

Mi aportación consistirá en exponeros algunas reflexiones sobre la actividad médica.

Primera cuestión: ¿qué relación hay entre la medicina y el desarrollo del patrimonio de conocimientos cuya problemática ha sido presentada de modo tan brillante en los días anteriores?

No creo que esta relación se agote diciendo que la medicina constituye la aplicación técnica de la ciencia biológica, aplicación orientada a curar las enfermedades. No creo que la medicina «derive» del conocimiento de la biología, sino que más bien ha sido la ocasión de su origen, a pesar de que los desarrollos del conocimiento de la biología han conseguido una gran autonomía, como la que ya se nos ha descrito.

Si esta mi impresión es justa, no se trata de una observación que termine en sí misma, de una pura y simple reivindicación de primogenitura con objetivos de prestigio. De hecho, la actividad desarrollada por los médicos es expresión de la sociedad, de las relaciones instauradas entre los hombres, del desarrollo histórico de estas relaciones, a saber, de la historia humana. Situados en este nivel, me parece que descubrimos otro aspecto del problema favorito de Aloisi: el de la relación entre la ciencia biológica y las ciencias del hombre. Y en ello hallamos precisamente la relación existente entre la historia del hombre y el conocimiento que el hombre posee de la historia natural.

Por consiguiente, la problemática que se ha discutido

Sabemos que la teleología no sirve para interpretar ni la anatomía ni la historia.

Por esta razón no nos contentamos con definir la medicina en términos de su finalidad consciente (acción contra la enfermedad, a favor de la salud) que más tarde serían concebidas como finalidades ahistóricas, sino que preferimos preguntarnos: ¿qué definiciones se han dado en los diversos períodos de la historia, de modo implícito o explícito, de la salud, de la enfermedad, y ante todo de la medicina? Entonces comprobamos que históricamente la definición de «enfermedad» y de «salud» es diversa, pero también percibimos que la medicina presenta una serie histórica de comportamientos diversos como respuesta a los diversos problemas propios de la definición de «enfermedad».

Hay una definición antigua e inmediata que salta a la vista: la salud como cenestesia satisfactoria, la enfermedad como sufrimiento, la medicina como técnica para eliminar el dolor. Esta definición, obvia e inmediata, no tiene ningún valor, puesto que los modos de respuesta al dolor han sido múltiples y diversos. Muchos de ellos sirven más que la medicina: todos los tocólogos demuestran que la fe permite al hombre soportar el dolor mucho mejor que los analgésicos. Actualmente, los bonzos que se entregan a las llamas en Vietnam, demuestran que desde hace por lo menos dos mil años, hay una determinada actitud psíquica que posee capacidades permanentes para hacer del hombre algo superior al sufrimiento. Si bajamos de los heroísmos a las experiencias cotidianas, debemos recordar haber sostenido muchos combates para evitar que nuestros enfermos se transformen en morfínomanos, aunque de ser así hubieran sufrido mucho menos. En curas de urgencia he preferido infligir dolores antes que correr el riesgo de narcosis en accidentados que no conocía y de quien no disponía de historial médico o de datos de laboratorio. Por lo general, es mayor el dolor que sufren las enfermas después de la extirpación del útero fibromatoso que el dolor provocado por el mismo fibroma, puesto que generalmente no da dolor. Si dibujamos una panorámica de todas las ortodoncias que infligimos a los niños, de toda la molesta y pesada gimnasia de rehabilitación, de todo lo que se lleva a cabo para conservar una dolorosa movilidad de articulaciones que en estado de anquilosis no se producirían, de todos los dolores gástricos que podrían calmarse con antiácidos o antispásticos en vez

de provocar los dolores postoperatorios, de toda la cirugía plástica, de todas las curas para desintoxicar los etilistas o morfínomanos, etc... Si a esta panorámica añadimos toda la morfina que no utilizamos, todo el eptadón que no aplicamos, todas las lobotomías que no operamos, entonces afirmaremos que nuestra experiencia cotidiana nos muestra que la lucha contra el dolor no es un hecho calificado de la actividad médica tal como la realizamos todos los días. Las definiciones (de salud, enfermedad, medicina) fundadas sobre dolor, no sirven para nada. Mejor dicho: la medicina parece ser una técnica de compromiso entre dos exigencias: la exigencia de combatir el dolor y la de conservar en el individuo *alguna otra cosa*, que puede ser su validez laboral, o su estética o su fecundidad. Si la medicina se presenta como un compromiso entre el esfuerzo a favor de la abolición del dolor y otra cosa diversa, entonces resulta claro que la abolición del dolor no es lo determinante.

Probemos otras definiciones: la salud en cuanto realización de un determinado modelo ideal, o «normalidad»; la enfermedad como diversidad; la medicina como restitución de la normalidad.

Este tipo de definición se ha utilizado mucho en épocas caracterizadas por la profundidad de los valores religiosos y por la convicción de que la «normalidad» era expresión de una decisión del Creador. En aquellas épocas, por ejemplo en nuestra Edad Media, el concepto de «normalidad» era muy importante, pero lo que se apartaba de la «normalidad» no tenía un significado unívoco. Ciertas anomalías podían ser «maldecidas», y otras en cambio «bendecidas». Por ejemplo: la heterocromía de los írides podía ser objeto de maldición, mientras que se celebraban los eczemas. Se maldecía el albinismo, pero se bendecían todas las lesiones dermatológicas localizadas en las palmas de las manos. Se maldecía la esterilidad, pero se bendecía la impotencia. A no ser que se tratara de impotencia de orden psicológico en las relaciones con una mujer determinada; en este caso se trataba de un caso de maldición, pero relacionada con la mujer, no con el hombre. Considerando todo esto desde la superioridad de nuestros conocimientos de la biología, nos parecerá ridículo y delirante; pero no debemos ignorar que se trataba de un sistema ideológico y político de gran coherencia y de una compatibilidad admisible, por el que cada fenómeno tenía su lugar adecuado: nosotros, médicos, tampoco podemos olvidar que la cohe-

rencia y la integridad de un sistema de valores ejerce una influencia incluso biológica sobre el hombre. El contacto de la civilización moderna con las culturas tribales de África provoca la aparición de sufrimientos y de enfermedades: es conocido el caso de ciertas tribus en las que se dan casos de enfermedad y hasta de muerte que no se explican de otro modo que por el hundimiento repentino de un sistema de valores, por ejemplo la detención ordenada por las «autoridades» o el mentís infligido al médico-brujo (quizás habremos definido u oído definir como casos de sugestión e histerismo casos análogos sucedidos en nuestros ambientes). Por consiguiente, vemos cómo la importancia otorgada al caso de anomalía varía históricamente, pero también varían los caracteres tomados en consideración en la investigación sobre la anomalía y, por consiguiente, los comportamientos frente a la anomalía.

Existen culturas en las que al comprobarse una anomalía, ya sea en el hombre ya sea en la naturaleza, se toman inmediatamente medidas enérgicas: ante la focomelia, por ejemplo, se organizan procesiones, danzas o canciones. Algunas de estas prevenciones son muy eficaces incluso si se juzgan a partir de nuestro sistema de valores, por ejemplo el carácter sagrado o tabú con el que se reviste al portador de la anomalía.

En algunos países africanos el carácter totalmente sagrado de la poliomiélitis ha contribuido a seleccionar cepos humanos de gran resistencia a la poliomiélitis, según han constatado los médicos militares americanos que indagaban sobre esta enfermedad que devastaba sus tropas en medio de una población inmune (y cuya inmunidad no parecía poderse explicar solamente por el contagio precoz). Muchas prescripciones relativas a la pureza o impureza, presentan aspectos eficaces incluso según nuestro sistema de valores, por ejemplo las prohibiciones inherentes al consumo de carne de tocino y que juzgamos «inteligentes» frente al peligro de triquinosis, particularmente grave en los países calurosos: pero juzgar el valor atribuido a las anomalías o a las prescripciones y prohibiciones tabú a partir de lo que nosotros consideramos higiénicamente justo y aconsejable, significa caer en el error de las antropologías positivistas, antropologías que creían que las prohibiciones de contraer matrimonio se explicaban por el deseo de evitar las enfermedades hereditarias que dependen de genes recesivos. La validez de estas antropologías desaparece frente a las endogamias prescritas y a la

diferencia atribuida a matrimonios equivalentes entre sí desde el punto de vista de la probabilidad de la homocigosis, pero muy diferentes cuanto al valor que asumen en el sistema de valores que crean las culturas.

Ante el peligro de caer en el error de concebir la enfermedad como anomalía, y la medicina como técnica para convertir al anómalo en normal, habrá que definir el concepto de anomalía y reconocer que cada cultura tiene su definición propia de lo que es el anómalo y prescribe a su respecto un determinado ritual de comportamientos. ¿En qué consiste el concepto de anómalo en nuestra cultura? ¿En qué consiste el ritual de comportamientos que asumimos en nuestra cultura frente al anómalo?

Si consideramos la evolución histórica de la cultura a la que pertenecemos, constatamos que en otros tiempos se daba gran importancia a la anomalía de forma y de color. Actualmente se presta mayor atención a la anomalía de función. Nadie se preocupa ya si un niño presenta heterocromía de las írides, y si una chica tuviera el pelo verde quizá se lo teñiría, o quizá lanzaría una nueva moda. El diabético nos preocupa más que el albinismo. Esta evolución de la idea de «normalidad de la forma» hacia la idea de «normalidad de la función» se constata en la evolución de las prótesis: hubo un tiempo en que nos preocupábamos de construirlas de acuerdo con un determinado canon estético; hoy se convierten en funcionales incluso con suplementos de partes de recambio que por su forma se diferencian mucho más de la forma del miembro humano. ¿Se podrá afirmar entonces que nuestra medicina es una medicina que se preocupa en restituir la normalidad a las funciones del organismo? Quizá sí. Pero «normalidad» no significa «valor intermedio», valor común o probable, etcétera. No podemos definir la medicina como actividad ordenada a la restitución de la media común de funciones diversas de esta media.

¿Qué haríamos ante un sujeto cuyo hígado produjera vitamina C sin otras anomalías? No podemos tener la seguridad de que nunca exista o haya existido una persona que no tuviera necesidad de vitamina C suministrada externamente: no tenemos esta seguridad porque nunca la hemos buscado, porque no hemos sometido a un número suficiente de sujetos a una dieta experimental faltada de ácido ascórbico para constatar en cuántos de ellos se presenta el escorbuto. No lo hacemos porque no lo necesitamos. No buscamos una anomalía de este tipo. Si la hallá-

ramos no nos interesaría en lo más mínimo ni haríamos nada para «normalizarla». Consideramos como «enfermedad», y por lo tanto como anomalía particularmente significativa, la que tiene una consecuencia determinada: hacer la vida más difícil, como la del diabético, que debe procurarse insulina y jeringa para inyecciones. La anomalía que facilita la vida — como lo sería la vida de una persona que no tuviera necesidad de vitamina C — no la consideramos «enfermedad».

Por todo ello caemos en la definición escolástica de enfermedad como «disminución» de la probabilidad de supervivencia de un individuo determinado, o como disminución de la probabilidad de la propagación de la especie a través de un individuo determinado.

A propósito de estas definiciones podemos formular dos observaciones. Ante todo, la «disminución de la probabilidad de supervivencia de un individuo» se relaciona con una situación histórica dada, se refiere a una situación histórica del mismo modo como el concepto de anomalía se refiere a una situación histórica. De hecho, la probabilidad de la supervivencia depende de una relación determinada entre individuo y sociedad; en ciertas islas de la sociedad medieval, metafísica y religiosa, el heterocromismo de las írides se convertía objetivamente en enfermedad, puesto que su carácter «maldito» impedía reproducirse al individuo afectado de heterocromismo.

Hay otros ejemplos que nos ayudan a comprender este carácter «histórico», relativo y absoluto, de la enfermedad definida según la variación de las aptitudes relativas a la supervivencia o a la reproducción. En América hay una zona montañosa — me parece que es en Méjico —, donde el tracoma está tan generalizado que todos los «signos» de la vida civil son sonoros o táctiles: no hay ningún signo visual. En aquellos países se considera como desaventajado a un niño normal porque su atención se dispersa en las imágenes visuales que no son signos, y por lo tanto percibe las señales con menor sensibilidad. Los padres responsables deberán vendar los ojos del niño inmediatamente después del nacimiento y mantenerlos así hasta que se produzca la ceguera tracomatosa. Entre nosotros, en cambio, los signos o señales de la vida civil son más visuales que auditivos, y los auditivos son muy triviales: por esta razón nos preocupamos mucho de corregir todas las miopías y los astigmatismos y en diagnosticar todos los daltanismos: nos preocupamos también en poner en con-

diciones a un sordo para que pueda oír un claxon, pero no nos preocupamos en absoluto de que el niño distinga un «re» de un «mi», porque no hay señales importantes que se presenten en forma de notas musicales.

Afirmar que la enfermedad es la disminución de la probabilidad de supervivencia de un individuo, equivale a relacionar a la enfermedad con una determinada situación histórica en cuanto la probabilidad de supervivencia de un individuo varía según se modifique la relación instaurada entre los hombres.

La segunda observación que podemos hacer sobre esta definición es que se preocupa más por la supervivencia del individuo que por la supervivencia de la humanidad. Y con ello, en lugar de conseguir identificar el sentido histórico de los hechos, se convierte también ella en un hecho histórico, históricamente fechado. La datación se verifica según la fecha de cierta fase de desarrollo de la relación social en la cual lo que importa es la supervivencia del individuo. ¿Supervivencia respecto a quién? Evidentemente respecto a los demás individuos, a la media de los mismos.

El término que califica esta definición no es la vida sino la supervivencia y más que la supervivencia el individuo; no es la especie humana, sino el individuo en relación a los demás individuos y en competición con ellos. La competición se verifica a distintos niveles: la duración de la vida, la capacidad laboral, la aptitud para reproducirse, etc.

Las operaciones lógicas que hemos realizado hasta ahora quizá parecerán arbitrarias; desde la serie histórica de las diversas definiciones de enfermedad junto con la serie histórica de las diversas disposiciones relativas a cualquier elemento de la primera serie histórica, llego al último elemento de la misma: la definición de «enfermedad» que hallamos en los textos modernos de medicina legal. Y sigo con la crítica de esta definición desde dos puntos de vista distintos: el de la necesidad de introducir en la definición la referencia a una situación histórica determinada, y el de las connotaciones de historicidad de la definición misma. Si esta serie de operaciones es arbitraria o legítima nos lo dirá la comprobación de los hechos observados.

Esta serie de operaciones nos ha llevado a considerar la medicina no como una lucha contra el dolor o contra la muerte, sino como expresión de una relación de competencia entre los hombres.

¿Qué nos dicen los hechos?

¿Nos dicen que la medicina es una lucha por la vida contra la muerte? Si así fuera, como algunos creen erróneamente, deberíamos decir a la gente: no os daremos balsámicos para vuestros bronquios porque debéis respirar aire puro; no os daremos tranquilizantes para vuestras neurosis porque debéis suprimir la causa de las mismas; no os daremos vasodilatadores para vuestros espasmos porque debéis eliminar los atascos de tráfico y la consideración hacia vuestro jefe; no os daremos protectores hepáticos para vuestro hígado porque no tenéis que comer alimentos artificiales; no os daremos cortisonas para vuestras alergias porque tenéis que eliminar las sustancias alérgicas; no os daremos vitaminas o aminoácidos porque tenéis que comer carne y fruta; no os ofreceremos nuestra paciente comprensión mercenaria porque el amor tenéis que hallarlo en las mujeres (o respectivamente en los hombres) y en la solidaridad entre los compañeros; no os firmaremos «días de enfermedad» porque tenéis que reducir la semana laboral y construir ciudades en las que no sean necesarias horas diarias de conducción o agolpamientos en los autobuses cargados de gente. Deberíamos comportarnos de este modo si la medicina realmente se orientara a la conservación de la vida y a la cenestesia ideal.

Sin embargo, ¿cómo nos comportamos? ¿Qué hacemos en realidad? Según mi opinión nuestra actuación y nuestros conocimientos biológicos se orientan a la conservación y al aumento de la competencia en una sociedad que precisamente se define por la competencia, y sobre todo por la competencia productiva. Sólo sobre esta base podemos evitar el definir nuestro trabajo equiparándolo cómodamente a «locura». Mientras nosotros estamos reunidos aquí, en Somalia hay un grupo de fisiólogos que indaga sobre este enigma: los pastores nómadas de Somalia se nutren casi exclusivamente de leche de camello, y consiguen calorías extraordinariamente elevadas, hasta 5.000 calorías diarias, con una alimentación riquísima en grasas animales; su existencia es monótona, sin stress, y su actividad física es considerable puesto que andan cerca de 30 km. diarios. Resultado de este tipo de vida: arteriosclerosis, infartos y hemorragias cerebrales son casi desconocidos entre los pastores somalíes. Cuando sus hijos descienden del altiplano a la ciudad e inician una vida escolar normal o trabajan como obreros o empleados, con una dieta mucho más higiénica y racional, enseguida presentan síntomas de arteriosclerosis e indicios electrocardiográficos de coro-

nariopatía. Fabricamos infartos, electrocardiogramas para diagnosticar infartos y secciones hospitalarias para curarlos. Fabricamos cánceres pulmonares y quirófanos para operarlos. Sería fácil, pero inútil diagnosticar que estamos locos. En realidad, nuestro comportamiento tiene su lógica: la lógica de la competencia. Crear un tipo de vida con menos stress y que redujera los casos de infarto, significaría disminuir la competencia en nuestra vida: por esta razón no lo hacemos. En cambio, curar los afectados por infarto no supone disminuir la competencia de la vida, sino que significa reconocer esta competencia y sus resultados. Cuando ante un paciente de infarto ya curado reconocemos su recuperada capacidad de trabajo, somos el árbitro del juego: el púgil derribado se levanta antes de contar hasta «diez». Cuando, por el contrario, indicamos a nuestro enfermo que tiene que solicitar el retiro por invalidez, seguimos en la lógica de la competencia, lo mismo que el árbitro que declara un k.o. técnico se halla dentro de la lógica del boxeo. Prevenir los infartos equivaldría a oponerse a la lógica de la competencia, y por esto no lo hacemos. Curar los infartos confirma la lógica de la competencia, y por esto los curamos. No me refiero a nosotros «médicos», hablo de todos los hombres de nuestro tiempo y de nuestra cultura. Lo mismo podríamos decir del cáncer de pulmón su prevención significaría intervenir en la competencia, eliminarla — ya sea en las industrias, ya sea en los automovilistas —, y por lo mismo no tomamos prevenciones contra el cáncer pulmonar. Pero curar el cáncer de pulmón significa reconocer la competencia sin oponernos a ella: significa refrescar a nuestro campeón de boxeo, desinfectarle los cortes o pasarle la esponja sin abolir el pugilato; así curamos los cánceres pulmonares con los prodigios de la técnica. No somos en absoluto los sacerdotes de la vida, somos los sacerdotes de la competencia.

Los recientes acontecimientos internacionales nos han prodigado, a este respecto, amargas constataciones. Quisiera reconocer un gran mérito a Arrigo Benedetti: el mérito de la desmitificación. Ha desmitificado la imagen de David victorioso contra Goliat, la imagen de la oveja entre los lobos, y nos ha presentado en su lugar una imagen más auténtica y brutal: la de una sociedad «eficaz», que escoge como campo de competición la capacidad de infligir la muerte, triunfando en este terreno contra un adversario «ineficaz». Así ha desmitificado la imagen de los que partían de Israel para socorrer a David y mandaban refuer-

zos a la oveja, substituyendo aquella imagen por la más auténtica y brutal: la de una sociedad competitiva y altamente eficaz que se solidariza con ella y la reconoce como símbolo de los propios valores.

Por otra parte, la verdad está dotada de una fuerza de irrupción: los méritos de la desmitificación son particularmente brutales en Arrigo Benedetti, pero no son su exclusiva: Auro Rosselli escribía en *Giorno*, desde New York, que la guerra entre israelitas y árabes en América se considera como signo de que la humanidad ya no se divide entre los que poseen y los que no poseen, sino entre los que producen y los que no producen. Dejemos aparte ahora la circunstancia que para «producir» hay que «tener», y que Israel no podría cultivar agrios según una calidad y unos precios competitivos si no hubiera invertido en sus cultivos un capital que se extiende por todo el mundo (e incluso los conocimientos técnico-científicos de sus modernísimos cultivadores son resultado de un «poseer» que precedió al «producir»): es un hecho que la guerra de las cien horas es mucho más clara que un cuento de Kipling, y por encima de los errores y de las razones, que se alternan y se mezclan, nos ha presentado un espejo en el que podemos mirarnos y en el que vemos los perfiles de nuestra sociedad: una sociedad más empeñada en la competencia que en la vida, una sociedad que ha desarrollado los valores de la pura competencia y no — no nos engañemos — los valores de la competencia en la eficacia para defender la vida.

Precisamente en la sociedad competitivo-productiva, y particularmente en la capitalista, se ha desarrollado la medicina tal como la ejercemos: como utilización de los conocimientos de la naturaleza para conseguir un resultado que no puede menos de ser homogéneo con la sociedad en la que se ha constituido dicho patrimonio de conocimientos. Y por lo mismo ya no nos sorprende que la medicina utilice el conocimiento de la naturaleza en función de los objetivos de la competencia: el hecho de que los conocimientos que poseemos sobre el cáncer de pulmón se utilicen no para prevenirlo, sino para curarlo, ya no se nos antoja una locura, sino como expresión de los presupuestos esenciales de nuestra sociedad, de esta sociedad que no puede ni quiere sofocar la competencia de las industrias y de los automovilistas, y prefiere condenarnos a la neoplasia. Esta sociedad de ciclos brumosos y de aguas infectadas, de ríos sin vida y de primaveras silenciosas.

Considero que las operaciones lógicas que hemos llevado a cabo, nos conducen a una conclusión ampliamente comprobada por los hechos: estamos orgullosos de nuestros conocimientos biológicos, de aquel conocimiento aportado aquí en la apasionante discusión de ayer y de anteayer. Pero no debemos olvidar que nuestra sociedad ha desarrollado los conocimientos necesarios y congruos para expresar su presupuesto decisivo: la competencia y particularmente la productividad.

Si nos convencemos de ello, entonces descubriremos el rostro colonialista del positivismo: descubrimos que razonar en categorías de «verdadero» y «falso», atribuyendo a nuestra cultura científica la posesión de lo «verdadero» y a las demás culturas la posesión de lo «falso» y, en el mejor de los casos, de las aproximaciones empíricas (como sucede cuando se reconoce en el tabú del incesto una aproximación empírica a la «verdad científica» de la homocigosis), descubrimos que razonar con estas categorías equivale a razonar con la lógica del imperialismo, descubrimos que razonar así equivale a aceptar como unidad de medida los valores del capitalismo y de su corolario imperialista.

Quisiera que quedara muy claro que no estoy proponiendo el abandono de las reglas de comportamiento de nuestra profesión: no propongo suministrar morfina a todos los que sufren, renunciando a defender su competencia laboral, ni echar por la ventana todos los aparatos ortodónticos, renunciando a defender la futura competencia sexual de los niños que se nos confían. Pero sí creo que se hace necesaria una toma de conciencia, aunque no albergo la ilusión de que ésta sea suficiente para cambiar el curso de la historia.

Me parece adivinar que los tiempos ya están maduros para una toma de conciencia. Así es como se interpretan los trabajos de Szasz y de Balint; Szasz se pregunta si el médico es un tranquilizador social; Balint supone que el médico es «una medicina», un fármaco: calcula que por lo menos un treinta por ciento de los enfermos que se presentan al ambulatorio del médico de medicina general está constituido por personas que disfrazan de «enfermedad» sus perplejidades o frustraciones. Szasz y Balint pueden citarse como ejemplos de médicos que reflexionan sobre sí mismos, sobre su trabajo y sobre sus resultados: sin embargo, considero que teniendo en cuenta esta reflexión autocrítica, hay que encuadrarla en el marco más am-

plio de una reflexión crítica sobre la sociedad entera que nos revela a nosotros mismos y que se manifiesta en nuestro trabajo.

Si Szasz nos revela los fenómenos que se producen en el nivel que califica de «mental», formulando la hipótesis de que la enfermedad mental podría ser un mito, Balint insinúa el mismo aspecto en el nivel de la enfermedad somática: incluso podríamos decir que se trata más de «estadísticas clínicas» que de «sospechas». Descubrimos la competencia social no sólo en estos aspectos que acabamos de citar, sino también en otras actividades de la medicina o en aspectos diversos de la misma. Constatamos cómo la competencia de nuestra sociedad se manifiesta en especialidades creadas últimamente, como son la medicina fiscal, legal, del seguro social, cuyo objetivo no es precisamente aliviar los dolores o prolongar la vida, sino más bien reconocer las «normas» de la competencia, y por el mismo hecho de proporcionar al individuo un relevo en el trabajo, sea provisional o permanente, circunscrito a su vida laboral, al servicio militar o a la responsabilidad penal, se afirma el reconocimiento de las normas y adaptando a las mismas todos los aspectos de la vida personal. Así pues, y más que nunca, el médico se convierte en árbitro del juego. O también en «suplente» del boxeador.

Por todo ello, lo que parecían ser incongruencias se convierten bajo este aspecto en conformidades muy significativas. A primera vista parece ser una incongruencia el hecho de que no exista la prevención de las enfermedades cardiocirculatorias o del cáncer pulmonar, y en cambio se practique con todo escrúpulo la profilaxis contra la viruela: con tanto escrúpulo que, según ciertos higienistas suizos, el número de las encefalitis microbianas supera en nuestros países el número probable de las posibles infecciones variolosas. Pero ello ya no es incongruo si se considera que la vacunación contra la viruela no disminuye en absoluto la competencia bajo ninguno de sus aspectos. Si observamos los desequilibrios entre la medicina curativa y la medicina preventiva, si observamos los desequilibrios existentes en la misma medicina preventiva, si observamos el rápido desarrollo de la medicina fiscal, legal, del seguro social, contemplamos tras todos estos fenómenos el postulado fundamental de toda nuestra actividad: la instrumentalización de los conocimientos médico-biológicos al servicio de la competencia que caracteriza nuestras relaciones sociales.

La competencia se advierte a nivel individual y a nivel social; la aparición de la medicina mutualista indica que en la lucha de clases, la clase obrera ha conseguido hasta cierto punto y mediante la solidaridad interna y sus propias luchas, salvar — desde el punto de vista médico — sus condiciones de competencia. Efectivamente, el sentido de la mutualidad y de la previsión consiste en proteger las condiciones de venta de la fuerza-trabajo atenuando ciertos aspectos competitivos y restando al salario individual determinados costos de conservación y reproducción de la fuerza-trabajo, con el objeto de cargarlos al salario social. La medicina mutualista ha perseguido efectivamente este objetivo. Pero al mismo tiempo, puesto que el sistema posee su dialéctica interna propia y puesto que la clase obrera a pesar de luchar para sobrevivir constituía siempre un elemento del sistema, quien se aprovechó de la medicina mutualista fue precisamente el sistema. ¿Qué otra prueba más convincente podríamos citar? Desde que surgió la medicina científica, a saber, desde hace un siglo en adelante, el niño que nace en Europa lleva consigo mayores esperanzas de sobrevivir; pero el aumento de las esperanzas de vida laboral representan casi el doble del aumento de la esperanza de vida. Este cálculo estadístico impresionante citado por Friedmann, demuestra que por más contradictorio que parezca, su apreciación es justa: la relación entre la estructura global de la sociedad y la medicina científica, constituye el elemento determinante de la misma, y nos lleva al reconocimiento de dicho elemento determinante en el aspecto externo asumido por la medicina científica o en lo que la medicina piensa de sí misma.

La competencia que caracteriza nuestra estructura social, incide en diversos sectores de la existencia, pero sobre todo en las actividades económicas y de producción. Un detalle de nuestra estructura de previsión da prueba de ello: son frecuentes los casos de castración traumática en accidentes de trabajo a causa de extirpaciones por parte de elementos rotantes. Las consecuencias de estos infortunios se indemnizan con pensiones, aunque las leyes y los reglamentos asignen al INAIL el deber de indemnizar solamente la pérdida de las capacidades de trabajo: se considera que la castración comporta una pérdida de la aptitud laboral en cuanto que la incapacidad para procrear como consecuencia de la castración ocasiona una disminución del incentivo en producir. Por más que los que asignaron una pensión

debido a dicha «motivación» se sintieran satisfechos por haber hallado una solución astuta que permitiera favorecer al obrero accidentado, en realidad su astucia consistió meramente en interpretar de modo correcto la verdadera estructura de nuestra sociedad y sus propias leyes en un caso extremo.

Evidentemente, hasta el momento presente el sistema posee todavía su dialéctica interna, activa y eficaz para todos nosotros; pero constatamos como las cosas están cambiando ante nuestros ojos. Si el origen de la medicina científica correspondió a la competencia económica y productiva que iba definiendo lo más profundo de nuestra estructura social; si el origen de la medicina mutualista correspondió a una actitud de defensa por parte de la clase obrera de sus propias condiciones de competencia; si ésta se manifestó dialécticamente (por lo menos en parte) en un aumento de la plusvalía que el capital sustrajo al proletariado, también el origen del servicio sanitario nacional (en nuestro país deberíamos hablar de origen de un proyecto de servicio social sanitario) revela esta dialéctica: la clase obrera ha dado origen a la medicina mutualista para defender sus propias condiciones de competencia, y sigue siendo la clase obrera quien propugna un servicio sanitario nacional como expresión de un «derecho a la salud»: este derecho se concibe como derecho del ciudadano y no ya como conquista «del trabajador». Precisamente por el hecho de garantizar la salud de todos los ciudadanos, el servicio sanitario nacional en cierto modo combate el carácter competitivo de la medicina. Es cierto que defenderá todavía las capacidades productivas y competitivas del individuo, pero las defenderá de modo no competitivo; su acción no dependerá, como sucede actualmente, de las victorias conseguidas en la lucha económica, y por lo tanto amortiguará la competencia en lugar de darle mayor resonancia.

El hecho de que la medicina científica apareciera en nuestra sociedad, puede considerarse como resultado perfectamente lógico del hecho de que nuestra sociedad posea como carácter distintivo el desarrollo de las fuerzas de producción, desarrollo que se ha verificado mediante la competencia, particularmente mediante la competencia económica. No otorgamos «superioridad» alguna a dicho carácter distintivo a menos que se le considere como medida patrón, tal como lo ha hecho siempre el colonialismo. Se nos antoja aquí lo que afirma Lévi-Strauss: «Si el criterio apropiado hubiera sido el grado de adaptación para triunfar

sobre los ambientes geográficos más hostiles, no hay duda de que los esquimales por una parte, y los beduinos por otra, hubieran conseguido una primacía. La India ha sabido elaborar un sistema filosófico-religioso mejor que cualquier otra civilización, y China ha creado un género de vida capaz de limitar las consecuencias psicológicas de un desequilibrio demográfico. Desde hace trece siglos, el Islam formuló una teoría de solidaridad entre todas las formas de vida humana — técnica, económica, social, espiritual — que el mundo occidental debería descubrir recientemente en algunos aspectos del pensamiento marxista y con la aparición de la etnología moderna». En 1917 se produjo un hecho importantísimo en la sociedad fundada sobre la producción: la revolución bolchevique iniciaba, en un lugar de nuestro planeta, un cambio de relaciones de producción; pero la sociedad productiva, e incluso la misma sociedad soviética, permanecieron inmutables bajo ciertos aspectos, por ejemplo en las relaciones del hombre con la propia suegra. En cambio, el mismo año 1917 fue un año de importantes y profundas transformaciones de la sociedad de parentela de los indígenas australianos: un congreso de todas las tribus reunió a los jefes de tribu, los cuales utilizaron sus enormes capacidades de reflexión abstracta y sus extraordinarias aptitudes matemáticas para el estudio del problema, y decidieron adoptar el sistema de clasificación parental Nyul-Nyul por cuanto ofrece al hombre la más segura garantía para encontrarse lo menos posible con la propia suegra. Bajo el aspecto de la posibilidad de evitar la relación con la suegra, la sociedad de los indígenas australianos es mucho más avanzada que la nuestra; en cambio no lo es bajo el aspecto de productividad.

Entre estos dos criterios, entre estos dos aspectos no existen diferencias jerárquicas que se sitúen en una escala de valores «morales», «espirituales» o «intelectuales». Pero hay una escala importantísima sobre la que se sitúan en niveles muy diversos: se trata de la escala de las probabilidades de supervivencia. En realidad, saber producir para poder sobrevivir es mucho más importante que saber evitar a la suegra. Si existe una superioridad de nuestra sociedad por respecto a la sociedad australiana, consiste en una superioridad darwiniana: nuestra sociedad es superior a la australiana del mismo modo como las moscas que resisten al DDT son «superiores» a las que no lo resisten. Hay diversas razones que explican por qué una sociedad de parentela tiene menos probabilidad de sobrevivir que una sociedad de



producción: la primera consiste en el hecho de que saber producir es útil para sobrevivir; la segunda es que existe una sociedad fundada en la producción. El solo hecho de su existencia, de su presencia en el mundo, reduce la posibilidad de supervivencia de las demás sociedades, del mismo modo como la presencia de un sector ecológico de un tronco mejor adaptado, por lo general y de suyo significa para otro un menor grado de adaptación. Así pues, esta reducción no reviste sólo el aspecto del colonialismo: nuestra presencia en el mundo en cuanto presencia que tiende a sobrevivir lo más posible y a reproducirse de modo más eficaz, disminuye las probabilidades de presencia de los demás, por lo menos su presencia «relativa», la relación entre su presencia y la presencia ajena. A no ser que los demás se conviertan en nosotros mismos. A no ser que el indígena australiano se enajene hasta tal punto que se convierta en productor, abandonando su esfuerzo por librarse de la suegra. Lo que equivale a decir que renuncie a sí mismo para sobrevivir como nosotros, como si fuera Otro.

Nuestra medicina posee la misma superioridad darwiniana por respecto a las medicinas mágicas o metafísicas. Resultado lógico de una sociedad de producción e instrumento para aumentar la esperanza de vida productiva, ella ha aumentado también la esperanza de vida, aunque sólo sea en parte. Nuestra medicina se impondrá, triunfará sobre las demás medicinas, vivirá y crecerá cuando éstas ya hayan desaparecido. Y no precisamente porque sea superior moral, científica o culturalmente, sino sólo porque es superior en cuanto darwiniana, a saber, porque es más probable que sobreviva una persona que se ha vacunado contra la viruela que otra persona que lleva consigo un amuleto. Creo, sin embargo, que con la misma neutralidad científica según la cual consideramos la superioridad de nuestra medicina no bajo el aspecto «moral» o «cultural», sino simplemente darwiniana, igualmente debemos considerar con la misma neutralidad científica la supervivencia de nuestra medicina sobre las demás. Lo que intento decir es que así como el hecho de ser aptos para sobrevivir no es un hecho de superioridad moral, así también el hecho de sobrevivir no es culpa moral. Tampoco lo es el hecho de ser los únicos en sobrevivir. Situamos en un nivel muy diverso los estragos causados sobre doscientos millones de negros por la esclavitud efectuada por los blancos en siglos pasados, la explotación de los agricultores de América Central por parte de Mamita Yunai, o la guerra del

Vietnam, y, por otra parte, en un nivel totalmente diverso, la previsión de que nuestra medicina será la única en sobrevivir.

Entre la superioridad darwiniana debida a elementos culturales y la superioridad darwiniana debida a elementos genéticos, hay una diferencia: la última determina una selección de los troncos, mientras que la primera determina la selección de las culturas, dejando invariable la probabilidad de supervivencia de los troncos. Precisamente hasta el momento actual se ha comprobado este fenómeno paradójico: se ha impuesto la cultura elaborada en la sociedad de producción, pero desde el punto de vista demográfico se han desarrollado en mayor proporción los troncos que habían elaborado otras culturas: la nuestra les ha llegado por contagio, contaminación o esnobismo. Los hechos demuestran que la eliminación de la malaria y la lucha contra las enfermedades infecciosas han ocasionado un gran incremento demográfico en sectores de la humanidad diversos de la humanidad europeo-estadounidense. Evidentemente, esta apreciación es una generalidad: por lo que se refiere al incremento demográfico global del mundo indio o chino se recordará la reciente destrucción de los tasmánicos; y la demografía de los indios de América empieza a aumentar solamente después de las grandes matanzas. La población de muchos territorios de Australia y de Oceanía se halla en vías de extinción. Pero globalmente aparece la presión progresiva del aumento demográfico de los pueblos de Asia y de África, rebasando los límites de nuestra sociedad. La situación es tan grave que creo que se puede y se debe desmitificar el «modernismo» manifestado por la *Populorum Progressio*, abriendo las puertas a los medios de control de nacimientos: ¿se trata realmente de la apertura de una concepción más «democrática»? ¿O se trata más bien de un medio actuado por la Iglesia católica para evitar que se la excluya completamente de países que, aterrorizados frente al creciente costo del puesto de trabajo que creo que se acerca a los 4 millones de liras, esperan del control de nacimientos la posibilidad de mejorar su propia productividad? ¿O quizá no se tratará de un intento de la sociedad europea para contrarrestar por medio de las espirales intrauterinas algunos de los efectos del DDT? Evidentemente todo esto no es una interrogación sobre lo que Pablo VI piensa de sí mismo ni sobre sus intenciones: no es esto lo que nos interesa aquí. Se trata de una interrogación sobre el significado real de los hechos, lo cual no

puede resolverse con el Pentotal intravenoso, sino reflexionando sobre lo que sucederá observando los hechos. Hace un momento indicaba que «supervivencia de una cultura» no equivale a «selección de un tronco», y he precisado inmediatamente que ello no significa «siempre y necesariamente». Hay que dar lugar a la sospecha de que una determinada cultura tienda a limitar la expansión de un tronco. Una sospecha es una hipótesis de trabajo: la realidad es muy compleja y grávida de un dinamismo permanente. Deberá ser confrontada con hipótesis diversas y relacionarlas entre sí.

En el contexto de unas relaciones coloniales y neocoloniales, e incluso al margen de dichas relaciones, el solo hecho de la presencia de una medicina científica en el mundo actual que ha sido elaborada por la sociedad de producción, comportó y comporta una contaminación cultural y la supresión de otras medicinas, no sin haber asimilado antes algunos conocimientos importantes, tales como los conocimientos burocráticos. Es más: hay que constatar que entre nuestros valores culturales, nuestra medicina es el valor que más solicitan y aceptan otros pueblos. Este hecho crea una multitud de problemas y realidades nuevas que siguen empujando el curso de la historia. He mencionado ya el aumento demográfico. Podría citar otros ejemplos.

Las medidas higiénicas y profilácticas más elementales introducen en la escena de nuestro mundo una humanidad más densa. Pero las aplicaciones de nuestra medicina a otros pueblos introducen también en la escena del mundo una humanidad cualitativamente diversa: menos diarreaica y menos febril, lo cual significa que tolera menos el hambre, más impaciente por huir de la carestía, más capaz de lucha. Es éste un elemento susceptible de introducir transformaciones en la escena del mundo. Desde este punto de vista, la expansión de la medicina científica comporta la exasperación de las contradicciones.

Sin embargo, bajo otros aspectos — porque la realidad es muy compleja — la medicina científica constituye también un «tranquilizante social» a gran escala. No en el sentido de Szasz, en cuanto tranquilizante psicológico, sino en un sentido más profundo. Consideremos, por ejemplo, la sociedad japonesa: el esfuerzo inmenso realizado por aquella sociedad en el breve espacio de un siglo, pasando de un nivel productivo medieval a un nivel modernísimo, ha costado un precio incalculable: el aumento enorme de la

incidencia de la infección tuberculosa por causa de las condiciones de vida y de la explotación, ambas espantosas. Berlinguer hablaba de la tuberculosis como signo primario de la revolución industrial: esto sigue siendo verdad después de algunos siglos. Pero la medicina nipona ha conseguido también un nivel de desarrollo elevadísimo, y combate la infección tuberculosa por medio de más amplia aplicación de las isoniácidas y de la estreptomycin. Por lo tanto, cierra los ojos ante las contradicciones y ha contribuido a hacer posible una concentración de capital, rápida y enorme. Podemos constatar esta tendencia de la sociedad capitalista de modo más general: la tendencia a resolver en términos «médicos» sus propias contradicciones, la tendencia a sustituir mediante vacunas y antibióticos la exigencia de un nivel medio de habitación más satisfactorio, la tendencia a sustituir con el suministro de vitaminas y de aminoácidos una alimentación más racional, la tendencia a sustituir con «días de enfermedad» concedidos por el médico, la lucha de los trabajadores por la disminución de las horas de trabajo. Sin embargo — porque la realidad, una vez más, es muy compleja — esta tendencia tiene un significado diverso cuando se verifica en una sociedad capitalista y cuando se produce en otra sociedad. En la sociedad capitalista avanzada, en Europa o en el Japón, esta tendencia significa negación de las contradicciones y conservación de la relación de producción capitalista. Cuando se verifica en las sociedades colonizadas que se hallan en proceso de emancipación y de desarrollo, esta tendencia tiene un sentido y valor diverso: significa el medio más rápido de desarrollo para la limitación del imperialismo.

Esta fenomenología tan rica y diversa que debería estudiarse con medios e instrumentos más idóneos que los que yo poseo — puros medios de aficionado —, ha aparecido como resultado del contacto entre culturas diversas, muy distanciadas entre sí. Nos es lícito pensar que sólo ha dado sus primeros pasos y que ante ella se abre un largo camino. No hay que considerar este camino ni con el optimismo de «dichas maravillosas y crecientes» que considera como racional todo cuanto es real y escribe la historia encerrado en la perspectiva del superviviente victorioso que se siente satisfecho de sí mismo; pero tampoco hay que considerarlo bajo el punto de vista de lo que Levi-Strauss califica de «mimos» frente a las culturas que se modificarán al entrar en contacto con la nuestra. Esta fenomenología, lo repito, debe ser analizada con desapego

científico y aceptando lúcidamente las modificaciones que nuestra cultura experimenta al entrar en contacto con las demás: en este intercambio de modificaciones producidas, las demás integran la medicina científica y nosotros integramos, por ejemplo, la capacidad de analizarnos a nosotros mismos. Los demás se convierten en «diversos por respecto a sí mismos» al aceptar nuestra medicina científica; nosotros nos convertimos en algo diverso por respecto a nosotros mismos cuando nos observamos a través del prisma etnológico, cuando nos analizamos como si fuéramos «otros». Confiamos en que el contacto entre sociedades diversas pueda aportar riqueza y plenitud, elemento de transformación recíproca y deje de ser, como hasta el momento presente, elemento de explotación y de muerte.

Llegados a este punto sentimos la exigencia de una clarificación conceptual que nos revelará las condiciones necesarias para que dicho contacto sea verdaderamente un enriquecimiento en lugar de ser explotación y muerte. Hace un momento hemos considerado un tipo de sociedad, la «productiva», en relación con las demás. Y anteriormente hemos considerado nuestra sociedad como sociedad «competitiva». Es verdad que existe una determinada tendencia, sobre todo en los pueblos coloniales o ex-coloniales, a considerar la sociedad «productiva» como un todo único, y es verdad también que la medicina científica se levanta sobre un conjunto de conocimientos, sobre un patrimonio cultural común a toda la sociedad que se nos presenta «masivamente» como «sociedad productiva» o «desarrollada», aunque posteriormente se constaten divergencias por lo que se refiere a los instrumentos operativos y a los criterios de intervención.

Pero también es cierto que para comprender a nuestra sociedad no podemos considerarla únicamente desde el exterior, con «otros» ojos: hay que analizarla también desde el interior, hay que descubrir su dialéctica interna del mismo modo como el marxismo la identificó efectivamente. Sólo entonces constatamos que esta sociedad «de producción» se ha «dicotomizado» precisamente debido a esta dialéctica interna, de modo que actualmente existe todavía una versión capitalista, competitiva, de la sociedad de producción que sigue elaborando una «medicina científica» coherente con su carácter productivo, economicista, competitivo, clasista. Y vemos también como en la escena del mundo se presenta una versión socialista de la sociedad «de producción». Esta sociedad elabora igualmente y sin

interrupción una medicina científica en intercambio continuo con la medicina científica de la sociedad capitalista en el campo de los conocimientos, pero diversa por lo que se refiere a su actuación práctica, a los criterios y modalidades operativas, en coherencia con el carácter productivo pero no competitivo, y no clasista de la sociedad socialista.

Sintetizando, podríamos decir que la sociedad productiva competitiva está sujeta a una dialéctica de contradicciones internas y externas. En virtud de la dialéctica de las contradicciones internas ha asistido a la constitución en su propio seno de una sociedad diversa, y sigue contemplando en el interior de aquel sector que estructuralmente ha permanecido invariable en sus relaciones de producción, la emergencia constante de nuevos valores. En virtud de la dialéctica de las contradicciones externas y a través de los intercambios superestructurales entre sociedades diversas, siente como se instaura en sí misma una crisis que presenta dos momentos distintos: el primero se verifica por el influjo de sus propias superestructuras sobre las demás sociedades: constata como se desarrollan a su alrededor y como ejercen una presión sobre sus fronteras; el segundo, más útil, se verifica por el hecho de que al entrar en contacto con otros valores pierde los propios. Es verdad que hubo un Kipling, un Arrigo Benedetti y un Max David, pero tales Kipling se presentan cada vez de modo más aislado y se constata con mayor evidencia que éstos van a la deriva, muy lejos del curso de la historia. Esta crisis de valores engloba muchas realidades: el orgullo del hombre blanco y la teleología que sustenta sus filosofías del pasado, desde el idealismo hasta el positivismo.

Por otra parte, de esta crisis de valores nacen valores nuevos. Nuestra pseudoideología orgullosa entra en crisis puesto que nos hacía creer que éramos sacerdotes de la vida; nos llevaba a creer orgullosamente que la ciencia a la que nos hemos consagrado había nacido del amor a la vida y por obra de este amor, ocultando a nuestros ojos que esta ciencia ha nacido de la competencia en la producción y por la competencia de la producción. Pero en el acto preciso en que nos damos cuenta de este hecho, en el momento en que tomamos conciencia de ello y quizá también gracias a esta toma de conciencia, el mundo que nos rodea ya es *otro* y se aleja de nosotros: empezamos a engendrar las condiciones para que pueda llegar a ser ver-

*dad* lo que hasta el momento presente no lo ha sido, para que pueda *llegar a ser verdad* que la medicina, nacida de una cosa diversa y *para* una cosa diversa, se convierta en defensa de la vida, amor por la vida y se sitúe *a favor de la vida*.

