

CATÁSTROFE EN EE UU La zona afectada

Bush promete ayuda en Nueva Orleans sin discriminación racial

El responsable de gestionar las situaciones de emergencia presenta su dimisión

En su tercera visita a la zona —y la primera en la que el presidente pudo comprobar personalmente los efectos del huracán dos semanas después de que descargara su fuerza sobre la costa del golfo de México—, George W. Bush esquivó las críticas sobre la irresponsabilidad del Gobierno y negó la acusación de que hubo factores raciales que contribuyeron a la lentitud en la respuesta: "Ni la tormenta discriminó ni tampoco discriminará el esfuerzo de reconstrucción; el rescate se hizo para todos y la reconstrucción se hará para todos".

Bush no asumió que la crítica se refería a las previsiones de desalojo de una ciudad en la que la tercera parte de la población, negra y pobre, no tiene miedo de locomoción propia, una imprevisión que no fue resuelta por el alcalde. En Nueva Orleans coincide con el gobernador, el FEMA (organismo que coordina la asistencia federal en catástrofes) ni por el Gobierno. Después de decir que no habrá discriminación, añadió: "Cuando los helicópteros del servicio de Guardacostas, los helicópteros que se dedican a rescatar a gente de los tejados, no se aplicaban a mirar el color de la piel, sino a salvar vidas".

El discutido Michael Brown, responsable del FEMA cuestionado por sus errores, presentó ayer formalmente la dimisión, según AP. Brown fue trasladado al vicepresidente de Washington y apartado del cargo. Es la primera dimisión política del Katrina.

Junto con el alcalde, Ray Nagin, implicado también en la división de responsabilidades, Bush corrió parte de la ciudad en convoy de cuatro vehículos militares y se trasladó después en helicóptero para visitar algunas de las zonas afectadas y saludar a los líderes locales. En su breve encuentro con los periodistas, Bush fue elástico: "Habrá tiempo para eso; usted quiere decir que fue culpa de alguien en concreto; yo también quiero saber, quiero saber exactamente qué pasó y cómo pasó". Pero por el momento, insistió, "lo que más me interesa es resolver los problemas; habrá tiempo para dar un paso atrás y mirar desocupadamente para averiguar lo que hizo bien y lo que se hizo mal".

El presidente explicó su comentario de hace 10 días —"nadie pensó que los diques iban a romperse"— admitiendo que hubo un momento en el que se bajó la guardia, el lunes 29 de agosto: después de que el Katrina aterrizara, muchas autoridades pensaron que lo peor había pasado.

Hipótesis "descabellada"

Bush, cuando se le preguntó por las explicaciones, dijo: "Esto está cambiando rápidamente de lo que pensaba, todavía queda mucho por descubrir". Moisés Rivas, jefe de la oficina de relaciones públicas de la FEMA, dijo que el presidente se dio cuenta de que las explicaciones de los diques eran una sucesión de errores con el objetivo de mantener el suministro de la zona.



El alcalde de Nueva Orleans justifica la lentitud de la recuperación de la zona afectada por el Katrina.

El alcalde de Nueva Orleans justificó la lentitud de la recuperación de la zona afectada por el Katrina. España presiona por el barco Castilla para que participe en la ayuda humanitaria que la Alianza Atlántica ofrece a la zona afectada por el Katrina.

A la ayuda española se suma la de otros países europeos. Noruega y Dinamarca han proporcionado cuatro barcos. Eslovaquia ha donado 2.500 mantas, 500 camas, 600 litros de jabón líquido y 1.000 botellas de agua.

La ciudad intenta recuperar el pulso

Los residentes devuelven a algunas zonas el ritmo de normalidad

El alcalde de Nueva Orleans dijo que la ciudad está intentando recuperar el pulso. Los residentes devuelven a algunas zonas el ritmo de normalidad.

Los residentes devuelven a algunas zonas el ritmo de normalidad. El alcalde de Nueva Orleans dijo que la ciudad está intentando recuperar el pulso.

OTAN ofrece ayuda

La OTAN ofrece ayuda humanitaria a la zona afectada por el Katrina. El secretario general de la Alianza Atlántica anunció que la organización está enviando suministros y personal a la zona.

El secretario general de la Alianza Atlántica anunció que la organización está enviando suministros y personal a la zona afectada por el Katrina.

El secretario general de la Alianza Atlántica anunció que la organización está enviando suministros y personal a la zona afectada por el Katrina.



Amar y trabajar.

Sigmund Freud

3. La salud y sus contornos

La salud ya no es lo que era hace apenas un siglo. En las sociedades actuales, ya no es un don sino un bien, posiblemente el más preciado; un bien que hay que preservar y cuidar, y que se puede incluso tener la ilusión de comprar, aunque sea simplemente la imagen de un cuerpo de apariencia saludable. La salud no es ya la ausencia de enfermedad, como se decía antes, sino un estado de bienestar tan completo que resulta en la práctica inalcanzable. Pero esta idea de la salud resulta ser un terreno abonado para la frustración y para la invención de enfermedades y la medicalización de la existencia.

Ningún sinsabor de la vida y ningún efecto del paso de los años parecen escapar de la órbita de la salud y de la intervención médica. Paradójicamente, en muchas de las tecnificadas y apresuradas consultas de la medicina moderna, al paciente concreto se le ha desprovisto de su biografía y de su historia, de su propio relato en el que irremediablemente debe encajar sus problemas de salud. Los contornos de la enfermedad y la salud aparecen hoy más desdibujados que nunca, mientras la atención médica es un claroscuro de luces y sombras. Y de eso precisamente se habla en los textos de este capítulo.

La capacidad de amar y trabajar

Sobre la preocupación por la salud y la idea personal de qué es estar sano

La preocupación por la propia salud crece con la edad, pero es una cuestión, hasta cierto punto, muy personal. Mucha gente se preocupa por su salud sin motivo, mientras otros muchos permanecen indiferentes cuando objetivamente podrían considerarse enfermos. Si entendemos la salud como la ausencia de enfermedad –o incluso de preenfermedad– y afinamos lo bastante la vara de medir, nadie podría considerarse sano. Tampoco lo estaría nadie si definimos la salud como ese estado ilusorio de completo bienestar físico, mental y social que propugnó la Organización Mundial de la Salud en 1948. Y, sin embargo, hay razones y sinrazones para que la mayoría de la gente pueda y deba considerarse una persona sana.

Un anuncio de televisión difundido en España en diciembre de 2010 ha hecho más por comunicar una idea práctica y operativa de qué es una persona sana que el meritorio y bienintencionado esfuerzo de muchos médicos, periodistas y divulgadores. El anuncio de Bassat Ogilvy para la Fundación ONCE, que trabaja por la integración social de los ciegos y otros discapacitados, aun sin proponérselo directamente, ha dado en el clavo. En el vídeo, mientras se ven imágenes de un Sigmund Freud ya anciano, se oye una voz en *off* que dice: «En el verano de 1939, un periodista le preguntó qué era para él una persona sana, madura e integrada en la sociedad. El periodista, que esperaba un largo discurso, se quedó sorprendido con la brevedad de la respuesta: «Amigo mío, cualquier persona capaz de amar y trabajar».

En una entrada de 2008 en su blog del *British Medical Journal*, el exdirector de la revista médica Richard Smith escribía que su definición favorita de salud era la de Freud: «la capacidad de amar y trabajar». También es la mía. Con la definición de Freud, uno puede sentirse sano

incluso en circunstancias difíciles y cuando pocos médicos lo refrendarían. Es difícil sustentar la idea de salud en dos pilares más esenciales en la vida humana, entendiendo «trabajo» no solo como una tarea remunerada sino en su sentido más amplio de hacer cosas que pueden ser placenteras. Pero cada cual puede tener su propia idea de lo que es una vida sana, aunque a la postre las diferentes versiones no lo sean tanto.

Diego Gracia Guillén, catedrático de Historia de la Medicina y referente en bioética, sostiene que la salud es «la capacidad de llevar a cabo el proyecto de vida que uno se marca».²⁵ Apuesta por una definición más biográfica que biológica, y lo argumenta así: «Si yo quisiera ser piloto de aviación, o correr los 100 metros como Donovan Bailey, me tendría que considerar un enfermo por el hecho de ser miope o por mi falta de capacidad pulmonar. Como lo que quiero ser es un profesor de universidad, me considero una persona sana».

La idea de la salud tiene, entre otras muchas vertientes, desde la ecológica a la económica, una íntima y personal que quizá no se valora lo debido. La posibilidad de considerarse sano, aun a expensas de las propias limitaciones, achaques o enfermedades, tiene un incalculable efecto positivo sobre la salud individual y colectiva, sobre el propio bienestar y hasta sobre la salud económica del sistema sanitario. Poner el énfasis sobre esta lectura en positivo de la salud debería ser incluso una obligación de los médicos, quizá excesivamente abrumados por un catálogo casi ilimitado de enfermedades y por una medicina crecientemente tecnificada, demasiado inerte ante los condicionantes del mercado y predispuesta a detectar anomalías y patologías en lo más recóndito de la biología y la psique humanas.



Despotismo de salud

Sobre los cambios en la medicina y la responsabilidad individual

Hubo un tiempo no tan lejano en el que los médicos no eran profesionales sanitarios o proveedores de servicios sanitarios (*health care provider*), como se les llama ahora, sino simplemente médicos. Su trabajo consistía en tratar las enfermedades de las personas y en acompañarlas en los trances del nacimiento y la muerte. Muchos de ellos ejercían su profesión guiados por el único faro de su experiencia personal y un bagaje científico elemental. La tecnología médica era más bien rudimentaria y, en general, el poder de la medicina, bastante limitado. La fe de médicos y pacientes en la ciencia y en el arte de curar era también probablemente menor que ahora. Eran, sin duda, otros tiempos.

Entonces las personas no tenían estilos de vida, simplemente tenían vidas. La gente trabajaba y descansaba, alternaba penas y alegrías, tenía hijos y enfermaba, vivía y un día moría. Las diferencias de comportamiento en asuntos como la alimentación, el ejercicio físico, los hábitos de consumo, el sexo o el empleo del tiempo de ocio no se caracterizaban como estilos de vida, un concepto que es considerado actualmente como uno de los pilares de la salud. La diferencia radica en que el estilo de vida es algo que uno elige y la vida es lo que le ocurre a uno, como apuntaba la internista estadounidense Faith T. Fitzgerald en un artículo publicado en *The New England Journal of Medicine* el 31 de julio de 1994.²⁶ Las cosas han cambiado tanto que hoy parece que la salud es algo que uno puede elegir, como un bien de consumo, pero en otro tiempo era simplemente un don, como la vida misma.

En ese tiempo pasado los médicos hablaban más con sus pacientes y estaban menos espe-

cializados, y quizá por eso les era más fácil ver a la persona en su conjunto. Tenían más autoridad y la casuística personal tenía un peso determinante en su práctica profesional. No había nacido la medicina basada en la evidencia, que es el actual estandarte del ejercicio médico responsable. Tampoco se había desarrollado la bioética, ni la ingeniería genética, ni la fecundación in vitro, ni tantos otros adelantos técnicos que han llevado a pensar que todo puede ser posible para la medicina. Y, sin embargo, probablemente no había tantos pacientes insatisfechos y médicos descontentos.

Quizá se haya desfigurado el rostro humano de la medicina, pero el tiempo pasado no fue mejor. La medicina es ahora mucho más científica y eficaz, más deliberativa y consciente de sus problemas, que son muchos. Los pacientes empiezan a ser sujetos activos y responsables de su salud, algo sin duda positivo, pero que tiene sus sombras: el énfasis desmedido en los estilos de vida (véase *Bioestilismo*, página 104); la culpabilización y la penalización de ciertas conductas de riesgo y, en fin, la imposición de una norma de lo que es bueno para la salud y lo que no lo es. ¿Por qué se culpabiliza al obeso, al drogadicto o al sedentario, y no al que hace deportes de alto riesgo? Aunque la responsabilidad personal es clave para la salud individual y la del sistema sanitario, habría que evitar caer en un despotismo de la salud, sobre todo cuando no hay ensayos clínicos u otras pruebas que demuestren que ciertas medidas que se propugnan ahorran costes y no tienen efectos perjudiciales. Además, no hay que olvidar que la vida, la idea de salud y la propia medicina dan muchas vueltas.

Médicos afortunados

Sobre la medicina y el valor de la vida humana a la luz de John Berger

A mediados de la década de 1960, el escritor y artista británico John Berger y el fotógrafo suizo Jean Mohr se adentraron en una aislada comunidad rural inglesa para convertirse en la sombra de un médico de pueblo. Durante seis semanas, acompañaron a John Sassall en sus visitas a enfermos, en su consulta, en sus salidas intempestivas por alguna emergencia, en sus días y en sus noches. Alojados ambos en la casa de Sassall, vivieron de cerca las vicisitudes de un médico rural y compartieron con él sus momentos de reposo, sus inquietudes y su vida familiar. El resultado de esta convivencia fue *Un hombre afortunado* (Alfaguara, 2008), un libro coral y multifacético, a caballo entre el relato y el estudio antropológico, entre el ensayo y la narración experimental, en el que texto y fotografías conforman un todo con una cuidada estructura narrativa. Las decenas de fotos que dan cuenta de la vida de Sassall y de sus pacientes, de sus curas y pequeñas intervenciones, del paisaje y del paisanaje del pueblo, aparecen en todas las ediciones en el lugar decidido por los autores para favorecer el diálogo entre imagen y palabra.

En cuanto al texto, solo hay que decir que es sencillamente magistral: poético y analítico a la vez, reflexivo y conmovedor. Berger no se limita a retratar a un hombre singular, comprometido con su trabajo y con la dignidad humana, sino que ofrece unas muy lúcidas meditaciones sobre la relación médico-paciente, la enfermedad, la profesión médica y sus claroscuros. «*Un hombre afortunado*: todavía el libro más importante sobre medicina general jamás escrito», titulaba el médico Gene Feder un comentario publicado en 2005 en *British Journal of General Practice*.²⁷

Un hombre afortunado es quizá el mejor elixir para que muchos médicos recobren el entusiasmo por una profesión de la que el propio Berger

escribe: «Es la más idealizada de todas las profesiones. Pero su idealización es abstracta. (...) Yo me atrevería a sugerir que una de las razones fundamentales de que tantos médicos terminen decepcionándose con la profesión y convirtiéndose en unos cínicos es precisamente que, pasado el primer momento de idealismo abstracto, no están seguros del valor de las vidas reales de los pacientes que tratan». El valor de la vida humana y sus implicaciones individuales y sociales: he aquí uno de los hilos conductores y reflexivos del libro de Berger. Sassall, según cuenta Berger, creía más en la ciencia que en el arte de la medicina: «El que la gente diga que los médicos son artistas se debe casi siempre a las deficiencias de la sociedad. En una sociedad mejor, más justa, el médico sería más bien un científico puro». Sassall «nunca separa una enfermedad de la personalidad general del paciente que la sufre: en este sentido es lo opuesto a un especialista».

«A veces me pregunto», reflexiona Sassall, «cuánto hay en mí de reliquia del médico rural tradicional y cuánto del médico del futuro. ¿Se puede ser los dos al mismo tiempo?» En 2001, otro médico británico, J. S. Huntley, escribió en *The Lancet* un breve ensayo en el que cuenta su visita al pueblo de la región inglesa de Forest of Dean, donde trabajó Sassall y donde no queda ni rastro de este médico entregado a su profesión y con un apetito de saber insaciable.²⁸ Depresivo como era, se suicidó en 1999, y quizá por este final violento no hay siquiera una lápida en el cementerio. Sin embargo, Sassall fue un hombre que hizo lo que quería hacer, o que sabía lo que buscaba. «Al igual que los artistas o que cualquiera que crea que su trabajo es la justificación de su vida, para los estándares miserables de nuestra sociedad, Sassall es un hombre afortunado», escribió Berger. Como tantos y tantos médicos en todo el mundo.



Empatía para médicos

Sobre la necesidad de educar la conducta empática en la práctica clínica

Para ser un buen médico no basta con ser competente en el diagnóstico. Hacen falta otras muchas competencias, entre las que brilla con luz propia la capacidad de comunicarse y de comprender al paciente. La llamada empatía clínica parece ser un elemento esencial de la calidad asistencial, asociado estrechamente con la satisfacción del paciente y el cumplimiento terapéutico, además de con menores quejas por mala praxis. Lo llamativo es que esta competencia no ocupe el lugar central que se merece en la medicina.

Las cosas, sin embargo, están cambiando. Buena prueba de ello es que en los últimos años se han publicado centenares de artículos sobre la empatía en las principales revistas de biomedicina. La capacidad empática del médico empieza a ser valorada como un ingrediente básico en la práctica clínica y como un buen lubricante de todo el sistema sanitario. Asimismo, desde que en 1995 se descubrieron las neuronas espejo, se están empezando a estudiar las bases neurobiológicas de la empatía. Y cada vez más voces autorizadas claman por que se integre en la formación médica.

El concepto de empatía se solapa con otros como el de simpatía o el de cordialidad, también importantes en las relaciones interpersonales, pero es diferente. La empatía puede definirse como la capacidad de entender lo que siente otra persona dejando constancia de ello en la relación, ya sea de modo verbal («entiendo cómo te sientes») o no verbal (mostrando la respuesta facial adecuada, por ejemplo), pero evitando hacer juicios de valor («ya verás como te recuperas pronto»), como apunta el médico de familia Francesc Borrell Carrió en un esclarecedor artículo publicado en *Medicina Clínica*.²⁹

A diferencia de la simpatía, caracterizada por el contagio emocional, en la respuesta empática

el médico distingue claramente entre sus emociones y las del enfermo, pero hace el esfuerzo de ponerse en su lugar y entender sus sentimientos. La cordialidad es sencillamente una cuestión de modales o buena educación, algo básico, pero que suscita muchas quejas de pacientes («no se ha dignado mirarme a los ojos») y que motivó en 2008 un artículo³⁰ en *The New England Journal of Medicine* para reivindicar la llamada «medicina basada en la etiqueta».³¹

La empatía verdadera no es, por tanto, un sentimiento sino una actitud que nace del «esfuerzo por entender la posición del paciente durante una relación asistencial», como dice Borrell. El médico debe intentar entender la enfermedad desde la perspectiva del paciente. Luego lo conseguirá o no, pero este es al menos su compromiso profesional, aunque le asalten todo tipo de dudas: ¿se puede ser empático con sentimientos que no entiende ni el propio paciente?, ¿basta la empatía o a veces hay que contagiarse de las emociones del paciente?, ¿es realmente posible entender los sentimientos de otro?

De lo que parece que ya no hay duda es de que la conducta empática puede y debe enseñarse. En un artículo publicado en *Canadian Medical Association Journal*, firmado entre otros por el oncólogo Robert Buckman, experto en habilidades comunicativas, se argumenta que «como cualquier otra competencia médica, la empatía clínica puede ser enseñada y aprendida».³² Si realmente la empatía es el reactivo indispensable para que un médico ponga en valor todo sus conocimientos y cuaje una buena asistencia, la enseñanza de esta capacidad debería estar presente en las facultades de medicina, en la formación especializada y en la educación médica permanente. Tanto hablar de avances médicos y he aquí lo que sería, a buen seguro, un gran avance.

Analogías

Sobre el buen uso del símil para explicar los riesgos para la salud

La pertinaz y machacona invocación del concepto de riesgo es una buena prueba de que la medicina no es una ciencia exacta. Médicos, pacientes y medios de comunicación hablan a todas horas de riesgos y de factores de riesgo, la mayor parte de las veces sin cuantificarlos ni especificar siquiera si se trata de riesgos absolutos o relativos. Está claro que no todos los riesgos son iguales, pero esto a veces no es fácil de entender o explicar, pues quien más quien menos lleva un hombre anumérico dentro. Menos mal que existen las analogías y que no hay riesgo que se resista a una buena comparación. Las 16 que aparecen en la edición electrónica de *British Medical Journal* del 25 de septiembre de 2003 han sido remitidas por los lectores y son todas ellas magníficos ejemplos de lo que se proponía ilustrar la revista: comunicar riesgos a través de analogías.³³

La primera de ellas es tan redonda como una moneda. La utiliza el epidemiólogo británico Richard Peto, probablemente la mayor autoridad mundial en epidemiología del tabaquismo, para explicar los riesgos que asumen los fumadores. Se coge una moneda, se tira al aire y se la recoge en la palma de la mano. Cara o cruz: ese es el riesgo (50%) que tienen los fumadores inveterados de morir por el tabaco. Así de sencillo y así de contundente. Por suerte, la mayoría de los riesgos no son de esta magnitud. Allen Markowicz, de Estados Unidos, explica con este diálogo cómo se puede mostrar a un paciente el mínimo riesgo que corre al someterse a ciertas pruebas médicas: «¿Sabe cuál es el mayor riesgo que corre con esta exploración?». «No, doctor. ¿Cuál es?». «Venir en coche a hacerse la prueba».

El diabetólogo de Londres Babulayeb Mukhopadhyay utiliza una analogía un tanto exage-

rada para explicar a sus pacientes el efecto multiplicador de los riesgos cardiovasculares a partir del riesgo de romperse una pierna al salir de casa: «Una persona sana sale de casa por la puerta. Si usted es diabético, está saltando desde el primer piso. Si además tiene hipertensión, está saltando desde el segundo piso... y así sucesivamente. Por último, si además fuma, está saltando de lo más alto de una casa de cinco plantas». Por su parte, Christopher Anton, de Birmingham, ilustra la importancia que tiene la percepción de ciertos riesgos teóricos que tanto temor infunden, como consumir alimentos transgénicos o usar teléfonos móviles. Ambos riesgos son mínimos y difíciles de cuantificar, pero la diferencia está en que «nadie quiere comer alimentos transgénicos, mientras todo el mundo quiere un móvil».

«Las buenas analogías carecen de la precisión rotunda de los números, pero a veces un símil vale más que un montón de cifras»

Las buenas analogías son sin duda de lo más esclarecedor. Carecen de la precisión rotunda de los números, pero a veces un símil vale más que un montón de cifras. Hacer comparaciones entre riesgos es otro buen método para comunicarlos mejor, que ésa y no otra es la cuestión que nos ocupa. Con las estadísticas, como es sabido, se pueden hacer maravillas, y quizá la mayor sea trasladarlas –sin faltar a la verdad– al lenguaje corriente y a números sencillos.

Publicado el 26 de septiembre de 2003.



Narrativas médicas

Sobre la importancia de narrar para conocer mejor a los pacientes

Muchos artistas muestran una especial devoción por las medicinas alternativas y complementarias. Desconozco hasta qué punto esta observación es generalizable, pero me atrevería a decir que su interés por estas otras medicinas es superior al del común de la gente. Quizá esta inclinación sea consustancial a su dedicación profesional a la representación de la experiencia y la realidad percibida mediante los materiales propios de su oficio, ya sea la palabra, la imagen o cualquier otro lenguaje. Representar una experiencia o una percepción es, al fin y al cabo, lo que las hace visibles. Y en este terreno, el de la representación, las medicinas alternativas y complementarias se han revelado a menudo más capaces que la medicina ortodoxa, tan mecanizada ella y sin apenas tiempo para que los pacientes puedan contar lo que consideran que los médicos deben saber de su enfermedad y de su vida.

El gran predicamento que tienen estas otras medicinas en la sociedad no se corresponde con la eficacia de sus intervenciones demostrada en ensayos clínicos. Su reconocimiento se debe, más bien, al papel principal que siguen otorgando a la palabra, a las historias que cuentan los pacientes. Llenan, en este sentido, un hueco de la medicina ortodoxa. Los médicos han perdido pericia con la palabra y muestran en general una falta de competencia para interpretar lo que los pacientes necesitan contar. Este es, probablemente, uno de los males principales de la medicina actual y el gran vacío que pretende llenar la medicina narrativa, un movimiento clínico que aspira a humanizar la asistencia y enseñar a los médicos a interpretar las historias clínicas devolviendo la palabra al centro mismo de la consulta.

«La medicina se equivocó al separar las cuestiones de la vida de las cuestiones de la enfer-

medad», decía una de las figuras más relevantes de este movimiento, la internista estadounidense Rita Charon, en una entrevista realizada por Mauro Tortolo y publicada en *IntraMed*.³⁴ El resultado ha sido la pérdida de competencia para entender el significado profundo de lo que cuentan los pacientes, cuando se les da tiempo y confianza. Pero esta habilidad se puede enseñar, y una de las vías que propone la medicina narrativa es la escritura, porque escribir no es solo registrar, sino representar experiencias, las que cuenta el paciente y las del reconocimiento mutuo entre médico y enfermo. En *The New England Journal of Medicine* del 15 de noviembre de 2012, la doctora Charon explica en un artículo³⁵ un auténtico contacto entre médico y paciente para lograr el mutuo reconocimiento, y muestra la importancia de escribir las propias experiencias clínicas para conocer de verdad. Si para el paciente puede ser útil escribir sobre su propia enfermedad, para el médico es una herramienta necesaria para reconocer al paciente y ser un auténtico médico.

El movimiento de la medicina narrativa, desarrollado en las últimas décadas en el mundo anglosajón, está levantando el vuelo también en los países de habla hispana, organizando jornadas y grupos de trabajo sobre este movimiento médico y su abordaje desde la filosofía, la literatura, el cine o la práctica clínica.³⁶ Si la salud es un bien tan difícil de cuidar es porque está encarnada en un ser humano con un cuerpo y una biografía distintos a todos los demás. Eso lo sabemos médicos y pacientes, pero parece que se nos ha olvidado la importancia de la palabra y la narración de la enfermedad en el cuidado de la salud. Y eso es precisamente lo que reivindica la medicina narrativa.

Ivan Illich

Sobre la vigencia de un pensador radical de la medicina

Richard Smith, el director de *British Medical Journal*,³⁷ cuenta en el número del 13 de abril de 2002 que lo más próximo a una experiencia religiosa que ha tenido nunca ha sido escuchar al «carismático y apasionado» Ivan Illich exponer sus radicales ideas sobre la salud y la medicina rodeado de los «fósiles de la jerarquía académica en Edimburgo». Illich argumentaba entonces que «la mayor amenaza para la salud en el mundo es la medicina moderna». Esto ocurrió nada menos que en 1974, cuando Smith acababa de licenciarse en medicina y un año antes de que Illich publicara su polémico y clarividente libro *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Ahora, al reseñar la vigencia de este clásico de la medicina, el actual director de *BMJ* reconoce con ironía que él mismo se ha convertido en un pilar del *establishment* médico tan criticado por Illich, y constata que «lo que en 1974 era radical es ahora en cierto sentido una corriente principal».³⁸

«Illich describía en su libro la medicina basada en la evidencia dos décadas antes de que fuera acuñado el término»

Illich, por ejemplo, describía en ese libro la medicina basada en la evidencia dos décadas antes de que fuera acuñado el término, pero sobre todo alertaba sobre las tres modalidades de iatrogenesis médica: la clínica (el daño provocado por los tratamientos), la social (resultante de la medicalización de muchos aspectos de la vida, como el

nacimiento, el sexo o la muerte) y la cultural (la más perversa, porque destruye las vías tradicionales de enfrentarse al dolor y la enfermedad). De todo esto se está escribiendo y discutiendo en abundancia desde hace años, pero en todos los análisis y debates el nombre de Illich y su *Némesis médica* es una referencia poderosa. Por eso, Smith considera que «todos los médicos y estudiantes médicos deberían leer este libro».

Pero, ¿quién es Ivan Illich? Nacido en Viena, en 1926, de familia aria y judía, estudió ciencias naturales en Florencia y se especializó en cristalografía, se licenció en filosofía y en teología en Roma, y se doctoró en historia en Salzburgo. Ha sido, entre otras cosas, párroco católico en Nueva York, vicerrector de la Universidad Católica de Santa María en Puerto Rico, profesor en universidades de Estados Unidos, Alemania y otros países, y por encima de todo un pensador original que ha abordado temas nucleares de la sociedad actual, como la educación, el desarrollo, la tecnología o la salud. En internet podemos ver su rostro, entrar en su archivo, conocer algo de su vida y obra, y enfrentarnos con algunas de sus radicales ideas, como ésta: «Ha llegado el momento de quitar de las manos del médico la jeringa, como se quitó la pluma de las manos del escriba durante la Reforma. La mayoría de las enfermedades curables hoy en día se pueden diagnosticar y tratar por profanos. A la gente le resulta muy difícil aceptar esta declaración, porque la complejidad del ritual médico les ha ocultado la simplicidad de sus instrumentos básicos». Que el *establishment* médico comulgue ahora con Illich indica que algo se mueve en medicina.

Publicado el 24 de mayo de 2002.



Consultas filosóficas

Sobre los asesores filosóficos y la desmedicalización de la existencia

El *tratamiento* filosófico es una nueva moda que despunta en los países desarrollados y empieza a infiltrarse con sus consultas o asesorías en ese gran coto cerrado de los profesionales de la salud. Los filósofos se postulan como consejeros profesionales para las personas en situaciones difíciles, con problemas o dudas existenciales, o que han de resolver algún gran dilema en su vida. Con este ejercicio asistencial, los filósofos no solo reivindican la utilidad práctica de sus conocimientos sino que además parecen haber encontrado una prometedora salida ocupacional en el ámbito de la salud o sus aledaños, como en su día lo hicieron la psicología clínica y tantas medicinas alternativas. La gran diferencia es que los filósofos se desmarcan de cualquier psicoterapia; lo suyo, dicen, es el diálogo filosófico para reforzar el autoconocimiento de sus clientes. Los filósofos, en principio, no tratan pacientes. Y esto, aunque parezca una simple cuestión de lenguaje, va mucho más allá.

«Los filósofos se desmarcan de cualquier psicoterapia; lo suyo, dicen, es el diálogo filosófico para reforzar el autoconocimiento»

El iniciador de esta praxis filosófica y quien primero puso en práctica la idea de un consultorio vital filosófico fue el alemán Gerd Achenbach, en 1981. Su asesoría filosófica se plantea como un diálogo espontáneo con el cliente en apuros existenciales, una conversación para buscar respuestas en las ideas y encontrar soluciones a los

problemas de la vida, al estilo de los pensadores de la Antigüedad. En su consulta hay dos butacas enfrentadas con una mesa baja en medio y un espejo en la pared lateral en el que el cliente ve al filósofo reflejado y viceversa, todo un guiño indicativo de que el filósofo pretende ver al cliente tal como él se ve y no desde fuera.

La iniciativa de Achenbach ha sido seguida por otros muchos filósofos en todo el mundo, que han llegado a crear sus asociaciones profesionales, como la International Society for Philosophical Practice (ISPP) presidida por el propio Achenbach, o la American Philosophical Practitioners Association (APPA), que tiene una sección española y está presidida por Lou Marinoff, autor del *best seller* de divulgación filosófica *Más Platón y menos Prozac*. Aunque hay diferencias entre unos y otros, los filósofos asistenciales se aglutinan en torno a la reivindicación de la filosofía práctica para elaborar un sentido a la propia existencia y encontrar luz en las situaciones difíciles de la vida.

Lo que interesa destacar de esta aproximación es que no persigue el diagnóstico de una enfermedad y establecer un tratamiento, que es lo característico de cualquier consulta de salud física o mental, ya sea ortodoxa o heterodoxa. Aunque no hay que descartar que en esta nueva profesión haya oportunistas y charlatanes, la entrada de los filósofos en los aledaños del escenario de la salud sin ser propiamente sanadores puede significar un soplo de aire fresco para la medicina. Los filósofos pueden ayudar a desmedicalizar muchos problemas que no son propiamente médicos, ya sea la soledad o el divorcio, y ayudar a sacarlos de una vez para siempre del ámbito de la salud, que falta hace.

La felicidad, ja, ja

Sobre la bases psicobiológicas del bienestar personal

Salud y felicidad no son la misma cosa, por más que lo insinúe la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, pero tampoco son conceptos tan distintos y distantes. La creciente marejada de literatura más o menos científica sobre las relaciones entre felicidad y salud nos está haciendo creer, ¡bendita ilusión!, que estamos a las puertas del conocimiento científico de la felicidad. Y que si la investigación nos aporta las claves psicobiológicas de este estado de supremo bienestar personal tanto la salud como la felicidad podrían salir reforzadas.

En muchos estudios se ha comprobado que los estados afectivos negativos, como la depresión, se asocian con mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, incapacidad y mortalidad prematura. A la inversa, los estados emocionales positivos deben de correlacionarse con una mejor salud, pero esto precisa una mayor comprobación. En esta línea, el equipo del psicólogo británico Andrew Steptoe ha publicado en *Proceedings of the National Academy of Sciences* un trabajo que pretende aclarar por qué las personas felices están en general más saludables y tienen menor riesgo de enfermedades.³⁹

Lo que han averiguado estos investigadores sobre las relaciones entre la felicidad y algunas funciones biológicas se puede resumir en tres aspectos: las personas felices tienen menores niveles de cortisol (la principal hormona del estrés), menores niveles de fibrinógeno (una proteína cuya elevación en plasma presagia problemas coronarios) y menos pulsaciones cardiacas, con independencia del nivel de estrés mental. De todas formas, esta relación directa de algunos parámetros biológicos con la propia percepción de bienestar apenas da cuenta de las bases psicobiológicas de lo que llamamos felicidad.

La complejidad del concepto es lo que dificulta una aproximación científica o matemática, aunque hay quien lo ha intentado. En 2003, la psicóloga Carol Rothwell y el *live coach* Pete Cohen anunciaron una fórmula matemática de la felicidad. La ecuación, que recogieron no pocos medios de comunicación, incluida la BBC, era ésta: $Felicidad = P + 5E + 3A$, donde la P se refiere a «personal» (visión de la vida, flexibilidad, adaptabilidad), E es «existencia» (salud, amistades, estabilidad financiera) y A es «alta» (autoestima, ambiciones, expectativas). La fórmula, que ofrece un índice de felicidad tras responder a un cuestionario, parece un pasatiempo de revista, pero tiene la virtud de mostrar que la felicidad es un compendio de factores en el que la salud es uno más.

«La complejidad del concepto de felicidad es lo que dificulta una aproximación científica o matemática, aunque hay quien lo ha intentado»

La felicidad no es cosa de risa (Happiness is no laughing matter) es el título del informe de Rothwell y Cohen en el que explican su idea matemática de la felicidad. Y, efectivamente, la felicidad es un asunto muy serio, pero también algo inseparable de la risa y que puede dar risa, especialmente cuando se quiere resumir en una fórmula matemática todo el enredo psicológico, biológico y hasta semántico de la felicidad. Como titulaba Alfredo Bryce Echenique un libro suyo de 1974, evocando una «canción que andaba de moda»: *La felicidad, ja, ja*.



Redefinir la salud

Sobre la conveniencia de modificar el concepto de salud de la OMS

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), vigente desde 1948, como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»⁴⁰ siempre resultó polémica. Con el aumento de las enfermedades crónicas, el envejecimiento de las poblaciones, la medicalización de la vida y otras razones han arrojado las voces críticas. El *British Medical Journal (BMJ)* ha reabierto una vez más el debate sobre cómo habría que redefinir la salud en estos tiempos: *How should we define health?*⁴¹ *IntraMed* se ha sumado al debate con la opinión de diversos médicos y de los lectores planteando la siguiente cuestión: ¿Debería modificarse la definición de salud de la OMS? Veamos.

Por muy maravilloso que sea el propio bienestar, siempre será susceptible de mejora. Esa es la trampa de la definición actual de la OMS, según la cual todos podemos considerarnos o ser considerados enfermos, desde los tímidos a los viejos, y no solo quienes lo están realmente. Y esto no es ni bueno ni cierto ni operativo ni sostenible. La salud no puede ser, de ningún modo, un estado inalcanzable, sino que debe ser considerada como algo más general y elemental, más compatible con las alegrías y las penas de toda vida humana.

La actual definición no beneficia a los sistemas sanitarios, siempre con recursos limitados, sino a las industrias de la salud, dispuestas a ampliar sin límites las demandas de bienestar para vender sus productos y servicios. Como dice el sociólogo Zygmunt Bauman, las compañías farmacéuticas, que no solo promocionan sus fármacos sino también las enfermedades que puedan encajar con sus productos (*disease mongering*), no han inventado esta estrategia, sino que probablemente se limitan a seguir la lógica comercial de las

empresas de nuestro tiempo que buscan crear una demanda más que satisfacer una necesidad.

La actual definición no vale por utópica, medicalizadora (inductora de una carrera sin freno de servicios de salud y bienestar), poco operativa e insostenible. La anterior (la salud como ausencia de enfermedad) era más práctica, pero demasiado estrecha. Entre la amplitud de una y la estrechez de otra, está esa idea de salud que tiene que ver con la capacidad de adaptación y de autogestión que proponen los autores de este artículo del *BMJ* y que muchos compartimos, pero que tan difícil resulta de formular.

«Probablemente no haya una definición universalmente válida, sino variantes culturales y hasta biográficas»

La salud no puede ni debe ser el objeto de culto de una nueva religión ni una nueva frontera científica. Tampoco es un estado asimilable al bienestar, que es un concepto más amplio y dependiente de más variables (ingresos, educación, situación política, etcétera). Probablemente no haya una definición universal válida sino variantes culturales y hasta biográficas. En un reciente comentario de *Escepticismia* (véase *La capacidad de amar y trabajar*, página 32) decía que mi definición preferida era la de Freud: la capacidad de amar y trabajar. Y es muy posible que la idea personal de salud cambie con la edad. La actual definición debería ser modificada por un concepto más dinámico y operativo, más inclusivo que exclusivo, y sin duda más acogedor y restringido que ese estado inalcanzable de completo bienestar.