Némesis es la ilusión delirante nutrida por la estructura ritual, no técnica, de nuestras principales instituciones industriales. Así como los contemporáneos de Galileo se negaban a mirar a través del telescopio las lunas de Júpiter porque temían que su visión geocéntrica del mundo se conmoviera, así nuestros contemporáneos se niegan a afrontar Némesis porque se sienten incapaces de poner el modo autónomo de producción en lugar del modo industrial en el centro de sus estructura sociopolíticas.

355

DEL MITO HEREDADO AL PROCEDIMIENTO RESPETUOSO

Los pueblos primitivos siempre han reconocido el poder de una dimensión simbólica; la gente se veía amenazada por lo tremendo, lo aterrador, lo sobrenatural. Esta dimensión no sólo fijaba linderos al poder del rey y del mago, sino también al del artesano y el técnico. En efecto, Malinowsky sostiene que solamente la sociedad industrial ha permitido el uso de las herramientas disponibles hasta su máxima eficiencia; en todas las otras sociedades, el reconocimiento de límites sagrados al uso de la espada y del arado era una base necesaria de la ética. Ahora, después de varias generaciones de tecnologías licenciosas, el carácter finito de la naturaleza vuelve a introducirse en nuestra conciencia. Los límites del universo están sujetos a exploraciones operacionales. Pero en este momento de crisis sería una locura fundar los límites de las acciones humanas en alguna ideología ecológica sustantiva que modernizara la mística de lo sagrado de la naturaleza. La tecnificación de una eco-religión sería una caricatura de la *hybris* tradicional. Sólo un acuerdo amplio sobre los procedimientos a través de los cuales puede garantizarse equitativamente la autonomía del hombre postindustrial llevará al reconocimiento de los límites necesarios a la acción humana.

Común a todas las éticas fue la premisa de que el acto humano se practica dentro de la condición humana. Como los diversos sistemas éticos consideraban, tácita o explícitamente, que esta condición humana estaba más o menos dada, una vez y para siempre, quedaba estrechamente circunscrito el ámbito de la acción humana.

En cambio, en nuestra época industrializada no sólo es nuevo el objeto sino también la mera naturaleza de la acción humana.² En lugar de enfrentarnos con dioses afrontamos las fuerzas ciegas de la naturaleza y en lugar de enfrentar los límites dinámicos de un universo que ahora hemos llegado a conocer, actuamos como si esos límites no se tradujeran en umbrales críticos para la acción humana. Tradicionalmente el imperativo categórico podía circunscribir y validar una acción como verdaderamente humana; imponiendo directamente límites a las acciones de uno, exigía respeto para igual libertad de los demás. La pérdida de una "condición humana" normativa no sólo introduce una innovación en el acto humano, sino también una innovación en la actitud humana hacia la estructura en que actúa una persona. Si esta acción ha de continuar siendo humana después de haber privado a la estructura de su carácter sagrado, necesita una base ética reconocida dentro de un nuevo tipo de imperativo. Este imperativo sólo puede resumirse de la manera siguiente: "actúa de manera que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de la vida humana genuina"; muy concretamente aplicado esto podría significar: "no eleves los niveles de radiación a menos que sepas que esta

acción no tendrá efectos sobre tu nieto”. Obviamente, un imperativo de esa índole no puede formularse mientras se considere la “vida humana genuina” como un concepto infinitivamente elástico.

¿Es posible, sin restaurar la categoría de lo sagrado, alcanzar la ética que por sí sola permitiese a la humanidad aceptar la disciplina rigurosa de este nuevo imperativo? Si no es posible, podrían ser creadas racionalizaciones para cualquier atrocidad: “¿por qué no ha de elevarse la radiación ambiente? ¡Nuestros nietos se acostumbrarán a ella!” En algunos casos, el temor podría ayudar a conservar un mínimo de cordura, pero únicamente cuando las consecuencias fuesen bastante inminentes. Algunos reactores nucleares quizás ni lleguen a ponerse en operación por temor de que puedan servir a la Mafia para sus extorsiones al año siguiente o producir cáncer antes de que muera el operador, pero sólo el temor de lo sagrado, con su veto omnímodo, ha sido hasta ahora independiente de las computaciones del autointerés mundano y del solaz de la incertidumbre acerca de las consecuencias remotas. Ese temor podría ahora volver a evocarse como imperativo que dice que la vida humana genuina merece respeto lo mismo ahora que en lo futuro. Sin embargo, este recurso a lo sagrado ha sido bloqueado en nuestra crisis actual. El recurso de la fe podría proporcionar un escape a los que creen, pero no puede fundar un imperativo ético por que la fe existe o no existe; y si está ausente, el fiel no puede culpar al infiel. La historia reciente ha demostrado que los tabús de las culturas tradicionales están fuera de lugar para combatir una extensión excesiva de la producción industrial. Los tabús estaban vinculados a los valores de una sociedad particular y de su modo de producción, y precisamente son aquellos los que se han perdido irrevocablemente en el proceso de la industrialización.

No es necesario, probablemente no sea factible y ciertamente no es deseable fundar la limitación de las sociedades industriales en un sistema compartido de creencias sustantivas encaminadas al bien común y reforzadas por el poder de la policía. Es posible encontrar la base necesaria para la acción humana ética sin depender del reconocimiento compartido de algún dogmatismo ecológico actualmente en boga. Esta alternativa a una nueva religión o ideología ecológica se funda en un acuerdo acerca de valores básicos y en reglas de procedimiento.

Puede demostrarse que, pasado un cierto punto en la expansión de la producción industrial en cualquier campo importante de valor, las utilidades marginales dejan de ser distribuidas equitativamente y que, simultáneamente, comienza a declinar la eficacia general. Si el modo industrial de producción se expande más allá de una cierta etapa y continúa chocando contra el modo autónomo, aparecen cada vez más sufrimientos personales y disolución social. Mientras tanto, es decir, entre el punto de sinergia óptima situado entre la producción industrial y la autónoma y el punto de máxima hegemonía industrial tolerable, se hacen necesarios los procedimientos se ejecutan en un espíritu de autointerés ilustrado y un deseo de supervivencia, y con la distribución equitativa de productos sociales y el acceso equitativo al control social, el resultado tiene que ser un reconocimiento de la capacidad de sostén del ambiente y del óptimo complemento industrial para la acción autónoma que se necesita a fin de alcanzar realmente metas personales. Los procedimientos políticos orientados hacia el valor de supervivencia en equidad distributiva y participatoria son la única respuesta racional a la creciente manipulación total en nombre de la ecología.

La recuperación de la autonomía personal será así el resultado de la acción política que

refuerce un despertar ético. La gente querrá limitar el transporte porque deseará moverse eficiente, libre y equitativamente; limitará la educación porque deseará compartir igualmente la oportunidad, el tiempo y el interés por aprender *en* el mundo más que *acerca* del mundo; la gente limitará los tratamientos médicos porque deseará conservar su oportunidad y su poder para sanar. Reconocerá que únicamente la limitación disciplinada del poder puede proporcionar satisfacciones equitativamente compartidas.

La recuperación de la acción autónoma dependerá no de nuevas metas específicas que comparta la gente, sino de la utilización de procedimientos jurídicos y políticos que permitan a individuos y grupos resolver conflictos originales por su persecución de objetivos diferentes. La mejor movilidad no dependerá de algún nuevo tipo de sistema de transportes sino de condiciones que hagan más valiosa la movilidad personal bajo el control personal. Mejores oportunidades de aprender no dependerán de más información mejor distribuida acerca del mundo, sino de la limitación de la producción fundada en la aplicación intensiva de capital en bien de interesantes condiciones de trabajo. Una mejor asistencia a la salud no dependerá de alguna nueva norma terapéutica sino del grado de buena voluntad y competencia para dedicarse a la autoasistencia. La recuperación de este poder depende del reconocimiento de nuestras actuales ilusiones.

360

EL DERECHO A LA SALUD

Daños crecientes e irreparables, acompañan la expansión industrial en todos los sectores. En la medicina esos daños aparecen en forma de yatrogénesis. La yatrogénesis es clínica cuando a causa de la asistencia médica se producen dolor, enfermedad y muerte; es social cuando las políticas de salud refuerzan una organización industrial que genera salud enferma; es cultural y simbólica cuando apoyadas médicamente la conducta y las ilusiones restringen la autonomía vital del pueblo minando su competencia para crecer, atenderse uno a otro y envejecer, o cuando la intervención médica incapacita reacciones personales al dolor, la invalidez, el impedimento, la angustia y la muerte.

La mayoría de los remedios actualmente propuestos por los ingenieros y economistas sociales para reducir la yatrogénesis comprenden un nuevo incremento de los controles médicos. Esos llamados remedios general males yatrogénicos de segundo orden en cada uno de los tres niveles críticos y hacen que la yatrogénesis clínica, social y cultural se refuerce a sí misma.

Los efectos yatrogénicos más profundos de la tecnoestructura médica son resultado de esas funciones no técnicas, que sostienen la creciente institucionalización de valores. Las consecuencias técnicas y las no técnicas de la medicina institucional se unen y generan una nueva clase de sufrimiento: la supervivencia anestesiada, impotente y solitaria en un mundo convertido en pabellón de hospital. Némesis Médica es la experiencia de personas que están privadas en gran proporción de toda capacidad autónoma de hacer frente a la naturaleza, al vecino y a los sueños, y que se mantienen técnicamente dentro de sistemas ambientales, sociales y simbólicos. No puede medirse Némesis Médica, pero puede compartirse su experiencia. La intensidad con que se experimente dependerá de la independencia, la vitalidad y la capacidad de relación de cada individuo.

La percepción de Némesis conduce a una opción. O bien se estiman, reconocen y tra-

ducen las fronteras naturales del esfuerzo humano en límites determinados políticamente, o bien se acepta la alternativa a la extinción como supervivencia obligatoria en un infierno planificado y mecanizado. Hasta hace poco tiempo la opción entre la política de la pobreza voluntaria y el infierno del ingeniero de sistemas no era congruente con el lenguaje de hombres de ciencia ni de políticos. Nuestra creciente experiencia con Némesis Médica reviste a la alternativa de nuevo sentido: la sociedad debe elegir los mismos límites rígidos en el tipo de bienes producidos dentro de los cuales todos sus miembros encuentran una garantía de igual libertad o la sociedad tendrá que aceptar controles jerárquicos sin precedentes³ para proveer a cada miembro, lo que las burocracias del Bienestar diagnostican como sus necesidades.

En varias naciones el público está actualmente listo para revisar su sistema de asistencia a la salud. Hay un grave peligro de que el próximo debate reforzará la actual medicalización frustradora de la vida. Todavía podría salvarse el debate si se concentrara la atención en Némesis Médica, si la recuperación de la responsabilidad personal por la asistencia a la salud se constituyera en el problema central y si se hiciera de las limitaciones a los monopolios profesionales el objetivo esencial de la legislación. En lugar de limitar los recursos de los médicos y de las instituciones que los emplean, esa legislación debería establecer impuestos a la tecnología médica y a la actividad profesional hasta que los medios que pueden manejar los legos estén realmente a la disposición de todo el que quiera tener acceso a ellos. En lugar de multiplicar los especialistas que pueden asignar cualquiera de los diversos papeles de enfermo a personas que se ponen mal por su trabajo y su vida, la nueva legislación garantizaría el derecho de la gente a desertar y organizarse en una forma menos destructiva de vida, en la que tendría más control sobre su ambiente. En lugar de restringir el acceso a drogas, a medicamento y procedimientos adictivos, peligrosos o inútiles, esa legislación trasladaría todo el peso de su uso responsable al hombre enfermo y a sus parientes inmediatos. En lugar de someter la integridad física y mental de los ciudadanos a más y más custodios, esa legislación reconocería el derecho de cada hombre a definir su propia salud, sujeto sólo a limitaciones impuestas por el respeto a los derechos de su vecino. En lugar de robustecer el poder de certificación de colegas especializados y organismos gubernamentales, la nueva legislación permitiría la elección popular para dar derecho a médicos elegidos a empleos sanitarios sostenidos por impuestos. En lugar de someter su actuación a organizaciones de revisión profesional, la nueva legislación haría que los evaluara la colectividad a la que sirven.

364

LA SALUD (HIGIEIA) COMO VIRTUD

La salud designa un proceso de adaptación. No es el resultado del instinto sino de una reacción autónoma moldeada culturalmente ante la realidad creada socialmente. Designa la capacidad de adaptarse a ambientes cambiantes, de crecer, madurar y envejecer, de curarse cuando está uno lesionado, sufrir y esperar pacíficamente la muerte. La salud abarca también lo futuro y por tanto comprende la angustia y los recursos internos para vivir con ella.

La salud designa un proceso mediante el cual cada uno es responsable, pero sólo en parte responsable ante los demás. Ser responsable de lo que ha hecho y es responsa-

ble ante otra persona o grupo. Únicamente cuando se considera subjetivamente responsable ante otra persona, las consecuencias de su fracaso no serán la represión, la crítica, la censura o el castigo, sino la pena, el remordimiento y el verdadero arrepentimiento.⁴ Los estados consiguientes de pesar y angustia son marcas de recuperación y curación, y fenomenológicamente son algo por completo diferente de sentimientos de culpa. La salud es una tarea y como tal no puede compararse con el equilibrio fisiológico de las bestias. En esta tarea personal el éxito es en gran parte resultado del conocimiento de uno mismo, la autodisciplina y los recursos internos mediante los cuales cada persona regula su propio ritmo cotidiano, sus acciones, su régimen de alimentación y sus actividades sexuales. El conocimiento de ocupaciones deseables, la actuación competente, el empeño en aumentar la salud de los demás, todo ello aprendido mediante el ejemplo de iguales o de mayores. Esas actividades personales se moldean y se condicionan por la cultura en que crece el individuo: modelos de trabajo y ocio, de celebraciones y sueño, de producción y preparación de alimentos y bebidas, de relaciones familiares y de política. La existencia de patrones de salud probados por el tiempo, que corresponden a una zona geográfica y a una situación técnica, dependen en gran medida de una prolongada autonomía política. Dependen de la disminución de responsabilidad respecto de hábitos saludables y del ambiente sociobiológico. Es decir, dependen de la estabilidad dinámica de una cultura.

El nivel de salud pública corresponde al grado en que se distribuyen entre la población total los medios y la responsabilidad para enfrentarse a la enfermedad. Esa capacidad de enfrentamiento puede aumentarse pero nunca ser reemplazada por la intervención médica ni por las características higiénicas del ambiente. La sociedad que pueda reducir al mínimo la intervención profesional proporcionará las mejores condiciones para la salud. Cuanto mayor sea el potencial de adaptación autónoma a uno mismo, a los demás y al ambiente, menos se necesitará ni se tolerará el manejo de la adaptación.

Un mundo de salud óptima y generalizada es obviamente un mundo de intervención médica mínima y sólo excepcional. La gente sana es la que vive en hogares sanos a base de un régimen alimenticio sano; en un ambiente igualmente adecuado para nacer, crecer, trabajar, curarse y morir: sostenida por una cultura que aumenta la aceptación consciente de límites a la población, del envejecimiento, del restablecimiento incompleto y de la muerte siempre inminente. La gente sana necesita intervenciones burocráticas mínimas para amarse, dar a luz, compartir la condición humana y morir.

La fragilidad, la individualidad y la capacidad de relación conscientemente vividas por el hombre hacen de la experiencia del dolor, la enfermedad y la muerte una parte integrante de su vida. La capacidad para enfrentarse autónomamente con esta tríada es fundamental para su salud. Cuando el hombre se hace dependiente del manejo de su intimidad, él renuncia a su autonomía y su salud *tiene que* decaer. El verdadero milagro de la medicina moderna es diabólico. Consiste no sólo en hacer que individuos sino poblaciones enteras sobrevivan en niveles inhumanamente bajos de salud personal. Némesis Médica es la retroalimentación de una organización social que se impuso mejorar e igualar la oportunidad de cada hombre de enfrentar su ambiente con autonomía y terminó destruyéndola.

Índice

367
APÉNDICE**LA NECESIDAD DE UN TECHO COMÚN**

[EL CONTROL SOCIAL DE LA TECNOLOGÍA]

*por Valentina Borremans e Iván Illich,**Cuernavaca, septiembre de 1971.*

El control social de los sistemas de producción es la base de toda restructuración social: la nueva fase en la cual ya entró la tecnología permite y exige una nueva determinación de ese control.

1) La propiedad social de los medios de producción; 2) El control social de los mecanismos de distribución y 3) El acuerdo comunitario sobre la autolimitación de algunas dimensiones tecnológicas, pero sólo en su conjunto, constituyen la base para el control social de la producción de una sociedad.

En las primeras etapas de la industrialización, los dos primeros aspectos parecían tan importantes que no permitieron que se desarrollara suficientemente el pensamiento sobre el tercero.

En nuestra opinión lo que hoy es necesario es el control político de las características tecnológicas de los productos industriales y de la intensidad de los servicios profesionales.

Esta nueva política consiste en la búsqueda de un acuerdo comunitario sobre el perfil tecnológico del techo común bajo el cual todos los miembros de una sociedad quieren vivir. Más bien que la construcción de una plataforma de lanzamiento, desde la cual solamente algunos miembros de esa sociedad son enviados hacia las estrellas.

Esta nueva política es de una autolimitación voluntaria y comunitaria, la búsqueda de máximos en la productividad institucional y en los consumos de servicio y de mercancías, de acuerdo a las necesidades que se consideran, dentro de esa comunidad, satisfactorias para cada individuo.

El control social del modo de producción adquiere una significación más amplia en la presente época de desarrollo tecnológico. En las primeras etapas de la industrialización, la atención, con razón, tuvo que concentrarse sobre la propiedad de los medios de producción y sobre la distribución equitativa de los productos.

En la etapa por la que atravesamos desde los años 60, la definición social de un máximo, en relación a ciertas características básicas de los productos de una sociedad, debería ser la meta política más importante.

Las élites económicas de las sociedades latinoamericanas ya incorporaron, en su visión del mundo, lo que llamaremos el "imperativo tecnológico". Llamamos "imperativo tecnológico" a la idea de que si alguna hazaña técnica es posible en cualquier parte del mundo, hay que realizarla y ponerla al servicio de algunos hombres, sin importar en lo absoluto, el precio que los demás miembros de esa sociedad hayan de pagar por ello.

Las sociedades capitalistas justifican la planificación bajo el signo del “imperativo tecnológico” por la evidente demanda de unos cuantos consumidores que necesitan moverse a velocidades supersónicas. Las sociedades socialistas justifican esta misma planificación por el supuesto servicio que deriva a la comunidad total de la posibilidad de que unos cuantos puedan moverse a tal velocidad.

En cualquier sociedad en la que se acepte el “imperativo tecnológico”, éste se pone al servicio del progreso indefinido en calidad o en cantidad de los productos y de los servicios, destruyendo con esto la base para lograr la construcción del socialismo.

Esto lleva inevitablemente, al control de la sociedad por medio de “tecnócratas expertos” (profesionales, especialistas, científicos, etc.) sin importar el que éstos hayan sido elegidos para el servicio del poder por un partido político o por un grupo de capitalistas.

Consideramos que el Kripto-estalinismo reside precisamente en esto: en adjudicarse el control social de los medios de producción, para justificar un control central de los productos, en servicio del aumento ilimitado de la producción.

Creemos que en este momento existen condiciones para movilizar las mayorías de algunos pueblos de América Latina y de África, para que rechacen conscientemente la dominación de los tecnócratas, consecuencia inevitable de la aceptación popular del “imperativo tecnológico”. Una vez que un pueblo haya aceptado que vale la pena (no importa en qué medida) enviar a un hombre a la luna o mantener a algunos individuos en vida durante más de 100 años, o hacer viajes a velocidades supersónicas, fácilmente acepta cualquier otra forma de explotación, por el hecho de que el ídolo en cuyo nombre se hace la explotación ha sido creado por un científico.

El rechazo del “imperativo tecnológico” es la base para iniciar la búsqueda de las dimensiones tecnológicas que habría que someter al juicio popular para que la mayoría determine bajo qué límites máximos quiere vivir.

Por ejemplo:

¿Cuál es la velocidad máxima para el transporte de las personas, que permita el uso óptimo de los recursos públicos, para garantizar una movilidad óptima a la gran mayoría?

¿Qué amplitud máxima del espectro electrónico, utilizado para la comunicación entre personas, garantizaría el nivel óptimo de comunicación entre las mayorías?

¿Hasta qué punto se permite el uso de los recursos públicos en la prolongación de la vida de un adulto, cuando tales gastos resultan discriminadores en contra de la gran mayoría que requiere de servicios de previsión y mantenimiento de su salud o de asistencia en momentos de crisis aguda?

¿A qué métodos pedagógicos posibles hay que renunciar en favor de un acceso de las mayorías a los medios de auto-formación o autoconocimiento?

La idea de que un pueblo decida democráticamente las dimensiones tecnológicas dentro de las que voluntariamente se limitaría a vivir, dentro de un cierto ámbito, y no sólo provisionalmente, sino a largo plazo, es profundamente contraria al modo de pensar que hoy prevalece.

Es improbable que la iniciativa para plantear este problema sea tomada en los países europeos occidentales u orientales que se encuentran a medio camino de la industrialización.

En los países supercapitalistas la contaminación ambiental que hace que la tierra sea incapaz de sostener la vida humana y la superdeterminación del individuo que lo hace

impotente para sobrevivir fuera de un ambiente artificial, ya llevan a la conciencia de una pequeña minoría la necesidad de pensar en la urgencia de limitar la producción. Creemos que el liderato de un movimiento mundial hacia una nueva política popular, en la que el pueblo ante todo decida los límites máximos en que esa sociedad deba vivir, y después los haga asequibles a todos, debe venir de algunos países de América Latina, de África y posiblemente de China.

Índice

NOTAS A LA EDICION POR SECCIONES.

INTRODUCCIÓN

Notas

- 1 *La convivencialidad*, Barcelona, Barral Editores, 1974. México, Ed. Posada, 1978.
- 2 *La sociedad desescolarizada*, Barcelona, Barral Editores, 1974. México, Ed. Posada, 1978.
- 3 *Energy and Equity, Energía y equidad*, Barcelona, Barral Editores, 1974. México, Ed. Posada, 1978.

PARTE I: YATROGÉNESIS CLÍNICA

Notas

- 1 Erwin H. Ackerknecht, *History and Geography of the Most Important Diseases*, Nueva York, Hafner, 1965.
- 2 Odin W. Anderson y Monroe Lerner, *Measuring Health Levels in the United States, 1900-1958*, Health Information Foundation Research Series no. 11, Nueva York, Foundation, 1960. Marc Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*, Ottawa: Gobierno del Canadá, abril 1974. Este valeroso informe bilingüe franco-inglés presentado por el Secretario Federal de Salud de Canadá contiene una sección central policromada que muestra en una serie de gráficos los cambios registrados en la mortalidad en el Canadá.
- 3 René Dubos, *The Mirage of Health: Utopian Progress and Biological Change*. Nueva York, Anchor Books, 1959 [*El espejismo de la salud: Utopía, pro-*

greso y cambio social, México, CFE, 1975], fue el primero en exponer de manera notable la ilusión de producir "mejor salud" como una enfermedad peligrosa e infecciosa fomentada por los médicos. Thomas McKeown y Gordon McLachlan, comps., *Medical History and Medical Care: A Symposium of Perspectives*, Nueva York, Oxford University Press, 1971, presentan una introducción a la sociología del pseudoprogreso médico. John Powles, "On the Limitations of Modern Medicine", en *Science, Medicine and Man*, Londres, Pergamon, 1973, Vol. 1, pp. 1-30, da una selección crítica de la literatura reciente, en inglés, sobre el tema. Con respecto a la situación en Estados Unidos consultar Rick Carlson, *The End of Medicine*, Nueva York, Wiley Interscience, 1975, su ensayo es "un sumario de base empírica y naturaleza teórica". Para denunciar la medicina norteamericana él escogió variables respecto de las cuales tenía pruebas completas cuya naturaleza era tal que le permitía manejarlas. Jean-Claude Polack, *La médecine du capital*, París, Maspero, 1970: una crítica de las tendencias políticas que buscan otorgar a la tecnología médica una influencia efectiva sobre la salud a través de la "democratización de los productos médicos de consumo". El autor descubre que estos mismos productos son modelados por una estructura burguesa de clases, represiva y alienante. Para usar la medicina para la liberación política será necesario "hallar en la enfermedad, aun contra el orden social existente".

4 Daniel Greenberg, "The 'War on Cancer': Official Fiction and Harsh Facts", *Science and Government Report*, vol. 4, 1o. de diciembre de 1974. Este informe bien documentado dirigido al lego sustenta que las proclamas de la Sociedad Americana del Cáncer con respecto a que el cáncer es curable y que se han logrado progreso "recuerdan el optimismo sobre Vietnam antes del diluvio".

5 *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*, 25a ed., Filadelfia, Saunders, 1974: "Yatrogénico (*iatro* -Gr. médico, *gennan* -Gr. producir). Resultante de la actividad de los médicos. Originalmente aplicado a desórdenes inducidos en el paciente por autosugestión basada en el examen, la actitud o las explicaciones del médico, el término se aplica ahora a cualquier condición adversa presentada en el paciente como resultado del tratamiento por parte de un médico o cirujano".

6 Heinrich Schipperges, *Utopien der Medizin: Geschichte und Kritik der ärztlichen Ideologie des 19. Jh.*, Salzburgo, Müller, 1966. Una útil guía a la literatura histórica es Richard M. Burke, *A Historical Chronology of Tuberculosis*, 2a ed., Springfield, Ill., Thomas, 1955.

7 Para una análisis de los agentes y de las características que determinan la propagación epidémica de la actual información errónea de toda una comunidad científica, ver Derek J. de Solla Price, *Little Science, Big Science*, Nueva York, Columbia University Press, 1963.

8 Sobre la naturaleza clerical de la práctica médica, ver "Cléricalisme de la

fonction médicale? Médecine et politique. Le 'Sacerdote' médical. La relation thérapeutique. Psychanalyse et christianisme", *Le Semeur*, supl. 2 (1966-67).

9 J.N. Weisfert, "Das Problem des Schwindsuchtskranken in Drama und Roman", *Deutscher Journalistenspiegel* 3 (1927), pp. 579-82. Una guía a la tuberculosis como tema literario en el drama y la novela del siglo XIX. E. Ebs-stein, "Die Lungenschwindsucht in der Weltliteratur", *Zeitschrift für Bücherfreunde* 5 (1913).

10 René y Jean Dubos, *The White Plague: Tuberculosis. Man and Society*, Boston, Little, Brown, 1953. Sobre los aspectos sociales, literarios y científicos de la tuberculosis en el siglo XIX: un análisis de su incidencia.

11 Charles E. Rosenberg, *The Cholera Years: The United States in 1832, 1849, and 1866*, Chicago, University of Chicago Press, 1962. La epidemia neoyorquina de 1832 fue un dilema moral del que se buscó liberación a través del ayuno y la oración. Al llegar la epidemia de 1866, la cultura que produjo los arrabales de Nueva York había producido también el cloruro de cal.

12 W.J. van Zijl, "Studies on Diarrheal Disease in Seven Countries", *Bulletin of the World Health Organization* 35 (1966), pp. 249-61. La disminución de las enfermedades diarreicas se produce gracias a un mejor servicio de aguas y al saneamiento, nunca como resultado de la intervención curativa.

13 R.R. Porter, *The Contribution of the Biological and Medical Sciences to Human Welfare*, Presidential Address to the British Association for the Advancement of Science, Swansea Meeting, 1971, Londres, The Association, 1972, p. 95.

14 N.S. Scrimshaw, C.E. Taylor y John E. Gordon, *Interactions of Nutrition and Infection*, Ginebra, World Health Organization, 1968.

15 John Cassel, "Physical Illness in Response to Stress", Antología A7, mimeografiada, Cuernavaca, CIDOC (Centro Intercultural de Documentación), 1971.

16 Uno de los primeros planteamientos que con mayor claridad mostraron la importancia suprema del ambiente es J.P. Frank, *Akademische Rede vom Volkseind als der Mutter der Krankheiten*, Pavia, 1790; reimpresión, Leipzig, Barth, 1960. Thomas McKeown y R.G. Record, "Reasons for the Decline in Mortality in England and Wales During the Nineteenth Century", *Population Studies* 16 (1962), pp. 94-122. Edwin Chadwick, *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain, 1842, com.* M.W. Flinn, Chicago: Aldine, 1965, concluyó hace siglo y medio que "las medidas primarias y más importantes, y a la vez las más prácticas, dentro de la providencia reconocida de la administración pública, con el drenaje, la eliminación de toda basura de las habitaciones, calles y caminos, y el mejoramiento de los servi-

cios de agua". Max von Petterkofer, *The Value of Health to a City: Two Lectures Delivered in 1873*, trad. Henry E. Sigerist, Baltimore, Johns Hopkins, 1941, calculó hace un siglo el costo de la salud a la ciudad de Munich en términos de pérdidas por sueldos medios y de costos médicos creados. Argumentaba que los servicios públicos, especialmente mejores sistemas de drenaje y agua potable, bajarían la tasa de mortalidad, la morbilidad y el ausentismo, y que esto pagaría su mismo costo. La investigación epidemiológica ha confirmado por entero estas convicciones humanistas: Delpit-Morando, Radenac y Vilain, *Disparités régionales en matière de santé*, Bulletin de Statistique du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale No. 3, 1973; Warren Winkelstein, Jr, "Epidemiological Considerations Underlying the Allocation of Health and Disease Care Resources", *International Journal of Epidemiology* 1, no. 1 (1972), pp. 69-74; F. Fagnani, *Santé, consommation médicale et environnement: Problèmes et méthodes*, París, Mouton, 1973.

17 N.D. McGlashan, comp., *Medical Geography: Techniques and field Studies*, Nueva York, Barnes and Noble, 1973. Jacques May y Donna McLelland, comps., *Studies in Medical Geography*, 10 vols., Nueva York, Hafner, 1961-71. Daniel Noin, *La géographie démographique de la France*, París, PUF, 1973. J. Vallin, *La mortalité en France par tranches depuis 1899*, París, PUF, 1973. L.D. Stamp, *The Geography of Life and Death*, Ithaca, NY, Cornell University Press, 1965. E. Rodenwaldt et al., *Weltseuchenatlas*, Hamburgo, 1956. John Melton Hunter, *The Geography of Health and Disease*, Studies in Geography no. 6, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1974.

18 Erwin H. Ackerknecht, *Therapeutics: From the Primitives to the Twentieth Century*, Nueva York, Hafner, 1973. Una visión panorámica, J.F.D. Shrewsbury, *A History of the Bubonic Plague in the British Isles*, Cambridge, Cambridge University Press, 1970. Un notable ejemplo de historia escrito por un bacteriólogo y epidemiólogo.

19 Para una introducción a esta literatura, ver Steven Polgar, "Health and Human Behaviour: Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences", *Current Anthropology* 3 (abril 1962), pp. 159-205. Polgar da una evaluación crítica de cada título y las relaciones a su evaluación por un amplio número de colegas. Ver también Steven Polgar, "Health", en *International Encyclopedia of The Social Sciences* (1968), vol. 6, pp. 330-6; Eliot Freidson, "The Sociology of Medicine: a Trend Report and Bibliography", *Current Sociology*, 1961-62, nos. 10-11, pp. 123-92.

20 Paul Slack, "Disease and the Social Historian", *Times Literary Supplement*, 8 de marzo de 1974, pp. 233-4. Un artículo de reseña crítica. Catherine Rollet y Agnès Souriac, "Epidémies et mentalités: Le Chólera de 1832 en Seine-et-Oise", *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, 1974, no. 4, pp. 935-65.

21 Alan Berg, *The Nutrition Factor: Its Role in National Development*, Washington, D.C., Brookings Institutions, 1973. Hans J. Teuteberg y Günter Wie-

gelmann, *Der Wandel der Nahrungsgewohnheiten unter dem Einfluss der Industrialisierung*. Gottinga, Vandenhoeck und Ruprecht, 1972, tratan el impacto de la industrialización sobre la cantidad, calidad y distribución de los alimentos en la Europa del siglo XIX. Con la transición de la subsistencia a base de artículos limitados a los menús manipulados o elegidos, se destruyeron las culturas tradicionales y regionales de comer, ayunar, y sobrevivir el hambre. Una abundante información bibliográfica, pero mal organizada. Sobre las huellas de Marc Bloch y Lucien Febvre se realizó parte de la investigación más valiosa sobre la importancia de los alimentos en las estructuras de poder y en los niveles de salud. Para una orientación sobre el método usado, consultar Guy Thuillier, "Au XIXe siècle", *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1968, no. 6, p. 1301-19; Guy Thuillier, "Au XIXe siècle: L'Alimentation en Nivernais", *Annales*, 1965, no. 6, pp. 1163-84. Una obra maestra es François Lebrun, *Les Hommes et la mort en Anjou au 17e et 18e siècle: Essai de démographie et psychologie historiques*, Paris, Mouton, 1971; A. Poitrineau, "L'Alimentation populaire en Auvergne au XVIIIe siècle", *Enquêtes*, pp. 323-31. Owsei Temkin, *Nutrition from Classical Antiquity to the Baroque*, Human Nutrition Monograph 3, Nueva York, 1962. Con respecto a la transformación del pan en una substancia que las máquinas pudieran producir, ver Siegfried Giedion, *Mechanization Takes Command: A Contribution to Anonymous History* (Nueva York: Norton, 1969), especialmente pts. 4:2, 4:3 (sobre la carne). También Fernand Braudel, "Le Superflu et l'ordinaire: nourriture et boissons", en *Civilisation matérielle et capitalisme*, París, Colín, 1967, pp. 134-98.

22 I.D. Carruthers, *Impact and Economics of Community Water Supply: A Study of Rural Water Investment in Kenya*, Wye College, Ashford, Kent, 1973; sobre el impacto de la dotación de agua en la salud. Sobre el mejoramiento de los servicios de agua rurales durante el siglos XIX: Guy Thuillier, "Pour une histoire régionale de l'eau en Nivernais au XIXe siècle", *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*, 1968, no. 1, pp. 49 ss. El mejoramiento de los servicios de agua cambió la actitud de la gente hacia sus propios cuerpos: Guy Thuillier, "Pour une histoire de l'hygiène corporelle. Un exemple régional: le Nivernais", *Revue d'histoire économique et sociale* 46, no. 2 (1968), pp. 232-53; Lawrence Wright, *Clean and Decent: the Fascinating History of the Bathroom and the Water Closet and of Sundry Habits, Fashions and Accesories of the Toilet, Principally in Great Britain, France and America*, Toronto, University of Toronto Press, 1967. *Pulcro y decente. La interesante y divertida historia del cuarto de baño*, trad. por Julio Gómez de la Serna, Barcelona, Noguer, 1962. Se desarrollaron nuevas pautas para el lavado de la ropa: Guy Thuillier, "Pour une histoire de la lessive aux XIXe siècle", *Annales*, 1969, no. 2, pp. 355-90.

23 Lester B. Lave y Eugene P. Seskin, "Air Pollution and Human Health", *Science* 169 (1970), pp. 723-33. Jean-Paul Dessaive, et al., *Médecins, climat et épidémies á la fin du XVIIIe*, París, Mouton, 1972.

24 Un argumento sintético y bien documentado a este respecto es Emanuel de Kadet, "Inequality and Health" University of Sussex, enero 1975. La versión

original más larga de este trabajo fue escrita en 1972 como el capítulo introductorio del libro *Salud y Bienestar*, que habría debido publicarse en Santiago de Chile en 1973. John Powles, "Health and Industrialisation in Britain: the Interaction of Substantive and Ideological Change", preparado para un Coloquio sobre la adaptabilidad del hombre a la vida urbana, Primer Congreso Mundial sobre la Medicina Ambiental y la Biología, París, 1-5 de julio de 1974. C. Ferrero, "Health and Levels of Living in Latin America", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 43 (octubre 1965), pp. 281-95. No puede anticiparse un descenso en la mortalidad en base a un mayor gasto en la asistencia a la salud sino sobre una nueva distribución de fondos dentro del sector de la salud, combinada con el cambio social.

25 Emily R. Coleman, "L'Infanticide dans le haut moyen âge", trad. A. Chamoux, *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*, 1974, no. 2, pp. 315-35. Sugiere que el infanticidio en la Edad Media tuvo un notable repercusión demográfica. Ansley J. Coale, "The Decline in Fertility in Europe from the French Revolution to World War II", en S.J. Behrman et al., *Fertility and Family Planning*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 1970. La fertilidad marital disminuyó en todas partes antes de que aumentara la proporción de la población casada. La discriminación contra los ilegítimos, combinada con el acceso restringido al matrimonio, puede haber servido para controlar la población. Esta hipótesis se refuerza en J.-L. Flandrin, "Contraception, mariage et relations amoureuses dans l'Occident chrétien", *Annales*, 1969, no. 6, pp. 1370-90. Los datos demográficos sugieren no la contracepción dentro del matrimonio en la Francia de los siglos XVII y XVIII, sino tasas muy bajas de ilegitimidad. La contracepción en el matrimonio era casi herejía, la concepción fuera del matrimonio era escandalosa. Flandrin sugiere que durante el siglo XIX la conducta sexual entre los esposos empezó a modelarse sobre la conducta tradicional fuera del matrimonio. La contracepción parece haberse hecho aceptable en primer lugar entre familias campesinas lo bastante ricas para mantener un bajo índice de mortalidad infantil: ver M. Leridon, "Fécondité et mortalité infantile dans trois villages bavaois: Une analyse de données individualisées du XIXe siècle", *Population* 5 (1969), pp. 997-1002. Aunque los médicos en Inglaterra se opusieron a su generalización, parecen haberla aplicado con eficacia en sus propias vidas: J.A. Banks, "Family Planning and Birth Control in Victorian Times", trabajo leído en la segunda conferencia anual de la Sociedad para la Historia de la Medicina, Leicester University, 1972. La iglesia católica parece haberse preocupado por la contracepción sólo en la medida en que afectaba a las clases medias industriales: véase John Thomas Noonan, *Contraception: a History of Its Treatment by the Catholic Theologians and Canonists*, Cambridge Harvard University Press, 1965. Philippe Ariés, "Les techniques de la mort", en *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIIIe siècle*, París, Seuil, 1971, p. 373.

26 Hasta la fecha, el hambre y la malnutrición mundial han aumentado a raíz del desarrollo industrial. "Se dice que una tercera parte o una mitad de la

humanidad se acuesta con hambre cada noche. En la Edad de Piedra la fracción debe haber sido mucho más pequeña. Ésta es la era del hambre sin precedentes. Ahora, en los tiempos del mayor poder técnico, la inanición es una institución." Marshall Sahlins, *Stone Age Economics*, Chicago, Aldene, 1972, p. 23.

27 J.E. Davies y W.F. Edmundson, *Epidemiology of DDT*, Mount Kisco, N.Y., Future, 1972. Un buen ejemplo de control paradójico de la enfermedad proviene de Borneo: los insecticidas usados en las aldeas para controlar los vectores del paludismo también se acumularon en las cucarachas, la mayor parte de las cuales son resistentes. Las lagartijas caseras se alimentaban de éstas, caían en letargo y eran presa de los gatos. Los gatos morían, las ratas se multiplicaron y con las ratas se presentó la amenaza de una epidemia de plaga bubónica. El ejército tuvo que echar gatos en paracaídas a la aldea selvática: *Conservation News*, julio 1973.

28 Un buen ejemplo de persecución médica en contra de innovadores se da en G. Gortvay e I. Zoltan, *I. Semmelweis, His Life and Work*, Budapest, Akademiai Kiado, 1968, biografía crítica del primer ginecólogo que usó procedimientos antisépticos en sus pabellones. En 1848, él redujo en un factor de 15 la mortalidad resultante de la fiebre puerperal y fue, en el acto, expulsado y rechazado por sus colegas, a quienes ofendió la idea de que los médicos pudieran ser portadores de la muerte. La novela de Morton Thompson, *The Cry and the Covenant*, Nueva York, New American Library, 1973, hace cobrar vida a Semmelweis.

29 Charles T. Stewart, Jr., "Allocation of Resources to Health", *Journal of Human Resources* 6, no. 1 (1971), pp. 103-21. Stewart clasifica los recursos destinados a la salud en la siguiente forma: tratamiento, prevención, información e investigación. En todas las naciones del Hemisferio Occidental, la prevención (p. ej., el agua potable) y la educación se relacionan significativamente con la expectativa de vida, pero ninguna de las "variables del tratamiento" se hallan relacionadas en tal forma.

30 Reuel A. Stallones, en *Environment, Ecology, and Epidemiology*, Pan American Healthy Organization Scientific Publication no. 231 (Washington, 30 de septiembre de 1971), muestra la existencia en los Estados Unidos de una fuerte correlación positiva entre una alta proporción de médicos en la población general y la alta tasa de enfermedades coronarias, en tanto que la correlación es fuertemente negativa en el caso de la enfermedad cerebro-vascular. Stallones señala que esto no quiere decir nada respecto de una posible influencia que pudieran tener los médicos en un caso o en el otro. La morbilidad y la mortalidad son partes integrantes del ambiente humano y no están relacionadas con los esfuerzos realizados para dominar cualquier enfermedad específica.

31 Alain Letourmy y François Gibert, *Santé, environnement, consommations*

médicales: un modèle et son estimation á partir de données de mortalité; Rapport principal, París, CEREBE (Centre de Recherche sur le Bien-être), junio 1974. Compara las tasas de mortalidad en diferentes regiones de Francia; no están relacionadas con la densidad médica, y sí tienen una relación muy fuerte con el contenido de grasa en las salsas típicas de cada región, y en menor medida, con el consumo de alcohol.

32 En la actualidad, el estudio modelo sobre este asunto parece ser el de A.L. Cochrane, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. Ver también *British Medical Journal*, 1974, vol. 4, p. 5. A. Querido, *Efficiency of Medical Care*, Nueva York, International Publications, 1963.

33 Jacques M. May, "Influence of Environmental Transformation in Changing the Map of Disease", en MM. Taghi Farvar y John P. Milton, comps., *The Careless Technology*, Garden City, N.Y. Natural History Press, 1972, pp. 19-34. May señala que la resistencia de los mosquitos a los insecticidas por una parte, y la resistencia de los parásitos a los agentes quimioterapéuticos, por otra, tal vez hayan creado un reto irresoluble a la adaptación humana.

34 Henry J. Parish, *A History of Immunization*, Edimburgo, Livingstone, 1965. Para documentación consultar la introducción histórica. La eficacia de la prevención con respecto a cualquier enfermedad específica debe distinguirse de su contribución al volumen de enfermedad: J.H. Alston, *A New Look at Infectious Disease*, Londres: Pitman, 1967, muestra cómo las infecciones son reemplazadas por otras nuevas, sin reducción en el volumen total. Keith Mellanby, *Pesticides and Pollution*, Nueva York, Collins, 1967 demuestra en forma fácilmente comprensible cómo los mecanismos ingenieriles inventados para reducir una infección fomentan otras.

35 República de Cuba, Ministerio de la Salud Pública, *Cuba Organización de los servicios y nivel de salud*, La Habana, 1974, introducción de Fidel Castro. Una impresionante demostración del cambio en las pautas de mortalidad y morbilidad a lo largo de una década, durante la cual las principales infecciones en toda la isla resultaron significativamente afectadas por una campaña de salud pública. Nguyen Khac Vien, "25 Années d'activités médico-sanitaires", *Études vietnamiennes*, Hanoi, no. 25, 1970.

36 G.O. Sofoluwe, "Promotive Medicine: a Boost to the Economy of Developing Countries", *Tropical and Geographical Magazine*, 22, junio 1970, pp. 250-4. Durante los 30 años entre 1935 y 1968, la mayoría de las medidas curativas usadas contra las enfermedades parasitarias y las infecciones de la piel y los órganos respiratorios y contra la diarrea han dejado, "en general, inalteradas las características de la morbilidad".

37 En Farvar y Milton, comps., *The Careless Technology*, varios autores destacan este punto específicamente con respecto al paludismo, la filariasis ban-

croftiana (Hamon), la esquistosomiasis (van der Schalie) y las infecciones genitourinarias (Farvar).

38 Bruce Mitchel, *Fluoridation Bibliography*, Council of planning Librarians Exchange Bibliography no. 268, Waterloo, Ont., marzo 1972. Cubre el debate y en especial trata de la percepción del cientista social sobre el comportamiento de la gente en relación a la fluorización del agua en Canadá.

39 C.L. Meinert y otros, "A Study of the Effects of Hypoglycemic Agents on Vascular Complications in Patients with Adult-Onset Diabetes. II. Mortality Results, 1970", *Diabetes* 19, supl. 2, 1970, pp. 789-830. G.L. Knatterud y otros, "Effects of Hypoglycemic Agents on Vascular Complications in Patients with Adult-Onset Diabetes", *Journal of the American Medical Association* 217, 1971, pp. 777-84. Cochrane, *Effectiveness and Efficiency*, comenta los dos últimos. Sugieren que la administración de tolbutamida y fenoformina es definitivamente perjudicial en el tratamiento de diabéticos maduros y que no hay ventaja alguna en suministrar insulina en vez de prescribir una dieta.

40 H. Oeser, *Krebsbekämpfung: Hoffnung und Realität*, Stuttgart, Thieme, 1974. Es hasta ahora, que yo sepa, la más útil introducción, para el lego o el médico general, a una evaluación crítica de la literatura mundial sobre la eficacia del tratamiento para el cáncer. Ver también N.E. McKinnon, "The Effects of Control Programs on Cancer Mortality", *Canadian Medical Association Journal*, 82, (1960), pp. 1308-12. K.T. Evans: "Breast Cancer Symposium: points in the Practical Management of Breast Cancer. Are Physical Methods of Diagnosis of Value?", *British Journal of Surgery*, 56, 1969, pp. 784-6. Bailar, John C., "Mammography: A Contrary View", *Annals of Internal Medicine*, Vol. 84, 1, enero, 1976, pp. 77-84. La difusión de la mamografía como medida de salud pública generalizada es prematura.

41 Edwin F. Lewison, "An Appraisal of Long-Term Results in Surgical Treatment of Breast Cancer", *Journal of the American Medical Association*, 186, 1963, pp. 975-8. "La característica más impresionante del tratamiento quirúrgico del cáncer de la mama es la notable similitud y sorprendente uniformidad de los resultados finales a largo plazo a pesar de técnicas terapéuticas ampliamente divergentes, de acuerdo a los informes de este país y el extranjero." Lo mismo puede decirse hoy. Costanza, Mary E., "Sounding Board. The Problem of Breast Cancer Prophylaxis", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 293, 21, 20 de noviembre, 1975, pp. 1095-98.

42 Robert Sutherland, *Cancer: the Significance of Delay*, Londres, Butterworth, 1960, pp. 196-202. También Hedley Atkins y otros, "Treatment of Early Breast Cancer: a Report After Ten Years of Clinical Trial", *British Medical Journal*, 1972, vol. 2, pp. 423-9; también p. 417. D.P. Byar y el Veterans Administration Cooperative Urological Research Group, "Survival of Patients with Incidentally Found Microscopic Cancer of the Prostate: results of Clinical Trial of Conservative Treatment", *Journal of Urology*, 108, diciembre 1972, pp. 908-

13. Una comparación hecha al azar de cuatro tratamientos (placebo, estrógeno, placebo y orquiectomía, y estrógeno y orquiectomía) no revela diferencias significativas entre ellos, ni tampoco en comparación con la prostatectomía radical. Para un amplio panorama de investigaciones análogas sobre el cáncer en diversos puntos, ver la anterior nota 40.

43 Ann G. Kutner, "Current Status of Steroid Therapy in Rheumatic Fever", *American Heart Journal*, 70, agosto de 1965, pp. 147-9. Rheumatic Fever Working Party of the Medical Research Council of Great Britain y Subcommittee of Principal Investigators of the American Council on Rheumatic Fever and Congenital Heart Disease, American Heart Association, "Treatment of Acute Rheumatic Fever in Children: a Cooperative Clinical Trial of ACTH, Cortisone and Aspirin", *British Medical Journal*, 1955, vol. 1, pp. 555-74.

44 Albert N. Brest, "Treatment of Coronary Occlusive Disease: Critical Review", *Diseases of the Chest*, 45, enero de 1964, pp. 40-45. Malcolm I. Lindsay y Ralph E. Spiekerman, "Reevaluation of Therapy of Acute Myocardial Infarction", *American Heart Journal*, 67, abril de 1964, pp. 559-64. Harvey D. Cain y otros, "Current Therapy of Cardiovascular Disease", *Geriatrics*, 18, julio de 1963, pp. 507-18.

45 H.G. Mather y otros, "Acute Myocardial Infarction: Home and Hospital Treatment", *British Medical Journal*, 1971, vol. 3, pp. 334-8.

46 Combined Staff Clinic, "Recent Advances in Hypertension", *American Journal of Medicine*, 39, octubre de 1965, pp. 634-8.

47 Algunos de los libros de texto más utilizados; Robert H. Moser, *The Disease of Medical Progress: A Study of Iatrogenic Disease*, 3a. ed., Springfield, Ill., Thomas, 1969. David M. Spain, *The Complications of Modern Medical Practices*, Nueva York, Grune and Stratton, 1963. H.P. Kümerle y N. Goossens, *Klinik und Therapie der Nebenwirkungen*, Stuttgart, Thieme, 1973, (1a. ed. 1960). R. Heintz, *Erkrankungen durch Arzneimittel: Diagnostik, Klinik, Pathogenese, Therapie*, Stuttgart, Thieme, 1966. Guy Duchesnay, *Le risque thérapeutique*, París, Doin, 1954. P.F. D'Arcy y J.P. Griffin, *Iatrogenic Disease*, Nueva York, Oxford University Press, 1972.

48 Con respecto a la evolución de la jurisprudencia relacionada con esta clase de perjuicios ver M.N. Zald, "The Social Control of General Hospitals", en B.S. Gerogopoulos, comp., *Organization Research on Health Institutions*, Ann Arbor, University of Michigan, Institute for Social Research, 1972. Ver también Angela Holder, *Medical Malpractice Law*, Nueva York, Wiley, 1974.

49 Tales efectos secundarios fueron estudiados por los árabes. Al-Razi (865-925 D.C.), médico jefe del Hospital de Bagdad, se ocupó del estudio médico de la yatrogenesis, según Al-Nadim en el *Fihrist*, cap. 7, sec. 3, en el tiempo de Al-Nadim (año 935), aún podían consultarse tres libros y una carta de Al-Razi

sobre el tema. *Los errores de objetivo de los médicos, De las purgas administradas a pacientes febriles antes del momento oportuno, Por qué razón los médicos ignorantes, el común de las gentes y las mujeres de las ciudades tratan ciertas enfermedades con más éxito que los hombres de ciencia y las excusas que ofrecen por esto los médicos, y la carta Por qué un médico inteligente no tiene facultades para curar todas las enfermedades, puesto que eso no está dentro del dominio de lo posible.*

50 Ver también Erwin H. Ackerknecht, "Zur Geschichte der iatrogenen Krankheiten", *Gesnerus*, 27, 1970, pp. 57-63. Distingue tres olas o períodos, desde 1750, en que el estudio de la yatrogénesis se consideró importante dentro de la institución médica. Erwin H. Ackerknecht, "Zur Geschichte der iatrogenen Erkrankungen des Nervensystems", *Therapeutische Umschau Revue thérapeutique*, 27, no. 6, 1970, pp. 345-6. Una breve reseña de la preocupación médica con respecto a los efectos secundarios de los medicamentos sobre el sistema nervioso central, a partir de Avicena (980-1037) que estudió los del mercurio.

51 L. Meyler, *Side Effects of Drugs*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1972. *Adverse Reaction Titles*, bibliografía mensual con títulos tomados de aproximadamente 3 400 publicaciones biomédicas de todo el mundo; editada en Amsterdam desde 1966. *Allergy Information Bulletin*, Allergy Information Association, Weston, Ontario.

52 P.E. Sartwell, "Iatrogenic Disease: An Epidemiological Perspective", *International Journal of Health Services*, 4, invierno de 1974, pp. 89-93.

53 Pharmaceutical Society of Great Britain, *Identification of Drugs and Poisons*, Londres, la Sociedad, 1965. Informes sobre la adulteración y el análisis de medicamentos. Margaret Kreig, *Black Market Medicine*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1967, informa que un porcentaje cada vez mayor de artículos vendidos por farmacias profesionales autorizadas son medicamentos falsificados inertes, que no pueden distinguirse por su envase ni su presentación del producto patentado.

54 Morton Mintz, *By Prescription Only*, 2a. ed., Boston, Beacon Press, 1967. (Para una descripción más completa de este libro ver más adelante, nota 98 del segundo capítulo, p. 92) Solomon Garb, *Undesirable Drug Interactions, 1974-75*, ed. revisada, Nueva York, Springer, 1975. Incluye información sobre inactivación, incompatibilidad, potencialización y endurecimiento de plasma, así como sobre la interferencia con la eliminación, con la digestión y con los procedimientos por exámenes.

55 B. Opitz y H. Horn, "Verhütung iatrogenen Infektionen bei Schutzimpfungen", *Deutsches Gesundheitswesen*, 27/24, 1972, pp. 1131-6. Sobre las infecciones relacionadas con procedimientos de inmunización.

56 Harry N. Beaty y Robert G. Petersdorf, "Iatrogenic Factors in Infectious Disease", *Annals of Internal Medicine*, 65, octubre de 1966, pp. 641-56.

57 En los Estados Unidos, cada año ingresa a los hospitales un millón de personas, es decir, de 3 a 5 % del total de internados primordialmente a causa de reacciones negativas a los medicamentos. Nicholas Wade, "Drug Regulation: FDA Replies to Charges by Economists and Industry", *Science*, 179, 1973, pp. 775-7.

58 Eugene Vayda, "A Comparison of Surgical Rates in Canada and in England and Wales", *New England Journal of Medicine*, 289, 1973, pp. 1224-9, muestra que, en 1968, las tasas de operaciones en Canadá fueron 1.8 veces mayores para los hombres, y 1.6 para las mujeres, que en Inglaterra. Las operaciones que se practican a discreción, como la tonsilectomía y la adenoidectomía, la hemorroidectomía y la herniorrafía inguinal se registraron con frecuencia dos o más veces mayor. Las tasas de colecistectomía fueron más de cinco veces superiores. Los determinantes principales tal vez sean las diferencias en el pago de servicios de salud y en la disponibilidad de camas de hospital y de cirujanos. Charles E. Lewis, "Variations on the Incidence of Surgery", *New England Journal of Medicine*, 281, 1960, pp. 880-4, encuentra variaciones de tres a cuatro veces en las tasas regionales por lo que respecta a seis operaciones comunes en los Estados Unidos. Se observó que el número de cirujanos disponibles era el factor significativo para predecir la incidencia de operaciones. Véase también James C. Doyle, "Unnecessary Hysterectomies: Study of 6248 Operations in Thirty-Five Hospitals During 1948", *Journal of the American Medical Association*, 151, 1953, pp. 360-5. James C. Doyle, "Unnecessary Ovariectomies: Study Based on the Removal of 704 Normal Ovaries from 546 Patients", *Journal of the American Medical Association*, 148, 1952, pp. 1105-11. Thomas H. Weller, "Pediatric Perceptions: The Pediatrician and Iatrogenic Infectious Disease", *Pediatrics*, 51, abril de 1973, pp. 595-602.

59 Clifton Meador, "The Art and Science of Nondisease", *New England Journal of Medicine*, 272, 1965, pp. 92-5. Para el médico acostumbrado a tratar únicamente con entidades patológicas, términos como el de "entidad no-patológica" o "no-enfermedad" son extraños y difíciles de entender. Este trabajo presenta una clasificación de no-enfermedades y los importantes principios terapéuticos fundados en este concepto. Las enfermedades yatrogénicas probablemente derivan von tanta frecuencia del tratamiento de no-enfermedades como del tratamiento de enfermedades.

60 Abraham B. Bergman y Stanley M. J. Stamm, "The Morbidity of Cardiac Nondisease in School Children", *New England Journal of Medicine*, 276, 1967, pp. 1008-13. Da un ejemplo particular del "limbo" en el que las personas se dan cuenta, o bien otros perciben que ellas tienen una enfermedad no existente. Los malos efectos que acompañan algunas no-enfermedades son tan importantes como los que acompañan a las afecciones homólogas ... se calcula que la cantidad de incapacidades por no-enfermedad cardíaca en los ni-

ños es mayor que el derivado de cardiopatías reales". Véase también J. Andriola, "A Note on Possible Iatrogenesis of Suicide", *Psychiatry*, 36, 1973, pp. 213-18.

61 La iatrogenesis clínica tiene una larga historia. "Fuera desto no hay ley alguna que castigue esta ignorancia capital, ni exemplo alguno de venganza. Aprenden con nuestros peligros y hazen experiencias con nuestras muertes, y solamente al médico le es concedido matar al hombre sin algún castigo. Ante las quejas se tornan en vituperio y denuestro; y se da la culpa a nuestra intemperancia y desorden, y por una o por otra parte son argüidos y reprehendidos los que se mueren." Cayo Plinio Segundo, *Historia Natural*, II, 19, traducida y comentada por Francisco Hernández, México, UNAM, Comisión Francisco Hernández, tomo V, 1976, pág. 65. Aunque en realidad el derecho romano ya contenía algunas disposiciones contra los daños de origen médico, "damnum injuria datum per medicum". En Roma, la jurisprudencia hace al médico legalmente responsable no sólo por su ignorancia y negligencia, sino también por actuar chapuceramente. El médico que había operado a un esclavo no había vigilado debidamente su convalecencia, tenía que pagar el precio del esclavo y la pérdida de ingresos al amo durante el tiempo que se prolongara la enfermedad. Esas disposiciones no cubrían a los ciudadanos, pero éstos podían demandar por su cuenta al médico por mal ejercicio profesional.

62 Montesquieu: *De l'esprit des lois*, libro XXIX, capítulo XIV, b. París, Bibl. de la Pléiade, 1951. El derecho romano ordena castigar a los médicos por negligencia o falta de competencia (Lex Cornelia De Sicariis, Inst. iv, tit. 3, de lege Aquila 7). En esos casos, si el médico era persona de alguna fortuna o rango, únicamente se le desterraba, pero si era de baja condición se le sentenciaba a muerte. En nuestras instituciones se procede de otra manera. Las leyes romanas no se promulgaron bajo las mismas circunstancias que las nuestras: en Roma cualquier farsante ignaro se ponía a manipular medicamentos, pero entre nosotros los médicos están obligados a seguir un curso sistemático de estudio y a graduarse, por lo cual se supone que conocen su profesión. En este pasaje, el filósofo del siglo XVII muestra un optimismo enteramente moderno con respecto a la educación médica.

63 En el caso de los médicos internos alemanes, el tiempo que el paciente puede estar frente a su doctor se ha reducido ahora a 1.7 minutos por visita. Heinrich Erdmann, Heinz-Günther Overrath y Wolfgang y Thure Uxkull, "Organisationsprobleme der ärztlichen Krankenversorgung: Dargestellt am Beispiel einer medizinischen Universitätsklinik", *Deutsches Ärzteblatt-Ärztliche Mitteilungen*, 71, 1974, pp. 3421-6. En la práctica general, ese tiempo era (en 1963) de unos 3 minutos. Verse T. Geyer, *Verschwörung*, Hilchenbach, Medizinpolitischer Verlag, 1971, p. 30.

64 Para el aspecto más amplio del daño genético más que del daño individual, ver John W. Goffman y Arthur R. Tamplin, "Epidemiological Studies of

Carcinogenesis by Ionizing Radiation", en *Proceedings of the Sixth Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability*, University of California, julio 1970, pp. 235-77. Es demasiado común la suposición de que, en caso de existir duda acerca de la magnitud de los efectos cancerígenos, es adecuado continuar exponiendo a los enfermos a los riesgos. Los autores muestran que no es adecuado, ni una buena práctica de salud pública, exigir comprobaciones epidemiológicas humanas antes de parar la exposición. El argumento en contra de ionizar la radiación de la generación nuclear de energía eléctrica puede aplicarse a todo tratamiento médico en el que existan dudas con respecto al impacto genético. La competencia de los médicos para establecer niveles de tolerancia para poblaciones enteras se debe cuestionar con fundamentos teóricos.

65 Para más datos y bibliografía, véase U.S. House of Representatives, Committee on Interstate and Foreign Commerce, *An Overview of Medical Malpractice*, 94º. Congr., 1a. Ses., 17 de marzo de 1975.

66 El maltrato de los pacientes se ha hecho una rutina aceptada; véase Charles Butterworth, "Iatrogenic Malnutrition", *Nutrition Today*, marzo-abril 1974. Uno de los mayores focos de desnutrición no reconocida se encuentra, no en las barriadas rurales ni en los ghettos urbanos, sino en los cuartos y las salas de los hospitales de las grandes ciudades en Estados Unidos y Canadá. J. Mayer, "Iatrogenic Malnutrition", *New England Journal of Medicine*, 284, 1971, p. 1218.

67 George H. Lowrey, "The Problem of Hospital Accidents to Children", *Pediatrics*, 32, diciembre de 1963, pp. 1064-8.

68 J.T. McLamb y R.R. Huntley, "The Hazards of Hospitalization", *Southern Medical Journal*, 60, mayo de 1967, pp. 469-72.

69 "La enfermedad yatrogénica tiene casi siempre un fundamento neurótico": L. Israel, "La maladie iatrogène", en *Documenta Sandoz*, s.f.

70 La distinción entre varios niveles de yatrogénesis fue hecha por Ralph Audy: "Man-made maladies and medicine", en: *California Medicine*, noviembre de 1970, 113-15, págs. 48 a 53, reconoce que las enfermedades yatrogénicas forman únicamente un tipo de afecciones producidas por el hombre. Según su etiología, corresponden a diversas categorías. Las consecutivas al diagnóstico y al tratamiento, las relacionadas con actitudes y situaciones sociales y psicológicas, y las consecutivas a programas hechos por el hombre para luchar contra las enfermedades y su erradicación. Además de las entidades clínicas yatrogénicas, reconoce otras enfermedades que tienen etiología médica.

71 "Das Schicksal des Kranken verkörpert als Symbol des Schicksals der Menschheit im Stadium einer technischen Weltentwicklung": Wolfgang Jacob,

Der kranke Mensch in der technischen Welt, IX. Internationaler Fortbildungskurs für praktische und wissenschaftliche Pharmazie der Bundesapothekerkammer in Meran, Frankfurt am Main, Werbe und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker, 1971.

72 James B. Quinn, "Next Big Industry: Environmental Improvement", *Harvard Business Review*, 49, septiembre-octubre de 1971, pp. 120-30. El autor cree que el mejoramiento ambiental se está convirtiendo en una dinámica y provechosa serie de mercados para la industria que pagan por sí mismos y que a la larga representarán una agregación importante a las entradas y el PNB. Los partidarios de los seguros contra el mal ejercicio profesional "sin culpa" utilizan implícitamente la misma argumentación en relación con el campo de la asistencia a la salud.

73 El término fue usado por Honoré Daumier (1810-79). Véase reproducción de su dibujo "Némésis médicale" en Werner Bloch, *Der Arzt und der Tod in Bildern aus sechs Jahrhunderten*, Stuttgart, Enke, 1966 y Rümman, Arthur: *H. Daumier, sein Holzschnittwerk*, München, Delphin Verlag, 1914.

PARTE II. YATROGÉNESIS SOCIAL

Notas

- 1 Judith P. Swazey y Renée Fox, "The Clinical Moratorium: A Case Study of Mitral Valve Surgery", en Paul A. Freund, comp. *Experimentation with Human Subjects*, Nueva York, Braziller, 1970, pp. 315-57.
- 2 Francisco Goya, en *Los Caprichos*, la serie de grabados de 1786, muestra a un hombre dormido en su escritorio con la cabeza sobre los brazos cruzados, mientras monstruos lo rodean. La inscripción en el escritorio dice "El sueño de la razón produce monstruos". René Dubos usa este cuadro como frontispicio de su libro *The Mirage of Health* (ver cap. anterior, nota 3, p. 21). La imagen ilustra su tesis, que yo intento desarrollar en el presente libro.
- 3 Morton Mintz, *The Pill: An Alarming Report*, Boston, Beacon Press, 1970. Modelo para un estudio de la medicina por un reportero periodístico que sabe combinar estudios en medicina con información significativa que ha sido pasada por alto, reprimida o velada en la literatura médica.
- 4 Francis D. Moore, "The Therapeutic Innovation: Ethical Boundaries in the Initial Clinical Trials of New Drugs and Surgical Procedures", en Freund, comp., *Experimentation with Human Subjects*, pp. 358-78.
- 5 Un ejemplo de la necesidad de este control externo sobre el progreso profesional podría ser útil, Peter R. Breggin, "The Return of Lobotomy and Psychosurgery", U.S. Government, Washington, *Congressional Record* 118 (24 de febrero de 1972), pp. 567-77, presenta una reseña realmente estremecedora de la vasta literatura sobre el actual resurgimiento de la lobotomía en los Estados Unidos y en el resto del mundo. La primera ola se dirigió sobre todo (2/3) a pacientes femeninas de hospitales de gobierno y cobró 50000 personas tan sólo en los Estados Unidos antes de 1964. Se dispone de nuevos métodos para destruir partes del cerebro por medio de ondas ultrasónicas, coagulación eléctrica e implantación de semillas de radio. La técnica se promueve para tranquilizar a los ancianos con el fin de hacer menos costosa su institucionalización; para controlar niños hiperactivos, y para reducir fantasías eróticas y la tendencia a los juegos de azar.
- 6 Cada sociedad tiene su "nosología" -o clasificación de enfermedades- característica. El alcance de las condiciones clasificadas como enfermedad, y el número y las especies de enfermedades enlistadas, cambian con la historia. La nosología oficial o médica reconocida en una sociedad puede estar desajustada en un alto grado con respecto a la percepción de la enfermedad compartida por una o varias clases de la sociedad. Véase Michel Foucault, *The Birth of the Clinic*, trad. A.M. Sheridan Smith, Nueva York, Pantheon, 1973. Versión española, *El nacimiento de la clínica*, México, siglo XXI. En

nuestra sociedad la nosología se halla casi totalmente medicalizada; la salud enferma que no ha recibido etiqueta del médico se desecha como fingimiento o ilusión. Mientras se trate la enfermedad yatrogénica como una pequeña categoría dentro de la nosología establecida, no se podrá apreciar su contribución al volumen total de enfermedades reconocidas. Zola, Irving Kenneth, "Medicine as an Institution of Social Control", *The Sociological Review*, Vol. 20, No. 4 (nueva serie), noviembre, 1972, p. 487-509. "El tema de este ensayo es que la medicina se está transformando en una de las principales instituciones de control social, afectando, si es que no incorporando, las instituciones más tradicionales de la religión y el derecho. Se está transformando en el nuevo depositario de la verdad, el lugar donde se emiten juicios absolutos y a menudo definitivos, de parte de expertos supuestamente neutrales desde un punto de vista moral y objetivo... En el nombre de la salud." Este ensayo llegó tarde a mis manos, y no tuve ocasión de indicar que lo que yo denomino "medicalización" de la sociedad con el sentido que se le da en este libro, se ha aplicado al mismo fenómeno en este ensayo brillante y denso.

7 Uso el término "intensidad" para designar un aumento que puede marcarse por medio de números pero no medirse directamente. El miedo que paraliza no es en modo alguno superior a un miedo menor que impulsa a la huida. Fernand Renoire, *Eléments de critique des sciences et de cosmologie*, curso publicado por el Institut Supérieur de Philosophie, Louvain, 1947, pp. 129-130.

8 Para un análisis más sistemático del término "monopolio radical" según se aplica a las instituciones profesionales, véase Iván Illich, *La convivencialidad*, Barcelona, Barral, 1974, cap. 3, sec. 2, pp. 74-81.

9 Un ejemplo: Más o menos hasta 1969, las tabletas de penicilina G podían adquirirse a un precio muy bajo en las farmacias mexicanas bajo su nombre genérico. Desde entonces han desaparecido del mercado. La *Farmacopea Mexicana* no registra ninguna penicilina G pura para uso oral, ni siquiera en preparaciones de marca registrada. Sólo pueden adquirirse preparaciones compuestas considerablemente más costosas.

10 John Blake, comp., *Safeguarding the Public: Historical Aspects of Medical Drug Control*, Papers from a Conference Sponsored by the National Library of Medicine Baltimore, Johns Hopkins, 1970. Sobre el proceso por el cual la profesión médica desarrolló su auto-imagen de cuidadora benévola, ver L. Edelshtein, *The Hippocratic Oath*, Baltimore, Johns Hopkins, 1943.

11 Para la distinción clásica entre valor de cambio y valor de uso consultar Karl Marx, *El Capital*, México, FCE, 1972 vol. 1, cap. 1, especialmente sec. 4.

12 Michel Bosquet, "Quand la médecine rend malade: La terrible accusation d'un groupe d'experts", *Le Nouvel Observateur*, no. 519, 1974, pp. 84-118, y no. 520, 1974, pp. 90-130. Este artículo muestra cómo la yatrogénesis social es fundamentalmente el resultado de la función de coartada ejercida por el

monopolio médico sobre el papel de enfermo. Drucker, Ernest, y Sidel, Victor, "The Communicable Disease Model of Heroin Addiction: A Critique", presentado originalmente en el Annual Meeting of the American Public Health Assoc., noviembre de 1973; revisado para publicación en septiembre de 1974, *American Journal Drug and Alcohol Abuse*, Vol. 1, No. 3, 1974, pp. 301-311. Muestra cómo se usa la epidemiología en nuestra sociedad para justificar muchas formas de corrupción "enfermizante" para "caer" sobre pequeños grupos de víctimas en estas condiciones.

13 Paul Ramsey, *Fabricated Man: The Ethics of Genetic Control*, New Haven, Connecticut, Yale University Press, 1970, arguye que hay cosas que podemos hacer y que no deberían hacerse. Excluir estas cosas es una condición necesaria para salvaguardar al hombre del envilecimiento total por el control técnico. Ramsey llega a esta conclusión sobre tipos específicos de técnicas médicas. Yo presento el mismo argumento, pero con respecto a la intensidad global de la empresa médica.

14 P.M. Brunetti, "Health in Ecological Perspective", *Acta Psychiatrica Scandinavia* 49, fasc. 4, 1973, pp. 393-404. Brunetti argumenta que la concentración del poder y la dependencia con respecto a la energía extrametabólica pueden hacer el medio vital inhabitable para los seres cuya integración depende del ejercicio de su autonomía. La medicina se utiliza para racionalizar esta transferencia.

15 Renée Fox, "Illness", en *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 1968, vol. 7, p. 90-6. Una excelente introducción a la evolución de este concepto.

16 Talcott Parsons, *The Social System*, Nueva York, Free Press, 1951, pp. 428 y sigs., contiene la formulación clásica del papel de enfermo. Miriam Siegler y Humphrey Osmond, *Models of Madness, Models of Medicine*, Nueva York, Macmillan, próximo a publicarse, comparan diversos modelos para la desviación inhabilitante y piden, por razones políticas, la expansión relativa del papel parsoniano de enfermo basándose en que crea por sí solo un derecho al tratamiento. Para la petición contraria véase el libro en preparación aún sin título, de Niels Christie sobre la contraproductividad de la terapéutica. (Para obtener el manuscrito escribir a Niels Christie, Facultad de Leyes y Jurisprudencia, Universidad de Oslo).

17 Forrest E. Clements, "Primitive Concepts of Disease", *University of California Publications in American Archaeology and Ethnology* 32, no. 2, 1932, pp. 185-252. Las etiologías comunes corresponden a cuatro categorías principales: (1) brujería, (2) violación de tabú, (3) intrusión de un objeto extraño, (4) pérdida del alma.

18 Eliot Freidson, "Disability as Deviance", en M.B. Sussman, comp., *Sociology and Rehabilitation*, Washington: American Sociological Association, 1966,

pp. 71-99. El diagnóstico profesional tiende simplemente a dar validez a las percepciones legas del valor atribuido a ciertos individuos.

19 Harold Garfinkel, "Conditions of Successful Degradation Ceremonies", *American Journal of Sociology* 61, marzo 1956, pp. 420-44. En nuestra sociedad las ceremonias públicas de degradación fuera de los juzgados son más bien escasas. Pero la medicina, incluso hoy día, impone la evaluación pública a características consideradas tan esenciales como el autocontrol o la sexualidad.

20 Louis Lewin, *The Untoward Effects of Drugs*, trad. W.T. Alexandre, Detroit, Davis, 1883. No obstante su temprana fecha, éste sigue siendo un libro de lectura fascinante, lleno de notas históricas. Enlista víctimas de la medicina desde el capitán de guardias de Nerón (mosca española) hasta Otto II (áloe) y Avicena (enema de pimienta).

21 Sobre el doble significado de este término desde los textos arcaicos hasta el corpus hipocrático, ver Walter Artelt, *Studien zur Geschichte der Begriffe "Heilmittel" und "Gift": Urzeit-Homer-Corpus Hippocraticum*, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1968. John D. Gimlette, *Malay Poisons and Charm Cures*, Kuala Lumpur, Oxford University Press, 1971; John D. Gimlette y H.W. Thompson, *A Dictionary of Malay Medicine*, Kuala Lumpur, Oxford University Press, 1971: ambos volúmenes forman una introducción fascinante a la misma ambigüedad en un mundo enteramente distinto.

22 Judith Lorber, "Deviance as Performance: The Case of Illness", en Eliot Freidson y Judith Lorber, comps., *Medical Men and Their Work*, Chicago, Aldine, 1972, pp. 414-23. Discute los intentos de la persona desviada por producir una impresión que ella espera que conducirá a la imposición de cierta etiqueta más que otra.

23 Thomas S. Szasz, "The Psychology of Persistent Pain: A Portrait of L'Homme Dououreux", en A. Soullairac, J. Cahn y J. Charpentier, comps., *Pain*, Proceedings of the International Symposium Organized by the Laboratory of Psychophysiology, Faculty of Sciences, Paris, April 11-13, 1967, Nueva York, Academic Press, 1968, pp. 93-113.

24 Mark G. Field, "Structured Strain in the Role of the Soviet Physician", *American Journal of Sociology* 58, 1953, pp. 493-502. Describe una situación en la que el gobierno racionó los pases médicos que tenían gran demanda entre los obreros sobrecargados de trabajo. Los médicos se vieron forzados a reajustar la definición de enfermedad para equilibrar el interés de los obreros frente a las exigencias del proceso de producción. Thomas S. Szasz "Malingering: Diagnosis or Social Condemnation?" en Freidson y Lorber, comps., *Medical Men and Their Work*, pp. 353-68.

25 Edwin S. Shneidman, "Orientation Towards Death: A Vital Aspect of the

Study of Lives", en Robert W. White, comp., *The Study of Lives: Essays on Personality in Honor of A. Murray*, Nueva York, Atherton, 1963. Para la clasificación de la muerte con intención y su legitimidad y para más literatura sobre el tema, ver Gregory Zilboorg, "Suicide Among Civilized and Primitive Races", *American Journal of Psychiatry* 92, mayo 1936, pp. 1347-69.

26 Los farmacéuticos, por ejemplo, no serán condenados por envenenar a sus clientes. Ver Earl R. Quinney, "Occupational Structure and Criminal Behavior: Prescription Violation by Retail Pharmacists", *Social Problems* 11, 1963, pp. 179-85.

27 Howard S. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, Nueva York, Free Press, 1963. Clarifica las conexiones entre la orientación terapéutica de una ocupación o profesión y el "empresarismo".

28 Joseph R. Gusfield, "Social Structure and Moral Reform: A Study of the Woman's Christian Temperance Union", *American Journal of Sociology* 61, noviembre 1955, pp. 221-32. Los cruzados morales siempre se obsesionan con mejorar a aquellos a quienes pretenden beneficiar.

29 Frank Tannenbaum, *Crime and the Community*, Nueva York, Columbia University Press, 1938.

30 Wilbert Moore y Gerard W. Rosenblum, *The Professions: Roles and Rules*, Nueva York, Russell Sage, 1970. Ver especialmente el cap. 3, de esta abarcadora guía a la literatura sobre el tema. "The professionalization of Occupations".

31 William J. Goode, "Encroachment, Charlatanism, and the Emerging Professions: Psychology, Medicine, and Sociology", *American Sociological Review* 25, diciembre de 1960, pp. 902-14.

32 Ver Miriam Siegler y Humphrey Osmond, "Aesculapian Authority", *Hastings Center Studies* 1, no. 2, 1973, pp. 41-52.

33 Eliot Freidson, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Nueva York, Dood, Mead, 1971, pp. 208 y sigs.

34 June Goodfield, "Reflections on the Hippocratic Oaths", *Hastings Center Studies* 1, no. 2, 1973, pp. 79-92.

35 La ley ha tenido poca experiencia con el problema de seleccionar a un individuo para que viva y con ello condenar a otros a morir. Se ha encontrado culpables de homicidio a marineros que, en un bote salvavidas que hacía agua, ayudaron a arrojar al mar a 14 de 41 pasajeros (*U.S. vs Holmes*, 1842). Hasta ahora el silencio del poder judicial de los Estados Unidos, combinado con el silencio de la legislatura, parece implicar una preferencia por dejar las

decisiones que impliquen selección para la sobrevivencia a procesos no sujetos al análisis legal. Pero hay demandas crecientes de crear una norma legal que proteja a los individuos que buscan un tratamiento que se dice que prolonga la vida, contra los prejuicios y las arbitrariedades de los profesionistas. Véase más adelante, nota 206, p. 140.

36 Seymour E. Harris, *The Economics of American Medicine*, Nueva York, MacMillan, 1964. Una detallada reseña del costo de servicios, medicamentos, diversos niveles de mano de obra, y hospitales posee valor histórico con respecto al período entre 1946 y 1961, durante el cual los costos de la asistencia a la salud subieron en un 380%.

37 Robert W. Hetherington, Carl E. Hopkins y Milton I. Romer, *Health Insurance Plans: Promise and Performance*, Nueva York, Wiley, 1975. Los Estados Unidos se hallan dominados por una galaxia de planes para la salud, autónomos y a menudo competitivos, que a veces son comerciales, a veces patrocinados por los abastecedores, y a veces organizados siguiendo la línea de la práctica de grupo. Para la mayoría de los ciudadanos, todo esto se suple con cierta protección a través de los seguros nacionales de salud. Esta evaluación de las reacciones de los clientes a las diversas posibilidades muestra cuán poco difieren éstas en realidad.

38 Martin S. Feldstein, *The Rise Cost of Hospital Care*, Washington, D.C., Information Resources, 1971. La asistencia en hospitales ha superado con mucho el alza en los honorarios médicos. El costo general de la asistencia médica ha subido con mayor rapidez que el costo medio de todos los bienes y servicios en el índice de precios al consumidor. Los costos de prescripción y de medicamentos son los que menos han subido.

39 CREDOC (Centre de recherches et de documentation sur la consommation), *Evolution de la structure des soins médicaux, 1959-1972*, París, 1973.

40 "Krankheitskosten: 'Die Bombe tickt'; Das westdeutsche Gesundheitswesen", 1. "Der Kampf um die Kassen-Milliarden"; 2. "Die Phalanx der niedergelassenen Ärzte", *Der Spiegel*, no. 19, 1975, pp. 54-66; no. 20, 1975, pp. 126-42.

41 Una excelente introducción general a la explosión de costos en la asistencia a la salud es R. Maxwell, *Health Care: The Proving Dilemma; Needs v. Resources in Western Europe, the U.S., and the U.S.S.R.*, Nueva York, McKinsey An Co., 1974. Ian Douglas-Wilson y Gordon McLachlan, comps., *Health Service Projects: An International Survey*, Boston, Little, Brown, 1973. Esta comparación internacional muestra "la extrema heterogeneidad en la organización e ideología" de diferentes sistemas. En todas partes "la racionalización es motivada, no por políticas de derecha o de izquierda, sino por la simple necesidad de asegurar un uso más eficaz de recursos escasos y costosos". Ningún país puede sostener indefinidamente aumentos no controlados

en los fondos destinados al tratamiento de la enfermedad.

42 Louise Russell y otros, *Federal Health Spending, 1969-74*, Washington, D.C.; Center for Health Policy Studies, National Planning Association, 1974. Para comparar véase, B. Able Smith, *An International Study of Health Expenditures and Its Relevance for Health Planning*, Public Health Paper no. 32, Ginebra, World Health Organization, 1967. Basado en un cuestionario a los ministerios, este trabajo reemplaza a otro anterior del mismo autor, *Paying for Health Services*, y proporciona datos para el estudio de tendencias. Herbert E. Klarman, *The Economics of Health*, Nueva York, Columbia University Press, 1965, presenta un análisis cualitativo de la demanda, abastecimiento y organización en los Estados Unidos, con una amplia guía bibliográfica.

43 John Bryant, *Health and the Developing World*, Ithaca, NY., Cornell University Press, 1969. Una imagen de la asistencia a la salud en los países que reciben ayuda internacional.

44 Para documentación reunida por administradores profesionales, ver Bruce Balfe y otros, *Resource Material on the Socio-economic and Business Aspects of Medicine*, Chicago, Center for Health Services R and D, American Medical Association, 1971. Para orientación sobre materiales actuales, sobre todo estadounidenses acerca de economía médica, desde informes de investigación hasta artículos en la revista *Time*, ver American Medical Association, *Medical Socioeconomic Research Sources*, 12 números por año desde 1970.

45 Feldstein, *Rising Cost of Hospital Care*.

46 John H. Knowles, "The Hospital", *Scientific American* 229, septiembre 1973, pp. 128-137. Contiene diagramas y gráficas relativos a la evolución de los gastos de hospital.

47 Martin S. Feldstein, "Hospital Cost Inflation: Study of Nonprofit Price Dynamics", *American Economic Review* 61, diciembre 1971, pp. 853-76. Para una predicción complementaria de un aumento ulterior en la medicina a base de capital intensivo ver Dale L. Hiestand, "Research into Manpower for Health Services", *Milbank Memorial Fund Quarter* 44, octubre 1966, pp. 146-81.

48 Robert Rushmer, *Medical Engineering: Projections for Health Care Delivery*, Nueva York, Academic Press, 1972, p. 115.

49 Victor R. Fuchs, *Who Shall Live? Health, Economics and Social Choice*, Nueva York Basic Books, 1974, p. 15.

50 W.H. Forbes, "Longevity and Medical Costs", *New England Journal of Medicine* 277, 1967, pp. 71-8. La longevidad se mide como "promedio de tiempo de vida restante". Ha permanecido casi constante entre 1947 y 1965, pero la tasa en los Estados Unidos, comparada con la de otros países industrializa-

dos, descendió notablemente para los hombres y ligeramente para las mujeres. "Ya no existe (en 30 países estudiados) ninguna relación significativa entre el dinero gastado en la salud y la longevidad de la población." Ver también P. Longone, "Mortalité et morbidité", *Population et Société*, no. 43, enero 1972.

51 Victor Cohen, "More Hospitals to Fill: Abuses Grow", *Technology Review*, octubre-noviembre 1973, pp. 14-16.

52 Robert F. Rushmer, *Medical Engineering: Projections for Health Care Delivery*, Nueva York, Academic Press, 1972, expresa la esperanza de que el próximo aumento en financiamiento federal cree un nuevo mercado de refacciones, desde realizadores del seno hasta corazones artificiales.

53 Feldstein, *Rising Costs of Hospital Care*.

54 William A. Glaser, *Paying the Doctor: Systems of Remuneration and Their Effects*, Baltimore, Johns Hopkins, 1970. Consulte este análisis comparativo, que abarca todo el país, para el impacto de diversos métodos de pago sobre la carestía del médico.

55 John y Sylvia Jewkes, *Value for Money in Medicine*, Oxford, Blackwell, 1963, pp. 30-7, argumentan: "Podría ser que, a medida que el electorado gane en sofisticación, se dará cuenta que de hecho tiene que pagar por servicios gratuitos"; también que la prevención relativamente barata a través de hábitos cotidianos más saludables resulta más eficaz que la compra de reparaciones.

56 Fuchs, en *Who Shall Live?*, cap. 3, aboga por certificados a instituciones como sustituto al otorgamiento de certificados a individuos. Bajo tal sistema, las instituciones de asistencia médica recibirían certificados del estado y tendrían libertad para contratar y usar el personal que cada una considerase adecuado. Este sistema distribuiría con mayor eficacia los recursos y proporcionaría mayor movilidad vertical en los empleos. Pero se debilitaría el control del médico sobre la asistencia producida y distribuida por otras personas.

57 Para una bibliografía sobre la medicina socializada en Gran Bertaña, consulte Freidson, *Profession of Medicine*, p. 34, n. 9.

58 Michael H. Cooper, *Rationing Health Care*, Londres, Halsted Press, 1975. Un intento sobrio, crítico y vivaz de realizar una revisión económica general de la naturaleza y los problemas de los primeros 26 años del Servicio Nacional de Salud Británico.

59 Y. Lisitsin, *Health Production in the USSR*, Moscú, Progress Publisher, 1972.

- 60 Mark G. Field, *Soviet Socialized Medicine: An Introduction*, Nueva York, Free Press, 1967. Una introducción clásica con datos de hace 12 años al sistema médico soviético. Las pp. ix-xii proporcionan una orientación crítica sobre la literatura alemana, inglesa y francesa, y el cap. 5, referencias sobre el retorno de prioridades sociales a prioridades curativas.
- 61 Ver adelante, nota 64.
- 62 John Frey, *Medicine in Three Societies*, MTP, Aylesbury, Inglaterra, 1974.
- 63 Mark G. Field, "Soviet and American Approaches to Mental Illness: A Comparative Perspective", *Review of Soviet Medical Sciences* 1, 1964, pp. 1-36.
- 64 Joachim Israel, "Humanisierung oder Bürokratisierung der Medizin?" *Neue Gesellschaft* 21, 1974, pp. 397-404. Proporciona un inventario de 15 fuertes tendencias hacia la burocratización de la vida, que en la medicina adquiere formas específicamente relacionadas con la salud y amenaza a la gente por igual en la República Federal Alemana y en la URSS.
- 65 Odin W. Anderson, *Health Care: Can There Be Equity? The United States, Sweden, and England*, Nueva York, Wiley, 1972. Los tres sistemas examinados avanzan hacia la misma clase de burocracia, a costos comparables, pero la equidad en el acceso es mucho más baja en los Estados Unidos.
- 66 International Bank for Reconstruction and Development, *Health Sector Policy Paper*, Washington, D.C., marzo 1975.
- 67 No debe pasarse por alto que las escuelas de medicina en los países pobres constituyen uno de los medios más eficaces para la transferencia neta de dinero a los países ricos. O. Ozlak y D. Caputo, "The Migration of Medical Personnel from Latin America to the U.S.: Towards an Alternative Interpretation", ponencia presentada en la Conferencia Panamericana de Planificación de Salud y de Mano de Obra, Ottawa, Canadá, 10-14 de septiembre de 1973. (No pude verificar la referencia.) Los autores estiman que la pérdida neta *anual* para el total de América Latina, debida al flujo de médicos hacia los Estados Unidos es de 200 millones de dólares, suma igual a la asistencia médica total otorgada por los Estados Unidos a América Latina durante la primera década del desarrollo, es decir, el período que se inició con la "Alianza para el Progreso". Hossain A. Ronaghy, Kathleen Cahill y Timothy D. Baker, "Physician Migration to the United States: One Country's Transfusion is Another Country's Hemorrhage", *Journal of the American Medical Association* 227, 1974, pp. 538-42, proporciona información sobre la emigración de estudiantes iraníes de la universidad en que se graduaron. Oscar Gisha, comp., *Doctor Migration and World Health*, Occasional Papers on Social Administration no. 43, Social Administration Research Trust, Londres, Bell, 1971. Stephen S. Mick, "The Foreign Medical Graduate", *Scientific American* 232, febrero 1975,

pp. 14-22. Actualmente hay 58000 médicos importados que ejercen en los Estados Unidos; el número de los médicos con licencia completa se ha cuadruplicado. En las regiones del Medio Atlántico, del Norte Central y de Nueva Inglaterra, son más que los médicos nativos, la India, las Filipinas, Italia y Canadá pagaron cada uno la educación completa de más de 3000 de ellos; Argentina, Corea del Sur y Tailandia, entre otros países, la de más de mil cada uno. N.B.: La preparación de un médico peruano cuesta alrededor de seis mil veces lo que cuesta la educación de un típico campesino peruano.

68 En Ghana, el Hospital Central absorbía 149 de los 298 médicos disponibles para los servicios oficiales de salud, pero sólo alrededor del 1% de pacientes había sido oficialmente referido por personal médico ajeno al hospital. M.J. Sharpston, "Uneven Geographical Distribution of Medical Care, a Ghanaian Case Study", *Journal of Development Studies* 8, enero 1972, pp. 205-22.

69 Para un estudio útil de investigación de ciencias sociales en América Latina, véase Arthur Rubel, "The Role of Social Science Research in Recent Health Programs in Latin America", *Latin American Research Review* 2, 1966, pp. 37-56. Dieber Zschock, "Health Planning in Latin America: Review and Evaluation", *Latin American Research Review* 5, 1970, pp. 35-56.

70 Victor R. Fuchs, "The Contribution of Health Services to the American Economy", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, octubre 1966, pp. 65-103. Fuchs deja muy claro este punto.

71 Para orientación véase Joshua Horn, *Away with all Pests: An English Surgeon in People's China, 1954-1969*, Nueva York Monthly Review Press, 1971. Victor W. y Ruth Sidel, "Medicine in China: Individual and Society" *Hastings Center Studies* 2, no. 3, 1974, pp. 23-36. Victor Sidel, "The Barefoot Doctors of the People's Republic of China", *New England Journal of Medicine* 286, 1972, pp. 1292-1300. A.J. Smith, "Medicine in China" (5 artículos), *British Medical Journal*, 1974, no. 2, pp. 367-70, y los cuatro números siguientes. Carl Djerassi, "The Chinese Achievement in Fertility Control", *Bulletin of the Atomic Scientists*, junio 1974, pp. 17-24. Paul T.K. Lin, "Medicine in China", *Center Magazine*, Santa Bárbara, Calif., mayo-junio, 1974. M.H. Liang y otros, "Chinese Health Care: Determinants of the System", *American Journal of Public Health* 63, febrero 1973, pp. 102-10. El de Horn es todavía el mejor informe redactado en primera persona. Los de Sidel y Smith son informes de médicos viajeros a sus colegas. Djerassi proporciona valiosos datos internos sobre la condición de la contracepción. Lin llama la atención sobre los nuevos retos creados por Ralph C. Croizier, *Traditional Medicine in Modern China: Science Nationalism, and the Tension of Culture Change*, Cambridge, Harvard University Press, 1968.

72 David Lampton, *Health, Conflict, and the Chinese Political System*. Michigan Papers in Chinese Studies, No. 18, Ann Arbor, University of Michigan,

Center for Chinese Studies, 1974. A partir de 1971, grupos de intereses en competencia, cada uno tratando de maximizar la realización de sus valores, han ayudado a restablecer en parte la medicina del modelo burocrático de antes de 1968.

73 Instrumentos para un estudio ulterior de la asistencia contemporánea a la salud en China: Joseph Quinn, *Medicine and Public Health in the People's Republic of China*, U.S. Department of Health, Education, and Welfare no. NIH 73-67. Fogarty International Center, *A Bibliography of Chinese Sources on Medicine and Public Health in the People's Republic of China: 1960-1970*, Department of Health, Education, and Welfare, publication no. NIH 73-439. *American Journal of Chinese Medicine*. P.O. Box 555, Garden City, NY. 11530.

74 Vicente Navarro, "The Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment: An Analysis of the Distribution of Human Health Resources in Latin America", *International Journal of Health Services* 4, no. 1, 1974, pp. 5-27. La escasez de la asistencia a la salud es consistente con la escasez general de productos industriales que favorece a una lumpenburguesía urbana y empresarial dependiente de sus homólogas extrajeras. Este trabajo se basa en una ponencia presentada en la Conferencia Panamericana sobre Planeación de Salud y Mano de Obra en Ottawa, Canadá, 10-14 de septiembre de 1973. Una versión modificada aparece en el número de *Politics and Society* correspondiente a la primavera de 1974.

75 B. Shenkin, "Politics and Medical Care in Sweden: The Seven Crowns Reform", *New England Journal of Medicine* 288, 1973, pp. 555-559. Para antecedentes consultar Ronald Huntford, *The New Totalitarians*, Nueva York, Stein and Day, 1972.

76 Roy A. y Zhores Medvedev, *A Question of Madness*, Nueva York, Knopf, 1972, se quejan de que la naturaleza de la sociedad es tal que por lo menos dos profesiones, la medicina y la abogacía, no son parte del sistema estatal. La centralización totalitaria de los servicios médicos, si bien ha introducido el principio progresivo de asistencia gratuita para todos, ha hecho posible asimismo utilizar la medicina como un medio de control gubernamental y regulación política.

77 David R. Hyde y otros, "The American Medical Association: Power, Purpose, and Politics in Organized Medicine", *Yale Law Journal* 63, mayo 1954, pp. 938-1022. Hyde es un antiguo crítico cuyo pensamiento es todavía valioso. Richard Harris, *A Sacred Trust*, Baltimore, Penguin, 1969. Una historia de la batalla inteligente y costosa que la Asociación Médica Americana libró en los años sesenta contra la legislación de la salud pública. Elton Rayack, *Professional Power and American Medicine: The Economics of the American Medical Association*, Cleveland, World Pub., 1967, describe cómo los cabilderos de la Asociación Médica Americana utilizan la extorsión y la conspiración para

conservar un firme control sobre la certificación y la fijación de normas para cada producto que los médicos consideraran relacionado con la salud. Este control remueve todo límite a su poder.

78 Sobre las razones que anuncian la sindicalización de los médicos, véase S. Kelman, "Towards a Political Economy of Medical Care", *Inquiry* 8, no. 3, 1971, pp. 30-8; también la nota 76.

79 Lewis Mumford, *The Pentagon of Power*, vol. 2, *The Myth of the Machine*, Nueva York, Harcourt Brace, 1970, se extiende sobre el concepto de la sociedad como megamáquina.

80 Más allá de cierto punto de intensidad, el consumo produce una escasez de tiempo: Staffan B. Linder, *Harried Leisure Class* Nueva York, Columbia University Press, 1970; la aceleración produce una penuria de espacio: Jean Robert, "Essai sur l'accélération des dons", *L'Arc*, Aix-en-Provence, otoño de 1975; y la planificación destruye las posibilidades de elección; Herbert Marcuse, *Eros y Civilización*, México, Joaquín Mortiz, 1965.

81 René Dubos, *El hombre y su ambiente; el conocimiento biomédico y la acción social*. Organización Panamericana de la Salud. Scientific Publication no. 131, Washington, D.C., marzo 1966. "El tipo de salud que los hombres más desean es ...la condición más adecuada para alcanzar metas que cada individuo formula por sí mismo." Ver también Heinz von Foerster, *Molecular Etymology: An Immodest Proposal*, Nueva York, Plenum Press, 1970, para una demostración desde la biología teórica, de que un exceso de programación puede extinguir la "vida" no trivial.

82 Victor Fuchs, "Some Economic Aspects of Morality in Developed Countries", ponencia presentada en la Conferencia sobre Economía de la Salud y la Asistencia Médica, Tokio, 1973, mimeografiada. Fuchs asume que "la vida es producida principalmente por actividades no mercantiles, y que la mujer tiene a especializarse en tales actividades". El intento de sustituir más que complementar estas "actividades no mercantiles" con artículos de consumo es literalmente *insalubre*. Ver Alan Berg, *The Nutrition Factor: Its Role in National Development*, Washington, D.C.: Brookings Institution, 1973, ap. C, p. 229, sobre los efectos patógenos de la sustitución de la leche materna por diversas fórmulas.

83 La medicalización del presupuesto es una medida de *disseizin* profesional de la salud y de la aquiescencia de la gente ante su propio despojo por cuidadores terapéuticos. *Disseizin*: "La injusta expulsión de alguien de aquello que de hecho se toma como un dominio absoluto": P.G. Osborn, *Concise Law Dictionary*, Londres, Sweet and Maxwell, 1964.

84 Para una primera orientación: Alfred M. Ajami Jr., *Drugs: An Annotated Bibliography and Guide to the Literature*, Boston, Hall, 1973. Ajami selecciona y

anota más de 500 referencias psicofarmacológicas para un curso interdisciplinario sobre el "panorama" norteamericano en los últimos años de los sesenta. U.S. National Clearing House for Mental Health, *Bibliography of Drug Dependence and Abuse 1928-1966*, Chevy Chase, Maryland, 1969. Indispensable para la investigación histórica. Alice L. Brunn, *How to Find Out in Pharmacy: A Guide to Sources of Pharmaceutical Information*, Oxford, Pergamon Press, 1969. Una sencilla guía de referencias. R.H. Blum y otros, *Society and Drugs*, 2 vols. Berkeley, Calif., Jossey-Bass, 1970. Una biblioteca portátil sobre la sociedad y los medicamentos. Dupuy, Jean Pierre y Karsenty, Serge, *L'invasion pharmaceutique*, París, Seuil, 1974. Estos autores han creado este término. Describen el refuerzo mutuo de tres fuerzas: las expectativas no-realistas por parte de la mayoría de pacientes; la administración médica de un sistema técnico que tiene funciones simbólicas primarias; y la publicidad de seudoinvenciones que constituyen una parte omnícreciente de las actividades de la industria farmacéutica. Las tres fuerzas convergen como respaldo para la acumulación de capital en el sector de la salud.

85 G.E. Vaillant, "The Natural History of Narcotic Drug Addiction", en *Seminars in Psychiatry* 2, noviembre 1970, pp. 486-98. Las drogas dependen tanto en su deseabilidad como en sus efectos del medio en que se las toma. La elección de la droga es una función de la cultura, pero el abuso de la droga es una función del hombre. La ritualización del consumo de drogas crea su propia subcultura: así la historia de la drogadicción, como la de la sociedad, debe reescribirse cada ciertos años. Samuel Proger, comp., *The Medicated Society*, Nueva York, MacMillan, 1968, proporciona documentos reveladores del tipo de cultura de droga que prevalecía en los Estados Unidos mucho antes del LSD.

El grado en que los drogadictos se ven forzosamente confinados en un ghetto propio depende de la colectividad que los rechaza. Por ejemplo, los puertorriqueños en Nueva York no rechazan a sus drogadictos en la forma en que lo hacen los norteamericanos de clase media: J.P. Fitzpatrick, "Puerto Rican Addicts and Nonaddicts: A Comparison", informe inédito, Institute for Social Research, Fordham University, 1975.

86 Hans Wiswe, *Kulturgeschichte der Kochkunst; Kochbücher und Rezepte aus zwei Jahrtausenden*, Munich: Moos, 1970. La mayoría de las sociedades no distingue claramente entre su farmacopea y su dieta. Esta reseña de libros de cocina muestra que muchos fueron escritos por médicos, con una frecuente insistencia en que la mejor medicina sale de la cocina y no de la farmacia. La mayoría contienen "recetas" para el cuidado de los enfermos.

87 Para la información disponible actualmente sobre la acción de los medicamentos, véase: Louis S. Goodman y Alfred Gilman, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 4a. ed., Nueva York, MacMillan, 1970. Sobre modelos de prescripción, véase Karen Dunnell y Ann Cartwright, *Medicine Takers, Prescribers and Hoarders*, Londres, Routledge, 1972. ¿Quién toma qué tipo de medicinas para qué clase de condiciones y síntomas? ¿Cómo alientan o des-

alientan los médicos este modelo? ¿Qué tipos de medicinas se conservan en el hogar y por cuánto tiempo? Información detallada acerca de Inglaterra. Véase también John P. Morgan y Michel Weintraub, "A Course on the Social Functions of Prescription Drugs: Seminar Syllabus and Bibliography", *Annals of International Medicine* 77, agosto 1972, pp. 217-22; Paul Stolley y Louis Lasagna. "Prescribing Patterns of Physicians", *Journal of Chronic Diseases* 22, diciembre 1969, pp. 395-405.

88 *Business in Thailand*, edición sobre la industria farmacéutica, agosto 1974.

89 El médico norteamericano puede fácilmente tener acceso a esta información a través de fuentes como *Medical Letter on Drugs and Therapeutics*, Medical Library Association, 919 N. Michigan Avenue, Chicago, Ill. Ésta es una fuente de información, libre de prejuicios, sobre medicamentos, que se envía por correo cada quince días. No hay nada comparable en francés, alemán o español. Véase también Richard Burack, *The New Handbook of Prescription Drugs: Official Names, Prices, and Sources for Patient and Doctor*, ed. rev., Nueva York, Pantheon, 1970. Véase más adelante, nota 99, pp. 93, para una descripción de este libro.

90 Arturo Aldama, "Establecimiento de un laboratorio farmacéutico nacional", *Higiene: Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Higiene II*, enero-febrero 1959. Este trabajo dio la voz de alarma.

91 La información sobre la cloromicetina está tomada de: U.S. Senate, Select Committee on Small Business, Subcommittee on Monopoly, *Competitive Problems in the Drug Industry*, 90th Congress, 1st and 2nd Sessions 1967-68, pt. 2, p. 565.

92 Sobre los mecanismos que convierten la autorregulación en una licencia para ejercer el máximo abuso tolerado públicamente, véase Eliot Freidson y Buford Rhea, "Process of Control in a Company of Equals", *Social Problems* 9, 1963, pp. 119-131. Muestran que, aunque buena parte del abuso no es observado, incluso cuando se observa no se comunica a los colegas, e incluso si se comunica se trata "hablando con el ofensor" y queda sin control. La autorregulación protege principalmente a la profesión eliminando al carnicero incompetente y al leproso moral. William J. Goode, "The Protection of the Inept", *American Sociological Review* 32, febrero 1967, pp. 5-19. Goode describe cómo la autorregulación consiste en un alto grado en la protección del inepto dentro del grupo y en la protección de los propios intereses del grupo con respecto a los excesos del inepto. La modernización consiste en la utilización más eficaz del inepto para los propios intereses del grupo. Eliot Freidson y Buford Rhea, "Knowledge and Judgment in Professional Evaluations", *Administrative Science Quarterly* 10, junio 1965, pp. 107-24.

93 La memoria no sirve de guía para averiguar a quién se han prescrito o quién ha consumido medicamentos anteriormente. Una búsqueda en el regis-

tro nacional de prescripciones en Inglaterra y Gales muestra que 8 de cada 10 mujeres que parieron un niño defectuoso después de tomar talidomida por prescripción negaron haber tomado el medicamento, y que sus médicos negaron haberlo recetado. Ver A.L. Speirs, "Thalidomide and Congenital Abnormalities", *Lancet*, 1962, no 2, p. 303.

94 Henri Pradal, *Guide des médicaments les plus courants*, París, Seuil, 1974. En noviembre de 1973 mi editor francés, Seuil, publicó una edición original en libro de bolsillo, escrita por un médico con muchos años de experiencia como toxicólogo. Es una lista de los 100 fármacos más vendidos, incluyendo medicamentos de prescripción, y explica qué es cada uno, para qué resulta indicado, cómo tiende a usarse o a recetarse y con qué consecuencias. El día de la publicación 57 firmas farmacéuticas iniciaron sendas acciones legales para lograr que el libro fuera retirado de la circulación y demandaron una compensación por daños probables.

95 A. del Favero y G. Loiacono, *Farmaci, salute e profitti in Italia*, Milán, Feltrinelli, 1974, describen la dependencia y el servilismo del médico italiano en sus relaciones con la industria farmacéutica, y la explotadora integración de las firmas farmacéuticas italianas a las compañías transnacionales. Lleno de documentación y detalle.

96 James H. Young, *Medical Messiahs: A Social History of Health Quackery in Twentieth-Century America*, Princeton, NJ, Princeton University Press, 1967. Trasfondo histórico de la caballeresca confianza de la medicina organizada de los Estados Unidos, fundamentada en su protección al público contra los independientes y la automedicación. Para la historia más antigua véase James H. Young, *The Toadstool Millionaires: A Social History of Patent Medicines in America Before Federal Regulation*, Princeton, NJ, Princeton University Press, 1961.

97 Robert S. McCleery, *One Life-One Physician: An Inquiry into the Medical Profession's Performance in Self-Regulation*, A Report to the Center for the Study of Responsive Law, Washington, D.C., Public Affairs Press, 1971. Este informe a un grupo de estudios iniciado por Ralph Nade concluye que hay una total falta de control interno de calidad en la profesión médica.

98 Morton Migtz, *By Prescription Only: A Report on the Roles of the United States Food and Drug Administration, the American Medical Association, Pharmaceutical Manufacturers, and Others in Connection with the Irrational and Massive Use of Prescription Drugs that May Be Worthless, Injurious, or Even Lethal*, 2a. ed., Boston, Beacon Press, 1967. Originalmente publicada como *The Therapeutic Nightmare*, Boston, Houghton Mifflin, 1965, esta obra maestra de investigación periodística escrita por un reportero del *Washington Post* ha hecho más que cualquier otro libro por cambiar el enfoque de la discusión sobre la medicina en los Estados Unidos. Durante diez años una minoría activa se preocupó por el daño que la medicina capitalista inflige a los

pobres. Ahora la mayoría tragapíldoras se ha dado cuenta del daño que le estaba haciendo a ella.

99 Richard Burack, M.D., *The New Handbook of Prescription Drugs: Official Names, Prices and Sources for Patient and Doctor*, Nueva York, Pantheon, 1970. Publicado en una época en que aún era difícil obtener pruebas judiciales sobre el indebido prejuicio de las comisiones reguladoras, sobre la conspiración para diseminar información equívoca sobre medicamentos o tóxicos, y sobre la venalidad de no pocos profesores de medicina, este libro proporciona información y evaluación de la eficiencia, la utilidad, los efectos secundarios y la aplicación de los 200 medicamentos recetados con más frecuencia, comenta sus precios en comparación con los equivalentes genéricos (de cuyos proveedores hay una lista con direcciones) y añade sabrosas anécdotas sobre muchas de las panaceas de marca registrada.

100 James L. Goddard, "The Drug Establishment", *Esquire*, marzo 1969. Un reportaje legible y bien documentado.

101 Edwin Sutherland, *White-Collar Crime*, Nueva York, Holt, 1961, usa este término para designar una amplia gama de delitos graves que implican un daño social reconocido que o no son perseguidos o bien se confinan a juzgados civiles. La variedad médica tiene consecuencias epidémicas y podría llamarse "crimen de bata blanca".

102 Herbert Schreier y Lawrence Berger, "On Medical Imperialism: A Letter", *Lancet*, 1974, no. 1, pp. 1161: "Bajo la presión de la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos, la Parke-Davis insertó estrictas advertencias sobre los riesgos y cautelas en las indicaciones para el uso de los medicamentos, en los Estados Unidos. La advertencia no se extendió al mismo medicamento en el extranjero." Ver también John F. Hellergers, "Chloramphenicol in Japan: Let It Bleed", *Bulletin of Concerned Asia Scholars* 5, julio 1973, pp. 37-45. La expansión parcialmente esta forma de imperialismo. La autoridad federal, que ahora abarca a la industria de drogas farmacéuticas de 6 mil millones de dólares, no se extiende aún a la industria de *aparatos médicos* de 3 mil millones. No puede, por ejemplo, impedir que la compañía A.H. Robins surta a compañías extranjeras con un modelo de diafragma anti-conceptivo que ha sido retirado del mercado estadounidense a causa de su alto índice de infecciones; ver *Hastings Center Studies* 5, no. 3, 1975, p. 2.

103 Sobre la medicina en Chile durante el gobierno de Allende consulte: Howard Waitzkin y Hilary Modell, "Medicine, Socialism, and Totalitarianism: Lesson from Chile", *New England Journal of Medicine* 291, 1974, pp. 171-7; Vicente Navarro, "What Does Chile Mean? An Analysis of Events in the Health Sector Before, During, and After Allende's Administration", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 52, primavera en el Seminario Internacional sobre la Salud en la Universidad de Harvard, febrero de 1974. Para Freitag, *Poder popular in Chile am Beispiel Gesundheit: Dokument aus Elendsvierteln*,

Stein/Nuremberg, Laetere/Imba, 1974.

104 Albert Jonsen y otros. "Doctors in Politics: A Lesson from Chile", *New England Journal of Medicine* 291, 1974, pp. 471-2. Describe la particular violencia con que la junta persiguió a los médicos.

105 John M. Firestone, *Trends in Prescription Drug Prices*, Washington, D.C. Enterprise Institute for Public Policy Research, 1970. Los gastos en medicamentos dan solamente cuenta de aproximadamente el 10% de los gastos de la salud. El alza moderada en el costo de cada receta durante los últimos años se debe ante todo al aumento del listado de medicamentos en la prescripción.

106 Edward M. Brecher and Consumer Reports Editions, *Licit and Illicit Drugs: The Consumers Union Report on Narcotics, Stimulants, Depressants, Inhalants, Hallucinogens and Marijuana - Including Caffeine, Nicotine and Alcohol*, Boston, Little, Brown, 1973.

107 D.M. Dunlop, "The Use and Abuse of Psychotropic Drugs", en *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 63, 1970, p. 1279. G.L. Klerman, "Social Values and the Consumption of Psychotropic Medicine", en *Proceedings of the First World Congress on Environmental Medicine and Biology*, Harlem, North Holland, 1974. Con respecto a una forma particularmente perniciosa de toxicomanía prescrita médicamente, véase Dorothy Nelkin, *Methadone Maintenance: A Technological Fix*. Nueva York, Braziller, 1973.

108 James L. Goddard, "The Medical Business", *Scientific American* 229, septiembre 1973, pp. 161-6. Contiene gráficos y diagramas que muestran las ventas en Estados Unidos de medicamentos prescritos o no, por categorías, 1962-1971; contiene el desglose de las ventas calculadas en dólares, en 1968, para 17 de las principales empresas farmacéuticas; contiene además una introducción a nuevos medicamentos, combinaciones y formas de dosificación, 1958-1972. También determina 8 diferentes clases de medicamentos de prescripción. Tan sólo dentro de la categoría "drogas del sistema nervioso", las ventas suman más de mil millones de dólares por año, comparable a otras tres categorías, cada una de las cuales suma unos 500 millones; y el resto suman menos de 350 millones cada una. Para un desglose realizado por edad, sexo y tipo de 762 millones de medicamentos con valor de 2.5 millones de dólares, recetadas a pacientes no hospitalizados en el curso de un año en los Estados Unidos, véase B.S.H. Harris y J.B. Hallan, "The Number and Cost of Prescribed Medicines: Selected Diseases", *Inquiry* 7, 1970, 38-50.

109 *Drug Use in America; Problem in Perspective*, Second Report of the National Commission on Marijuana and Drug Abuse, 1972, 1973, 1974, 4 vols., Washington, D.C., Government Printing Office; stock no 5266-0003. National Commission for the Study of Nursing and Nursing Education, *An Abstract for*

Action Nueva York, McGraw-Hill, 1970.

110 Mitchell Balter y otros, "Cross-national Study of the Extent of Anti-Anxiety/Sedative Drug Use", *New England Journal of Medicine*, 209, 1974: 769-774.

111 Michael Balint, *Treatment or Diagnosis: A Study of Repeat Prescriptions in General Practice*, Mind and Medicine Monographs, Philadelphia, Lippincott, 1970. La prescripción da brillo y aparente racionalidad a la creencia de que el progreso consiste en comprar el salirse de todas las cosas, incluyendo la realidad misma. Balint señala que en dos tercios de los casos en los cuales se recetaron repetidamente medicamentos sin ninguna justificación técnica, el médico mismo tomaba la iniciativa de ofrecer el medicamento. Harry Dowling, "How Do Practicing Physicians Use New Drugs?" *Journal of the American Medical Association*, 185, 1963: 233-236. Por temor de "no haber nada", el médico es llevado a recetar más de lo indicado en las instrucciones del envase. Para las características según las cuales se extiende el abuso de las prescripciones, véase, Leighton, E. Cluff y otros, "Studies in the Epidemiology of The Adverse Drug Reaction", *Journal of the Americans Medical Association*, 188, 1964:976-983.

112 Philippe de Félice, *Poisons sacrés: Ivresses divines. Essai sur quelques formes inférieures de la mystique*, Paris, Albin, 1936, reimpr. 1970. La postura y objetivos tradicionales, generalmente religiosos, para el consumo de las drogas se contrastan con el uso actual laicizado de las sustancias que alteran la mente.

113 Charles Levinson, *Valium zum Beispiel: Die multinationalen Konzerne der pharmazeutischen Industrie*, Hamburg, Rowohlt, 1974. Los precios cobrados en la India por Glaxo, Pfizer, Hoechst, CIBA-Geigy y Hoffmann-Laroche son en promedio 357% más altos que los que aparecen en listas en los países occidentales donde esas casas tienen su casa matriz.

114 Véase también Burack, *New Handbook of Prescription Drugs*.

115 En la mayoría de los países, la mayor parte de la información que los médicos obtienen sobre los medicamentos procede de manuales patrocinados por la industria, tales como *Physicians' Desk Reference to Pharmaceutical Specialities and Biologicals*, publicado desde 1946 por Medical Economics, Rutherford, N.J. Esta publicación anual, conocida como *P.D.R.* es financiada por la industria farmacéutica. Las descripciones de los medicamentos están escritas por las mismas compañías, que pagan el espacio a 115 dólares la pulgada de columna; ver John Pekkanen, *The American Connection: Profiteering and Politicking in the "Ethical" Drug Industry*, Chicago, Follett, 1973, p. 106. El manual francés *Vidal* contiene descripciones que cancelan las advertencias que son obligatorias en el prospecto que acompaña al medicamento. En contraste con éstos, los Estados Unidos tienen dos compendios farma-

cológicos semioficiales, la *Pharmacopeia of the United States of America (USP)* y el *National Formulary (NF)*. La USP ha dado consecuentemente consideración al valor terapéutico y a las propiedades tóxicas. Estos compendios no se escriben para guiar a los médicos, sino para dar a los fabricantes de medicamentos, normas técnicas que los preparados deben cumplir para ser en el comercio interestatal de los Estados Unidos.

116 Para tener una idea del número de médicos al servicio de un solo fabricante en la promoción de un solo producto, consulte *Librium: World-wide Bibliography*, publicada anualmente desde 1959 por los laboratorios Roche. En los primeros cuatro años aparecen 832 nombres. Véase también *Science* 180, 1973, p. 1038, para un informe de un estudio dirigido por la Administración Federal de Drogas sobre la ética de los médicos que realizan investigaciones de campo con medicamentos nuevos. Una quinta parte de los investigados había inventado los datos que enviaron a las compañías farmacéuticas, y se embolsaron los honorarios.

117 Selig Greenberg, *The Quality of Mercy: A Report on the Critical Condition of Hospital and Medical Care in America*, Nueva York, Atheneum, 1971. Un año de publicidad farmacéutica cuesta más de lo que costaría mandar a la escuela a todos los médicos de Estados Unidos durante un año.

118 H. Friebel, "Arzneimittelverbrauchs-Studien", en H.J. Dengler y W. Wirth, comps., *Seminar für Klinische Pharmakologie auf Schloss Reisenberg bei Günzburg/Donau, vom 25.-29. Oktober, 1971*, Überreicht von der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft E.V., Frankfurt am Main, pp. 228-40. Un breve y valioso pronunciamiento sobre la carencia de medidas útiles, que hace de este pronunciamiento tan abarcador lo mejor que puede ofrecerse responsablemente. El autor es uno de los directores de la División de Eficacia y Seguridad de Drogas de la Organización Mundial de la Salud.

119 World Health Organization, Regional Office for Europe, *Consumption of Drugs: Report on a Symposium, Oslo, November 3-7, 1969*. Edición limitada, accesible sólo a personas con posición profesional oficial a través de la oficina regional de la OMS en Copenhague. Este estudio es el primero de su tipo. Compara 22 países, señalando diferencias significantes en los modelos de consumo de medicamentos pero enormes dificultades para establecer comparaciones precisas. Categorías terapéuticas, evaluaciones de costos y medidas de unidades farmacológicas son diferentes. Resulta legítimo deducir de la información que el consumo total de la medicina es en gran parte independiente del costo o del tipo de práctica que prevalece, es decir, particular o socializada. El consumo en un país dado de aquellos medicamentos que requieren prescripción se relaciona positivamente con la densidad de los médicos que prescriben.

120 Alfred M. Freedman, "Drugs and Society: An Ecological Approach", *Com-*

prehensive Psychiatry 13, septiembre octubre 1972, pp. 411-20.

121 Alvin Moscow, *Merchants of Heroin*, Nueva York, Dial Press, 1968. Puede servir como introducción a una rama de los negocios del bajo mundo.

122 Para la historia del uso consciente del efecto del placebo, véase Arthur K. Shapiro, "A Contribution to a History of the Placebo Effect", *Behavioral Science* 5, abril 1960, pp. 109-35; Gerhard Kienle, *Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft: Eine Kritische Untersuchung*, Stuttgart, Schattauer, 1974. La capacidad del placebo para provocar síntomas de tipo específico, incluso cuando se administra en una prueba de selección a ojos cerrados (tanto del paciente como del médico), se discute en el cap. 7 de Kienle. Una mina de literatura internacional sobre la seguridad que se puede tener de los medicamentos.

123 Veáanse las declaraciones de Henry Simmons, director de la Oficina de Drogas de la Administración de Alimentos y Drogas, en Nicholas Wade, "Drug Regulation: Food and Drug Administration Replies to Charges by Economists and Industry", *Science* 179, 1973, pp. 775-7.

124 *Ibid.*

125 Fuchs, *Who Shall Live?*

126 William M. Wardell, "British Usage and American Awareness of some New Therapeutic Drugs", *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 14, noviembre diciembre 1973, pp. 1022-34. Estudia nuevos medicamentos que se pusieron a disposición del público en Inglaterra y fueron ampliamente discutidos en publicaciones a las que están suscritos los médicos de Estados Unidos. Wardell descubre que el especialista norteamericano no está consciente de la existencia de estos medicamentos a menos que estén en el mercado de los Estados Unidos y, por lo tanto, él está sujeto a la información de los vendedores al menudeo.

127 Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft E.V., *Bioverfügbarkeit von Arzneistoffen*, Schriftenreihe der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft E.V., vol. 6, Frankfurt, Umschau, 1964. Las campañas conjuntas de relaciones públicas emprendidas por firmas competidoras merecen especial atención. Actualmente, se concentran en ensalzar la superioridad de los productos de marca registrada sobre sus equivalentes genéricos por ejemplo, de la Aspirina Bayer sobre la aspirina, producto genérico, fundamentándose en la "bio-disponibilidad", una disponibilidad biológica más alta y más controlada del medicamento una vez que éste se incorpora al organismo. Para cualquier mente libre de prejuicios, las investigaciones de una década han demostrado que con la sola excepción de una preparación genérica de cloranfenicol (ver Burack, *A New Hand-book of Prescription Drugs*, p. 85), los medicamentos genéricos no son en modo alguno inferiores a los que se producen bajo nombres registrados. Esta conclusión ha sido incorporada a las políticas fede-

rales de los Estado Unidos. Sin embargo, durante los últimos 5 años las compañías farmacéuticas han patrocinado anualmente varios cientos de "trabajos de investigación" sobre las diferencias en "bio-disponibilidad", gastando en el autor de cada trabajo un promedio de 6,000 dólares en honorarios, gastos, y costos de asistir a conferencias profesionales. Muchos de tales autores son jefes de departamento en universidades importantes. Las conclusiones de la mayor parte de los trabajos no muestran ninguna diferencia médicamente significativa. Pero el efecto final de esta investigación ilusoria es la mistificación del médico general, que a menudo recomienda, sin fijarse en el costo, el medicamento cuya "bio-disponibilidad" se pregona publicitariamente.

128 J.P. Dupuy y A. Letourmy, *Déterminants et coûts sociaux de l'innovation en matière de santé*, informe del OCDE, 1974. Los autores apoyan esta tesis. El refinamiento de aquellos criterios por los cuales un especialista mide la eficacia de su intervención especializada garantiza, pasado cierto umbral, la aparición de efectos secundarios indeseables y genéricamente previsibles. Si se intentara diagnosticar y tratar a su vez estos efectos secundarios, esta intervención médica ulterior sólo reforzaría la yatrogénesis.

129 Sobre la certificación de prostitutas, véase William W. Sanger, *The History of Prostitution*, Nueva York, American Medical Press, 1858.

130 Para la historia de los certificados médicos de defunción, véase U.S. National Office of Vital Statistics, *First Things and Last: The Story of Birth and Death Certificates*, U.S. Public Health Service Publication no. 724, Washington, D.C., 1960.

131 Office of Health Economics, *Off Sick*, enero 1971, p. 17. Se estima que del 15 al 30% de todas las visitas al médico no tienen más objeto que el de obtener un certificado. En el 58% de los casos, el último día de incapacidad anotado en los certificados que justifican la ausencia por enfermedad es el sábado.

132 La interferencia de los expertos en la reglamentación contra el testimonio "de oídas" no se limita desde luego a la medicina. Es una característica común de la secularización y del surgimiento de las profesiones. Dentro y fuera del juzgado, desgasta la confianza en lo que el hombre común ve y oye, y de tal manera mira tanto el proceso judicial como el político. Sobre la opinión del autor con respecto a la expropiación profesional del lenguaje, la ciencia y los procedimientos legales, véase Ivan Illich, *La convivencialidad*, Barcelona, Barral.

133 Franz Boll, "Die Lebensalter: Ein Beitrag zur antiken Ethologie und zur Geschichte der Zahlen", *Neue Jahrbücher für das Klassische Altertum, Geschichte und deutsche Literatur* 16, no. 31, 1913, pp. 89-145.

134 Véase E.E. Evans-Pritchard, *Witchcraft, Oracles, and Magic Among the Azandé*, Nueva York, Oxford University Press, 1973, para la distinción entre hechicero y brujo. Jeffrey B. Russell, en *Witchcraft in the Middle Ages*, Ithaca, N.Y., Cornell University Press, 1972, afina esta distinción y la aplica a la cultura occidental. El elemento demonológico que transforma a las brujas en herejes suele injertarse a nivel de los tribunales.

135 Victor W. Turner. "Betwixt and Between: The Liminal Period in *Rites de Passage*", en American Ethnological Society, *Symposium on New Approaches to the Study of Religion: Proceedings, 1964*, Seattle, University of Washington Press, 1965, pp. 4-20. Por la medicalización de la vida, lo que en las sociedades pasadas parecía ser "liminal" se ha convertido en la situación cotidiana del hombre administrado.

136 Arnold van Gennep, *The Rites of Passage*, Londres, Routledge, 1960; edición original francesa, 1909. La reciente crítica de Lévy-Strauss al autor no ha puesto en duda su idea básica de que los períodos de iniciación afirman y simbolizan la función continuada de la cultura como conservadora de la salud.

137 Para información sobre la sutil penetración del hospital en los intersticios de la ciudad moderna, consultar Gerard F. Pyle, "The Geography of Health Care", en John Melton Hunter, *The Geography of Health and Disease*, Studies in Geography no. 6, Chapel Hill, NC, University of North Carolina Press, 1974, un análisis espacial al servicio de los planificadores de salud. Para un tratamiento amplio del impacto arquitectónico de los hospitales sobre nuestra sociedad, véase Roslyn Lindheim, *The Hospitalization of Space*, Londres, Calder and Boyars, previsto para 1978. Lindheim demuestra cómo

la reorganización de modelos espaciales al servicio de los médicos ha empobrecido los aspectos no médicos, fomentadores de salud y curativos del ambiente social y físico del hombre moderno.

138 Para orientación sobre publicaciones en ciencias sociales sobre los viejos y los que están envejeciendo, véase James E. Birren, Yonina Talmon y Earl F. Cheit, "Aging: 1. Psychological Aspects; 2. Social Aspects; 3. Economic Aspects", *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 1968, vol. 1, pp. 176-202. Para orientación sobre publicaciones en alemán, véase Volkmar Boehlau, comp., *Wege zur Erforschung des Alterns, Wege der Forschung*, vol. 189, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1973, una antología. El envejecimiento contemporáneo en Francia, Michel Philibert, *L'Echelle des âges*, París, Seuil, 1968.

139 John H. Dingle, "The Ills of Man", *Scientific American* 299, septiembre 1973, pp. 77-82. El estudio que llega a esta "conclusión" posee amplio fundamento. Distingue cuatro perspectivas del "padecimiento" 1) la gente, 2) los médicos, 3) los pacientes, 4) los compiladores de estadísticas vitales. Desde los cuatro puntos de vista, la conclusión se sostiene.

140 Max Neuburger, *The Doctrine of the Healing Power of Nature Throughout the Course of Time*, trad. L.J. Boyd, Nueva York, edición privada, 1932. Para referencias más recientes, Joseph Schumacher, *Antike Medizin: Die naturphilosophischen Grundlagen der Medizin in der griechischen Antike*, Berlín, Gruyter, 1963.

141 J.F. Partridge y J.S. Geddes, "A Mobile Intensive-Care Unit in the Management of Myocardial Infarction", *Lancet*, 1967, no. 2, pp. 271.

142 Simone de Beauvoir, *The Coming of Age: The Study of the Aging Process*, trad. Patrick O'Brian, Nueva York, Putnam, 1972. *La vejez*, Buenos Aires, Editorial sudamericana. Un estudio monumental de la vejez a través de la historia desde la perspectiva del envejecer contemporáneo. Ver también Jean Amery, *Über das Alter: Revolte und Resignation*, Stuttgart, Klette, 1968, una fenomenología contemporánea del envejecimiento.

143 *World Health Statistics Report 27*, septiembre 1974. Una comparación internacional de 27 países industrializados muestra que para el grupo de edades entre los 15 y los 44 años, los accidentes fueron la principal causa de muerte en 1971 (excepto en Inglaterra y Gales). En la mitad de estos países ocasionaron más del 30% de todas las muertes.

144 David Jutman, "The Hunger of Old Men", *Trans-Action*, 12 de noviembre de 1971, pp. 55-66.

145 A.N. Exton-Smith, "Terminal Illness in the Aged", *Lancet*, 1961, no. 2, pp. 305-8. La mayoría de los dolores y de los sufrimientos se asocian con

procesos que llevan en forma indirecta a la muerte. Aunque el uso de antibióticos puede evitar o retrasar complicaciones como la bronconeumonía, que de otro modo sería fatal, a menudo añade poco tiempo y mucho dolor a la vida.

146 Rick Carlson, en *The End of Medicine*, Nueva York, Wiley Interscience, 1975, desarrolla muy bien todo este aspecto. Ver también H. Harmsen, "Die sozialmedizinische Bedeutung der Erhöhung der Lebenserwartung und der Zunahme des Anteils der Bejahrten bis 1980", *Physikalische Medizin und Rehabilitation* 9, no. 5, 1968, pp. 119-21.

147 Robert A. Scott, *The Making of Blind Men*, Nueva York, Russell Sage, 1969. El ser aceptado entre los ciegos y el comportarse como una persona ciega es en gran medida independiente del grado de impedimento óptico. Para la mayoría de los "ciegos", es sobre todo el resultado del éxito en sus relaciones de cliente con una agencia que se ocupa de la "ceguera".

148 Roslyn Lindheim, "Environments for the Elderly: Future-Oriented Design for Living?" 20 de febrero de 1974, mimeografiado. Describe la forma en que los ancianos experimentan el espacio.

149 Sobre la eliminación social de los viejos, la fuente principal sigue siendo John Koty, *Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern*, Stuttgart, Hirschfeld, 1934. No he visto Fritz Paudler, *Die Alten- und Krankentötung als Sitte bei den indogermanischen Völkern*, Heidelberg, 1936. Una completa referencia de las publicaciones al respecto en Will-Eich Peuckert, comp., "Altentötung", en *Handwörterbuch der Sage*, Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1961.

150 A. Jores y H.G. Puchta, "Der Pensionierungstod: Untersuchungen an Hamburger Beamten", *Medizinische Klinik* 54, no. 25, 1959, pp. 1158-64.

151 David Bakan, *Disease, Pain and Sacrifice: Toward a Psychology of Suffering*, Boston, Beacon Press, 1971. Estas enfermedades incluyen asma, cáncer, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus, lupus eritematoso diseminado, hemorragias uterinas funcionales, enfermedad de Raynaud, artritis reumatoide, tirotoxicosis, tuberculosis y colitis ulcerativa. Véase *ibid.* para información sobre cada una.

152 Elisabeth Markson, "A Hiding Place to Die", *Trans-Action*, 12 de noviembre de 1972, pp. 48-54. Un informe patético y sensible. Ver también Jutman, "The Hunger of Old Men". Los ancianos siempre han respondido muriendo a pedido: David Lester, "Voodoo Death: Some New Thoughts on an Old Phenomenon", *American Anthropologist* 74, junio 1972, pp. 386-90; Walter B. Cannon, "Voodoo Death", *American Anthropologist* 44, abril junio 1942, pp. 169-81. Siempre hubo maneras de orillarlos al suicidio: J. Wisse, *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern*, Zutphen, Thieme, 1933.

Blenkner, Margaret, y otros, "Protective Services for Older People", *Findings from the Benjamin Rose Institute Study, Final Report*, Cleveland, Rose Institute, 1974. La ayuda casera profesional, aunque representa lo "mejor" en el pensamiento y en la práctica del trabajo social, también tiende a acelerar la decadencia y muerte de los viejos cuando va más allá de la simple limpieza de la casa, la eliminación de la basura y la reparación del hogar. Dos años después de comenzar con la ayuda casera *intensiva*, había muerto el 39% de los asistidos, comparado con sólo un 25% entre el grupo de control elegido al azar.

153 Peter Townsend, *The Last Refuge: A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged in England and Wales*, Londres, Routledge, 1962. Complementa anteriores trabajos realizados por el autor. Evalúa las instalaciones residenciales proporcionadas bajo el Acta de Asistencia Nacional Británica de 1948 y señala la falta de equidad en el tratamiento. Anne-Marie Guillemard, *La Retraite, une mort sociale: Sociologie des conduites en situation de retraite*, París, Mouton, 1972. Un estudio socioeconómico que muestra la fuerte acentuación de la discriminación de clases entre los jubilados franceses.

154 A. Eardley y J. Wakefield, *What Patients Think About the Christie Hospital*, University Hospital of South Manchester, 1974. Año con año las demandas hechas por personas de cierta edad superior a los 70 se hacen más específicas y costosas.

155 El "bebé" es una categoría social de invención bastante reciente: la primera etapa en el desarrollo del hombre-consumidor. Sobre el proceso por medio del cual el niño de pecho fue transformado lentamente en bebé, y la ayuda que la medicina proporcionó en este proceso, véase Luc Boltanski, "Prime education et morale de classe", *Cahiers du Centre de Sociologie Européenne*, La Haya/París, Mouton, 1969.

156 La cultura de la niñez como la característica de un grupo cronológico distinto del adulto y del infante es de origen social, como la del "bebé". Véase Philippe Ariés, *Centuries of Childhood: A Social History of Family Life*, Nueva York, Knopf, 1962, especialmente sobre el profundo cambio que experimentó la actitud hacia la muerte de un niño entre los siglos XVII y XIX.

157 John Bryant, M.D., *Health and the Developing World*, Ithaca, N.Y., Cornell University Press, 1969.

158 Acerca de la relativamente mayor resistencia al paludismo, a las infecciones y a las enfermedades por deficiencia en los niños alimentados con leche materna, ver "Milk and Malaria", *British Medical Journal*, 1952, no. 2, p. 1210. O. Mellander y B. Vahlquist, "Breast Feeding and Artificial Feeding", *Acta Paediatrica* 2, supl., 1958, p. 101. Para un panorama de escritos sobre el tema, véase el editorial "Breast Feeding and Polio Susceptibility",

Nutrition Review, mayo 1965, pp. 131-133. Leonard J. Mata y Richard Wyatt, "Host Resistance to Infection", *American Journal of Clinical Nutrition* 24, agosto 1971, pp. 976-86.

159 Para más datos sobre la influencia del biberón en la nutrición mundial, véase Alan Berg, *The Nutrition Factor: Its Role in National Development*, Washington, D.C., Brookings Institution, 1973. Un niño a quien se da el pecho durante los primeros dos años de su vida recibe el equivalente nutricional de 436 litros de leche de vaca, cuyo costo equivale a las ganancias anuales promedio de un hindú.

160 El tipo de la malnutrición moderna en todo el mundo se refleja en las dos formas que adopta la malnutrición infantil. Mientras el paso del pecho al biberón introduce a los niños chilenos a una vida de desnutrición endémica el mismo paso inicia a los bebés ingleses en una vida de sobrealimentación patológica; véase R.K. Oates, "Infant Feeding Practices", *British Medical Journal*, 1973, no. 2, pp. 762-4.

161 Sobre la vida como un constante entrenamiento para sobrevivir en la megamáquina, véase Lewis Mumford, *The Pentagon of Power: The Myth of the Machine*, Vol. 2, Nueva York, Harcourt Brace, 1970.

162 Thomas J. Scheff, *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*, Chicago, Aldine, 1966. Aunque se ocupa primordialmente de temas psiquiátricos, Scheff no deja de recalcar la diferencia analítica entre la enfermedad mental que es parte del sistema social y la conducta correspondiente.

163 Freidson, *Profession of Medicine*, p. 223.

164 Erving Goffman, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs, N.J., Spectrum, 1963. Ver también Richard Sennett, "Two on the Aisle", *New York Review of Books*, 1º de noviembre de 1973, quien destaca que para Goffman la tarea central es describir la conciencia inducida por vivir en una ciudad moderna. La vida contemporánea inevitablemente estigmatiza; acerca de los mecanismos, véase H.P. Dreitzel, *Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft: Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens*, Stuttgart, Enke, 1972.

165 Wilhelm Aubert y Sheldon Messinger, "The Criminal and the Sick", *Inquiry* 1, 1958, pp. 137-60. Discute las diversas formas que puede adoptar el control social, dependiendo de la manera especial en que el estigma infringe la identidad moral.

166 Fred Davis, *Passage Through Crisis: Polio Victims and their Families* Indianápolis, Bobbs-Merrill, 1963. Davis relaciona la transitoriedad no sólo con la seriedad sino también con la clase social. Se diagnosticará más pronto la "incapacidad permanente" a un pobre que a un rico.

167 C.M. Wylie. "Participation in a Multiple Screening Clinic with Five-Year Follow-Up", *Public Health Report* 76, julio 1961, pp. 596-602. El informe indica resultados desilusionantes.

168 G.S. Siegel, "The Uselessness of Periodic Examination", *Archives of Environmental Health* 13, septiembre 1966, pp. 292-5. "El examen periódico de los adultos, tal como originalmente se concibió y actualmente se practica, sigue siendo, tras 50 años de vigorosa promoción norteamericana, un procedimiento médico sin comprobación científica. No tenemos cana, un procedimiento médico sin comprobación científica. No tenemos pruebas definitivas de que una población que recibe tal asistencia viva más, mejor, con más salud o felicidad por esa causa, ni tenemos pruebas de lo contrario". Schipperges, Heinrich, "Aerztliche Bemuehungen um die Gesunderhaltung seit der Antike", *Heidelberger Jahrbuecher*, 7, 1963, pp. 121-36. Una historia del mantenimiento de la salud medicalizada desde la antigüedad.

169 Paul D. Clote, "Automated Multiphasic Health Testing: An Evaluation", estudio independiente con John McKnight, Northwestern University, 1973; reproducido en Antología A8, Cuernavaca, CIDOC, 1974. Reseña la información disponible.

170 J. Schwartz y G.L. Baum, "The History of Histoplasmosis", *New England Journal of Medicine* 256, 1957, pp. 253-8. Describe el costoso descubrimiento de una "enfermedad" incurable que no mata ni daña y que parece ser endémica dondequiera que la gente entra en contacto con pollos, ganado, gatos o perros.

171 Freidson, *Profession of Medicine*, pp. 73 y sigs., hace la distinción que yo aplico aquí. Como profesional docto, el científico médico sólo necesita contender con sus colegas y sólo necesita la aceptación de éstos de su invención de una nueva enfermedad. Como profesional consultante, el médico que ejerce depende de un público educado que acepta su exclusivo derecho a diagnosticar.

172 Parsons, *The Social System*, pp. 466 y sigs. El autor establece este punto al comentar a Pareto.

173 Thomas J. Scheff, "Decision Rules, Types of Error, and their Consequences in Medical Diagnosis", *Behavioral Science* 8, 1963, pp. 97-107.

174 American Child Health Association, *Physical Defects: The Pathway to Correction*, Nueva York, 1934, cap. 8, pp. 80-96.

175 Harry Bakwin, "Pseudodoxia Pediatrica", *New England Journal of Medicine* 232, 1945, pp. 691-97.

176 Para referencias y más bibliografía, véase L.H. Garland, "Studies on the

Accuracy of Diagnostic Procedures", *American Journal of Roentgenology, Radium Therapy, and Nuclear Medicine* 82, julio 1959, pp. 25-38. Véase también A.L. Cochrane y L.H. Garland, "Observer Error in the Interpretation of Chest Films: An International Comparison", *Lancet* 263, 1952, pp. 505-9. Sugiere que los diagnosticadores norteamericanos pudieron tener más propensión a hallazgos positivos que sus colegas británicos. A.L. Cochrane, J. Chapman y P.D. Oldham, "Observers' Errors in Taking Medical Histories", *Lancet* 260, 1951, pp. 1007-9.

177 Osler Peterson, Ernest M. Barsamian y Murray Eden, "A Study of Diagnostic Performance: A Preliminary Report", *Journal of Medical Education* 41, agosto 1966, pp. 797-803.

178 Maurice Pappworth, *Human Guinea Pigs: Experimentation on Man*, Boston: Beacon Press, 1968. En 1967 el doctor Pappworth publicó un informe sobre ciertos procedimientos experimentales de diagnóstico que implicaban gran riesgo de daño permanente o de muerte, que aparecen descritos recientemente en las publicaciones médicas más respetables, y que se aplicaron a menudo a no-pacientes, niños, mujeres embarazadas, débiles mentales y ancianos. Él ha sido atacado por hacer un servicio negativo (disservicio) a su profesión, por minar la confianza de la gente en los médicos, y por publicar en un libro de edición popular lo que "éticamente" sólo podía decirse en la literatura escrita para médicos. Acaso lo más sorprendente en estos informes sea la repetición sin descanso de procedimientos idénticos de alto riesgo con el solo propósito de ganar promociones académicas.

179 "Ese procedimiento es tan informativo como la lectura de presión arterial del paciente una vez en su vida, o el análisis de su orina una vez cada 20 años. Esta práctica es ridícula, absurda e innecesaria... y carece en lo absoluto de valor para el diagnóstico o el tratamiento." M. Pappworth, "Dangerous Head That May Rule the Heart", *Perspective*, pp. 67-70.

180 El daño cerebral mínimo en los niños puede como no puede ser una creación del Ritalin; es un diagnóstico determinado por el tratamiento. Véase Roger D. Freeman, "Review of Medicine in Special Education: Medical-Behavioral Pseudorelationship", *Journal of Special Education*, 5, invierno-primavera 1971, pp. 93-99. Schrag, Peter, Divoky, Diane, *The Myth of the Hiperactive Child And Other Means of Child Control*, Nueva York, Pantheon, 1975. El repertorio definitivo sobre "una generación completa que va siendo condicionada paulatinamente a desconfiar de sus instintos, a apreciar su desviación de las normas aprobadas y con demandas cada vez menos flexibles como una enfermedad, y a confiar en las instituciones del estado y en la tecnología para definir y diseñar su 'salud'." El libro también da una guía sobre la literatura estadounidense al respecto.

181 Alexander R. Lucas y Morris Weiss, "Methylphenidate Hallucinosis",

Journal of the American Medical Association 217, 1971, pp. 1079-81. El Ritalin se usa para el control de la disfunción cerebral mínima en los niños de escuela. El autor cuestiona la ética de usar un agente poderoso con efectos secundarios graves, algunos bien definidos y otros sospechados, para el tratamiento masivo de una condición mal definida. Véase también Barbara Fish, "The One-Child-One-Drug Myth of Stimulants in Hyperkinesis", *Archives of General Psychiatry* 25, septiembre 1971, pp. 193-203. Es probable que se haya causado un considerable daño permanente a los niños hiperactivos tratados con anfetaminas por una condición debida posiblemente a la tensión bioquímica resultante del envenenamiento por plomo: D. Bryce-Smith y H.A. Waldron, "Lead, Behavior, and Criminality", *Ecologist* 4, no. 10, 1975.

182 Barbara Blackwell, *The Literature of Delay in Seeking Medical Care For Chronic Illnesses*, Health Education Monograph no. 16, San Francisco, Society for Public Health Education, 1963.

183 Philip Rieff, *Triumph of the Therapeutic: Uses of Faith after Freud*, Nueva York, Harper Torchbooks, 1968, argumenta que el hospital ha sucedido a la iglesia y al parlamento como la institución arquetípica de la cultura occidental.

184 Como los policías que persiguen la prevención del crimen, los médicos reciben ahora el beneficio de la duda cuando dañan al paciente, William A. Westley, "Violence and the Police", *American Journal of Sociology* 59, julio 1953, pp. 34-41, descubrió que un tercio de todos los habitantes de una pequeña ciudad industrial, al preguntárseles: "¿Cuándo cree usted que un policía tiene justificación para maltratar a un hombre?" dijeron que les parecía legítimo usar la violencia con el sólo fin de reforzar el respeto hacia la policía.

185 Joseph Cooper, "A Non-Physician Looks at Medical Utopia", *Journal of the American Medical Association* 197, 1966, pp. 697-9.

186 Orville Brim y otros, comps., *The Dying Patient*, Nueva York, Russell Sage, 1960. Una antología con una bibliografía para cada contribución. La primera se ocupa del espectro de análisis técnicos y de toma de decisiones en la que los profesionales de la salud participan cuando determinan las circunstancias "en las que debería ocurrir la muerte de un individuo". Proporciona una serie de recomendaciones sobre los que podría hacerse para que este proceso de ingeniería fuera "un tanto menos desairado y menos repugnante para el paciente, su familia y, sobre todo, para el personal encargado".

187 Aunque el costo de la asistencia terminal intensiva fácilmente se ha duplicado en los últimos 4 años, sigue siendo útil consultar el trabajo de Robert J. Glaser, "Innovation and Heroic Acts in Prolonging Life", en Brim y otros.,

The Dying Patient, cap. 6, pp. 102-28.

188 Richard A. Kalish, "Death and Dying: A Briefly Annotated Bibliography", en Brim y otros., *The Dying Patient*, pp. 327-80. Una reseña bibliográfica anotada, de la literatura en lengua inglesa sobre el morir, limitada principalmente a escritos que tratan de la actividad profesional contemporánea, la toma de decisiones y la tecnología en el hospital. Se trata de un extracto de una lista mucho más larga hecha por el mismo autor. Para temas complementarios véase Austin H. Kutscher, Jr., y Austin H. Kutscher, *A Bibliography of Books on Death, Bereavement, Loss and Grief, 1953-1968*, Nueva York, Health Sciences Publishing Corp., 1969.

189 El incremento en los gastos médicos no puede ya añadir nada a la expectativa promedio de vida de toda la población de los países ricos, desde Estados Unidos hasta China. Puede acrecentar significativamente sólo el margen de vida de los muy jóvenes en la mayoría de los países pobres. Esto fue tratado en el primer capítulo. La capacidad de la medicina para afectar las tasas de sobrevivencia de pequeños grupos de personas seleccionadas por el diagnóstico médico es algo distinto. Los antibióticos han aumentado enormemente las probabilidades de sobrevivir a la neumonía; la rehidratación oral, la probabilidad de sobrevivir a la disentería o al cólera. Tales intervenciones eficientes son, en su aplastante mayoría, baratas y sencillas. Su administración bajo el control de un médico profesional puede haberse convertido en una necesidad cultural para los norteamericanos, pero no lo es aún para los mexicanos. Un tercer asunto es la capacidad del tratamiento médico de aumentar las probabilidades de sobrevivencia entre una proporción aún más pequeña de personas: aquellas afectadas por condiciones agudas que pueden curarse gracias a una veloz y compleja asistencia hospitalaria, y aquellas afectadas por condiciones degenerativas donde la tecnología compleja puede conseguir una remisión. Para este grupo es aplicable la regla: mientras más caro el tratamiento, menor es su valor en términos de expectativa de vida adicional. Un cuarto grupo son los enfermos terminales: el dinero tiende a prolongar el proceso de morir sólo por iniciarlo antes.

190 Con respecto al lenguaje en que los norteamericanos se referían al cadáver justamente antes de que los médicos se entrometieran en el negocio de los empresarios fúnebres, véase Jessica Mitford, *The American Way of Death*, Nueva York, Simon and Schuster, 1963.

191 Bajo nuevos nombres, el "Zombi" se ha convertido en un tema importante de las disputas medicolegales, a juzgar por la inflación de la literatura acerca de los derechos conflictivos de vida y muerte sobre el cuerpo. Institute of Society, Ethics, and the Life Sciences, Research Group on Ethical, Social, and Legal Issues in Genetic Counseling and Genetic Engineering, "Ethical and social Issues in screening for Genetic Disease", *New England Journal of Medicine* 286, 1972, pp. 1129-32. Un buen sumario de las opinio-

nes actuales sobre los criterios para determinar que la muerte ha ocurrido. Los autores separan cuidadosamente este asunto de cualquier intento por definir al muerte. Alexandre Capron y Leon R. Kass, "A Statutory Definition of the Standards for Determining Human Death: An Appraisal and a Proposal", *University of Pennsylvania Law Review* 121, noviembre 1972, pp. 87-118. Una introducción a los aspectos legales de la intrusión del médico en el dominio del sepulturero.

192 Esta generalización de legitimidad otorgada a la administración institucional de la crisis posee un enorme potencial político porque sienta las bases para un irreversible gobierno de crisis. Igual que Weber pudo argüir que la riqueza puritana fue una consecuencia involuntaria de la angustia desperdada por la doctrina de la predestinación, así un historiador moralista de la índole de Tawney podría argumentar que el "estar listos" para el tecnofascismo es la consecuencia involuntaria de una sociedad que votó porque la asistencia terminal se pagase con un seguro nacional.

193 Por medio de la "ritualización" la crisis se transforma, de ser una ocasión urgente de integración personal (Erikson) en una situación de tensión. Para algunos planteamientos, véase (Robinson) donde un aparato burocrático se ve forzado a la acción de perseguir un objetivo para el cual, por su propia naturaleza, no puede estar organizado. En tales circunstancias, las funciones institucionales de fingimiento cobrarán preponderancia. Esto ocurre necesariamente cuando la medicina persigue "políticas del morir". La confusión aumenta con el uso de palabras como "morir" o "decisión", que designan una acción surgida de la intimidad en un contexto privado de ella. Erik Erikson, "Psychoanalysis and Ongoing History: Problems of Identity, Hatred, and Nonviolence", *American Journal of Psychiatry* 122, septiembre 1965, pp. 241-53. James Robinson, *The Concept of Crisis in Decision-Making*, Symposi Studies Series no 11, Washington, D.C., National Institute of Social and Behavioral Sciences, 1962.

* Término utilizado para la selección de los heridos en el campo de batalla, que hicieron los encapuchados de la "Misericordia" y hoy nacen los médicos, abandonando los más graves para que se mueran. Véase nota 194, p. 194.

194 Leonard Lewin, *Triage*, Nueva York, Dial Press, 1972, plantea el problema de una sociedad comprometida con las políticas del morir en una novela que, desdichadamente, no está a la altura de su anterior *Report from Iron Mountain*.

195 Valentina Borremans e Ivan Illich, "Dying Policy", manuscrito preparado para la *Encyclopedia of Bio-Ethics*, Kennedy Institute, Washington, D.C., a publicarse en 1976. Los autores han aceptado escribir un artículo con el título propuesto por los editores de la enciclopedia, precisamente para hacer resaltar el hecho de que la combinación del verbo intransitivo "to die" (morir) y el término burocrático "policy" (reglamento) constituye el ataque supremo

al lenguaje y a la razón. (N.B. El artículo nunca fue publicado).

196 Quien, con éxito, reclama el poder en una emergencia, suspende y puede destruir la evaluación racional. La insistencia del médico en su capacidad exclusiva para evaluar y resolver crisis individuales lo traslada simbólicamente a la vecindad de la Casa Blanca.

197 Para la opinión del autor sobre la distinción entre esperanza y expectativa como dos actitudes opuestas orientadas hacia el futuro, véase Ivan Illich, "The Dawn of Epithimethean Man", trabajo preparado para un simposio en honor de Erich Fromm. La expectativa es una dependencia optimista o pesimista respecto a los medios técnicos institucionalizados; la esperanza es una disposición confiada a ser sorprendido por otra persona.

198 La "crisis" se vuelve así una artimaña que el ejecutivo utiliza para acrecentar su poder en proporción inversa a los servicios que presta. También se convierte, en combinaciones siempre nuevas (crisis de energía, crisis de autoridad, crisis de Oriente y Occidente), en una parte inagotable para bien financiadas investigaciones por parte de científicos a quienes se paga por dar a la "crisis" el contenido escolástico que justifica al donador. Véase Renzo Tomatis, *La ricerca illimitata*, Milán Feltrinelli, 1975.

199 El término "muerte de hospital" se utiliza aquí para designar todas las muertes que ocurren en un hospital, y no sólo ese 10% del total que se "relaciona con un procedimiento diagnóstico o terapéutico considerado una causa que contribuyó, precipitó o fue la causa primaria del óbito". Elihu Schimmel. "The Hazards of Hospitalization", *Annals of Internal Medicine* 60, enero 1964, pp. 100-116.

200 Monroe Lerner, "When, Why, and Where People Die", en Brim y otros, *The Dying Patient*, pp. 5-29. Proporciona un desglose de esta evolución entre 1955 y 1967 según la causa de la muerte, el color y la región de los Estados Unidos.

201 Erwin H. Ackerknecht, "Death in the History of Medicine", *Bulletin of the History of Medicine* 42, 1968, pp. 19-23. Para las élites de la ilustración, la muerte se hizo diferente y mucho más atemorizadora de lo que había sido para las generaciones anteriores. La muerte aparente se convirtió en una especie de infierno secularizado y en una preocupación médica primordial. Se introdujeron "pruebas de vida" como tocar una trompeta (profesor Hufeland) y choques eléctricos (Creve). Bichat, *Recherches physiologiques sur a vie et la mort*, 1800, puso fin al movimiento anti-muerte-aparente de la misma forma repentina como la obra de Lancisi lo había iniciado en 1707.

202 Todas las sociedades parecen haber distinguido etapas en el paso de los vivos a la tumba. Trataré de éstas en el capítulo 9, para mostrar cómo la renovada preocupación por la taxonomía del decaimiento es consecuente

con otras regresiones contemporáneas a fascinaciones primitivas.

203 Margot Augener, "Scheintod als medizinisches Problem im 18. Jahrhundert", *Mitteilungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, nos. 6-7, 1967. El miedo secularizado al infierno por parte de los ricos ilustrados se concentraba en el horror de ser sepultados vivos. También condujo a la creación de fundaciones filantrópicas dedicadas a socorrer a ahogados y quemados y cerciorarse de que habían muerto.

204 "Scarce Medical Resources", editorial, *Columbia Law Review* 69, abril 1969, pp. 690-2. Una reseña basada en entrevistas con varias docenas de expertos estadounidenses. Describe y evalúa las actuales políticas de exclusión y selección desde un punto de vista legal. Sin sentido crítico acepta la dudosa eficacia de las técnicas que se supone tienen una demanda extrema.

205 Sharmon Sollito y Robert M. Veatch, *Bibliography of Society, Ethics and the Life Sciences*, a Hastings Center Publication, Hastingson-Hudson, NY, 1975. J.R. Elkinton, "The Literature of Ethical Problems in Medicine", pts. 1, 2, 3, *Annals of Internal Medicine* 73, septiembre 1970, pp. 495-98; octubre 1970, pp. 662-6; noviembre 1970, pp. 863-70. Son introducciones a la literatura ética que se complementan mutuamente.

206 Hermann Feifel, "Physicians Consider Death", en *Proceedings of the American Psychological Association Convention*, Washington, D.C., la asociación, 1967, pp. 201-2. Los médicos parecen tener bastante más miedo a la muerte que los físicamente enfermos o que el individuo normal saludable. El argumento podría conducir a la tesis de que los médicos son actualmente portadores de terror infeccioso.

207 *Euthanasia. An Annotated Bibliography*, Euthanasia Educational Fund, 250 West 57th Street, Nueva York, N.Y. 10019.

208 El derecho a sanar como actividad intransitiva que debe ser ejercida por el paciente, puede entrar en conflicto con la aseveración del derecho del médico a curar como actividad transitiva. Para los orígenes de un derecho médico a curar, que correspondería a un deber profesional, véase Ludwig Edelstein, "The Professional Ethics of the Greek Physician", *Bulletin of the History of Medicine* 30, septiembre-octubre 1956, pp. 391-419. Walter Reich plantea el problema contemporáneo de la sustancia del contrato entre el médico y el paciente cuando la enfermedad se transforma de curable en terminal y, por lo tanto, llega a su fin el "contrato de curar". Walter Reich, "The Physician's Duty, to preserve Life", *Hastings Center Report* 5, abril 1975, pp. 14-15.

209 El reconocimiento de la *Facies Hippocratica*, los signos de la muerte

que se acerca que indicaban al médico el punto en que había que abandonar sus esfuerzos curativos, fue parte de los currículos médicos hasta fines del siglo XIX. Sober el tema, ver capítulo 8.

210 Fred Davis, "Uncertainty in Medical Prognosis, Clinical and Functional", *American Journal of Sociology* 66, julio 1960, pp. 41-7. Davis examina la conducta del médico cuando un pronóstico no favorable de lesión o muerte cobra certeza, y se encuentra con un amplio cultivo de incertidumbre por disimulo o evasión. El disimulo alimenta a cualquier doctor que prefiere diagnósticos sin fundamento clínico para ganar una opinión favorable vendiendo placebos inocuos. La evasión, o el abstenerse de comunicar un pronóstico con fundamento clínico, mantiene a oscuras al paciente y a su familia, y los deja que se enteren "de cualquier manera" natural; permite al doctor evitar escenas y pérdidas de tiempo y emprender tratamientos que el paciente habría rechazado de saber que no pueden curarlo. La incertidumbre se cultiva a menudo como una conspiración entre médico y paciente para evitar la aceptación de lo irreversible, una categoría que no encaja en su *ethos*.

211 Sissela Bok y otros, "The Dilemmas of Euthanasia", *Bioscience* 23, agosto 1973, pp. 461-478. A menudo se pasa por alto el hecho de que la eutanasia, o terminación médica de la vida humana, no podría haber sido un problema importante antes de que se medicalizara la asistencia terminal. Por el momento, la mayor parte de la literatura ética y legal que se ocupa de la legitimidad y del status moral de tales contribuciones profesionales a la aceleración de la muerte tiene un valor limitado, debido a que no cuestiona el status legal y ético de la medicalización, que creó el problema en primer lugar, H.L. Hart, *Law, Liberty and Morality*, Stanford, Calif., Stanford University Press, 1963. Al argumentar que la ley debía tomar una posición neutral, tal vez Hart es el que llega más lejos en esta discusión. Por una parte, el disfraz de la ética asume la forma de una venta forzada de productos médicos literalmente a cualquier costo. Freeman afirma que "la muerte de un paciente no operado es un medio inaceptable de aliviar sufrimientos" no sólo para el paciente sino también para su familia. John M. Freeman, "Whose Suffering?" y Robert E. Cooke, "Is There a Right to Die - Quickly?" *Journal of Pediatrics* 80, mayo 1972, pp. 904-8. Por otra parte, incluso quienes abogan en favor de la automedicación terminal con analgésicos proceden en la suposición de que en éste como en cualquier otro consumo de medicamentos, el paciente debe comprar lo que otro elige para él.

212 John Hinton, *Dying*, Baltimore, Penguin Books 1974. Versión española *Experiencias con el morir*. Barcelona, Ariel, 1975.

213 Institute of Medicine of Chicago, *Terminal Care for Cancer Patients*, Chicago, Central Service for the Chronically Ill, 1950.

214 David Sudnow, *Passing On: The Social Organization of the Dying*, Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, 1967. Descrito en su introducción como

"saludable lectura para el lego cuyo contacto con la fase terminal de la vida humana se limita a encuentros ocasionales", este libro debería curar a cualquiera del deseo de recibir asistencia profesional.

215 Exton-Smith, "Terminal Illness in the Aged".

216 Para un sumario de diversos estudios, véase International Bank for Reconstruction and Development, *Health Sector Policy Paper*, Washington, D.C., marzo 1975, p. 34.

217 "Se necesita mejorar los riñones artificiales, como lo comprueba el hecho de que a menudo los pacientes urémicos empeoren subjetivamente durante un período posterior a la diálisis aunque su química sanguínea aparentemente se acerca a lo normal. Una explicación posible, es la no remoción de un 'factor urémico' desconocido, o más probablemente la remoción no deseada de un factor necesario en la sangre, o que tal vez la máquina renal cause algún daño sutil a la sangre." Rushmer, *Medical Engineering*, p. 314.

218 C.H. Calland, "Iatrogenic Problems in End-Stage Renal Failure", *New England Journal of Medicine* 287, 1972, pp. 334-8. Relato autobiográfico de un médico sujeto a este tratamiento terminal.

219 Hans von Henting, *Vom Ursprung der Henkersmahlzeit*, Tübingen, Mohr, 1958. La medicalización de la muerte ha aumentado enormemente el porcentaje de personas cuya muerte ocurre bajo control burocrático. En su estudio enciclopédico del desayuno que el verdugo ofrece al condenado, Henting concluye que existe una honda necesidad de prodigar favores a las personas que van a morir bajo el control público. Generalmente adopta la forma de una comida suntuosa. Incluso durante la Primera Guerra Mundial los soldados todavía intercambiaban cigarrillos, y el jefe del escuadrón ofrecía un último cigarrillo. El tratamiento terminal se ha despersonalizado en la guerra, en la prisión y en el hospital. El cuidado intensivo de los moribundos puede verse también como un regalo fúnebre para los insepultos.

220 Stephen R. Strickland, *Politics, Science and Dread Disease: A Short History of the United States Medical Research Policy*, Commonwealth Fund Series, Cambridge, Harvard University Press, 1972. Strickland describe cómo la política de investigación médica del gobierno estadounidense fue echada a andar en 1927 cuando un senador propuso ofrecer una recompensa de 5 millones de dólares a quien atrapara al peor de los asesinos, es decir el cáncer. Cuenta la historia del auge en las investigaciones sobre el cáncer. El gobierno norteamericano gasta actualmente en ellas más de 500 millones de dólares por año.

221 H.G. Mather y otros, "Acute Myocardial Infarction: Home and Hospital Treatment", *British Medical Journal*, 1971, no. 3, pp. 334-8.

222 John Powles ha utilizado este argumento: véase "On the Limitations of Modern Medicine" en *Science, Medicine and Man*, Londres, Pergamon, 1973, vol. 1, pp. 1-30. Una proporción grande y creciente de la masa contemporánea de enfermedades es producida por el hombre; no es mucho lo que progresa como estrategia la intervención mediante aparatos en las personas enfermas. Sólo puede explicarse que se insista en ese proceder si sirve para finalidades no técnicas. Los rendimientos decrecientes dentro de la medicina constituyen una manifestación concreta de una crisis más amplia en la relación del hombre industrial con su ambiente. Dupuy, Jean Pierre, y Karsenty, Serge, "La logique cachée de la croissance de l'institution médicale" (no hay datos de la publicación), No. 3, verano de 1975, pp. 179-202. Describe los mecanismos económicos que han hecho del sistema de protección de la salud una empresa dedicada primordialmente a la producción y consumo de símbolos.

223 M. Bartels, *Die Medizin der Naturvölker*, Leipzig, Grieben, 1893. Un clásico sobre el elemento mágico en la medicina de los pueblos primitivos.

224 William J. Goode, "Religion and Magic", en Goode, comp., *Religion Among the Primitives*, Nueva York, Free Press, 1951, pp. 50-4.

225 Sobre la historia de los estudios médicos del efecto de placebo y la evolución del término, ver Arthur K. Shapiro, "A Contribution to a History of the placebo effect", *Behavioural Sciences* 5, abril 1960, pp. 109-35.

226 La distinción entre la eliminación mágica, la interpretación religiosa o la socialización ética del sufrimiento y su manipulación técnica y control legal merece un análisis mucho más detallado. Introduzco estas distinciones sólo para dejar en claro que 1) la técnica médica sí tiene efectos no técnicos, 2) algunos de los cuales no pueden considerarse como externalidades económicas o sociales 3) porque influyen específicamente en los niveles de salud. 4) Estas funciones latentes relacionadas con la salud tienen una estructura compleja, de muchas capas y 5) lo más frecuente es que estropeen la salud.

227 Al hablar aquí de mitos me refiero a modelos de conducta que poseen la capacidad de generar entre los participantes una ceguera para, o una tolerancia a, la divergencia entre la racionalización reforzada por la celebración del ritual y las consecuencias sociales producidas por esta misma celebración, que están en contradicción directa con el mito. Para un análisis véase Max Gluckman, *Order and Rebellion in Tribal Africa*, Nueva York, Free Press, 1963.

228 Eric Voeglin, *Science, Politics and Gnosticism*, trad. William Fitzpatrick, Chicago, Regnery, 1968.

229 El ordenamiento social de la compasión, el nutrimento y la celebración

ha sido el aspecto más eficaz de la medicina primitiva; véase Erwin H. Ackerknecht, "Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine", *Bulletin of the History of Medicine* 19, mayo 1946, pp. 467-97.

230 Richard M. Titmuss, *The Gift Relationship*, Nueva York, Pantheon, 1971, compara el mercado de sangre humana bajo el sistema médico comercial estadounidense y el socializado británico, muestra la inmensa superioridad de las transfusiones sanguíneas inglesas, y argumenta que la mayor eficacia del sistema británico se debe a un nivel más bajo de comercialización.

231 Sólo en la época de Chaucer apareció un hombre común para todos los que curaban: Vern L. Bullough, "Medical Study at Medieval Oxford", *Speculum* 36, 1961, pp. 600-12.

232 "The Term 'Doctor'", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 18, 1963, pp. 248-7.

233 Louis Cohn-Haft, *The Public Physician of Ancient Greece*, Northampton, Mass., Smith College, 1956.

234 Adalberto Pazzini, *Storia della medicina*, 2 vols, Milán, Società editrice Libreria, 1947.

235 Sobre la medicina árabe en general, consúltese Lucien Leclerc, *Historie de la médecine arabe: Exposé complet des traductions du grec: Les Sciences en Orient, leur transmission á l'Occident par les traductions latines*, 2 vol., 1876; reimp. Nueva York, Franklin, 1971; Manfred Ullman, *Die Medizin im Islam*, Leiden, Brill, 1970, una guía exhaustiva. Pero véase también el juicio de Ibn Khaldun, *The Muqaddimah: An Introduction to History*, trad. Franz Rosenthal, Bollingen Series XLIII, 3 vols, Princeton, N.J., Princeton University Press, 1967. Para una revisión crítica de las aportaciones árabes a la imagen occidental del médico, véase Heinrich Schipperges, "Ideologie und Historiographie des Arabismus", *Sudoffs Archiv*, supl. 1, 1961.

236 Jacob Marcus, *Communal Sick-Care in the German Ghetto*, Cincinnati, Hebrew Union College Press, 1947. Este libro nos da razones para sentir remordimiento por confiar en extraños.

237 S.D. Lipton, "On Psychology of Childhood Tonsillectomy", en R.S. Eissler y otros, comps., *Psychoanalytic Study of the Child*, Nueva York, International University Press, 1962, no. 17, pp. 363-417.

238 Julius A. Roth, "Ritual and Magic in the Control of Contagion", *American Sociological Review* 22, junio 1957, pp. 310-14. Describe cómo los médicos llegan a creer en la magia. La creencia en el peligro de contagio por los pacientes de tuberculosis conduce a procedimientos ritualizados y prácticas

irracionales. Por ejemplo, las reglas que obligan a los pacientes a usar máscaras protectoras se hacen cumplir estrictamente cuando van a los servicios de rayos X, pero no cuando asisten al cine o a reuniones sociales.

239 Arthur K. Shapiro, "Factors Contributing to the Placebo Effect: Their Implications for Psychotherapy", *American Journal of Psychotherapy* 18, supl. 1, marzo 1964, pp. 73-88.

240 Otto Lippross, *Logik und Magie in der Medizin*, Munich, Lehmann, 1969, pp. 198-218. Lippross argumenta y documenta su creencia de que la curación más eficaz depende de la elección por el médico de un método que se avenga mejor con su personalidad. Para bibliografía, véase pp. 196-218.

241 Henry K. Beecher, "Surgery as Placebo: A Quantitative Study of Bias", *Journal of the American Medical Association* 176, 1961, pp. 1102-7. Hace mucho tiempo que se sabe que la cirugía puede tener en el paciente efectos de placebo. Argumento aquí que efectos similares pueden transmitirse sociopolíticamente a través de intervenciones altamente visibles.

242 Gerhard Kienle, *Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft: Eine Kritische Untersuchung*, Stuttgart, Schattauer, 1974, señala esto mismo pero sólo se ocupa del sector de la tecnología médica relacionado con la farmacología.

243 Henry K. Beecher, "Nonspecific Forces Surrounding Disease and the Treatment of Disease", *Journal of the American Medical Association* 179, 1962, pp. 437-40. "Cualquier temor puede matar, pero un diagnóstico temible casi garantiza la muerte por diagnóstico." Walter B. Cannon, "Voodoo Death", *American Anthropologist* 44, abril-junio 1942, pp. 169-81. Las víctimas de la magia haitiana sufren temores ominosos y persistentes, que causan una intensa acción del sistema simpático-adrenal y un súbito descenso de la presión arterial que produce la muerte.

244 R.C. Pogge, "The Toxic Placebo", *Medical Times* 91, agosto 1963, pp. 778-81. S. Wolf, "Effects of Suggestion and Conditioning on the Action of Chemical Agents in Human Subjects: The Pharmacology of Placebos", *Journal of Clinical Investigation* 29, enero 1950, pp. 100-9. G. Herzhaft, "L'Effet nocebo", *Encéphale* 58, noviembre-diciembre 1969, pp. 486-503.

245 Erwin Ackerknecht, "Problems of Primitive Medicine", en William A. Lessa y Evon Z. Vogt, *Reader in Comparative Religion*, Nueva York, Harper and Row, 1965, cap. 8, pp. 394-402. Ackerknecht ofrece un importante correctivo al prejuicio parsoniano de que todas las sociedades incorporan en el que cura un tipo especial de poder. Muestra que el curandero y el médico moderno son antagonistas más que colegas: ambos se ocupan de la enfermedad, pero en todos los otros aspectos son diferentes.

246 Marc Bloch, *The Royal Touch: Sacred Monarchy and Scrofula in En-*

gland and France, trad. J.E. Anderson, Montreal, McGill-Queens University Press, 1973.

247 Werner Danckert, *Unehrliche Leute: Die verfemten Berufe*, Berna, Francke, 1963. Trata de los poderes curativos tradicionalmente atribuidos a parias y marginados, como los verdugos, lo sepultureros, las prostitutas y los molineros. Dau, Wolfgang, "Schafrichter und Henker als Medici und Chirugi", *Materia Medica*, Nordmark, 15, 1963, pp. 338-350.

248 Dominique Wolton, *Le Nouvel Ordre sexuel*, París, Seuil, 1974, describe el resultado de la revolución sexual francesa: una nueva "sexocracia" formada por médicos, militantes, educadores y farmacéuticos ha secularizado y escolarizado la sexualidad francesa y "al sujetar la conciencia del cuerpo a la administración ortopédica ha reproducido al beneficiado de la asistencia pública incluso en este dominio íntimo".

249 Henry E. Sigerist, *Civilization and Disease*, Chicago, University of Chicago Press, 1970.

250 Para referencias complementarias, véanse las notas 15-18 de este capítulo, pp. 61-62.

251 T.F. Troels-Lund, *Gesundheit und Krankheit in der Anschauung alter Zeiten*, Leipzig, 1901, es un antiguo estudio sobre las fronteras cambiantes de la enfermedad en diferentes culturas. Walter Riese, *The Conception of Disease: Its History, Its Version and Its Nature*, Nueva York, Philosophical Library, 1953, intenta una epistemología filosófica. Para orientación sobre la evolución de la discusión reciente véase David Mechanic, *Medical Sociology: A Selective View*, Nueva York, Free Press, 1968, especialmente pp. 33 y sigs.

252 Como un solo ejemplo de una sociedad sin la función asclepiádea, véase Charles O. Frake, "The Diagnosis of Disease Among the Subanum of Mindanao", *American Anthropologist* 63, 1961, pp. 11-32. En la esfera de hacer decisiones con respecto a las enfermedades, se reconocen diferencias en destrezas y conocimientos individuales, pero no hay una categoría formal de diagnosticadores y ni siquiera, según el concepto de Subanum, de gente que cura.

253 Lawrence J. Henderson, "Physician and Patient as a Social System", *New England Journal of Medicine* 212, 1936, pp. 819-823, fue quizás el primero en sugerir que el médico exonera al enfermo de responsabilidad moral por su dolencia. Para la formulación clásica del papel del enfermo moderno, casi amoral, véase Talcott Parsons, "Illness and the Role of the Physician" (originalmente de 1948), en Clyde Kluckhohn y Henry Murray, comps., *Personality in Nature, Society and Culture*, ed. rev., Nueva York, Knopf, 1953.

254 David Robinson, *The Process of Becoming Ill*, Londres, Routledge, 1971, descubre una debilidad fundamental en la mayoría de los estudios realizados hasta ahora sobre el papel del enfermo: están basados en personas que finalmente se convirtieron en pacientes, y tratan a la persona, que se siente mal pero que no va al médico, como a alguien que se *demora*. Robinson rechaza la idea de que la presentación de síntomas al profesional constituya el punto reconocido en que comienza la enfermedad. La mayoría de las personas no son pacientes la mayor parte del tiempo que se sientan enfermas. El autor estudia empíricamente el comportamiento enfermo de los no pacientes.

255 La distinción entre la *cura intransitiva* realizada por el paciente y la *cura transitiva* que se le provee debe refinarse aún más. Esta última, un servicio al paciente, puede proveérsele en dos formas profundamente distintas. Puede ser el producto de una institución y de sus funcionarios que ejecutan políticas, o puede ser el resultado de una interacción personal y espontánea dentro de un escenario cultural. La distinción ha sido elaborada por Jacques Ellul, *The Technological Society*, Nueva York, Random House, 1964. Su concepto de los "valores institucionalizados" ha sido tema de análisis de un simposio: *Katallagete* (Reconciliáos): *Journal of the Committee of Southern Churchmen 2*, invierno-primavera 1970, pp. 1-65. La fenomenología de la *asistencia personal* ha sido desarrollada por Milton Mayeroff, *On Caring*, Nueva York, Harper and Row, 1971.

256 Renée Fox, *Experiment Perilous: Physicians and Patients Facing the Unknown*, Glencoe, Ill., Free Press, 1959, estudia enfermos en estado terminal que han dado su consentimiento para ser utilizados como sujetos de experimentos médicos. No obstante la explicación lógica y racional de su enfermedad, ellos también se aferran a sus padecimientos en términos religiosos, cósmicos y sobre todo morales.

257 La enfermedad llega a estar asociada con altos niveles de vida y grandes expectativas. En los seis primeros meses de 1970 se perdieron 5 millones de días laborables en la Gran Bretaña a causa de conflictos industriales. Esa cifra ha sido superada en sólo dos años desde la huelga general de 1926. En comparación, más de 300 millones de días laborales se perdieron por ausencias amparadas en certificados de enfermedad. Office of Health Economics: *Off sick*, Londres OHE, 1971.

258 Clarence Karier, "Testing for order and control in the Corporate Liberal State", en: *Educational Theory*, Vol. 22, No. 2, primavera de 1972, ha mostrado el papel que desempeñó la Fundación Carnegie desarrollando materiales para pruebas de educación que pueden utilizarse para el control social en situaciones donde se ha desintegrado la capacidad de las escuelas para realizar esa tarea. Según Karier, las pruebas aplicadas fuera de las escuelas son un medio más poderoso de discriminación que las pruebas aplicadas dentro de una situación pedagógica. De la misma manera puede

afirmarse que los exámenes médicos se convierten en un medio cada vez más poderoso de clasificar y discriminar a los ciudadanos, a medida que aumenta el número de resultados de pruebas en casos para los que no hay ningún tratamiento significativo que sea factible. Una vez que se vuelve universal la función de paciente, la clasificación médica se convierte en un instrumento para el control social total. Richard E. Brown. *The Rockefeller Medicine: Medicine and Capitalism in the Progressive Era*. Berkeley, University of California Press, Por publicarse en 1977.

259 Siegler y Osmond, "Aesculapian Authority". Véase nota 32, p. 66. Según los autores, la autoridad asclepiádea se mencionó por primera vez en T.T. Paterson, "Notes on Aesculapian Authority", manuscrito inédito, 1957. Comprende tres funciones: autoridad sapiente para aconsejar, instruir y dirigir; autoridad moral, que hace de las acciones médicas "la cosa justa" y no sólo algo bueno; y autoridad carismática, por la cual el doctor puede apelar a algún poder supremo y que a menudo desplaza la conciencia del paciente y la *raison d'état*. Los pedagogos, psicólogos, líderes de movimientos, y médicos no convencionales tienden cada vez más a apelar a esta triple autoridad en nombre de su técnica peculiar, uniéndose así a las filas de los doctores científicos y contribuyendo a una expansión cancerosa de la función asclepiádea.

260 Franco Basaglia, *La maggioranza deviante: L'ideologia del controllo sociale totale*, Nuovo Politecnico no. 43, Turín, Einaudi, 1971. Desde los años sesenta un ciudadano sin un status médico reconocido ha llegado a ser una excepción. Una condición fundamental del control político contemporáneo es el condicionamiento de la gente para que crean que tal status es necesario no sólo para el bien de su propia salud sino también para la ajena.

261 Nils Christie, "Law and Medicine: The Case Against Role Blurring", *Law and Society Review* 5, febrero 1971, pp. 357-66. Un criminólogo estudia un caso de conflicto entre dos imperios profesionales monopólicos. La medicina converge con la educación y con la ejecución de la ley: La medicalización de todo diagnóstico niega al excéntrico el derecho a sus propios valores: quien acepta la función de paciente implica con su sumisión que, una vez restaurado a la salud (que en nuestra sociedad es sólo otro tipo de función de paciente), se conformará. La medicalización de su queja da por resultado la castración política de su sufrimiento. Véase al respecto Jesse R. Pitts, "Social Control: The Concept", *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 1968, vol. 14, p. 391.

262 H. Huebschmann, "La notion d'une société malade", *Présence*, no. 94, 1966, p. 25-40.

263 Basaglia, *La maggioranza deviante*.

264 Michel Foucault, *Surveiller et punir*. Naissance de la prison, París, Gallimard, 1975. Sobre el surgimiento de la sociedad pan-terapéutica en la que se extinguen las funciones con carga moral.

INTRODUCCIÓN

Notas

1 F.J.J. Buytendijk, *Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung*, Berlín, Springer, 1956. A través de una comparación con otras especies, el autor llega a describir al hombre como un organismo fisiológica y psicológicamente auto-estructurante. Para una orientación en inglés sobre la literatura alemana en este campo véase H.O. Pappe. "On Philosophical Anthropology", *Australasian Journal of Philosophy* 39, 1961, pp. 47-64.

2 Adolf Portmann, *Zoologie und das neue Bild des Menschen*, Hamburgo, Rowohlt, 1956. El hombre no posee mecanismos evolutivos innatos que le conduzcan a un equilibrio; su disponibilidad creativa da a su alrededor (*Umwelt*) características diferentes de las que éste tiene para otras especies: transforma el habitat en hogar.

3 Peter Sedwick, "Illness, Mental and Otherwise: All Illness Express a Social Judgment", *Hastings Center Studies* 1, no. 3, 1973, pp. 19-40.

4 Viktor von Weiszäcker, *Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*, 4a. ed., Stuttgart, Thieme, 1968; 1a. ed. 1940.

5 Henry E. Sigerist, *A History of Medicine*, vol. 1, *Primitive and Archaic Medicine*, Nueva York, Oxford University Press, 1967. Erwin H. Ackerknecht, "Primitive Medicine and Culture Patterns", *Bulletin of the History of Medicine* 12, noviembre 1942, pp. 545-74. Sigerist dice que: "La cultura primitiva o no, siempre tiene una cierta configuración... La medicina de un tribu primitiva se ajusta a ese patrón. Es una expresión de él y no puede comprenderse plenamente si se estudia por separado", Ackerknecht ejemplifica esta integración de la cultura y la medicina en tres tribus: los cheyenne, los dobian y los thonga. Para una descripción clásica de esta integración véase E.E. Evans Pritchard, *Witchcraft, Oracles and Magic*

Among the Azandé, Nueva York, Oxford University Press, 1937, pt. 4, 3. Yo sostengo aquí que hay una correlación entre la salud y mi capacidad para seguir siendo responsable de mi conducta en el sufrimiento. El relevo de esta responsabilidad guarda correlación con una disminución de la salud.

6 No es fácil estudiar la cultura médica sin una camisa de fuerza. F.L. Dunn, "Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems", mimeografiado, University of California, s.f. Dunn señala un prejuicio importante en la mayor parte de las investigaciones publicadas sobre culturas médicas. Afirma que el 95% de la documentación etnográfica (y también antropológica) sobre comportamiento para mejorar la salud sobre las creencias subyacentes a dicho comportamiento, se refiere a la curación y no al mantenimiento y la expansión de la salud. Para documentación sobre cultura médica vista con las anteojeras del técnico conductual: Marion Pearshall, *Medical Behavioral Science: A Selected Bibliography of Cultural Anthropology, Social Psychology and Sociology in Medicine*, Lexington, University of Kentucky Press, 1963. Véase también Steven Polgar, referencias en la nota 19, p. 27 de este libro. Elfriede Grabner, *Volksmedizin: Probleme und Forschungs-geschichte*, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1974, proporciona una antología de estudios críticos sobre la historia de la etnomedicina.

7 Sobre la unicidad cultural de la salud: Ina-Maria Greverus, *Der territoriale Mensch: Ein Literaturanthropologischer Versuch zum Heimatphänomen*, Frankfurt, Athenäum, 1972. E.W. Muhlmann, "Das Problem der Umwelt beim Menschen", *Zeitschrift für Morphologie und Anthropologie* 44, 1952, pp. 153-81. Arnold Gehlen, *Die Seelen im technischen Zeitalter, Sozialpsychologische Probleme in der industriellen Gesellschaft*, Hamburgo, Rowohlt, 1957. P. Berger, y H. Kellner, *The Homeless Mind*, Nueva York, Vintage Books, 1974.

8 Herbert Plüge, *Der Mensch und sein Leib*, Tübingen, Niemeyer, 1967. F.J.J. Buytendijk, *Mensch und Tier*, Hamburgo, Rowohlt, 1958. F.J.J. Buytendijk, *Prolegomena to an Anthropological Physiology*, Pittsburgh, Pa., Duquesne University Press, 1974.

9 Clifford Geertz, "The Impact of the Concept of Culture on the Concept of Man", en Yehudi A. Cohen, comp., *Man in Adaptation: The Cultural Present*, Chicago. Aldine, 1968. Douglas, Mary, "The Self-completing Animal",

Times Literary Supplement, 8 de agosto, 1975, pp. 886-887.

- 10 Erwin H. Ackerknecht, "Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine", *Bulletin of the History of Medicine* 19, mayo 1946, pp. 467-97, es una revisión ya anticuada pero todavía excelente de las publicaciones sobre las funciones de las culturas médicas. Proporciona pruebas convergentes de que la medicina desempeña una función social y tiene un carácter olístico y unitario en culturas primitivas que la medicina moderna no puede proporcionar.
- 11 Hans Wiswe, *Kulturgeschichte der Kochkunst: Kochbücher und Rezepte aus zwei Jahrtausenden*, Munich, Moss, 1970. Fred Binder, *Die Brot-nahrung: Auswahl-Bibliographie zu ihrer Geschichte und Bedeutung*, Donau Schriftreihe no. 9, Ulm, Deutsches Brotmuseum E.V., 1973. Ludwig Edelstein, *Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein*, C. Lilian y Owsei Temkin, comps., Baltimore, Johns Hopkins, 1967. Véase el capítulo sobre la dietética en la antigüedad.
- 12 Salvador P. Lucia, *Wine and the Digestive System: A Selected and Annotated Bibliography*, San Francisco, Fortune House, 1970.
- 13 Lucien Fébre, "Travail: Evolution d'un mot et d'une idée", *Journal de psychologie normale et pathologique* 41, no. 1, 1948, pp. 19-28.
- 14 Richard B. Onians, *The Origins of European Thought About the Body, the Mind, the Soul, the World, Time and Fate*, 1951; reimpr., Nueva York, Arno, 1970. H.E. Sigerist, "Disease and Music" en *Civilization and Disease*, Chicago, University of Chicago Press, 1943, cap. 11, pp. 212 ss.
- 15 Günter Elsässer, "Ausfall des Coitus als Krankheitsursache in der Medizin des Mittelalters", en Paul Diepgen y otros, comps., *Abhandlung zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, no. 3, Berlín, 1934. Robert H. van Gulik, *Sexual Life in Ancient China*, Atlantic Highlands, N.J., Humanities Press, 1961.
- 16 Werner Jaeger, *Paideia: Los ideales de la cultura griega*, México, FCE, 1945, vol. 3, cap. 1, "La medicina griega, considerada como Paideia", pp.

11-63.

17 Edward N. Gardiner, *Athletics of the Ancient World*, Nueva York, Oxford University Press, 1930. M. Michler, "Das Problem der westgriechischen Heilkunde", *Sudhoffs Archiv* 46, 1962, pp. 141 ss.

18 Fridolf Kudlien, "Stimmübungen als Therapeutikum in der antiken Medizin", *Ärztliche Mitteilungen* 44, 1963, pp. 2257-8; para un compendio de este artículo véase L. Heyer-Grote, *Atemschulung als Element der Psychotherapie*, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1970. Johanna Schmidt, "Phonaskoi", en Pauly-Wissowa, *Real-Encyclopädie*, 1941, vol. 20, pt. 1, pp. 522-6.

19 A.W. Gubser, "Ist der Mittagsschlaf schädlich?" *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 97, no. 7, 1967, pp. 213-16. Jane Belo, *Trance in Bali*, prefacio de Margaret Mead, Nueva York, Columbia University Press, 1960. Kilton Steward, "Dream Theory in Malaya", *Complex: The Magazine of Psychoanalysis and Related Matters* 6, 1951, pp. 21-33.

20 Ibn Khaldun, *The Muqaddimah: An Introduction to History*, trad. Franz Rosenthal, Bollingen Series XLIII, 3 vols. Princeton, N.J., Princeton University Press, 1967. A fines del siglo XV, Ibn Khaldun observó el conflicto entre el oficio de la medicina requerido por la cultura sedentaria y sus lujos, y la medicina beduina, basada principalmente en la tradición y la experiencia individual. Véase especialmente vol. 2, pp. 373-7, y vol. 3, pp. 149-51.

21 F.N.L. Poynter, comp., *Medicine and Culture*, Proceedings of a Historical Symposium Organized Jointly by the Wellcome Institute of the History of Medicine, London, and the Wenner-Gren Foundations for Anthropological Research, N.Y. Londres: Wellcome Institute, 1969. Sobre el conflicto entre la medicina metropolitana y diversas tradiciones. Sobre el uso de un solo hospital para crear la nueva categoría de "enfermedad mental" en Senegal, véase Danielle Storper-Perez, *La Folie colonisée: Textes à l'appui*, París, Maspero, 1974.

22 La idea occidental de que la *salud* en abstracto es una propiedad del hombre no pudo desarrollarse más que en forma paralela a la idea de *humanidad*. Carlyle sugiere que ambas ideas tomaron por primera vez

forma reconocible en el brindis del victorioso Alejandro a la *homo-ousia* (misma naturaleza) de los hombres. Combinada con la idea del progreso, la utopía de la humanidad sana llegó a prevalecer sobre el ideal de modelos concretos y específicos de funcionamiento característicos de cada tribu o *polis*. Véase al respecto H.C. Baldry, *The Unity of Mankind in Greek Thought*, Cambridge, University Press, 1965, y Max Muehl, *Die antike Menschheitsidee in ihrer geschichtlichen Entwicklung*, Leipzig, Dietrichsche Verlagsbuchhandlung, 1928. Sidney Pollard, *The Idea of Progress: History and Society*, Nueva York, Basic Books, 1968, se ocupa de la ideología del *progreso humano* en relación con la historia concreta y los aspectos político-económicos que complementan la filosofía.

23 Para estudiar este impacto en la historia latinoamericana, véase, sobre etnomedicina, Erwin H. Ackerknecht, "Medical Practices", en Julian Haynes Steward, *Handbook of South American Indians*, vol. 5, *The Comparative Ethnology of South American Indians*, 1949; reimpr., Saint Clark Shores, Mich, Scholarly Press, 1973, pp. 625-43. Sobre colonización médica, véase Percy M. Ashburn, *The Ranks of Death: A Medical History of the Conquest of America*, Nueva York, Coward-McCann, 1974, una obra importante que arroja luz sobre la historia de la medicina y sobre la conquista. Francisco Guerra, *Historiografía de la medicina colonial hispanoamericana*, México, Abastecedora de Impresos, 1953, es más bibliográfica que historiográfica, pero indispensable. No se cuenta con ningún estudio comprehensivo del imperialismo de la ideología médica europea en América Latina. Para una orientación preliminar, véase Gonzalo Aquirre Beltrán, *Medicina y magia: El proceso de aculturación en la estructura colonial*, México, Instituto Nacional Indigenista, 1963. Thissen, Rudolf, "Die Entwicklung der Terminologie auf dem Gebiet der Sozialhygiene und Sozialmedizin im deutschen Sprachgebiet bis 1930", *Forschungsbericht des Landes Nordrhein-Westfalen*, Nr. 2050, Colonia, Westdeutscher Verlag, 1969, pp. 3-72. Una historia de la terminología usada en la medicina social alemana desde que la higiene pasó de manos del clero al médico. Especialmente iluminador en lo que respecta a mediados del siglo XIX, cuando la salud pasó a ser "propiedad exclusiva" del trabajador, que debía ser protegida por la acción del gobierno.

3. MATAR EL DOLOR

Notas

- 1 Para un fino análisis fenomenológico de la modernización de la experiencia de dolor, véase Peter Berger, "Policy and the Calculus of Pain", en *Pyramids of Sacrifice: Political Ethics and Social Change*, Nueva York, Basic Books, 1974, cap. 5.
- 2 F.J.J. Buytendijk, *Pain, Its Modes and Functions*, trad, Eda O'Shiel, Chicago, University of Chicago Press, 1962. Rudolf Bilz, *Paläoanthropologie*, vols. 1-2, *Studien über Angst und Schmerz*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1971.
- 3 Victor Weizsäcker, *Arzt und Kranker*, Stuttgart, Köhler, 1949, vol. 1.
- 4 Thomas S. Szasz. *Pain and Pleasure*, Nueva York, Basis Books, 1957.
- 5 Para un análisis de la reacción al dolor de autores y filósofos contemporáneos, véase Ida Cermak, *Ich Klage nicht: Begegnungen mit der Krankheit in Selbstzeugnissen schöpferischer Menschen*, Viena, Amalthea, 1972. En tiempos medievales tardíos era casi imposible reconocer, por el comportamiento de una persona con dolor, si el origen de la experiencia era la pena, la compasión, el orgullo lastimado o una herida. Wilhelm Scherer, *Der Ausdruck des Schmerzes und der Freude in der mittelhochdeutschen Dichtung der Blütezeit*, Estrasburgo, 1908.
- 6 Cuando los artistas de la Grecia antigua representaban el dolor, solo indirectamente les importaba su impacto fisiológico, y ante todo trataban de captar la forma más o menos personal en que se experimentaba este impacto. Ernst Hannes Brauer, *Studien zur Darstellung des Schmerzes in der antiken bildenden Kunst Griechenlands und Italiens*, disertación inaugural, Univ. de Breslau, Breslau, Nischkowsky, 1934. Para conclusiones análogas sobre el teatro ático, Karl Kiefer, *Körperlicher Schmerz auf der attischen Bühne*, disertación inaugural, Heidelberg, Carl Winters Universitaetsbuchhandlung, 1908.
- 7 Para 60 representaciones plásticas de seres humanos con dolor, véase Friedrich Schulze-Maizier y H. Moehle, *Schmerz*, Berlín, Metzner, 1943. También F. Garnaud, "La Douleur dans l'art", *Aesculape*, 1957, varias páginas en números sucesivos.
- 8 Victor Weiszaecker, "Zum Begriff der Arbeit: Eine Habeas-Corpus Akte der Medizin?" en Edgar Salin, comp., *Synopsis: Festgabe für Alfred Weber*, Heidelberg, Schneider, 1948, pp. 707-61. Una descripción fenomenológica del sufrimiento como *Leistung*, es decir, una actividad de la persona enferma que despierta respeto en todas las sociedades y suele reconocerse como un "arte" que, aunque difiere del trabajo, posee un rango social análogo. Albert Görres, comp., *Der Kranke, Ärgernis der*

Leistungsgesellschaft, Düsseldorf, Patmos, 1971. Aunque no llega tan lejos, Everett Hughes, *Men and Their Work*, Nueva York, Free Press, 1958, proporciona las bases para una interpretación similar.

9 Bilz, "Die Menschheitsgeschichtlich ältesten Mythologeme", en *Studien über Angst und Schmerz*, pp. 276-94.

10 Asenath Petrie, *Individuality in Pain and Suffering*, Chicago, University of Chicago Press, 1977. Las personas difieren en la intensidad con que modulan la experiencia; algunas reducen y otras aumentan lo que se percibe, incluyendo el dolor. Este modelo de reacción en parte está determinado genéticamente. Véase también B.B. Wolff y M.E. Jarvik, "Relationship Between Superficial and Deep Somatic Threshold of Pain, with a Note on Handedness", *American Journal of Psychology* 77, 1964, pp. 589-99.

11 Con respecto a la persona que se supone debe sufrir en el parto, y con respecto al lugar del cuerpo donde se supone que se origina el dolor, véase Grantly Dick-Read, *Childbirth Without Fear*, 1944; ed. en rústica, Nueva York, Dell, 1962. Contiene mucha información sobre la influencia de la cultura en la intensidad del temor y la relación entre el temor y la experiencia del dolor.

12 Henry K. Beecher, *Measurement of Subjective Responses: Quantitative Effects of Drugs*, Nueva York, Oxford University Press, 1959. Los opiáceos ejercen su acción principal, sobre el impulso de dolor, que se transmite a través del sistema nervioso, sino sobre el recubrimiento psicológico del dolor. Hacen bajar el nivel de ansiedad. Los placebos pueden lograr el mismo efecto en muchas personas. Agudos dolores postquirúrgicos pueden aliviarse en un 35% de pacientes dándoles una tableta azucarada o salina en vez de un analgésico. En estas mismas condiciones de dolor sólo el 75% se alivia con altas dosis de morfina; se podría atribuir al efecto de placebo el 50% de la eficacia de la droga. Véase también Harris Hill y otros, "Studies on Anxiety Associated with Anticipation of Pain: I. Effects of Morphine", *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry* 67, mayo 1952, pp. 612-19.

13 R. Melzack y T.H. Scott, "The Effect of Early Experience on the Response to Pain", *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 50, abril 1957, pp. 155-61. Para un análisis fenomenológico véase Victor E. von Gebattel, *Imago Hominis: Beiträge zu einer personalen Anthropologie*, 2a. ed., Salzburgo, Otto Müller, 1968; Jacques Sarano, *La Douleur*, Lyons, Editions de l'Épi, 1965.

14 Thomas Keith, *Religion and the Decline of Magic: Studies in Popular*

Beliefs in the 16th and 17th Centuries in England, Londres, Weidenfeld, 1971. Sobre la importancia y la utilidad práctica de la religión y la superstición para aliviar el sufrimiento en la Inglaterra de los primeros tiempos modernos.

15 Beecher, *Measurement of Subjective Responses*, pp. 164 ss. Becker, Howard S., "Consciousness, Power and Drug Effects", *Journal of Psychedelic Drugs*, Vol. 6, 1, enero-marzo 1974, pp. 67-76. Los efectos de la droga tienen grandes variaciones, dependiendo de las ideas y creencias acerca de la droga, y del control que quien la usa ejerce sobre ella.

16 Para información sobre este tema consulte James D. Hardy y otros., *Pain Sensations and Reactions*, 1952; reimpr., Nueva York, Hafner, 1967; Harold G. y Stewart Wolff, *Pain*, American Lectures in Physiology Series, 2a. ed., Springfield, Ill., Thomas, 1958; Benjamin L. Crue, *Pain and Suffering: Selected Aspects*, Springfield, Ill., Thomas, 1970.

17 Thomas S. Szasz, "The Psychology of Persistent Pain: A Portrait of L'Homme Dououreux", en A. Soulairac, J. Cahn y J. Charpentier, comps., *Pain*, Nueva York, Academic Press, 1968, pp. 93-113.

18 Richard Toellner, "Die Umbewertung des Schmerzes im 17. Jahrhundert in ihren Voraussetzungen und Folgen", *Medizinhistorisches Journal* 6, 1971, pp. 707-61. Ferdinand Sauerbruch y Hans Wenke, *Wesen und Bedeutung des Schmerzes*, Berlín, Junker und Dünnhaupt, 1936. Thomas Keys, *History of Surgical Anesthesia*, ed. rev., Nueva York, Dover, 1963.

19 Kenneth D. Keele, *Anatomies of Pain*, Springfield, Ill., Thomas, 1957. Herman Buddensieg, *Leid und Schmerz als Schöpfermacht*, Heidelberg, s.i., 1956.

20 Gebattel, *Imago hominis*. Sarano, *La Douleur*. Karl E. Roths Schuh, *Physiologie: Der Wandel ihrer Konzepte, Probleme und Methoden vom 16. bis 20. Jahrhundert*, Freiburg, Alber, 1968. Una valiosa guía para la historia de la fisiología desde el siglo XVI, que se acerca lo más posible a una historia de la percepción médica del dolor. Karl E. Roths Schuh, *Von Boerhaave bis Berger: Die Entwicklung der kontinentalen Psychologie im 18. und 19. Jahrhundert mit besonderer Beruecksichtigung der Neuropsychologie*, Stuttgart, Fischer, 1964.

21 H. Merskey y F.G. Spear, *Pain: Psychological and Psychiatric Aspects*, Londres: Bailliere, Tindall and Casell, 1967, reseña trabajos importantes e intenta una clarificación del uso del dolor en el trabajo expe-

rimental.

22 Ver Carl Darling Buck, *A Dictionary of Selected Synonyms in the Principal Indo-European Languages: A Contribution to the History of Ideas*, Chicago, University of Chicago Press, 1949, para los cuatro campos semánticos siguientes: dolor-sufrimiento, 16-31; aflicción-pena, 16-32; emoción-sensación, 16-12; pasión, 16-13. Véase también W. Franzen, *Klagebilder und Klagegebärden in der deutschen Dichtung des höfischen Mittelalters*, Disertación, Univ. de Bonn, Würzburg, Triltsch, 1938. Georg Zapter, "Über den Ausdruck des geistigen Schmerzes im Mittelalter: Ein Beitrag zur Geschichte der Förderungs-Momente des Rührenden im Romantischen", en *Denkschriften der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften*, Viena, Philosophisch-historisch Classe, 1854, vol. 5, pp. 73-136.

23 Robert S. Hartmann, *The Structure of Value; Foundation of Scientific Axiology*, Carbondale, Southern Illinois University Press, 1967, especialmente pp. 255 ss. Se hace una distinción entre "mi dolor", un disvalor intrínseco acerca del cual existe una certeza totalmente única; "tu dolor", un disvalor extrínseco por el cual puedo experimentar compasión; y "el tipo de dolor del que se dice que una tercera persona sufre", como las jaquecas de pacientes no especificados, para los cuales, en el mejor de los casos, puedo solicitar alguna simpatía general. El dolor sobre el cual debería escribirse una historia es la experiencia personalizada del dolor intrínseco; la inclusión, en la experiencia de dolor, de la situación social en que el dolor ocurre.

24 Bakan, David, *Disease, Pain and Sacrifice, Toward a Psychology of Suffering*, Chicago, Beacon Press, 1968, trata del dolor como una disyunción de *telos y distalidad*. "El dolor, no teniendo otro *locus* sino el ego consciente, es casi literalmente el precio que paga el hombre por poseer un ego consciente... a menos que haya un organismo despierto y consciente, nada hay que pueda uno calificar perceptiblemente como dolor."

25 Ludwig Wittgenstein, *Philosophical Investigations*, Oxford, Oxford University Press, 1953, pp. 89 ss.

26 A. Soullairac, J. Cahn y J. Charpentier, comps., *Pain*. Actas del Simposio Internacional organizado por el Laboratorio de Psicofisiología, Faculté des Sciences, París, 11-13 de abril de 1967, Nueva York, Academic Press, 1968, especialmente pp. 119-230.

27 Ver Szasz, "Psychology of Persistent Pain".

28 Mark Zborowski, "Cultural Components in Responses to Pain", en E.

Gartly Jaco, *Patients, Physicians and Illness*, Nueva York, Free Press, 1958, pp. 256-68.

29 B. Holmstedt, "Historical Survey", En *Ethnopharmacologic Search for Psycho-active Drugs*, Washington, D.C., National Institute of Mental Health, 1967, pp. 3-31.

30 Para el alcohol en general, véase Salvatore P. Lucia, *A History of Wine as Therapy*, Nueva York, McGraw-Hill, 1963. Ilustra las funciones sociales del alcohol como intoxicante. E.R. Bloomquist, *Marihuana*, Beverly Hills, Calif., Glencoe Press, 1968. Sobre el contexto y la distribución del uso de la marihuana desde la antigüedad.

31 G.M. Carstairs, "Daru and Bhang, Cultural Factors in the Choice of Intoxicant", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 15, junio 1954, pp. 220-37.

32 Robert L. Bergmann, "Navajo Peyote Use: Its Apparent Safety", *American Journal of Psychiatry* 128, diciembre 1971, pp. 695-9. Cuando el peyote se usa en un contexto ritual entre miembros de la iglesia nativa americana, ocurre menos de un mal viaje por cada 10000 dosis consumidas. W. La Barre, *The Peyote Cult*, Handem, Conn., Shoestring Press, 1964. Una historia completa del uso del peyote entre los indios norteamericanos; incluye una extensa bibliografía.

33 R.G. Wasson, *Soma: Divine Mushroom of Immortality*, Nueva York, Harcourt Brace, 1969.

34 H. Blyed-Prieto, "Coca Leaf and Cocaine Addiction: Some Historical Notes", *Canadian Medical Association Journal* 93, 1965, pp. 700-4. Información sociológica e histórica.

35 Robert Burton, *The Anatomy of Melancholy*, 3 vols., Nueva York, Dutton, 1964; ed. orig. 1621. El tratado clásico sobre la quimioterapia renacentista, que "rescata la mente de las profundidades de la desesperación" por medio de la amapola, el beleño, la mandrágora, la belladona, la nuez moscada, etc.

36 "Opium" en *Encyclopaedia Britannica*, 1911 vol. 20, pp. 130-7. La geografía histórica del cultivo de la amapola, y la historia de su uso, presentadas en una perspectiva victoriana.

37 Peter Graystone, *Acupuncture and Pain Theory: A Comprehensive Bibliography*, Vancouver, Biomedical Engineering Services, 1975. Un complemento: Billy y Miriam Tam, *Acupuncture: An International Biblio-*

graphy, Metuchen, NJ, Scarecrow Press, 1973.

38 Para bibliografía consúltese, W. Montgomery Watt, *Free Will and Predestination in Early Islam*, Londres, Luzac, 1948. Véase también Duncan B. Macdonald, *Religious Attitude and Life in Islam*, 1909, reimpr., Nueva York, AMS Press, 1969.

39 H.H. Rowley, *Submission in Suffering and Other Essays on Eastern Thought*, Cardiff, University of Wales Press, 1951. E.M. Hoch, "Bhaya, Shoka, Moha: Angst, Leid und Verwirrung in den alten indischen Schriften und ihre Bedeutung für die Entstehung von Krankheiten", en Wilhelm Bitter, comp., *Abendländliche Therapie und östliche Weisheit*, Stuttgart, Klett, 1968.

40 John Ferguson, *The Place of Suffering*, Cambridge, Clarke, 1972. Una densa historia del trasfondo clásico y hebreo frente al cual se desarrolló la actitud cristiana hacia el sufrimiento.

41 Oliver Wendell Holmes, *Medical Essays*, Boston, 1883.

42 Jacques Sarano, "L'Échec et le médecin", en Jean Lacroix, comp., *Les hommes devant l'échec*, París, PUF, 1968, cap. 3, pp. 69-81.

43 Para un estudio exhaustivo del valor diagnóstico atribuido al dolor en la literatura hipocrática, véase A. Souques, "La Douleur dans les livres hippocratiques: Diagnostiques rétrospectifs", *Bulletin de la Société Française de l'Histoire de Médecine* 31, 1937, pp. 209-14; 32, 1938, pp. 178-86; 33, 1939, pp. 37-8, 131-44; 34, 1940, pp. 53-9, 79-93.

44 Con respecto a la evolución de los términos usados en la Biblia para designar el dolor y el sufrimiento corporales, véase Gerhard Kittel, *Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament*, Stuttgart, Kohlhammer, 1933, los siguientes artículos: *lype* (Bultmann); *asthenés* (Stahlin); *pascho* (Michaelis); *nosos* (Oepke).

45 Immanuel Jakobovitz, "Attitude to Pain", en *Jewish Medical Ethics*, Nueva York, Bloch, 1967, p. 103.

46 Julius Preuss, *Biblisch-talmudische Medizin: Beitrag zur Geschichte der Heilkunde und der Kultur überhaupt*, 3a. ed., Berlín, Karger, 1923. Friedrich Weinreb, *Vom Sinn des Erkrankens*, Zürich, Origo, 1974: la palabra hebrea para "enfermedad" tiene la misma raíz que la palabra para "ordinario".

47 Friedrich Fenner, *Die Krankheit im Neuen Testament: Eine religiöse und medizin-geschichtliche Untersuchung*, Untersuchungen zum Neuen

Testament, no. 18, 1930 (disertación, Univ. de Jena, 1930).

48 Harold Rowley, *Servant of the Lord and Other Essays on the Old Testament*, 2a. ed., Naperville, Ill., Allenson, 1965. Christopher R. North, *Suffering Servant in Deutero-Isaiah: An Historical and Critical Study*. 2a. ed., Nueva York, Oxford University Press, 1956.

49 Ver referencias en la nota 18, pp. 185-86.

50 K.E. Rothschuh, "Geschichtliches zur Physiologie des Schmerzes", en *Documenta Geigy: Problems of Pain*, Basel, 1965, p. 4. Se entendía que el dolor era "percibido a través de la facultad sensorial de la *sentiens anima*; (era) concebido como una propiedad del alma, una propiedad distribuida por todo el cuerpo".

51 Herbert Plügge, *Der Mensch und sein Leib*, Tübingen, Niemeyer, 1947.

52 Gottfried Wilhelm Leibnitz, *Essais de Théodicée sur la bonté de Dieu, la liberté de l'homme et l'origine du mal*, París, Garnier-Flammarion, 1969, no. 342.

53 El dolor llegó a ser considerado misterioso e ingobernable sin auxilios técnicos. Para orientación sobre la actitud romántica hacia el dolor y el uso de narcóticos, véase Alethea Hayter, *Opium and the Romantic Imagination*, Berkeley, University of California Press, 1969. También M.H. Abrams, *The Milk of Paradise*, Nueva York, Harper and Row, 1970. Evitarlo llegó a ser suprema importancia: Robert Mauzi, *L'idée du bonheur dans la littérature et la pensée françaises au 18ème siècle*, París, Colin, 1960, especialmente pp. 300-10 sobre el surgimiento de la convicción de que el dolor es el único "mal" verdadero.

54 Charles Richet, "Douleur", en *Dictionnaire de physiologie*, París, Félix Alcan, 1902, vol. 5, pp. 173-93. En su clásico diccionario de fisiología en cinco volúmenes, Richet analiza el dolor como un hecho fisiológico y psicológico sin considerar ni la posibilidad de su tratamiento ni su importancia diagnóstica. Llega en definitiva a la conclusión de que el dolor es supremamente útil (*souverainement utile*) porque nos hace apartarnos del peligro. Todo abuso es seguido inmediatamente para nuestro castigo por el dolor, que es sin ninguna duda superior en intensidad al placer que produjo el abuso.

55 Mitford M. Mathews, comp., *A Dictionary of Americanisms on Historical Principles*, Chicago, University of Chicago Press, 1966: "*matadolores* (*pain-killer*). Cualquiera de diversas medicinas o remedios para abolir o

aliviar el dolor. 1853 La Crosse Democrat, 7 Junio 2/4 Ayer's Cherry Pectoral, Perry Davis' Pain Killer. 1886 Ebbut Emigrant Live 119. En la casa tenemos un frasco de 'matadolores'... para fines medicinales."

56 Kenneth Minogue, *The Liberal Mind*, Londres, Methuen, 1963.

57 Victor E. Frankl, *Homo patients: Versuch einer Pathodizee*, Viena, Deutike, 1950.

58 Robert J. Lifton, *Death in Life: Survivors of Hiroshima*, Nueva York, Random House, 1969.

59 Des Pres, Terrence: *Survivors and the will to bear witness*. Del libro de próxima aparición: *The survivors*, Oxford Univ. Press, 1974, en: *Social Research*, Vol. 40, No. 4, invierno de 1973, págs. 668 a 690, presenta una crítica constructiva de Lifton, Robert, v. n. Según él, los supervivientes de los campamentos de concentración tienen el impulso de dar importancia a una experiencia anónima que han conocido: el dolor que carece completamente de sentido. Según Des Pres, su mensaje es profundamente ofensivo porque desde mediados del siglo XIX el sufrimiento de los demás ha llegado a revestirse de un carácter moral. Kierkegaard predicaba la salvación por el dolor, Nietzsche ensalzaba los bajos fondos, Marx a los pisoteados y oprimidos. El superviviente despierta la envidia de su sufrimiento, y simultáneamente ofrece el testimonio de que el dolor sólo pueden valorarlo unos cuantos privilegiados. Propongo otra explicación: la gente evita al superviviente porque éste se siente impulsado a despertar la atención sobre el aumento del dolor completamente carente de significado que se soporta, no se sufre, en la sociedad industrial.

4. LA INVENCION Y ELIMINACION DE LA ENFERMEDAD

Notas

- 1 En este capítulo cito libremente de documentos reunidos en Michel Foucault, *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, trad. A.M. Sheridan Smith, Nueva York, Pantheon, 1973. *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI, 1966.
- 2 Walter Artelt, *Einführung in die Medizinhistorik: Ihr Wesen, ihre Arbeitsweise und ihre Hilfsmittel*, Stuttgart, Enke, 1949. Una excelente introducción a la metodología de la historia médica y sus instrumentos.
- 3 Heinrich Schipperges, "Die arabische Medizin als Praxis und als Theorie", *Sudhoffs Archiv* 43, 1959, pp. 317-28, proporciona una perspectiva historiográfica.
- 4 Sobre la evolución del hospital como un elemento arquitectónico en la urbanización, consúltense una anticuada obra monumental: Henry Burdett, *Hospitals and Asylums of the World: Their Origin, History, Construction, Administration... and Legislation*, 4 vols. Londres: Churchill, 1893. También Dieter Jetter, *Geschichte des Hospitals*, vol. 1, *Westdeutschland von den Anfängen bis 1850*, Wiesbaden, Steiner, 1966; varios volúmenes en planeación.
- 5 Fernando da Silva Coreia, *Origenes e formação das misericórdias portuguesas*, Lisboa, Torres, 1944. Las primeras doscientas páginas se ocupan del hospital en la antigüedad y durante la Edad Media en Oriente y en Europa. Jean Imbert, *Histoire des hôpitaux français; contribution à l'étude des rapports de l'église et de l'état dans le domaine de l'assistance publique: les hôpitaux en droit canonique*, Collection L'Église et l'état au moyen âge, no. 8, París, Vrin, 1947. Una guía bien documentada sobre los orígenes del hospital medieval y la transición de la asistencia pública del control eclesiástico al civil. F.N.L. Poynter, comp., *The Evolution of Hospitals in Britain*, Londres, Pitman, 1964; véase la bibliografía clasificada sobre la historia del hospital británico, pp. 255-79. Sobre el hospital en el Nuevo Mundo consúltense Josefina Muriel de la Torre, *Hospitales de la Nueva España* (vol. 1), *Fundaciones de los siglos XVII y XVIII* (vol. 2), publicaciones del Instituto de Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, ser. 1, nos. 35, 62, México, 1959-60.

6 Sobre la historia de la cama de hospital, consúltese F. Boinet, *Le Lit d'hôpital en France: Étude historique*, París, Foulton, 1945; James N. Blyth, *Notes on Bed and Bedding: Historical and Annotated*, Londres, Simpkin Marstall, 1873. Lectura más general, pero también más placentera: Laurence Wright, *Warm and Snug: The History of the Bed*, Londres, Routledge, 1962. Sobre la buena conducta en la cama, véase la obra de Norbert Elias citada más adelante en la nota 28, p. 223.

7 Marcel Fosseyeux, *L'Hôtel Dieu aux XVIIe et XVIIIe siècles*, París, Levrault, 1912.

8 Sobre el origen y la evolución de la idea: David Rothman, *The Discovery of the Asylum*, Boston, Little, Brown, 1971. Milton Kotler, *Neighborhood Government: The Local Foundations of Political Life*, Indianápolis, Bobbs-Merril, 1969, aclara el asunto en cuanto a Boston. Véase también Foucault, *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI.

9 Se ordenó a los príncipes cristianos que no usaran como castigo la cadena perpetua, porque era excesivamente cruel. Las prisiones podían usarse para guardar a los criminales hasta su audiencia, su ejecución, o su mutilación judicial. Andreas Perneder, *Von Straf und Pein aller und jeder Malefitz, Handlungen ein kurzer Bericht*, ed. W. Hunger, Ingolstadt, 1544.

10 Para documentación sobre el pensamiento de Rousseau acerca de la medicina, rico y cuidadosamente escogido, véase Gerhard Rudolf, "Jean-Jacques Roussau (1712-1778) und die Medizin", *Sudhoffs Archiv* 53, 1969, pp. 30-67. A Rousseau probablemente se le malentendió todavía más con respecto a la medicina que a la educación.

11 Sobre el sueño de la salud "salvaje" consúltese Edward Dudley y Maximillian E. Novak, comps., *The Wild Man Within: An Image in Western Thought from the Renaissance to Romanticism*, Pittsburgh, Pittsburgh Univ. Press, 1972.

12 Jacques-René Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux*, París, 1788, p. 451; citado en Foucault, *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXII.

13 Brian Abel-Smith, *The Hospitals, 1800-1948: A Study in Social Administration in England and Wales*, Londres, Heinemann, 1964. Cuidadosamente documentado sobre los cambios económicos y profesionales. Leonard K. Eaton, *New England Hospitals, 1790-1833*, Ann Arbor, Univ. of Michigan Press, 1957. Véase especialmente el ensayo bi-

bliográfico, pp. 239-46.

14 François Millepierres, *La Vie quotidienne des médecins au temps de Molière*, París, Hachette, 1964. De divulgación pero digno de confianza; una imagen múltiple de la vida cotidiana del médico en la época de Molière.

15 Jean-Pierre Peter, "Malades et maladies á la fin du XVIIIe siècle", en Jean-Paul Dessaive y otros, *Médecins, climat et épidémies á la fin du XVIIIe siècle*, París, Mouton, 1972, pp. 135-70: "Durante la Revolución Francesa el hospital, como el laboratorio, ambos descubiertos alrededor de 1770, jugarían el papel de partera en el nacimiento de estas ideas preexistentes."

16 Helmut Vogt, *Das Bild des Kranken: Die Darstellung äusserer Veränderungen durch innere Leiden und ihre Heilmassnahmen von der Renaissance bis zu unserer Zeit*, Munich, Lehmann, 1960. Más de 500 reproducciones de representaciones artísticas de personas enfermas, desde el Renacimiento; permite un estudio de percepción. Para un estudio médico del ergotismo en el pasado basado en su representación pictórica, véase Veit Harold Bauer, *Das Antonius-Feuer in Kunst und Medizin*, Heidelberg, Springer, 1973; bibliog., pp. 118-25; posfacio de Wolfgang Jacob, pp. 127-9. La pintura y las artes plásticas proporcionan un invaluable complemento a la historia de las relaciones paciente-médico: Eugen Holländer, *Die Medizin in der Klassischen Malerei*, 4a. ed., Stuttgart, Enke, 1950. Eugen Holländer, *Plastik und Medizin*, Stuttgart, Enke, 1912.

17 W. Muri, "Der Massgedanke bei griechischen Ärzten", *Gymnasium* 57, 1950, pp. 183-201. H. Laue, *Mass und Mitte: Eine problemgeschichtliche Untersuchung zur fruehen griechischen Philosophie und Ethik*, Münster, Osnabrueck, 1960. La medida en la antigüedad se relacionaba con la virtud y la proporción, no con la verificación operacional. Sobre el campo semántico prehistórico indo-germánico que incluye tanto medida como medicina, véase Emile Benveniste, "Médecine et la notion de mesure", en *Le Vocabulaire des institutions indo-européennes*, vol. 2, *Pouvoir, droit, religion*, 1969, pp. 123-32. La versión inglesa es *Indo-European Language and Society*, Miami, University of Miami Press, 1973.

18 Para la historia de las mediciones consúltense dos simposia: Harry Woolf, comps., *Quantification: A History of the Meaning of Measurement in the Natural and Social Sciences*, Indianápolis, Bobbs-Merill, 1961, y Daniel Lerner, *Quantity and Quality: The Hayden Colloquium on Scientific Method and Concept*, Nueva York, Free Press, 1961.

Consúltese particularmente, en Woolf, el trabajo de Richard Shryock, "The History of Quantification in Medical Science", pp. 85-107. Sobre la aplicación de la medición a aspectos no médicos del hombre, véase S.S. Stevens, "Measurement and Man", *Science* 127, 1958, pp. 383-9, y S.S. Stevens, *Handbook of Experimental Psychology*, Nueva York, Wiley, 1951.

19 Richard H. Shryock y Otto T. Beall, *Cotton Mather: The First Significant Figure in American Medicine*, Baltimore, Johns Hopkins Univ. Press, 1954.

20 Cuando la enfermedad pasó a ser una entidad que podía separarse del hombre y ser manejada por el médico, súbitamente otros aspectos del hombre se hicieron separables, usables, vendibles. La venta de la sombra es un motivo literario típico del siglo XIX, (A.V. Chamisso: *Peter Schlemihls wundersame Geschichte*, 1814.) Un médico demoníaco puede privar al hombre de su imagen en el espejo (E.T.A. Hoffman, 1815: "Die Geschichte vom verlorenen Spiegelbild", en *Die Abenteuer einer Sylvesternacht*) en W. Hauff "Das steinerne Herz", en: *Das Wirtshaus im Spessat*, 1828, el héroe cambia su corazón por uno de piedra para salvarse de la bancarrota. En las dos generaciones siguientes se da tratamiento literario a la venta del apetito, el nombre, la juventud y las memoria.

21 Para esta evolución en Francia, véase Maurice Rochaix, *Essai sur l'évolution des questions Hospitalières de la fin de l'Ancien Régime á nos jours*, Saintes, Fédération hospitalière de France, 1959, la única historia bien documentada de la asistencia pública a los enfermos en dicho país. Véase Jean Imbert, *Les Hôpitaux en France*, "Que sais-je?", París, Presses Universitaires de France, 1958, sobre la adaptación del hospital francés a las técnicas médicas cambiantes durante el siglo XIX. Por supuesto, consúltese también a Foucault, *op. cit*, *El nacimiento de la clínica*.

22 Sobre la historia del concepto de enfermedad, véase P. Diepgen, G.B. Gruber y H. Schadewaldt, "Der Krankheitsbegriff, seine Geschichte und Problematik", en *Prolegomena einer allgemeinen Pathologie*, Berlín, Springer, 1969, vol. 1, pp. 1-50. Emanuel Berghoff, *Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffes in seinen Hauptzügen dargestellt*, 2a. ed., Wiener Beiträge zur Geschichte der Medizin, vol. 1, Viena, Maudrich, 1947. Pedro Laín Entralgo, *El médico y el enfermo*, Madrid, Ediciones Guadarrama, 1970.

23 Mirko D. Grmek, "La Conception de la maladie et de la santé chez Claude Bernard", en Alexandre Koyré, *Mélanges Alexandre Koyré*:

L'Aventure de la science, París, Hermann, 1964, vol. 1, pp. 208-27.

24 Georges Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, París, Presses Universitaires de France, 1972, es una tesis sobre la historia de la idea de la normalidad en la patología del siglo XIX, tesis terminada en 1943 a la que se agregó un epílogo en 1966. Sobre la historia de la "normalidad" en la psiquiatría véase Michel Foucault, *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*, Nueva York, Pantheon, 1965.

25 Para la historia de las ideas médicas durante el siglo XIX, Pedro Laín Entralgo, *La medicina hipocrática*, Madrid, Revista de Occidente, Alianza, 1970. Werner Leibbrand, *Heilkunde: Eine Problemsgeschichte der Medizin*, Freiburg, Alber, 1953. Fritz Hartmann, *Der ärztliche Auftrag: Die Entwicklung der Idee des abendländischen Arztums aus ihren weltanschaulich-anthropologischen Voraussetzungen bis zum Beginn der Neuzeit*, Göttingen, Musterschmidt, 1956. M. Merleau-Ponty, "L'Oeil de l'esprit", *Les Temps Modernes*, nos. 184-5, 1961, pp. 193 ss. M. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, París, Gallimard, 1945. Werner Leibbrand, *Spekulative Medizin der Romantik*, Hamburgo, Claassen, 1956, Hans Freyer, "Der Arzt und die Gesellschaft", en *Der Arzt und der Staat*, Leipzig, Thieme, 1929. René Fülöp-Miller, *Kulturgeschichte der Heilkunde*, Munich, Bruckmann, 1937. K.E. Hrag Rothschild, *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung, Wege der Forschung*, vol. 362, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1976: 18 contribuciones críticas de importancia histórica, de los siglos XIX y XX, a la epistemología de la enfermedad; entre ellas de C.W. Hufeland, R. Virchow, R. Koch y F. Alexander. Richard Toellner publicará un volumen paralelo: *Erfahrung und Denken in der Medizin*.

26 Sobre este desarrollo, especialmente en cuanto se centra en la influencia de Virchow, véase Wolfgang Jacob, "Medizinische Anthropologie im 19. J.h.: Mensch, Natur, Gesellschaft: Beitrag zu einer theoretischen Pathologie", en *Beiträge aus der allgemeinen Medizin*, no. 20, Stuttgart, Enke, 1967.

27 Janine Ferry-Pierret y Serge Karsenty, *Pratiques médicales et système hospitalier*, París, CEREBE, 1974, un análisis económico de las crecientes disutilidades marginales del cuidado de la salud que resultó de la toma de la asistencia médica por el hospital (la toma fue posible a causa de una percepción de la enfermedad centrada en el hospital). Para una docena de perspectivas sociológicas sobre el hospital contemporáneo, consúltese Eliot Freidson, comp., *The Hospital in Modern Society*, Nueva York, Free Press, 1963. Véase también Jo-

hann J. Rhode, *Soziologie des Krankenhauses: Zur Einführung in die Soziologie der Medizin...*, Stuttgart, Enke, 1962, tal vez la más comprehensiva sociología del hospital.

28 Sobre la historia de la percepción del cuerpo en las culturas europeas, véase Norbert Elias, *Über den Prozess der Zivilisation: Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*, vol. 1, *Wandlungen des Verhaltens in der Weltlichen des Abendlandes*: vol. 2, *Wandlungen der Gesellschaft Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation*, Berna/Munich, Francke, 1969. Traducción francesa, París, Calmann-Levy, 1973.

29 Un ejemplo: D.L. Rosenhan, "On Being Sane in Insane Places", *Science* 179, 1973, pp. 250-58. "Una vez que ocho pseudopacientes ganaron admisión a instituciones mentales (diciendo que oían voces), se hallaron marcados indeleblemente con un diagnóstico de esquizofrenia, a pesar de su posterior comportamiento normal. Irónicamente, sólo los otros reclusos llegaron a sospechar que los pseudopacientes eran normales. El personal del hospital no era capaz de reconocer la conducta normal dentro del medio hospitalario."

30 Thomas S. Szasz, *The Myth of Mental Illness*, Nueva York, Harper and Row, 1961. Thomas S. Szasz, *Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Nueva York, Harper and Row, 1970. Ronald Leifer, *In the Name of Mental Health: Social Functions of Psychiatry*, Nueva York, Aronson, 1969. Erving Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Immates*, 1961; ed. en rústica, Nueva York, Doubleday, 1973. R.D. Laing y A. Esterson, *Sanity, Madness, and the Family*, Baltimore, Penguin, 1970.

31 Gregoria Bermann, *La salud mental en China*, Buenos Aires, Ed. Jorge Álvarez, 1970.

32 Peter Sedgwick, "Illness, Mental and Otherwise: All Illnesses Express a Social Judgement", *Hastings Center Studies* 1, no. 3, 1973, pp. 19-40, señala que algunos hechos constituyen afecciones y enfermedades sólo después que el hombre los designa como desviaciones y como condiciones que están bajo control social. Promete plantear la cuestión epistemológica acerca de la enfermedad en general en un libro que pronto publicará Harper y Row.

33 Albert Görres, "Sinn und Unsinn der Krankheit: Hiob und Freud", en Albert Görres, comp., *Der Kranke, Ärgernis der Leistungsgesellschaft*,

Düsseldorf, Patmos, 1971, pp. 74-88.

34 B.L. Whorf, *Language, Thought and Reality*, Nueva York, Wiley, 1956, describe la barrera lingüística que la terminología técnica erige entre el grupo interno profesional y los clientes definidos como el grupo externo. K. Engelhardt et al., *Kranke im Krankenhaus*, Stuttgart, Enke, 1973. Durante su estancia en el hospital, los pacientes son intensiva y progresivamente mistificados. Al ser dados de alta, menos de la tercera parte han comprendido cuál es la enfermedad por la que los han tratado, y menos de la cuarta parte, a qué tratamiento han estado sujetos. M.B. Korsch y V.F. Negrete, "Doctor-Patient Communication", *Scientific American* 227, agosto 1972, pp. 66-9. En el Hospital de Niños de Los Angeles, el 20% de las madres no comprende de qué sufren sus hijos, el 50% no capta los orígenes de la enfermedad, y el 42% no sigue los consejos que recibe, a menudo, porque no los entiende. Raoul Carson, en *Les Vieilles Douleurs*, ed. rev., París, Julliard, 1960, confirma de manera más intuitiva que lo mismo vale con respecto a sus pacientes franceses.

35 Sobre el lenguaje de la enfermedad en la antigüedad mediterránea véase Nadia van Brock, *Recherches sur le vocabulaire médical du Grec ancien: Soins et guérison*, París, Klincksieck, 1961. Hermann Grapow, *Kranker, Krankheiten und Arzt: Vom gesunden und Kranken Ägypter, von den Krankheiten, vom Arzt und von der ärztlichen Tätigkeit*, Berlín, Akademie-Verlag, 1956, vol. 7, p. 168. Georges Contenau, *La Médecine en Assyrie et en Babylonie*, París, Librairie Maloine, 1938. Para el lenguaje de la Biblia relativo a la enfermedad, ver referencias en la nota 44 del capítulo anterior, p. 198.

36 Max Höfler, *Deutsches Krankheitsnamen-Buch*, Munich, Piloty und Löhle, 1899. Una recopilación monumental de expresiones populares alemanas relativas a los órganos, sus funciones, y la enfermedad en el hombre y en los animales domésticos, así como aquellas que designan remedios, naturales o mágicos; 922 páginas condensadas.

37 Otto E. Moll, *Sprichwörter - Bibliographie*, Frankfurt am Main, Klostermann, 1958, comprende 58 colecciones de proverbios en todos los idiomas, en relación con "salud, enfermedad, medicina, higiene, estupidez y pereza" (pp. 534-7). Como contraste, para una historia del lenguaje médico véase Johannes Steudel, *Die Sprache des Arztes: Etymologie und Geschichte medizinischer Termini* (visto sólo en extractos.)

38 Dietlinde Goltz, "Krankheit und Sprache", *Sudhoffs Archiv* 53, no. 3,

1969, pp. 225-69.

39 Durante el siglo XIX la nueva clase media desarrolló un sentimiento de culpa o vergüenza con respecto a la salud, mientras la alta burguesía y la nobleza hacían de su necesidad de cuidado médico constante un pretexto para "curas" de moda, sobre todo en balnearios. La "temporada" en los grandes balnearios tenía una función política análoga a las actuales juntas en la cumbre. Véase Walter Rüegg, "Der Kranke in der Sicht der bürgerlichen Gesellschaft an der Schwelle des 19. Jahrhunderts", y Johannes Steudel, "Therapeutische und soziologische Funktion der Mineralbäder im 19. Jahrhundert", ambos en Walter Artelt y Walter Rüegg, comps., *Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts: Vorträge eines Symposions vom 1.-3. April, 1963 in Frankfurt a.M.*, Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, vol. 1, Stuttgart, Enke, 1967. R.H. Shryock, "Medicine and Society in the 19th Century", *Cahiers d'histoire mondiale* 5, 1959, pp. 116-46. Luc Boltanski, "La Découverte de la maladie: La Diffusion du savoir médical", mimeografiado, Centre de Sociologie Européene, París, 1968. Basado en muchos datos empíricos, este trabajo reúne pruebas sobre la difusión específicamente de clases de la civilización médica, y muestra el origen económico de la "dureza" del pobre frente al sufrimiento y la contrasta con la "lucha contra el dolor" de la clase media.

Una manera de explorar reacciones contra la medicalización de la percepción de la enfermedad es estudiar la historia del humor cuyo blanco es el médico. Materiales sobre caricaturas pueden hallarse en U.S. National Library of Medicine, *Caricatures from the Art Collection*, comp. Sheila Durling, Washington, D.C., 1959; Helmut Vogt, *Medizinische Karikaturen von 1800 bis zur Gegenwart*, Munich, Lehmann, 1960; Curt Proskauer y Fritz Witt, *Pictorial History of Dentistry*, Colonia, Dumont, 1970; A. Weber, *Tableau de la caricature médicale depuis les origines jusqu'à nos jours*, París, Éditions Hippocrate, 1936.

5. LA MUERTE ESCAMOTEADA

Notas

1 Robert G. Olson, "Death", en *Encyclopedia of Philosophy*, comp. P.

Edwards, Nueva York, McMillan, 1967. Vol. 2, pags. 307-9 da una breve y lúcida introducción al conocimiento de la muerte y al miedo a la muerte. Herman Feifel, comp., *The Meaning of Death*, Nueva York, McGraw-Hill, 1959, dio un gran impulso en los Estados Unidos a las investigaciones psicológicas sobre la muerte. Robert Fulton, comp., *Death and Identity*, Nueva York, Wiley, 1965, es una notable antología de contribuciones breves que en conjunto reflejan el estado de las investigaciones en inglés en 1965. Paul Landsberg, *Essai sur l'expérience de la mort, suivi de Problème moral de suicide*, París, Seuil, 1951, es un análisis clásico. José Echeverría, *Réflexions métaphysiques sur la mort et le problème du sujet*, París, J. Vrin, 1957, es un lúcido intento de formular una fenomenología de la muerte. Christian von Ferber, "Soziologische Aspekte des Todes: Ein Versuch über einige Beziehungen der Soziologie zur philosophischen Anthropologie", *Zeitschrift für evangelische Ethik*, 7, 1963, pp. 338-360, un vigoroso argumento para que la muerte vuelva a ser un grave problema público. El autor cree que la muerte reprimida, convertida en asunto privado y propio de profesionales únicamente refuerza la explotadora estructura de clase de la sociedad. Un artículo muy importante. Véase también Vladimir Jankelevitch, *La mort*, París, Flammarion, 1966 y Edgar Morin, *L'homme et la mort*, París, Seuil, 1970.

2 Para el estudio de la antigua imagen de la muerte en nuestro contexto general, los siguientes textos son útiles: Fielding H. Garrison, "The Greek Cult of the Dead and the Chthonian Deities in Ancient Medicine", *Annals of Medical History*, 1, 1917, pp. 35-53. Alice Walton, *The Cult of Asklepios*, Cornell Studies in Classical Philology, nº 3, 1894, New York, Johnson Reprint Corp., 1965. Ernst Benz. *Das Todesproblem in der stoischen Philosophie*, Stuttgart, Kohlhammer, 1929, XI, *Tübinger Beiträge zur Altertumswiss*, 7, Ludwig Wachter, *Der Tod im alten Testament*, Stuttgart, Calwer, 1967. Jocelyn Mary Catherine Toynbee, *Death and Burial in the Roman World*, Londres, Thames and Hudson, 1971. K. Sauer, *Untersuchungen zur Darstellung des Todes in der griechisch-römischen Geschichtsschreibung*, Frankfurt, 1930. J. Kroll, "Tod und Teufel in der Antike", *Verhandlungen der Versammlung deutscher Philologen* 56, 1926. Hugo Blummer, "Die Schilderung des Sterbens in der griechischen Dichtkunst", *Neue Jahrbücher des klassischen Altertums*, 1917, pp. 499-512.

3 Este capítulo se basa en gran parte en los magistrales ensayos de Philippe Ariès, "Le culte des morts á l'époque moderne", *Revue de l'Académie des Sciences morales et politiques*, 1967, pp. 25-40; "La Mort inversée: Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales", *Archives européennes de sociologie* 8, nº 2, 1967; "La Vie et la mort chez les français d'aujourd'hui", *Ethnopsycholo-*

logie 27, marzo 1972, pp. 39-44; "La Mort et le mourant dans notre civilisation", *Revue française de sociologie*, 14, enero-marzo 1973, "Les techniques de la mort", en *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII siècle*, 1948; París, Seuil, 1971, pp. 373-98. Una sinopsis en inglés: Philippe Ariès, *Western Attitudes Towards Death: From the Middle Ages to the Present*, trad. Patricia Ranum, Baltimore, Johns Hopkins, 1974; Londres, Marion Boyars, 1976. "La Mort inversée" apareció traducida por Bernard Murchland como "Death Inside Out" en *Hastings Center Studies* 2, mayo 1974, pp. 3-18 (la bibliografía no figura en la traducción).

4 En este capítulo me interesa, sobre todo, la imagen de la "muerte natural". Utilizo el término "muerte natural" porque observo que se emplea ampliamente entre el siglo XVI y principios del XX. Lo opongo a la "muerte primitiva", que llega por acción de algún agente misterioso, pavoroso, sobrenatural o divino, y a la "muerte contemporánea", que a menudo se concibe como el resultado de una injusticia social, como la consecuencia de la lucha de clases o de la dominación imperialista. Me interesa la *imagen* de esta muerte natural, y su evolución durante los cuatro siglos en que fue común en las civilizaciones occidentales. Debo la idea de abordar mi tema en esta forma a Werner Fuchs, *Todesbilder in der moderner Gesellschaft*, Frankfurt, Suhrkamp, 1969. Acerca de mi desacuerdo con el autor véase más adelante, nota 54, p. 269.

5 Thomas Ohm, *Die Gebetsgebärden der Völker und das Christentum*, Leiden, Brill, 1948, pp. 372 ss., especialmente pp. 389-90, reúne pruebas sobre danzas celebradas en cementerios y la lucha de las autoridades eclesiásticas contra ellas. Una historia médica de la ceremonia religiosa occidental: E.L. Backman, *Religious Dances in the Christian Church and in Popular Medicine*, Estocolmo, 1948; trad. E. Classen, Londres, Allen and Unwin, 1952. Una bibliografía de los aspectos religiosos de la danza: Émile Bertaud, "Danse religieuse", en *Dictionnaire de spiritualité*, fascículos 18-19, pp. 21-37. A. Schimmel, "Tanz: I. Religionsgeschichtlich", en *Die Religion in Geschichte und Gegenwart*, Tübingen, 1962, vol. 6, pp. 612-14. Para la historia de las danzas en las iglesias cristianas o sus alrededores véase L. Gougaud, "La danse dans les églises", *Revue d'histoire ecclésiastique* 15, 1914, pp. 5-22, 229-45. J. Baloch, "Tänze in Kirche und Kirchhöfen", *Niederdeutsche Zeitschrift für Volkskunde*, 1928. H. Spanke, "Tanzmusik in der Kirche des Mittelalters", *Neuphilosophische Mitteilungen* 31, 1930. Precedentes germánicos de las danzas cristianas en los cementerios. Richard Wolfram, *Schwerttanz und Männerbund*, Kassel, Bärenreiter 1937, sólo parcialmente impreso. Werner Danckert, "Totengräber", en *Unehrlliche Leute: Die verfehmtten Berufe*, Berna,

Francke, 1963, pp. 50-6.

6 Johan Huizinga, "La imagen de la muerte", en *El otoño de la Edad Media: Estudios sobre las formas de la vida y del espíritu durante los siglos XIV y XV en Francia y en los Países Bajos*, 4a. ed., Madrid, Revista de Occidente, 1952, cap. 11, pp. 187-204.

7 Gerhart B. Ladner, *The Idea of Reform: Its Impact on Christian Thought and Action in the Age of the Fathers*, Cambridge, Harvard University Press, 1959. Consúltese la pág. 163 sobre las dos corrientes dentro de la iglesia acerca de la relación de la muerte con la naturaleza desde el siglo IV. Por Pelagio la muerte no era un castigo por el pecado, y Adán hubiera muerto aunque no hubiese pecado. En esto difiere de la doctrina de Agustín de que Adán había recibido la inmortalidad como un don especial de Dios, y difiere más aún de los padres griegos de la Iglesia según los cuales Adán tenía un cuerpo espiritual o "resurreccional" antes de haber pecado.

8 Hasta entonces el difunto había aparecido sin edad en su monumento funerario. En esa época comienza a aparecer como un cadáver en descomposición. Kathleen Cohen, *Metamorphosis of a Death Symbol: The Transi-Tomb in the Late Middle Ages and the Renaissance*, Los Angeles, Univ. of California Press, 1973. Las tumbas espantosas hechas para lección de los vivos empezaron a aparecer en los últimos años del siglo XIV. J.P. Hornung, *Ein Beitrag zur Ikonographie des Todes*, disertación, Univ. de Freiburg, 1902. El encuentro entre los vivos y los muertos cobra importancia en un nuevo género literario: Stefan Glixelli, *Les cinq poèmes des trois morts et des trois vifs*, París, H. Champion, 1914; J.S. Elgilsrud, *Le Dialogue des morts dans les littératures française, allemande et anglaise*, París, L'Entente linotypiste, 1934; Kaulfuss-Diesch, "Totengespräche", en *Reallexikon der deutschen Literaturgeschichte*, vol. 3, pp. 379 ss; y encuentra una nueva expresión visual: Karl Kunstle, *Die Legende der drei Lebenden und der drei Toten*, Freiburg, Herder, 1908; Willy Rotzler, *Die Begegnungen der drei Lebenden und der drei Toten: Ein Beitrag zur Forschung über mittelalterliche Vergänglichkeitsdarstellung*, Winterthur, Keller, 1961; Pierre Michault, *Pas de la mort*, ed. de Jules Petit, Société des Bibliophiles de Belgique, 1869; Albert Freybe, *Das memento mori in deutscher Sitte, bildlicher Darstellung und Volksglauben, deutsche Sprache, Dichtung und Seelsorge*, Gotha, Perthes, 1909. El hecho de que hacia 1500 la muerte adopte acentuados rasgos esqueléticos y una nueva autonomía no significa que no haya tenido siempre rasgos antropomórficos si no en el arte, en la leyenda y la poesía. Paul Geiger, "Tod: 4. Der Tod als Person", en *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, Berlín, W. de Gruyter,

1927-42, vol. 8, pp. 976-85.

9 El gran libro sobre el espejo en la pintura es G.F. Hartlaub, *Zauber des Spiegels: Geschichte und Bedeutung des Spiegels in der Kunst*, Munich, Piper, 1951. La sec. iii el cap. 7, "Spiegel der Vanitas", trata particularmente del espejo como recordamiento de transitoriedad. Ver también G.F. Hartlaub, "Die Spiegelbilder des Giovanni Bellini", *Pantheon* 15, noviembre 1942, pp. 235-41. La interpretación por Bellini del uso del espejo para representar la intensidad de la nueva conciencia de la ambigüedad de la anatomía humana. Henrich Schwarz, "The Mirror in Art", *Art Quarterly* 15, 1952, pp. 96-118. Específicamente sobre la "vanidad".

10 Wolfgang Stammer, *Frau Welt: Eine mittelalterliche Allegorie*, Freiburger Universitätsreden, 1959. El "mundo" pintado en el arte medieval como una figura femenina -mitad ángel, mitad demonio-, representa el poder de los bienes humanos, la belleza de la naturaleza, pero también la decadencia de todo lo humano.

11 Para una bibliografía sobre actitudes hacia la muerte entre pueblos primitivos, ver Edgar Herzog, *Psyche and Death: Archaic Myths and Modern Dreams in Analytical Psychology*, Nueva York, Putnam, 1967. La muerte primitiva siempre se concibe como resultado de una intervención de un agente. Para los fines de mi tesis no tiene importancia la naturaleza de ese agente. Aunque no es actual, Robert Hertz, "Contribution á une étude sur la représentation collective de la mort", *L'Année sociologique*, 10, 1905-1906, pp. 48-137, sigue siendo el mejor archivo de textos antiguos acerca de ese tema. Se complementa con E.S. Hartland y otros, "Death and the Disposal of the Dead", en *Encyclopedia of Religion and Ethics*, 1925-1932, vol. 4, pp. 411-511. Rosalind Moss, *The Life after Death in Oceania and the Malay Archipelago*, 1925, Ann Arbor, Mich. University Microfilms, 1972, muestra que las formas de inhumación tienden a influir sobre las creencias acerca de la causa de defunción y la naturaleza de la otra vida. Hans Kelsen, "Seele und Recht", en *Aufsätze zur Ideologiekritik*, Neuwied/Berlin, Luchterhand, 1964, opina que el temor universal a los sanguinarios ancestros presta apoyo al control social. Consúltense también las siguientes obras de James George Frazer: *Man, God and Immortality*, Londres, McMillan, 1927; *The Belief in Immortality and the Worship of the Dead*, vol. 1, *The Belief Among the Aborigines of Australia, the Torres Straits Islands, New Guinea and Melanesia*, 1911; reimpr., Nueva York, Barnes and Noble, 1968; *The Fear of the Dead in Primitive Religion*, Nueva York, Biblo and Tannen, 1933. Asimismo, especialmente pp. 30-3, 237-52 Claude Lévi-Strauss, *El pensamiento salvaje*, México, FCE, 1964. Sigmund Freud, *Totem y*

tabú, Madrid, Alianza Editorial, 1967.

12 Robert Bossuat, *Manuel bibliographique de la littérature française du moyen âge*, Melun, Librairie d'Argences, 1951, "Danse macabre", nos. 3577-80, 7013.

13 Sobre la evolución del motivo de Jederman "todo hombre" véase H. Linder, *Hugo von Hoffmannstahls "Jederman" und seine Vorgänger*, disertación, Univ. de Leipzig, 1928.

14 Alberto Tenenti, *Il senso della morte e l'amore nella vita del Rinascimento*, Turín, Einaudi, 1957. Alberto Tenenti, *La Vie et la mort á travers l'art du XVe siècle*, París, Colin, 1962.

15 Hans Holbein the Younger, *The Dance of Death: A Complete Facsimile of the Original 1538 Edition of Les Simulachres et histoires faces de la mort*, Nueva York, Dover, 1971.

16 Walter Rehm, *Der Todesgedanke in der deutschen Dichtung vom Mittelalter bis zur Romantik*, Tübingen, Niemeyer, 1967, da pruebas de un cambio importante en la imagen de la muerte en la literatura alrededor del año 1400 y luego nuevamente alrededor de 1520. Véase también Edelgar Dubruck, *The Theme of Death in French Poetry of the Middle Ages and the Renaissance*, Atlantic Highlands, N.J. Humanities Press, 1965, y L.P. Kurtz, *The Dance of Death and the Macabre Spirit in European Literature*, Nueva York, Institute of French Studies, 1934. Para la nueva imagen de la muerte de la clase media en ascenso en el medioevo tardío, véase Erna Hitsch, *Tod un Jenseits im Spätmittelalter: Zugleich ein Beitrag zur Kulturgeschichte des deutschen Bürgertums*, disertación, Univ. de Marburgo, Berlín, 1927. Específicamente sobre la Danza de la Muerte: Hellmut Rosenfeld, *Der mittelalterliche Totentanz: Entstehung, Entwicklung, Bedeutung*, Münster Köln, Bohlau, 1954, ilustrado. Hellmut Rosenfeld, "Der Totentanz in Deutschland, Frankreich und Italien", *Littérature Moderne* 5, 1954, pp. 62-80. Rosenfeld es la mejor introducción a estas investigaciones y da una bibliografía detallada y al día. Para documentación más antigua, complementar con H.F. Massman, *Literatur der Totentänze*, Leipzig, Weipel, 1840. Véase también Gert Buchheit, *Der Totentanz, seine Entstehung und Entwicklung*, Berlín, Horen, 1928, Wolfgang Stammer, *Die Totentänze des Mittelalters*, Munich, Stobbe, 1922, y James M. Clark, *The Dance of Death in the Middle Ages and the Renaissance*, Glasgow, Jackson, 1950. Los tres tomos de Stephen P. Kosaky: *Geschichte der Totentänze*, vol. 1, *Lieferung: Anfänge der Darstellungen des Vergänglichkeitsproblems*; vol. 2, *Lieferung: Danse macabre Einleitung: Die Todesdidaktik der Vortotentanzzeit*;

vol. 3, *Lieferung: Der Totentanz von heute*, Bibliotheca Humanitatis Historica, vols. 1, 5 y 7, Budapest, Magyar Történeti Múzeum, 1936-44, contienen una mina de información, citas de textos antiguos y cerca de 700 grabados muy reducidos y mal reproducidos de la Danza de la Muerte hasta la segunda guerra mundial. J. Saugnieux, *L'iconographie de la mort chez les graveurs français du XVe siècle* 1974, y *Danses macabres de France et d'Espagne et leurs prolongements littéraires*, fasc. 30, Bibliothèque de la Faculté des Letter de Lyon, París, Les Belles Letters, 1972. Dietrich Briesenmeister, *Bilder des Todes*, Unterscheidheim, W. Elf, 1970: reproducciones muy claras y organizadas de acuerdo a diferentes temas. Consúltense las iconografías clásicas sobre el arte cristiano occidental: Karl Kunstle, *Ikongraphie der christlichen Kunst*, 2 vols., Freiburg, Herder, 1926-28; Émile Male, *L'art religieux á la fin du moyen âge en France: Etude sur l'iconographie du moyen âge et sur ses sources d'inspiration*, París, Colin, 1908, vol. 1, cap. 2, "La Mort", p. 346 (véanse también los otros tres tomos sobre el arte religioso en Francia). Compárese con iconografía oriental (Monte Athos): Dionisio de Fournas, *Manuel d'iconographie chrétienne, grécque et latine*, con introducción y notas de A.N. Didron, trad. por P. Durand de un manuscrito bizantino, 1845; reimpr, Nueva York, B. Franklin, 1963. T.S.R. Boase, *Death in the Middle Ages: Mortality Judgement and Remembrance*, Nueva York, McGraw-Hill, 1972.

17 Véase Helmuth Plessner, "On the Relation of Time to Death", en Joseph Campbell, comp., *Papers from the Eranos Yearbooks*, vol. 3. *Man and Time*, Bollingen Series XXX, Princeton, N.J. Princeton Univ. Press, 1957, pp. 233-63, especialmente p. 255. Sobre la influencia del tiempo en la imagen de la muerte en Francia, véase Richard Glasser, *Time in French Literature and Thought*, trad. C.G. Pearson, Manchester, University Press, 1972, en particular p. 158 y cap. 3, "The concept of Time in the Later Middle Ages", pp. 70-132. Sobre la influencia creciente de la conciencia del tiempo sobre el sentido de lo finito y de la muerte, véase Alois Hahn, *Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit: Eine soziologische Untersuchung*, Stuttgart, Enke, 1968, especialmente pp. 21-84. Joost A.M. Keerloo, "The Time Sense in Psychiatry", en J.T. Fraser, comp., *The Voices of Time*, Nueva York, Braziller, 1966, pp. 235-52. Siegfried Giedion, *Space, Time and Architecture: The Growth of a New Tradition*, 4a. ed., Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1962.

18 Jurgis Baltrusaitis, *La Moyen Âge fantastique: Antiquités et exotisme dans l'art gothique*, París, Colin, 1955.

- 19 Martín Lutero, interpretación del Salmo 90, WA 40/III: 485 ss.
- 20 La respuesta a la muerte "natural" fue una transformación profunda del comportamiento a la hora de la muerte. Para las publicaciones contemporáneas, véase Mary Catherine O'Connor, *The Art of Dying Well: The Development of the Ars Moriendi*, Nueva York, AMS Press, 1966. L. Klein, *Die Bereitung zum Sterben: Studien zu den evangelischen Sterbebüchern des 16. Jahrhunderts*, disertación, Univ. de Göttingen, 1958. Sobre las costumbres véase Placidus Berger, "Religiöses Brauchtum im Umkreis der Sterbeliturgie in Deutschland", *Zeitschrift für Missionswissenschaft und Religionswissenschaft* 5, 1948: 108-248. Véase también Manfred Bambeck, "Tod und Unsterblichkeit: Studien zum Lebensgefühl der französischen Renaissance nach dem Werke Ronsards", disertación en ms., Univ. de Frankfurt, 1954. Hildegard Reifschneider, "Die Vorstellung des Todes und des Jenseits in der geistlichen Literatur des XII Jh." disertación en ms., Univ. de Tübingen, 1948. Eberhard Klass, *Die Schilderung des Sterbens im mittelhochdeutschen Epos: Ein Beitrag zur mittelhochdeutschen Stilgeschichte*, disertación, Univ. de Freigswald, 1931.
- 21 Gustav Künstler, "Das Bildnis Rudolf des Stifters, Herzogs von Österreich, und seine Funktion", extracto de *Mitteilungen der Österreichischen Galerie 1972*, Viena, Kunsthistorisches Museum, 1972, acerca del primero de esos retratos.
- 22 G. y M. Vovelle, "La Mort et l'au-delà en Provence d'après les autels des âmes du purgatoire: XVe-XXe siècles", *Cahiers des Annales* 29, 1970: 1602-34. Howard R. Patch, *The Other World According to Descriptions in Medieval Literature*, Cambridge, Mass., Harvard Univ. Press, 1950: *El otro mundo en la literatura medieval*, México, FCE, 1956.
- 23 Sobre el "juicio" en la historia de las religiones, véase Sources Orientales, *Le Jugement des morts*, París, Seuil, 1962; Leopold Kretzenbacher, *Die Seelenwaage: Zur religiösen Idee vom Jenseitsgericht auf der Schicksalswaage in Hochreligion, Bildkunst und Volksglaube*, Klagenfurt, Landesmuseum für Kärnten, 1958.
- 24 Merlin H. Forster, comp., *La muerte en la poesía mexicana*, México, Diógenes, 1970. Emir Rodríguez Monegal. "Death as a Key to Mexican Reality in the Works of Octavio Paz", mimeografiado, Yale Univ., s.f., c. 1973.
- 25 En las zonas rurales estas costumbres sobreviven: Arnold van Genep, *Manuel de folklore français contemporain*, vol. 1, *Du berceau*

á la tombe, París, Picard, 1943-46. Lenz Kriss-Rettenbeck, "Tod und Heilserwartung", en *Bilder und Zeichen religiösen Volksglaubens*, Munich, Callwey, 1963, pp. 49-56. Véanse artículos de Paulin Geiger sobre "Sterbegeläute", "Sterben", "Sterbender", "Sterbekerze", "Tod", "Tod ansagen", "Tote (der)", "Totenbahre", en *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, Berlín, W. de Gruyter, 1936-37, vol. 8. Albert Freybe, *Das alte deutsche Leichenmahl in seiner Art und Entartung*, Gütersloh, Bertelsmann, 1909, pp. 5-86.

26 Para una introducción a las funciones del sacerdote católico ante el lecho de muerte, véase C. Ruch, "Extrême onction", en *Dictionnaire de Théologie Catholique*, 1939, vol. 5, pt. 2, pp. 1927-85. Henri Rondet, "Extrême onction", en *Dictionnaire de Spiritualité*, 1960, vol. 4, pp. 2189-2200.

27 Magnus Schmid, "Zum Phänomen der Leiblichkeit in der Antike dargestellt an der 'Facies Hippocratia'", *Sudhoffs Archiv*, supl. 7, 1966, pp. 168-77. Karl Sudhoff, "Eine Kleine deutsche Todesprognostik", *Archiv für Geschichte der Medizin* 5, 1911, p. 240, y "Abernal eine deutsche Lebens- und Todesprognostik", *ibid.*, 6, 1911, p. 231.

29 Paracelsus, *Selected Writings*, trad. Norbert Guterman, Bollingen Series XXVIII, Princeton, N.J., Princeton Univ. Press, 1969. *Obras Completas*. Schapire, 1965.

30 Heinrich Brunner, *Deutsche Rechtsgeschichte*, Berlín, Von Dunccker and Humbolt, 1961, vol. 1, pp. 254 ss. Paul Fischer, *Strafen und sichernde Massnahmen gegen Tote im germanischen und deutschen Recht*, Düsseldorf, Nolte, 1936. H. Fehr, "Tod und Teufel im alten Recht", *Zeitschrift der Savigny Stiftung für Rechtsgeschichte*, 67, 1950, pp. 50-75. Paul Geiger, "Leiche", en *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, Berlín, W. de Gruyter, 1932-33, vol. 5. Karl König, "Die Behandlung der Toten in Frankreich im späteren Mittelalter und zu Beginn der Neuzeit (1350-1550)", disertación en ms., Univ. de Leipzig, 1921. Hans von Henting, *Der nekrotope Mensch: Vom Totenglauben zur morbiden Totennähe*, Stuttgart, Enke, 1964. Paul J. Doll, "Les droits de la science après la mort", *Diogenes*, no. 75, julio-septiembre 1971, pp. 124-42.

31 El contraste se ve claramente cuando se compara Loren C. Mackinney, *Medical Illustrations in Medieval Manuscripts*, Berkeley; Univ. of California Press, 1965, con Millard Meiss, *Painting in Florence and Siena after the Black Death: The Arts, Religion and Society in the Mid-Fourteenth Century*, Princeton, N.J., Princeton Univ. Press, 1951. El arte, liberado de la necesidad de representar el dogma, muestra

ahora la figura humana, sus acciones, y aun las cosas muertas que la rodean, íntimamente entrelazadas en la representación del momento fugaz (*Vergänglichkeit*).

32 Maurice Bariety y Charles Coury, "La Dissection", en *Histoire de la médecine*, París, Fayard, 1963, pp. 409-11.

33 Hermann Bauer, *Der Himmel in Rokoko; Das Fresko im deutschen Kirchenraum im 18. Jahrhundert*, Munich, Pustet, 1965.

34 Acerca del reflejo de la muerte en la literatura de los siglos XVII y XVIII: Richard Sexau, *Der Tod in deutschen Drama des 17. und 18. Jahrhunderts: Von Giphius bis zu Sturm und Drang*, Berna, Francke, 1906. Friedrich-Wilhelm Eggebert, *Das Problem des Todes in der deutschen Lyrik des 17. Jahrhunderts*, Breslau, Prietbatsch, 1935.

35 Philippe Ariès, "La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales", en: *Archives Européennes de Sociologie*, vol. VIII, nº 2, 1967, págs. 169-195; pág. 175: "...El hombre de la segunda mitad de la Edad Media y del Renacimiento (por oposición al hombre de la primera mitad de la Edad Media, de Rolando, que se sobrevivió en los campesinos de Tolstoi) deseaba participar en su propia muerte, porque veía en ella un momento excepcional en que su individualidad recibía su forma definitiva. No era amo de su vida, sino en la medida en que era el amo de su muerte. Su muerte le pertenecía y sólo a él. A partir del siglo XVII, dejó de ejercer sólo su soberanía sobre su propia vida y, por consiguiente, sobre su muerte. La compartió con su familia. Antes su familia era ajena a las decisiones graves que él debía tomar en relación con la muerte, y que tomaba solo".

36 Montaigne, *Ensayos*, lib. 1, cap. 57.

37 G. Peignot, *Choix de testaments anciens et modernes, remarquables par leur importance, leur singularité ou leur bizarrerie*, 2 vols., París, Renouard, 1829. Michel Vovelle, *Mourir autrefois: Attitudes collectives devant la mort aux XVIIe et XVIIIe siècles*, París, Archives Gallimard-Julliard, 1974, y *Piété baroque et déchristianisation en Provence au XVIIIe siècle: Les Attitudes devant la mort d'après les clauses des testaments*, París, Plon, 1974. Frederick Pollock y Frederic W. Maitland, "The Last Will", en *The History of the English Law Before the Time of Edward I*, Cambridge, University Press, 1968, vol. 1, cap. 6, pp. 314-56.

38 Philippe Ariès, "Les techniques de la mort", en *Histoire des popula-*

tions françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIIIe siècle, París, Seuil, 1971, pág. 373 (primera edición 1948).

39 Philippe Ariès, *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, París, Plon, 1960, cap. II, págs. 23 y sigs, "La découverte de l'enfance".

40 Matar a los viejos era una costumbre muy difundida hasta tiempos recientes. John Koty, *Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern*, Stuttgart, Hirschfeld, 1934. Will-Eich Peuckert, "Altentötung" en *Handwörterbuch der Sage: Namen des Verbandes der Vereine für Volkskunde*, Gottingen, Vandenhoeck and Ruprecht, 1961. J. Wisse, *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern*, Zutphen, Thieme, 1933. El infanticidio continuó siendo suficientemente importante para influir sobre tendencias de población hasta el siglo IX. Emily R. Coleman, "L'Infanticide dans le haut moyen âge", trad. A. Chamoux, *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, 1974, nº 2, pp. 315-335.

41 Erwin H. Ackerknecht, "Death in the History of Medicine", *Bulletin of the History of Medicine*, 42, 1968, pp. 19-23. La muerte continuó siendo un problema marginal en las publicaciones médicas desde los griegos antiguos hasta Giovanni Maria Lancisi (1654-1720) durante el primer decenio del siglo XVIII. Luego y muy repentinamente, los "signos de muerte" adquirieron una importancia extraordinaria. La muerte aparente se convirtió en un mal tremendo temido por la Ilustración. Margot Augener, "Scheintod als medizinisches Problem im 18. Jahrhundert", *Mitteilungen zur Geschichte der Medizin*, nos. 6 y 7, 1967. Los mismos filósofos integrantes de la minoría que negaba positivamente la supervivencia de una alma, también adquirieron un miedo secularizado al infierno que podía amenazarlos si los enterraban cuando sólo estaban aparentemente muertos. los filántropos que luchaban por aquellos en peligro de muerte aparente fundaron sociedades dedicadas a socorrer ahogados y quemados, y se elaboraron pruebas para cerciorarse de que habían muerto. Elizabeth Thomson, "The Role of the Physician in Human Societies of the 18th Century", *Bulletin of the History of Medicine*, 37, 1963, pp. 43-51. Una de esas pruebas consistía en soplar con una trompeta en la oreja del difunto. La histeria a causa de la muerte aparente desapareció con la Revolución Francesa tan repentinamente como había aparecido en los albores del siglo. Los médicos empezaron a preocuparse por la resurrección un siglo antes de ser empleados con la esperanza de prolongar la vida de los viejos.

42 Theodor W. Adorno, *Minima Moralia: Reflexionen aus dem*

beschädigten Leben, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1970.

43 E. Ebstein, "Die Lungenschwindsucht in der Weltliteratur", *Zeitschrift für Bücherfreunde* 5, 1913.

44 Alfred Scott Warthin, "The physician of the Dance of Death", *Annals of Medical History*, nueva serie 2, julio 1930, pp. 350-71; septiembre 1930, pp. 453-69; 2, noviembre 1930, pp. 697-710; 3, enero 1931, pp. 75-109; 3, marzo 1931, pp. 134-65. Tiene que ver exclusivamente con el médico en la Danza de la Muerte. Werner Block, *Der Arzt und der Tod in Bildern aus sechs Jahrhunderten*, Stuttgart, Enke, 1966, estudia el encuentro del médico con la muerte dentro y fuera de una danza formal.

45 Véase más arriba nota 130, p. 105.

46 Richard H. Shryock, *The Development of Modern Medicine: An Interpretation of the Social and Scientific Factors Involved*, 2a. ed., Nueva York, Knopf, 1947.

47 Hildegard Steingiesser, *Was die Ärzte aller Zeiten vom Sterben wussten*, Arbeiten der deutsch-nordischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, der Zahnheilkunde und der Naturwissenschaften, Greifswald, Univ. Verlag Ratsbuchhandlung L. Bamberg, 1936.

48 Bernard Ronze, "L'antitragique ou l'homme qui perd sa mort", *Études*, noviembre 1974, pp. 511-528, sostiene que el esfuerzo por programar la muerte es un intento de minar la capacidad humana para la esperanza y la angustia, para la soledad y la trascendencia.

49 Siegfried Giedion, *Mechanization Takes Command: A Contribution to Anonymous History*, Nueva York, Norton, 1969. Sobre la mecanización y la muerte, véase pp. 209-40.

50 Alfred Adler, "Ein Beitrag zur Psychologie der Berufswahl", en Alfred Weber y Carl Furtmüller, comps., *Heilen und Bilden*, Frankfurt, Fischer, 1973.

51 Véase especialmente Block, *Der Arzt und der Tod*; Warthin, "The Physician of the Dance of Death"; Briesenmeister, *Bilder des Todes*.

52 Seleccioné estos ejemplos de entre cientos de reproducciones reunidas por Valentina Borremans en Cuernavaca; todas representan los rasgos y gestos de la muerte antropomórfica.

53 Para una bibliografía sobre la muerte en la sociedad contemporánea

nea consultar, antes, notas 186 (p. 133), 191 (p. 134), 207 (p. 140), 209 (p. 140). También John McKnight, "A Bibliography of 225 Items of Suggested Readings for a Course on Death in Modern Society in a Theological Perspective", mimeografiada, 1973, enlista textos cristianos contemporáneos sobre la muerte en una sociedad industrial. John Riley, Jr., y Robert W. Habenstein, "Death: 1. Death and Bereavement; 2. The Social Organization of Death", en *International Encyclopedia of the Social Sciences*, Nueva York, McMillan, 1968, vol. 4, pp. 19-28. Joel J. Vernick, *Selected Bibliography on Death and Dying*, US Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health, 1971. Complementa a Kalish y Kutscher.

54 Werner Fuchs, *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*, niega que la muerte sea reprimida en la sociedad moderna. Geoffrey Gorer, *Death, Grief and Mourning*, Nueva York, Doubleday, 1965. La tesis de Gorer de que la muerte ha ocupado el lugar del sexo como tabú principal, parece a Fuchs infundada y engañosa. La tesis de la represión de la muerte suele ser promovida por personas de convicciones profundamente anti-industriales con el objeto de demostrar la impotencia última de la empresa industrial cara a cara con la muerte. El tema de la represión de la muerte se utiliza con insistencia para elaborar apologías en favor de Dios y de la otra vida. El hecho de que la gente tenga que morir se toma como prueba de que nunca controlará de manera autónoma la realidad. Fuchs interpreta como vestigios de un pasado primitivo todas las teorías que niegan la calidad de la muerte. Sólo considera científicas las que corresponden a su idea de una estructura social moderna. Su imagen de la muerte contemporánea es resultado de su estudios del lenguaje utilizado en las secciones necrológicas de los periódicos alemanes. Cree que lo que se llama "represión" de la muerte se debe a una falta de verdadera aceptación de la creencia cada vez más generalizada en la muerte como fin incuestionable y definitivo.

55 La actitud irracional de una sociedad que se enfrenta a la muerte se refleja en su incapacidad para habérselas con el Apocalipsis. Klaus Bloch, *Ratlos vor der Apokalyptik*, Gütersloh, Mohn, 1970.

56 Bronislaw Malinowski, "La muerte y la reintegración del grupo", en *Magia, ciencia, religión*, Barcelona, Ariel, 1974, pp. 52-61.

57 Eric J. Cassel. "Dying in a Technical Society", *Hastings Center Studies*, vol. 2, nº 2, mayo 1974, pp. 31-36: "La muerte ha pasado del interior del orden moral hasta el orden técnico... no creo que los hombres fueran inherentemente más morales en el pasado cuando el or-

den moral predominaba sobre el orden técnico.

58 Edgar Morin, *L'homme et la mort*, París, Seuil, 1970, desarrolla el argumento.

59 Dora Ocampo Villaseñor, "Cuando la tristeza se mezcla con la alegría", manuscrito, México, noviembre de 1974.

60 La humanidad industrializada necesita un tratamiento desde la cuna hasta el pabellón terminal. Elizabeth Kubler-Ross indica un nuevo tipo de terapéutica terminal en: *On Death and Dying*, New York, MacMillan, 1969. Ella sostiene que el moribundo pasa por varias etapas típicas y que el tratamiento adecuado puede facilitar este proceso a los "morituri" bien administrados. Paul Ramsey, "The Indignity of 'Death with Dignity'", *Hastings Center Studies*, vol. 2, nº 2, mayo 1974, pp. 47-62. Al comenzar los años setenta, los moralistas coinciden cada vez más en que la muerte tiene que aceptarse nuevamente y que todo lo que puede hacerse por los moribundos es acompañarlos en sus últimos momentos. Pero debajo de este acuerdo hay una interpretación cada vez más mundana, naturalista y antihumanística de la vida humana. Robert S. Morison, "The last Poem: The Dignity of the Inevitable and Necessary: Comentario on Paul Ramsey", *Hastings Center Studies*, vol. 2, nº 2, mayo 1974, pp. 62-66. Morison critica a Ramsey quien sugiere que todo aquel incapaz de hablar como ético cristiano debe proceder como algún "hipotético denominador común".

61 David Lester, "Voodoo Death: Some New Thoughts on an Old Phenomenon", *American Anthropologist* 74, junio 1972, pp. 386-90.

62 Pierre Deloos, "Who Believes in the Hereafter?" en André Godin, comp., *Death and Presence*, Bruselas, Lumen Vitae Press, 1972, pp. 17-38, muestra que en Francia los oradores públicos contemporáneos han separado eficazmente la creencia en Dios de la creencia en el más allá. Paul Danblon y André Godin, "How do People speak of Death?", en Godin, *ibid.*, pp. 39-62. Danblon estudió entrevistas con 60 figuras públicas de habla francesa. Las analogías que hay entre las diversas religiones en cuanto a sus expresiones, sentimientos y actitudes hacia la muerte son mucho más fuertes que sus diferencias debidas a diversas creencias o prácticas religiosas. Joseph F. Fletcher, "Antidysthanasia: The Problem of Prolonging Death", *Journal of Pastoral Care*, 18, 1964, pp. 77-84, impugna la prolongación irresponsable de la vida, desde el punto de vista de un capellán de hospital diciendo: "Yo mismo convendría con Pío XII y por lo menos con dos Arzobispos de Canterbury, Lang y Fisher, que se han dedicado a este asunto, en que el conocimiento técnico del médico, sus "conjeturas

educadas" y su experiencia debieran ser la base para decidir si existe alguna "razonable esperanza". Esa determinación está fuera de la competencia de un lego... pero habiendo determinado que la condición es irremediable, no puedo aceptar que sea prudente ni justo cargar a los médicos, como fraternidad, con la responsabilidad de decidir por sí solos se se ha de dejar morir al paciente." Esa tesis es común. Muestra cómo incluso las iglesias apoyan el juicio profesional. Esta convergencia de la práctica cristiana y del ejercicio médico se opone inflexiblemente a la actitud de la teología cristiana hacia la muerte. Ladislaus Boros, *Mysterium mortis: Der Mensch in der letzten Entscheidung*, Freiburg, Walter, 1962; Karl Rahner, *Zur Theologie des Todes*, Freiburg, Herder, 1963.

63 Daniel Maguire, "The Freedom to Die", *Commonweal*, 11 de agosto de 1972, pp. 423-428. Trabajando con espíritu creador y en formas no pensadas aún, los grupos políticos que representan a los moribundos y a los gravemente enfermos podrían convertirse en una fuerza curativa dentro de la sociedad. Jonas B. Robitscher, "The Right to Die: Do we have a Right not to be Treated?", *Hastings Center Studies*, vol. 2, nº 4, septiembre 1972, pp. 11-44.

64 Orville Brim y otros, comps., *The Dying Patient*, Nueva York, Russell Sage, 1960. Se refieren en primer lugar a la gama de análisis técnicos y de toma de decisiones en que se ocupan los profesionales de la salud cuando se dedican a determinar las circunstancias "en que debería ocurrir la muerte de un individuo". Proporcionan una serie de recomendaciones para que este proceso de ingeniería fuese "un tanto menos desairado y desagradable para el paciente, su familia, y sobre todo el personal encargado". En esta antología lo macabro se convierte en una nueva clase de obscenidad profesionalmente dirigida. Véase también David Sudnow, "Dying in a Public Hospital", en *ibid.*, pp. 191-208.

65 Sudnow, David, *ibid.*, en su estudio de la organización social informal: "... se observó a una enfermera tratando durante dos o tres minutos de cerrar los párpados de una enferma. La mujer estaba muriendo, explicó la enfermera, y ella trataba de conseguir que los párpados se quedaran cerrados. Después de varios intentos infructuosos, la enfermera consiguió cerrarlos y dijo, con un suspiro de triunfo: 'Ahora está bien'. Cuando se le interrogó acerca de lo que hacía, respondió que los ojos de un paciente deben estar cerrados después de la muerte, de manera que el cadáver parezca una persona dormida. Explicó que era más difícil lograr esto después que los músculos y la piel habían comenzado a ponerse rígidos. Agregó que ella siempre procuraba cerrarlos *antes* de la muerte. De ese modo la

eficiencia era mayor cuando llegaba el personal del pabellón a envolver el cuerpo. Había que tener consideración hacia los trabajadores que preferían manejar cadáveres lo menos que fuera posible". Págs. 192 y 193.

66 Brillat-Savarin: "Méditation XXVI, De la mort", en: *Physiologie du goût*, Brillat-Savarin atendió a su tía abuela de 93 años cuando estaba muriendo. "Había conservado todas sus facultades y no habría uno advertido su estado si no fuera por su menor apetito y su voz débil. 'Estás ahí, sobrino?' 'Sí, tía, estoy a sus órdenes y creo que sería bueno que probara este buen vino viejo.' 'Dámelo, los líquidos van siempre para abajo.' La hice engullir un medio vaso de mi mejor vino; inmediatamente se reanimó y volviendo hacia mí sus ojos que habían sido muy hermosos, me dijo: 'Gracias por este último favor. Si alguna vez llegas a tener mi edad, verás que la muerte llega a ser tan necesaria como el sueño'. Esas fueron sus últimas palabras y media hora después estaba dormida para siempre."

PARTE IV

LAS POLÍTICAS DE LA SALUD

6. CONTRAPRODUCTIVIDAD ESPECÍFICA

Notas

1 Acerca de la asignación de la función patógena, particularmente en la sociedad industrial contemporánea, véase H.P. Dreitzel, *Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft: Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens*, Stuttgart, Enke, 1972.

7. CONTRAMEDIDAS POLÍTICAS

Notas

1 Charles E.A. Winslow, *The Cost of Sickness and the Price of Health*,

Ginebra, World Health Organization, 1951. Daniel S. Hirshfield, *The Lost Reform: The Campaign for Compulsory Health Insurance in the United States from 1932 to 1943*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1970, describe el fracaso, hasta ahora, de una minoría sin previsión social de ancianos, pobres y enfermos crónicos por lograr el apoyo de la gran mayoría satisfecha para obtener leyes que los protejan. Demuestra que en la década de los setenta no han cambiado mayormente los problemas, las actividades hacia ellos y la búsqueda de soluciones. Al parecer, la discusión de políticas públicas con respecto a la asistencia a la salud no ha trascendido en ningún momento el paradigma industrial de la medicina como empresa biológica y social.

2 Para una historia de la legislación sobre beneficencia véase Henry E. Sigerist, "From Bismarck to Beveridge: Developments and Trends in Social Security Legislation", *Bulletin of the History of Medicine* 13, abril 1943, pp. 365-88. Para una evaluación más bien ingenuamente entusiasta de la legislación análoga en Rusia, véase Henry E. Sigerist, *Socialized Medicine in the Soviet Union, 1937*; ed. rev., *Medicine and Health in the Soviet Union*, Nueva York, Cita del Press, 1947.

3 Office of Health Economics, *Prospects in Health*, Publicación no. 37, Londres, 1971.

4 R.G.S. Brown, *The Changing National Health Service*, London Routledge, 1973, y S. Israel y G. Teeling Smith, "The Submerged Iceberg of Sickness in Society", *Social and Economic Administration*, vol. 1, no. 1, 1967. Por cada caso de diabetes, reumatismo o epilepsia conocido por el médico general, parece haber otro caso sin diagnosticar. Por cada caso conocido de enfermedad psiquiátrica, bronquitis, hipertensión arterial, glaucoma, o infección de las vías urinarias, es probable que existan cinco casos no descubiertos. Los casos de anemia no tratados probablemente exceden en ocho veces a los tratados.

5 W.P.D. Logan y E. Brooke, *Survey of Sickness, 1943-51*, Londres, Her Majesty's Stationery Office, 1957.

6 Karen Dunnell y Ann Cartwright, *Medicine Takers, Prescribers and Hoarders*, Londres, Routledge, 1972.

7 Éste fue el periodo de exámenes masivos en busca de desórdenes que las educadoras, economistas o médicos pudiesen detectar. Todavía se consideraba un "progreso" la comprobación de que, a través de pruebas realizadas a 1709 personas, el 90% sufría alguna enfermedad. J.E. Shental, "Multiphasic Screening of the Well Patient", *Journal of the American Medical Association* 172, 1960, pp. 1-4.

8 Frank Turnbull, "Pain and Suffering in Cancer", *Canadian Nurse*, agosto 1971, pp. 28-31. Turnbull argumenta que si bien el tratamiento quirúrgico o radiológico podría causar una recesión en los síntomas primarios que acaso hubieran conducido a una muerte sin dolor, también puede permitir el desarrollo de una enfermedad secundaria que resulta más dolorosa.

9 Estimada en 12-18% de todas las camas de hospital en Estados Unidos.

10 M. Thagi Farvar y John P. Milton, comps., *The Careless Technology*, Garden City, N.Y., Natural History Press, 1972. Trabajos científicos de una conferencia realizada en 1968, que indican que la idea, surgida después de la Segunda Guerra Mundial, de que las sociedades tradicionales podían y debían transformarse de un día para otro, no sólo ha resultado ritualmente irrealizable sino también indeseable en vista de las graves consecuencias para el organismo humano.

11 Charles C. Hughes y John M. Hunter, "Disease and Development in Africa", *Social Science and Medicine* 3, no. 4, 1970, pp. 443-88. Una importante reseña de la documentación relativa a las consecuencias patógenas de las actividades desarrollistas. Ralph J. Audy, "Aspects of Human Behavior Interfering With Vector Control", en *Vector Control and the Recrudescence of Vector-Borne Diseases*, Proceedings of a Symposium Held During the Tenth Meeting of the PAHO Advisory Committee on Medical Research, June 15, 1971, Washington, D.C., 1972, pp. 67-82.

12 René Dumont, *La faim du monde*, texto completo de una conferencia pronunciada en Lieja el 8 de noviembre de 1965, seguido por respuestas a las 25 cuestiones discutidas, Lieja, Bruselas; Cercle d'Éducation Populaire, 1966. Un desapasionado llamado a la solidaridad mundial en la penúltima hora. Una versión inglesa posterior es: René Dumont y Bernard Rosier, *The Hungry Future*, Nueva York, Praeger, 1969. Para un complemento derechista de esta visión desde la izquierda consúltese William y Paul Paddock, *Famine Nineteen Seventy-Five! America's Decision: Who Will Survive?*, Boston, Little, Brown, 1967. Demolidores tempranos de los sueños de su década, tales como los hidropónicos, la desalinización, los alimentos sintéticos y el cultivo de los mares, los autores también están convencidos de que la reforma agraria, la irrigación y la producción de fertilizantes no pueden evitar el hambre. Anticipan una creciente dependencia mundial de productos norteamericanos y proponen un "triaje", o sea, una selección por los Estados Unidos de aquellos que se mantendrá con vida.

13 Marshal Sahlins, *Stone Age Economics*, Chicago, Aldine-Atherton, 1972, señala que el hambre institucionalizada de la década de los sesenta es un fenómeno sin precedentes, y acumula pruebas de que en una cultura típica de la Edad de Piedra el porcentaje de personas que se acostaba con hambre y desnutrición era mucho menor que ahora.

14 George Borgstrom, "The Green Revolution", en *Focal Points*, Nueva York, McMillan, 1972, pte. 2, pp. 172-201. Análisis y evaluación de una docena de ilusiones acerca de la Revolución Verde, muchas de las cuales son continuamente reforzadas por declaraciones equívocas de las agencias internacionales. Sobre los peligros del agotamiento genético, consúltese National Academy of Sciences, *Genetic Vulnerability of Major Crops*, Washington, D.C., 1972. Desde los tiempos paleolíticos, cada sociedad humana ha desarrollado una rica variedad de cereales y otros cultivos alimenticios. Las variedades que han sobrevivido son aquellas favorecidas por poblaciones que en buena parte se alimentan de granos y legumbres. Aunque inferiores en rendimiento por hectárea con respecto a los híbridos fabricados por la técnica, dichas variedades son adaptables, independientes de los fertilizantes, la irrigación y el control de plagas y poseen un gran potencial para adaptaciones posteriores. Poblaciones enteras de tales ricas mezclas genéticas han sido suprimidas al reemplazárselas por híbridos. El daño causado en el periodo de una década es irreparable y de consecuencia imprevisible.

15 Para una introducción al estado de la discusión sobre la nutrición mundial, véase Alan Berg: *The Nutrition Factor: Its Role in National Development*, Washington, D.C., Brookings Institution, 1973. La valiosa bibliografía debe extraerse de las notas al pie de página. Véase también J. Hemardinquer, "Pour une histoire de l'alimentation", *Cahiers des Annales* 28, París, Colin, 1970.

16 Sobre una de las consecuencias de exportar al doctor Spock a los trópicos, véase A.E. Davis y T.D. Bolin, "Lactose Tolerance in Southeast Asia", en Farvar y Milton, comps., *The Careless Technology*.

17 Adelle Davis, *Let's Eat Right to Keep Fit*, Nueva York, Harcourt Brace, 1970. Un informe bien documentado sobre la decadencia cualitativa de la dieta estadounidense con el auge de la industrialización y sobre los efectos de dicha decadencia en la salud en los Estados Unidos.

18 Para orientación sobre la controversia, consúltese Edward M. Kennedy, *In Critical Condition: The Crisis in America's Health Care*, Nueva York Pocket Books, 1973. Para un sumario de la controversia, véase

Stephen Jonas, "Issues in National Health Insurance in the United States of America", *Lancet*, 1974, no. 2, pp. 143-6. William Roy, *The Proposed Health Maintenance Organization Act of 1972*, Science and Health Communications Group Sourcebook Series, vol. 2, Washington, D.C., 1972. Un congresista de Kansas explica y defiende el proyecto de ley que presentó en el Congreso y reúne la opinión concurrente.

19 Un pronóstico excelente, aunque anticuado, es Michel Michaelson, "The Coming Medical War", *New York Review of Books*, 1º de julio de 1971. Véase también Robert Bremner, *From the Depths: The Discovery of Poverty in the U.S.*, Nueva York, New York University Press, 1956, una introducción a los orígenes del movimiento de beneficencia social en los Estados Unidos.

20 Barbara Myerhoff y William R. Larson, "The Doctor as Cultural Hero: The Routinization of Charisma", *Human Organization* 24, otoño 1965, pp. 188-91. Los autores predijeron que el médico no tardaría en aparecer bajo una luz cada vez más prosaica, perdiendo así el poder psicológico que tradicionalmente tenía para ganar la confianza del paciente y actuar en forma curativa.

21 Michel Maccoby, comunicación personal al autor.

22 John Pekkanen, *The American Connection: Profiteering and Politicking in the "Ethical" Drug Industry*, Chicago, Follet, 1973. Un informe sobre la manipulación política voluntariosa de poder, influencia y personalidades por parte de la Asociación de Fabricantes Farmacéuticos de los Estados Unidos y de los representantes de ese grupo de poder para proteger las ganancias mediante la distribución y la venta excesivas de medicamentos y el ocultamiento sistemático de los riesgos a través de la publicidad, la promoción y la corrupción habitual de médicos en puestos de importancia. Cita cargos, y los nombres, contra docenas de firmas importantes.

23 Paul R. y Anne H. Ehrlich, *Population, Resources, Environment: Issues in Human Ecology*, San Francisco, Freeman, 1972, particularmente el cap. 7 sobre ecosistemas en peligro, proporciona una buena introducción a la documentación sobre el tema. Samuel Epstein y Marvin Legator, comps., *The Mutagenicity of Pesticides: Concepts and Evaluation*, Cambridge, Mass., MIT Press, 1971, da muchos datos específicos. Harrison Wellford, *Sowing the Wind: Reports on the Politics of Food Safety*, Ralph Nader's Study Group Reports, Nueva York, Grossman, 1972. Un informe sobre la concentración de pesticidas en los alimentos. El mal uso de los pesticidas amenaza al granjero incluso más que al ciudadano; destruye su salud, eleva el costo de producción y

tiende a bajar el rendimiento a largo plazo. J.L. Radomski, W.B. Deichman y E.E. Clizer, "Pesticide Concentration in the Liver, Brain, and Adipose Tissue of Terminal Hospital Patients", *Food and Cosmetics Toxicology* 6, 1968, pp. 209-20. Análisis cuantitativo aterrador.

24 James S. Turner, *The Chemical Feast: A Report on the Food and Drug Administration*, Ralph Nader's Study Group Reports, Nueva York, Grossman, 1970. Este informe indica que la tendencia descrita por Adelle Davis en *Let's Eat Right to Keep Fit* se está acelerando y que el daño causado a la salud por la mala nutrición aumentó durante los años sesenta. Señala que menos de la mitad de los dos mil y tantos aditivos comestibles en uso han pasado pruebas de seguridad.

25 Arturo Aldama, "Los cereales envenenados: Otra enfermedad del progreso", Documentado CIDOC I/V 74/58, Cuernavaca, 1974.

26 Boston Women's Health Collective, *Our Bodies, Ourselves: A Book By And For Women*, Nueva York, Simon and Schuster, 1973. Puede considerarse una guía modelo para la autoasistencia limitada, elaborada por un grupo de mujeres que permanecen hondamente inmersas con una sociedad básicamente medicalizada.

27 Luc Boltanski, *Consummation médicale et rapport au corps: Compte-rendu de fin de contrat d'une recherche financée par la Délégation Générale á la Recherche Scientifique et Technique*, París, Centre de Sociologie Européenne, 1969. Una sociología del cuerpo: estudio precursor de las determinantes sociales de la relación del individuo con su propio cuerpo según su clase social.

28 Liselotte von Ferber, "Die Diagnose des praktischen Arztes im Spiegel der Patientenangaben", en *Schriftenreihe: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene*, vol. 43, Stuttgart, Gentner, 1971, sobre el lenguaje específico de clases en la práctica general alemana.

29 Charles Kadushin, "Social Class and the Experience of Ill Health", *Sociological Inquiry* 34, 1964, pp. 67-80, cuestiona el dogma sociológico sobre la asociación entre el status socioeconómico y la incidencia de la enfermedad crónica. David Mechanic, *Medical Sociology: A Selective View*, Nueva York, Free Press, 1968, pp. 259 ss., proporciona argumentos y documentación contradictorios; ver también p. 245 con respecto a la mortandad infantil, p. 253 sobre el status socioeconómico.

30 Raymond S. Duff y August B. Hollingshead, *Sickness and Society*, Nueva York, Harper and Row, 1961. S.H. King, *Perceptions of Illness*

and Medical Practice, Nueva York, Russell Sage, 1962.

31 Mechanic, *Medical Sociology*. Véase especialmente pp. 267-8 como introducción a las estadísticas del Servicio Nacional de Salud de los Estados Unidos sobre el status socioeconómico y el uso de los servicios de salud. Evítese tomar estos datos de acuerdo a su valor aparente: véase David Mechanic y M. Newton, "Some Problems in the Analysis of Morbidity Data", *Journal of Chronic Diseases* 18, junio 1965, pp. 569-80. Lee Rainwater y W.L. Yancey, *The Moynihan Report and the Politics of Controversy*, Cambridge, Mass., MIT Press, 1967, discuten la complejidad de relaciones entre la mortalidad infantil y la carencia socioeconómica.

32 Barbara Blackwell, *The Literature of Delay in Seeking Medical Care for Chronic Illnesses*, Health Education Monograph, no. 16, San Francisco, Society for Public Health Education, 1963. Véase especialmente pp. 14-17 sobre la demora relativa a atributos personales, físicos y sociales. René Lenoir, *Les Exclus*, París, Seuil, 1974, enfoca la atención sobre la creación institucional de gente necesitada excluida de diversos sistemas de asistencia médica en Francia.

33 G. Kleinbach, "Social Class and Medical Education", tesis, Department of Education, Harvard University, 1974. Charles F. Schumacher, "The 1960 Medical School Graduate: His Biographical History", *Journal of Medical Education* 36, 1961, pp. 401 ss., muestra que más de la mitad de los estudiantes de medicina son hijos de profesionistas o administradores.

34 Howard Becker y otros, *Boys in White: Student Culture in Medical School*, 1961, reimpr., Dubuque, Iowa, William C. Brown, 1972.

35 Kenneth W. Newell, comp., *Health by the People*, Ginebra, World Health Organization, 1975. Djukanovic, V. y Mach, E.P., *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries*, A joint UNICEF/WHO study, Ginebra, World Health Organization, 1975. "Algunos aspectos de los que se llaman convencionalmente servicios de salud se aíslan como factores que intervienen en la falla de los sistemas actuales usados para enfrentar las necesidades básicas de salud en los países en desarrollo".

36 Sobre el surgimiento de la medicina social como una disciplina, véase en primer lugar Thomas McKeon y C.R. Lowe, *An Introduction to Social Medicine*, Oxford/Edimburgo, Blackwell Scientific Publications, 1966, pp. ix-xiii. Véase luego Gordon McLachlan, comp., *Portfolio for Health 2*, Nueva York/Toronto, Nuffield Provincial Hospitals Trust

and Oxford University Press, 1973. Para los escritos en este campo véase Hans Schaefer y Maria Blohmke, *Sozialmedizin: Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin*, Stuttgart, Thieme, 1972. Para Europa oriental véase Richard E. y Shirley B. Weinerman, *Social Medicine in Eastern Europe: The Organization of Health Services and the Education of the Medical Personnel in Czechoslovakia, Hungary and Poland*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1969. Para Italia, véase Giovanni Berlinguer, *Medicina e Política*, Bari De Donato, 1976.

37 Robert H. Brook y Francis A. Appel, "Quality-of-Care Assessment: Choosing a Method for Peer Review", *New England Journal of Medicine* 288, 1973, pp. 1323-9. Los juicios basados en consenso de grupo, en oposición a los criterios seleccionados por críticos individuales, produjeron los pocos casos aceptables. Robert H. Brook y Robert Stevenson, Jr., "Effectiveness of Patient Care in an Emergency Room", *New England Journal of Medicine* 283, pp. 904-6.

38 Jean-Pierre Dupuy, "Le Médicament dans la relation médecin-malade", *Projet*, no. 75, mayo 1973, pp. 532-46.

39 Arnold I. Kisch y Leo G. Reeder, "Client Evaluation of Physician Performance", *Journal of Health and Social Behavior* 10, 1969, pp. 51-8. Si bien se supone por lo general que el control de calidad en el servicio profesional debe depender de la autovigilancia -por más mala que sea-, los resultados de un estudio realizado en Los Angeles indican que la evaluación del desempeño médico por parte de los pacientes correspondió estrechamente con cierto número de criterios de calidad en la asistencia médica generalmente considerados válidos por los profesionales de la salud.

40 Para ejemplos de informes públicos sobre la investigación al servicio de la defensa del consumidor en el campo de la salud, véase Robert S. McCleery, *One Life-One Physician*, Washington, D.C., Public Affairs Press, 1971; también Joseph Page y Mary-Win O'Brian, *Bitter Wages: The Report on Disease and Injury on the Job*, Ralph Nader's Study Group Reports, Nueva York, Grossman, 1973, una acusación a la medicina industrial y ocupacional según se practicaba hasta 1968. La crasa insuficiencia de los informes sobre lesiones sufridas en el trabajo ha fomentado la creencia de que se deben sobre todo al descuido de los obreros.

41 Para más datos y referencias véase Michael H. Cooper, *Rationing Health Care*, Londres Halsted Press, 1975, e International Bank for Reconstruction and Development, *Health Sector Policy Paper*, Was-

hington, D.C., marzo 1975. Adviértase asimismo que el número promedio de días que un paciente pasa en el hospital varía grandemente entre países con PNB comparable, aun cuando estos países sean pobres. En Senegal es de 24 días, en Tailandia de 5.8.

42 Richard M. Titmuss, "The Culture of Medical Care and Consumer Behaviour", en F.N.L. Poynter, comp., *Medical and Culture*, Londres, Wellcome Institute, 1969, cap. 8, pp. 129-35.

43 Sobre el impacto que los juicios por mal ejercicio tienen sobre la percepción, por parte del paciente, de su cuerpo como una forma de inversión de capital, véase, p. ej., Nathan Hershey, "The Defensive Practice of Medicine-Myth or Reality?" *Milbank Memorial Fund Quarterly* 50, enero 1972, pp. 69-98.

44 Michael Grossman, "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy* 80, marzo-abril 1972, pp. 223-55.

45 P.E. Enterline, "Sick Absence in Certain Western Countries", *Industrial Medicine and Surgery* 33, octubre 1964, p. 738.

46 Para orientación sobre la documentación consúltese Kathleen N. Williams, comp., *Health and Development: An Annotated Indexed Bibliography*, Baltimore, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Department of International Health, 1972, 931 artículos sobre la salud, un tanto cuidadosos, y su supuesta relación con el desarrollo económico. Construido como un instrumento de trabajo para colocación de recursos sanitarios, resulta particularmente valioso por sus referencias y sumarios de estudios realizados en Europa oriental.

47 Herbert Pollack y Donald R. Sheldon, "The Factor of Disease in the World Food Problem", *Journal of the American Medical Association* 212, 1970, pp. 598-603. La gente enferma quema más comida por unidad de trabajo realizado y a la vez produce menos trabajo. En ambos sentidos, la enfermedad endémica colabora a la escasez mundial de alimentos.

48 Ralph Audy, "Health as Quantifiable Property", *British Medical Journal*, 1973, no. 4, pp. 486-7. Audy es uno de los raros autores que van más allá de la economía trivial y desarrolla un modelo para el análisis dimensional del hombre en relación con su ambiente. Considera a la salud una propiedad continua que puede medirse potencialmente en términos de la capacidad de cada uno para "recobrase ante los retos a la adaptación". La velocidad y el éxito en recobrase dependen de la

cantidad de protección proporcionada por los "capullos" habituales de la persona y de la "salud" de la sociedad en general.

49 Véase Williams, *Health an Development*, capítulo sobre la economía médica soviética.

50 Claude Welch, "Professional Standards Review Organizations-Pros and Cons", *New England Journal of Medicine* 290, 1974, pp. 1319 ss.; *idem*, 289, 1973, pp. 291-5. David E. Willett, "PSRO Today: A Lawyer's Assessment", *New England Journal of Medicine* 292, 1975, pp. 340-3; véase también bien el editorial sobre el artículo en el mismo número, p. 365. Sidel, Victor W., "Quality for Whom? Effects of Profesional Responsibility for Quality of Health Care on Equity", *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Second Series, vol. 52, 1, enero, 1976, pp. 164-76. Cuando los profesionales no se ven limitados al simple papel de consultores técnicos en el proceso de control de calidad, la calidad en el cuidado de la salud será (1) definida como un enaltecimiento de la autoimagen del profesional (2) como aplicador de técnicas científicas (3) que abarcan la tecnología más que la equidad y (4) serán dañinos para la salud tal como percibe la comunidad. ¡Un esquema importante!

51 Tom Dewar, "Some Notes on the Professionalization of the Client", Documento CIDOC I/V 73/37, Cuernavaca, 1973.

52 Robert J. Haggerty, "The Boundaries of Health Care", *Pharos*, julio 1972, pp. 106-11.

53 Health Policy Advisory Committee, *The American Health Empire: Power, Profits and Politics*, comp. Barbara y John Ehrenreich, Nueva York, Random House, 1970. Desde fines de la década del sesenta el Centro Consejero de la Política de la Salud (Health Policy Advisory Center, 17 Murray St., Nueva York 10007) ha jugado un papel importante en exponer los desórdenes técnicos y organizativos inherentes al sistema médico estadounidense como consecuencia de su carácter capitalista de explotación. El *Health-PAC Bulletin*, publicado en la misma dirección, es una valiosa constancia de la evaluación de esta crítica. Los Ehrenreich representan probablemente las ideas de su grupo en el momento de editarse su libro. La integración de una profesión de la salud, industrias y burocracias gubernamentales de la salud promueve en cada uno de estos cuerpos características típicas de cualquier corporación transnacional. Estas características comunes los amalgaman en un "complejo" dirigido a reforzar respuestas infantiles, racistas y sexistas en aquellos a quienes mima con arbitrariedad sutil o torpe. La eliminación del motivo de lucro y la amplia participación de sanos y

enfermos en la elaboración de políticas haría al sistema responsable, equitativo y más eficaz para asistencia a la salud.

54 En Alta Voz, se gastan aproximadamente 25 millones de dólares anuales en todos los servicios médicos -incluyendo medicamentos- consumidos dentro del país. El gobierno gasta dos veces más en transportar unos cuantos enfermos a París y hospitalizarlos allí, mientras la ayuda total que Francia otorga a su ex colonia propósitos no militares es de 50 millones de dólares anuales. Tomado de la siempre impecablemente informada publicación humorística francesa, *Le Canard enchaîné*, 1º de enero de 1975.

55 Nathan Glazer, "Paradoxes of Health Care", *Public interest* 22, invierno 1971, pp. 62-77. Las familias de bajo ingreso en los Estados Unidos no reciben menos sino más dólares del presupuesto sanitario que el grupo de ingresos inmediatamente superiores al suyo.

56 Para un marco de referencia útil en la creación de necesidades, véase Jonathan Bradshaw, "A Taxonomy of Social Need", en Gordon McLachlan, comp., *Problems and Progress in Medical Care: Essays on Current Research*, Nueva York, Oxford University Press, 1972, vol. 7, pp. 69-82. Para clarificar y hacer explícito lo que se hace cuando los burócratas a cargo de un servicio social planean cubrir una necesidad social, Bradshaw distingue 12 situaciones diferentes de acuerdo a la presencia o ausencia de cualquiera de estos cuatro factores de necesidad: 1) *necesidad normativa*, definida por el conocimiento experto o profesional; 2) *necesidad sentida*, definida por la carencia; 3) *necesidad expresada*, o demanda; 4) *necesidad comparativa*; los cuatro factores se obtienen estudiando las características de una población que recibe servicio (aquellas que tienen características similares y no reciben servicio se definen entonces como estando necesitadas). Véase también Kenneth Boulding, "The Concept of Need for Health Service", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, octubre 1966, pp. 202-23. Para el testamento de Richard M. Titmuss sobre este tema, véase *Social Policy: An Introduction*, Nueva York, Pantheon Books, 1975, especialmente el cap. 10, "Values and Choices", pp. 132-41.

57 Kadushin, "Social Class and the Experience of Ill Health". Los miembros de la clase superior son siempre más competentes para hacer uso de los servicios médicos públicamente financiados, a causa de su mayor refinamiento y a veces por su habilidad para utilizar pequeños pagos como palanca en la obtención de grandes provechos.

58 Jesús M. de Miguel, "Framework for the Study of National Health Systems", trabajo presentado en el Octavo Congreso Mundial de So-

ciología, agosto 1974, mimeografiado. Trata de relacionar las diferencias regionales dentro de las naciones con el análisis de las diferencias entre naciones. Véase gráfica 1 para una crono-tipología de la investigación comparativa de sistemas de salubridad a partir de 1930. Kerr L. White y otros, "International Comparisons of Medical Care Utilization", *New England Journal of Medicine* 277, 1967, pp. 516-22. White señala las dificultades metodológicas implícitas en la medición simultánea de una variable dependiente como es la "utilización" en ámbitos tan diferentes como Inglaterra, Yugoslavia y los Estados Unidos.

59 David Barkin, "Access to and Benefits from Higher Education in Mexico", borrador preliminar para comentarios, Documento CIDOC A/E. 285, Cuernavaca, 1970.

60 Arnoldo Gabaldón, "Health Service and Socio-economic Development in Latin America", *Lancet*, 1969, no. 1, pp. 739-44. Gunnar Adler-Karlsson, "Unequal Access to Health Within and Between Nations", trabajo escrito para el simposio del Instituto Gottlieb Duttweiler sobre "Los límites de la medicina", Davos, 24-26 de marzo de 1975, mimeografiado.

61 Joseph ben David, "Professions in the Class System of Present-Day Societies: A Trend Report and Bibliography", *Current Sociology* 12, 1963-64, pp. 247-330.

62 Para una representación visual simplificada, Elizah L. White, "A Graphic Presentation on Age and Income Differentials in Selected Aspects of Morbidity, Disability and Utilization of Health Services", *Inquiry* 5, no. 1, 1968, pp. 18-30. Para un análisis más detallado y actual, R. Anderson y John F. Newman, "Societal and Individual Determinants of Health Care in the U.S.A.", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 51, invierno 1973, pp. 95-124.

63 Sobre la conexión entre la pobreza y la mala salud en los Estados Unidos, véase John Kosa y otros, comps., *Poverty and Health: A Sociological Analysis*, a Commonwealth Fund Book, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1969. Esta colección de trabajos es una petición de seguro federal de salud. Herbert T. Birch y Joan Dye Gussow, *Disadvantaged Children: Health, Nutrition and School Failure*, Nueva York, Harcourt Brace, 1970. Aunque los autores creen en el valor del incremento de la asistencia médica para los pobres, se señalan como mucho más importantes los factores relacionados al no tratamiento, que discriminan contra la salud de los niños pobres.

64 La relación de la mortalidad con la asistencia médica y las variables ambientales se examina en un análisis de regresión por Richard Auster y otros, "The Production of Health: An Exploratory Study", *Journal of Human Resources* 4, otoño 1969, pp. 411-36. Si la educación y la asistencia médica están controladas, los altos ingresos se asocian con la alta mortalidad. Esto refleja probablemente una dieta desfavorable, falta de ejercicio y tensión psicológica en los grupos más ricos. Los factores adversos asociados con el crecimiento del ingreso pueden nulificar los efectos benéficos de un aumento en la cantidad y calidad de la asistencia médica. Los riesgos especiales que corren los superricos no son algo enteramente nuevo. S. Gilfillan, "Roman Culture and Systemic Lead Poisoning" *Mankind Quarterly* 5, enero 1965, pp. 55-9. El análisis de huesos hallados en cementerios romanos del siglo III reveló altas concentraciones de plomo. El envenenamiento se debía probablemente al plomo usado para sellar las ánforas en las que el vino se importaba de Grecia.

65 Rashi Fein, "On Achieving Access and Equity in Health Care", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 50, octubre 1972, p. 34.

66 Emanuel de Kadt, "Inequality and Health", Univ. of Sussex, enero 1975, va mucho más allá que la mayoría de los autores en recalcar el punto que me interesa señalar: "Las ideologías profesionales que se concentran en el mantenimiento de altas normas de asistencia médica conservan con vida un sistema sanitario que descuida las necesidades sencillas de la mayoría con el fin de concentrarse en las condiciones complejas y costosas de unos pocos" (pp. 5 y 24).

67 Sobre la empresa médica al servicio de la especialización, véase Rosemary Stevens *American Medicine and the Public Interest*. New Haven, Conn., Yale University Press, 1973. Sobre una investigación paralela en Alemania; Hans-Heinz Eulner, "Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes", en *Studien zur Medizingeschichte des 19. Jh.*, Stuttgart, Enke, 1970.

68 Howard Freeman, Sol Levine y Leo Reeder, *Handbook of Medical Sociology*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1963, pp. 216-17, para información sobre el número de quiroprácticos y médicos calificados (1 a 10) sobre los primeros colegios de medicina (1765), odontología (1868) y optometría (1901) afiliados a universidades.

69 Michael Marien, "The Psychic Frontier: Toward New Paradigms for Man: Guide to 200 Books, Articles and Journals", borrador, marzo 1974, World Institute Council, 777 United Nations Plaza, Nueva York

10017. Una guía para la lectura de unos 200 libros, revistas y boletines institucionales recientes, muchos de ellos con indicaciones del contenido y evaluaciones, todas relacionadas con modos alternos de mantener la salud o sanar. Puede dar a los no iniciados en esta área una idea del espectro, desde lo doctrinario hasta lo serio y lo pomposo. Academy of Parapsychology and Medicine, *The Dimensions of Healing: A Symposium*, Los Altos, Calif., la Academia, 1972. Sheila Ostrander y Lynn Schroeder, *Psychic Discoveries behind the Iron Curtain*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1970; Nueva York, Bantam, 1971.

70 Henry E. Sigerist, "The History of Medical Licensure", *Journal of the American Medical Association* 104, 1035, pp. 1057-60, sobre la transición del pluralismo ocupacional al dominio profesional del nuevo médico cuya competencia para el diagnóstico y el tratamiento "científicos" estaba garantizada por su asistencia a una escuela de medicina que había sobrevivido al informe de Flexner.

71 Ronald Akers y Richard Quinney, "Differential Organization of Health Professions: A Comparative Analysis", *American Sociological Review* 33, febrero 1968, pp. 104-21. Sobre la organización social interna de médicos, dentistas, optometristas y farmacéuticos con licencia, y su cohesión, riqueza y poder relativos.

72 William L. Frederick, "The History and Philosophy of Occupational Licensing Legislation in the United States", *Journal of the American Dental Association* 58, marzo 1959, pp. 18-25.

73 U.S. Department of Health, Education and Welfare, *Medical Malpractice*, Report of Secretary's Commission on Medical Practice, January 16, 1973.

74 Health Services Research Center, Institute for Interdisciplinary Studies, Medical Manpower Speciality Distribution Project 1975-80, informe de trabajo en 1971.

75 Para estudios sobre los límites de la proliferación ulterior, véase William J. Goode, "The Theoretical Limits of Professionalization", en Amitai Etzioni, comp., *The Semi-Professions and Their Organization*, Nueva York, Free Press, 1969, pp. 266-313. Goode piensa que, aun cuando las técnicas continúan multiplicándose, cada vez son menos las que requieren para su ejecución de esa confianza por parte del cliente en la que se fundamente la autonomía profesional. Por lo tanto, una ulterior especialización de la competencia podría concentrar nuevamente el poder profesional en menos manos. Véase también Wilber

Moore y Gerald W. Rosenblum, *The Professions: Roles and Rules*, Nueva York, Russell Sage, 1970, cap. 3. Harold Wilensky, "The Professionalization of Everyone?" *American Journal of Sociology* 70, septiembre 1964, pp. 137-58. El proceso de profesionalización no puede extrapolarse, porque la burocratización amenaza el ideal de servicio dedicado, aún más intensamente de lo que mina la autonomía de quien ejecuta servicios.

76 Sobre la actual crisis en la profesión de enfermería en los Estados Unidos, véase National Commission for the Study of Nursing Education, *An Abstract for Action*, Nueva York, McGraw-Hill, 1970.

77 El técnico sanitario autónomo e independiente, libre de control por parte de la jerarquía médica, sigue siendo un tabú: Oscar Gish, comp., *Health, Manpower and the Medical Auxiliary: Some Notes and an Annotated Bibliography*, Intermediate Technology Development Group, Londres, 1971. Gish intenta distinguir entre el profesional costoso, prestigioso, intensamente adiestrado, con su largo entrenamiento y su disposición a apartarse de la comunidad: la enfermera paraprofesional, cuyo adiestramiento es académico y teórico; y el ayudante sanitario, que posee las destrezas que se necesitan la mayor parte del tiempo.

78 Victor Fuchs, *Who Shall Live? Health Economics and Social Choice*, Nueva York, Basic Books, 1974. Nathan Hershey y Walter S. Wheeler, *Health Personnel Regulation in the Public Interest: Questions and Answers on Institutional Licensure*, publicado por la Asociación de Hospitales de California como un servicio al campo de la asistencia médica, 1973.

79 S. Kelman, "Towards a Political Economy of Medical Care", *Inquiry* 8, no. 3, 1971, pp. 30-8. Kelman afirma que el predominio del capital financiero en el sector de la salud puede anticipar un declive en la autonomía del profesional, al ser forzado a sindicalizarse. La certificación institucional, que convertiría en empleado incluso al capitán de un equipo médico, acentuaría sin duda esta tendencia. Compárese esto con la nota anterior 75, p. 326.

80 Corinne Lathrop Gilb, *Hidden Hierarchies: The Professions and Government*, Nueva York, Harper and Row, 1966. Sobre las estrategias usadas por los médicos, abogados y educadores norteamericanos para adquirir poder político mediante la organización de asociaciones profesionales y mediante demanda como derecho de lo que, en principio, fue una prerrogativa observada.

81 Debo la idea de que las profesiones se basan en una concesión, a

Eliot Freidson, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Nueva York, Dodd, Mead, 1971, a quien sigo de cerca. Para una orientación sobre el estado de la discusión véase, además de Freidson, Howard S. Becker, "The Nature of Profession", en Henry Nelson, comp., *Education for the Professions*, Chicago, National Society for the Study of Education, 1962, cap. 2, pp. 27-46.

82 Howard S. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, Nueva York, Free Press, 1963, p. 177, señala que la consecuencia más obvia de una cruzada exitosa contra algún mal es la creación de un conjunto de nuevas reglas y de funcionarios establecidos que la impongan. "Así como los movimientos políticos radicales se convierten en partidos políticos organizados, así como las vigorosas sectas evangélicas se transforman en juiciosas denominaciones religiosas", así, sostengo aquí, que la gente que en principio quiso materializar sueños de distribución de salud se convierte en una profesión de celadores.

83 Vicente Navarro, "Social Policy Issues: An Explanation of the Composition, Nature, and Functions of the Present Health Sector in the United States", John Hopkins University, trabajo basado en una ponencia en la conferencia anual de la Academia de Medicina de Nueva York, 25-26 de abril de 1974. Navarro sostiene que los valores prevalecientes en el sector de la salud están modelados de hecho, por la institución sanitaria, pero son sintomáticos de la distribución del poder económico y político dentro de la sociedad. El poder para modelar los valores de la salud da a los profesionales del sector médico una influencia dominante sobre la estructura de los servicios sanitarios, pero ningún control. Este control se ejerce mediante la propiedad de los medios de producción, de reproducción y de legitimación acaparados por la élite capitalista. Navarro no parece darse cuenta de que estoy de acuerdo con él en este punto, pero soy menos ingenuamente optimista con respecto a la indiferencia política de cada una de las técnicas utilizadas para proporcionar asistencia a la salud. Sostengo que la diálisis, los trasplantes y la asistencia intensiva a casi todas las enfermedades crónicas, y también simplemente que la intensidad general de nuestra empresa médica, imponen inevitablemente la explotación a cualquier sociedad que quiera emplearlos con el repertorio de su sistema de asistencia médica. Véase Vicente Navarro, "The Industrialization of Fetishism or the Fetishism of Industrialization; A Critique of Ivan Illich", John Hopkins University, enero 1975. Sobre el argumento de que las ideologías médicas configuran un sistema de asistencia que ellas no controlan, véase también Massimo Gaglio, *Medicina e profitto: Tesi di discussione per operai, studenti e tecnici*, Milán, Saper Editore, 1971, y Aloisi y otros, *La medicina e la società contemporanea*

nea, Atti del Convegno promosso dall'Instituto Gramsci, Roma, 28-30 giugno 1967, Roma Editori Riuniti, 1968.

84 Philip Selby, "Health in 1980-1990: A Predictive Study Based on an International Inquiry", *Perspectives in Medicine*, vol. 6, 1974. Predicción, basada en un escenario délfico, que describe una utopía ajustada a los deseos de las seis docenas de burócratas médicos entrevistados.

85 Debido a este hecho, la inocencia de la investigación científica está ausente de la medicina. Hans Jonas, "Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects", en Paul A. Freund, comp., *Experimentation with Human Subjects*, Nueva York, Braziller, 1969, pp. 1-28. Aunque este artículo se ocupa ante todo de formas extremas de experimentación, da una lúcida introducción a la relación entre experimento y servicio.

86 Harris L. Coulter, *Divided Legacy: A History of the Schism in Medical Thought*, vol. 1, *The Patterns Emerge: Hippocrates to Paracelsus*; vol. 2, *Progress and Regress: J.B. Van Helmont to Claude Bernard*; vol. 3, *Science and Ethics in American Medicine: 1800-1914*, Washington, D.C., McGrath, 1973. Un intento reciente, vasto y bien documentado, de pintar la historia de la medicina empírica en constante tensión con la tradición racionalista.

87 Henry E. Sigerist, "Probleme der medizinischen Historiographie", *Sudhoffs Archiv* 24, 1931, pp. 1-18. la historia de la medicina puede escribirse como una historia de la nosología, de las ideologías médicas, o de las actividades médicas. Las dos primeras visiones se descuidan a menudo.

88 El argumento se formula con fuerza en Gerald Leach, *The Biocrats: Implications of Medical Progress*, Nueva York, McGraw-Hill, 1970; ed. rev., Baltimore, Penguin, 1972.

89 Talcott Parsons, "Research with Human Subjects and the 'Professional complex'", en Freund, *Experimentation with Human Subjects*, pp. 116 ss. Dentro del complejo médico-profesional, Parsons distingue: 1) la investigación, relacionada con la creación de nuevos conocimientos; 2) el servicio, que utiliza el conocimiento para intereses humanos prácticos, y 3) la enseñanza, que transmite el conocimiento. Sostiene que los legos necesitan un reconocimiento formal del derecho a minimizar los perjuicios que resultan de tensiones no resueltas dentro de este complejo.

90 Una vez lesionado o muerto el paciente, el médico tratará de congelar la decisión que condujo a este resultado reduciendo la *disonancia cognoscitiva*. El argumento en favor de la alternativa que ha elegido parece aún más fuerte al reprimir los argumentos en favor de la alternativa no elegida. Está actuando como una ama de casa: antes de que ésta vaya a comprar, mientras más cara sea la comida, menos probabilidades tiene de llegar a la mesa familiar; después de su visita al supermercado y su decisión de comprar, mientras más alto sea el costo, mayores probabilidades hay de que la comida sea utilizada. Véase Leon Festinger, *Conflict, Decision, and Dissonance*, Stanford Studies in Psychology no. 3, Stanford, Calif., Stanford University Press, 1964. Sobre el conflicto de papeles entre el médico como consejero y el médico como científico, véase Eliot Freidson, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Chicago: Aldine, 1972.

91 Allan Hoffman y David Rittenhouse Inglis, "Radiation and Infants", reseña de *Low-Level Radiation* por Ernest J. Sternglass, *Bulletin of the Atomic Scientists*, diciembre 1972, pp. 45-52. Los reseñistas prevén una inminente reacción anticientífica por parte del público general cuando la prueba aportada por Sternglass llegue a ser conocida por todos. El público llegará a sentir que se les ha arrullado con un sentimiento de seguridad mediante el optimismo infundado de los representantes de instituciones técnicas acerca de la amenaza constituida por la radiación de bajo nivel. Los reseñistas argumentan en favor de políticas de investigación que prevengan tal reacción y protejan de sus consecuencias a la comunidad científica.

92 Consúltese el manual técnico: Werner, David. *Donde no hay doctor. Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*. México, Editorial Pax. segunda edición revisada, 1976. Un libro importante, modelo para manuales análogos. Enseña al campesino mexicano cómo utilizar la medicina moderna con un sentido crítico que lo aleja simultáneamente tanto del nihilismo como del entusiasmo terapéutico que caracterizan una buena parte de los encuentros típicos del campesino con el médico diplomado.

93 Thomas M. Dunaye, "Health Planning: A Bibliography of Basic Readings", Council of Planning Librarians, Exchange Bibliography, mimeografiado (Monticello, Ill., 1968), dice: "Es tan extensa la documentación sobre fuentes acerca del tema de la planificación de la salud, que proporcionar una bibliografía completa se ha vuelto un problema elefantino. Esta dificultad se ha superado en parte mediante la fusión de bibliografías independientes... muchas de las cuales se incluyen (en este) cuerpo unificado de lecturas básicas útiles para el... neófito en el tema". Véase también National Library of Medicine, Se-

lected References on Environmental Quality as It Relates to Health Since 1971, National Library of Medicine, 8600 Rockville Pike, Bethesda, Md.; National Institute of Environmental Health Science, Triangle Park, Londres, *Environmental Biology and Medicine*, publicación periódica desde 1971; *Current Bibliography of Epidemiology*, American Public Health Association, 1740 Broadway, N.Y. 10019.

94 Como ejemplo de esta visión, véase Monroe Lerner y otros: "The Non-Health Services' Determinants of Health Levels: Conceptualization and Public Policy Implications", informe de un subcomité dependiente de Carnegie Grant a la sección de sociología médica, Asociación sociológica americana, agosto 29, 1973, mimeografiado. Este borrador proporciona una fundamentación lógica para la extensión del mandato de las burocracias sanitarias a todos aquellos asuntos que tradicionalmente están fuera de su competencia; argumentando que tales asuntos se encuentran dentro de los poderes inherentes a dichas burocracias. Ante la necesidad de identificar los límites de su campo, el comité decidió: 1) se ocupará de los factores que afecten los niveles de salud, o que aparentan afectarlos, no de los conceptos, de la medición de niveles de salud, o de externalidades de salud para mejorar los niveles socioculturales; 2) se ocupará selectivamente de los factores que afecten a la poblaciones sujetas a riesgo; 3) se ocupará de la prevención, el mantenimiento y la adaptación referentes a las enfermedades crónicas y la incapacidad, pero sólo en tanto aquellos no se perciban como "servicios de salud"; 4) se ocupará de la mala salud no intencional causada por el contacto con el sistema de distribución de salud personal. Véase también *The Sources of Health: An Annotated Bibliography of Current Research Regarding the Non-therapeutic Determinants of Health*, Center for Urban Affairs, Northwestern University, Evanston, Ill., 1973.

95 Hugh Iltis, Orié Loucks y Peter Andrews, "Criteria for an Optimum Human Environment", *Bulletin of the Atomic Scientists*, enero 1970, pp. 2-6. George L. Engel, "A Unified Concept of Health and Disease", *Perspectives in Biology and Medicine* 3, verano 1960, pp. 459-85.

96 Para un análisis teórico de los niveles de salud especificados en estos términos, véase Aaron Antonovsky, "Breakdown: A Needed Fourth Setp in the Conceptual Armamentarium of Modern Medicine" *Social Science and Medicine* 6, octubre 1972, pp. 537-44. Propone una cuarta categoría de las herramientas conceptuales de la medicina moderna: el reconocimiento del colapso. Hasta ahora la medicina ha desarrollado tres conceptos fundamentales para el control de las enfermedades. Primero se descubrió que podían prevenirse las enfermedades mediante medidas de saneamiento del medio, especialmen-

te ejerciendo control sobre los abastecimientos de víveres y agua. El segundo adelanto se obtuvo con el concepto de inmunización preparando al individuo para resistir. Estos dos criterios se fundan en la imagen del agente peligroso. Se realizó un tercer progreso con el reconocimiento de las causas múltiples: uno sucumbe a una enfermedad determinada cuando un agente dado interactúa con un huésped dado en un ambiente dado; la tarea de la medicina es reconocer y controlar estas circunstancias "dadas". Según Antonovsky, ni siquiera Dubos rebasa explícitamente este concepto de las causas múltiples, aunque destaca la necesidad de aumentar la capacidad del hombre para adaptarse al *stress* que lo amenaza en las enfermedades específicas. Antonovsky sugiere el concepto ulterior del colapso, y una definición que permite la operacionalización de este concepto global. Con este fin propone especificaciones para cuatro facetas que son comunes a toda enfermedad: 1) el dolor puede estar ausente, ser leve, moderado o severo; 2) el impedimento puede estar ausente, ser molestado, moderado o severo; 3) el carácter agudo o crónico puede considerarse de seis maneras: estado no agudo ni crónico; crónico leve pero no degenerativo; agudo pero sin poner en peligro la vida; crónico grave pero no degenerativo; crónico grave y degenerativo; o agudo y peligroso para la vida; y finalmente, 4) la profesión médica puede reconocer que la enfermedad, en el lugar que se presenta no requiere ayuda, vigilancia ni tratamiento. Así se han establecido 288 tipos posibles de colapso. Para el autor, "surge una pregunta radicalmente nueva; ¿cuál es la etiología del colapso? ¿Existe alguna nueva constelación de factores que pueda predecir con anterioridad el colapso?"

97 René Dubos, *Man and His Environment: Biomedical Knowledge and Social Action*, Pan-American Health Organization Scientific Publication no. 131, Washington, D.C., 1966. Alexander Mitscherlich, "Psychosomatische Anpassungsgefährdungen", en *Das Beschädigte Leben: Diagnose und Therapie in einer Welt unabsehbarer Veränderungen; Ein Symposium geleitet und herausgegeben von Alexander Mitscherlich*, Munich, Piper, 1969, pp. 35-46. ¿En qué momento el médico se convierte en un cómplice no ético de un ambiente destructivo? S.V. Boyden, comp., *Cultural Adaptation to Biological Maladjustment: The Impact of Civilization on the Biology of Man*, Canberra, Australian National University Press, 1970.

98 Para referencias véase Robert Harris, *Health and Crime Abstracts, 1960-1971*, Houston Project for the Early Prevention of Individual Violence, Houston, University of Texas School for Public Health, 1972. William Morrow y otras, *Behavior Therapy Bibliography 1951-1969, Annotated and Indexed*, University of Missouri Studies no. 54, Columbia, University of Missouri Press, 1971.

99 David J. Rothman y otros, "An Historical Overview: Behavior Modification in Total Institutions", *Hastings Center Report* 5, febrero 1975, pp. 17-24. Roy G. Spece, Jr., "Conditioning and Other Technologies Used to 'Treat?', 'Rehabilitate?', 'Demolish?' Prisoners and Mental Patients". *Southern California Law Review* 45, no. 2, 1972, pp. 616-84. Una investigación del status legal de las terapéuticas que tienden a la alteración de la conducta, en los Estados Unidos.

100 Para un informe autobiográfico particularmente sensible que circuló en el Samizdat y fue publicado en el original en *Grani*, no. 79, 1971, véase G.M. Shimanoff, "Souvenirs de la Maison Rouge", *Esprit* 9, septiembre 1972, pp. 320-62.

101 D.A. Begelman, "The Ethics of Behavioral Control and a New Mythology", *Psychotherapy* 8, no. 2, 1971, pp. 165-9.

8. LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD

Notas

1 Sobre el uso político de la envidia divina, véase Svend Ranulf, *The Jealousy of the Gods and Criminal Law in Athens*, trad. Annie J. Fausböll, 2 vols., Copenhagen, Levin Munskgaard, 1933-34. Sobre Hybris que invoca a Némesis, véase David Grene, *Greek Political Theory: The Image of Man in Thucydides and Plato*, Chicago, University of Chicago Press, Phoenix Books, 1965; tit. orig., *Man in His Pride*; y E.R. Dodds, *The Greeks and the Irrational*, Berkeley, University of California Press, 1951; *Los griegos y lo irracional*, Madrid, Revista de Occidente, 1960, especialmente cap. 2. Zola, Irving Kenneth, "In the Name of Health and Illness: On Some Political Consequences of Medical Influence", *Social Science and Medicine*, vol. 9, febrero 1975, pp. 83-7. "...el área médica es el campo del ejemplo por excelencia de la crisis de identidad contemporánea; el área donde la *banalidad del mal* se disfraza mejor como un proceso técnico, científico y objetivo diseñado para nuestro propio bien."

2 He tomado este argumento, en parte verbatim de Hans Jonas, "Technology and Responsibility: Reflections of the New Task of Ethics", *Social Research* 40, 1972, pp. 31-54.

3 The Honorable James McRuer, *Ontario Royal Commission Inquiry into Civil Rights*, Toronto, Queen's Printer, 1968, 1969, 1971. Sobre las profesiones y ocupaciones de autogobierno, véase cap. 79. Otorgar el

autogobierno constituye una delegación de funciones legislativas y judiciales que puede justificarse sólo como custodia de los intereses públicos.

4 Alfred Schutz, "Some Equivocations in the Notion of Responsibility", en *Collected Papers*, vol. 2, *Studies in Social Theory*, La Haya, Nijhoff, 1964, pp. 274-6.

