



"¡Cómo disfrutar de la vida y vivir para contarlo!"

Manuel de los Reyes López

1. Sobre la salud: una filosofía del vivir

La salud es lo que importa, pero... ¿qué salud?

Con frecuencia oímos decir: “yo estoy sano” o “tal persona no está sana”. Ahora bien, ¿en qué consiste o debe consistir la salud?, ¿qué es la salud para el hombre o la mujer de hoy?, ¿qué clase de salud queremos tener?, ¿qué es lo prioritario en la salud? Incluso con ligereza, a veces ingenua y otras con gran convicción, decimos: “esto es bueno para mi salud” o “tal cosa es mala para la salud”. Ciertamente, lo único que hay claro por ahora es lo siguiente: “La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es hasta el momento en que la pierde o hasta que intenta definirla”

Para el propósito de este libro, que es promover la salud más que describir las enfermedades, no es necesario que sentemos una definición técnica de la salud. La que la *Organización Mundial de la Salud* acuñó en su carta fundacional ¡de 1946! no es muy útil: “La salud es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”

Modestamente, desde la amplia experiencia personal y profesional acumulada en contacto con numerosos pacientes y “usuarios” del sistema sanitario, hemos oído cientos de percepciones del término salud y **significados de la salud** para la gente común:

- “Vivir hasta una edad avanzada”
- “Tener buena calidad de vida”
- “Valerse por sí mismo y sentirse útil”
- “Sentir que el cuerpo, en general, nos responde”
- “No tener que depender de medicamentos u otros aparatos”
- “Tener el peso y la figura ideales”
- “Poder hacer una vida como los demás”
- “No dolerle a uno nada”
- “Todo lo que produce bienestar físico y psicológico”
- “Sentirse querido/a por los demás”
- “Asumir la vida con realismo”
- “Sentir la felicidad y la desgracia como partes de la vida”
- “Mantenerse en buena forma física”
- “Estar libre de lesiones o taras”

“No perder las facultes mentales”
“Estar integrado en la sociedad”
“No estar sólo/a y disfrutar de la amistad”
“Ser dueño de uno mismo, sentirse libre interiormente”
“Darse a los demás y comprometerse con los necesitados”
“Proteger los derechos de las personas y del medio ambiente” etc.

Este florido pensil de respuestas confirma la idea que queremos transmitir: la complejidad del término **“salud”**, debida a la diferente forma de sentirla y entenderla las personas. Analizando las frases se observa también la enorme riqueza de matices pero, sobre todo, que las personas tienen un sentido de la vida y la salud que no sólo van ligados a la pura **salud biológica**, sino que la trascienden hasta lo que algunos hemos llamado **salud biográfica**.

Lo que sí es evidente es que la ausencia de enfermedad no es necesariamente sinónimo de salud integral. No existe “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social” (como cándidamente definía la OMS) porque es utópico y no pocas veces producto de la falsedad, del engaño o del voluntarismo. No es lógico asumir solamente *un* proyecto de bienestar y perfección para todos, siempre y en cualquier contexto sociocultural. ¿Quién define y propone los ideales de perfección?; o ¿hay detrás de cada modelo de salud y de bienestar una determinada concepción de la persona y la sociedad?

Por lo tanto, no entremos en definiciones, que o son academicistas y por ello poco prácticas, o bien interesadas y por ello falaces. Nos vamos a limitar, para ir entrando en materia, a citar dos pensamientos. El primero es del profesor Viktor Frankl –fundador de la logoterapia, que sufrió en carne propia la dura experiencia de un campo de concentración durante la II Guerra Mundial- quien afirmó muy certeramente lo siguiente: *“La sanación se produce mediante el hallazgo del sentido de la salud, de la enfermedad y de la vida misma”*

El segundo nos lo ofrece el doctor Gol i Gorina con esta jugosa definición: *“La salud es la manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa”*. Así sea.

Elixires para una larga vida buena

Aún hay algunas cosas más que decir sobre la salud. Por ejemplo, reflexionar sobre las sutilezas que la lengua castellana proporciona cuando los verbos ser, sentir o estar entran en juego: *“Yo no soy un enfermo aunque no estoy completamente sano”*; *“Tú eres una enferma, pero te sientes bien de salud”*; *“Fulano no se siente enfermo, pero realmente lo está”*; *“Mengano se siente enfermo aunque no lo está”*; *“Zutano se siente enfermo y ciertamente lo está”*; *“Perengano no se siente enfermo ni desde luego lo está”*. Es interesante reflexionar, aunque sea brevemente, cómo las diversas formas de entender y valorar hoy la salud generan en las personas y en las instituciones unas determinadas **actitudes y comportamientos**, cuando menos, insanas. Ahí van algunos ejemplos diferentes:

Se absolutiza la salud, convirtiéndola en el criterio supremo de lo que es bueno o malo

Se idealiza y exalta la salud como un bien de consumo, viviendo a menudo de espaldas a la enfermedad, al dolor o al sufrimiento

Se cultiva e idolatra un tipo de cultura del cuerpo, sobre todo en la publicidad de los medios de comunicación, que olvida otras facetas del desarrollo armónico de la persona

Se maltrata, descuida o arriesga la salud, llevando un estilo de vida poco sano (estrés, tabaco, alcohol, drogas, accidentes, contaminación del medio ambiente y desarrollo insostenible en muchos aspectos, violencia individual y colectiva, conflictos armados, catástrofes humanas [No digas *humanitarios* que significa lo referido al bien del género humano])

Se institucionaliza y medicaliza la salud, recurriendo para casi todo a las medicinas y a los centros sanitarios

Se busca la salud en “medicinas” alternativas, con frecuencia propensas a la charlatanería, el abuso y el lucro

Se centra la salud en la simple asistencia, olvidando que es primordial la información, la educación y la promoción de valores saludables

Ante este desalentador panorama, no es de extrañar que Jules Romain afirmara que *“la salud es un estado de bienestar transitorio que no presagia nada bueno”*, o que Iván Illich, en su *“Némesis Médica”*, hablara de que pese a los avances científicos y el gran desarrollo tecnológico vivimos épocas de auténtica *“expropiación de la salud del hombre por parte de la Medicina”*.

Pero aún quedan resquicios para el optimismo, queridos amigos lectores. La propia OMS, en su Programa *“Salud para todos en el año 2000”* (es decir, con el horizonte del siglo y milenio anteriores), había propugnado como grandes líneas de acción:

Igualdad de todos ante la salud (*objetivo 1*)

Añadir vida a los años (*objetivos 2-3*)

Añadir salud a la vida (*objetivos 4, 11-12*)

Mejorar las posibilidades de una vida sana (*objetivos 13-16*)

Promover un medio ambiente saludable (*objetivos 18-25*)

¡No hay que perder la esperanza, ya sea en las personas, en las organizaciones de solidaridad cívica (que de modo vulgar se llaman ONG), en las instituciones e, incluso, en los gobiernos! Ya que existe una ola de escepticismo y pesadumbre, al menos trabajemos todos en la búsqueda, la realización y el disfrute de los citados objetivos.

Dispongámonos, mientras tanto, a la lectura y meditación de algunos consejos sabios y prudentes que ciertas personas con conocimientos, humor y buena intención nos han transmitido. Por ejemplo, un ilustre médico del siglo XIX, el doctor José de Letamendi, nos recomendaba su *“Elixir de larga vida”*, que tiene plena actualidad:

*“Vida honesta y arreglada.
Usar de pocos remedios
y poner todos los medios,
en no alterarse por nada.
La comida, moderada,
ejercicio y distracción,
no tener nunca aprensión;
salir al campo algún rato,
poco encierro, mucho trato
y continua ocupación”*

Más humildemente, este grupo ofrece en auténtica primicia su *“receta cardiosaludable”*. Ni que decir tiene que se exige el cumplimiento terapéutico para notar sensación de bienestar individual y mejoría de las relaciones interpersonales:

Buenhumoricín (jarabe): una cucharada sopera antes de la comida, sin descansar los fines de semana.

Pacienciamida (grageas): una a media mañana y otra a media tarde.

Comprensión forte (ampollas bebibles): una en ayunas diariamente, con una dosis de refuerzo semanal o mensual según la necesidad de cada sujeto o el nivel de tolerancia que tenga.

Fragilitas vitae (crema): una aplicación tópica extensa todas las noches en las zonas más irritables o dañadas.

2. El lado oscuro de la vida no es la enfermedad

El avisado lector ya intuirá que lo que a continuación viene no es el producto de la desesperación o de la impotencia ante la enfermedad, sino más bien la reflexión compartida de médicos, enfermeras, otros profesionales de la salud y pacientes acerca de lo que constituye el núcleo del enfermar y su entorno. En otras palabras, aquello que acontece en el alma de los seres humanos y se expresa con multiplicidad de signos. Por tanto, necesitamos en todo este párrafo ponernos trascendentes; el tema lo requiere, ¡faltaría más!

La **enfermedad** es un hecho, y además una experiencia fundamental en la vida humana. A la realidad del hombre pertenecen la finitud y la mortalidad. Por ser finito, el ser humano tiene una salud limitada, amenazada y caduca, porque en el trasfondo de la salud está siempre la enfermedad. “*La vida es una enfermedad congénita de transmisión sexual, cuya mortalidad es del 100%*”

Al igual que respecto a la salud, aquí también surgen varias preguntas clave: ¿qué se entiende hoy día por enfermedad?, ¿existe un único modo de enfermar?, ¿cómo viven los pacientes y los profesionales sanitarios -que además también se incluyen en la categoría de pacientes, pues si no lo han sido ya lo serán alguna vez, sin duda- su enfermedad? Conocer el mundo del enfermo es imprescindible para todo aquél que está a su lado y desea prestarle ayuda. **Asistencia** deriva de *ad sistere*, que quiere decir detenerse junto a otro; en nuestro caso, junto al enfermo. Desde la antigüedad los médicos enseñan que el **arte de curar** implica no sólo el *dominio de la técnica*, sino también el cultivo de una **relación personal**. Sentarse y escuchar, dar la mano al paciente, atender no sólo al síntoma sino al resto de aspectos personales, son recomendaciones de los más ilustres maestros de la Medicina desde sus inicios hasta mediados del siglo XX (después se ha seguido predicando, pero haciendo cada vez menos, por muy diversas razones).

Al hablar de las **vivencias del paciente** no se puede ni debe generalizar, porque éstas dependen de numerosos **factores condicionantes**. Algunos ejemplos se presentan a continuación.

La conciencia que se tiene de la enfermedad, que viene determinada por lo que el cuerpo le dice a uno (dolor físico, malestar, fatiga, pérdida del dominio de sí), por las reacciones de los que le rodean y por sus anteriores experiencias de enfermedad.

La propia historia personal, es decir, lo que la persona es y cómo ha llegado a serlo.

La esperanza y confianza en las personas y en los medios que le asisten (hospital, centro de salud, centro de ancianos, médicos, personal de enfermería).

La interpretación que da a la enfermedad (como algo natural, un castigo, una prueba, algo ininteligible, una agresión externa).

El grado de tolerancia al dolor que posea.

Las consecuencias de orden físico, psicológico u funcional que la enfermedad haya tenido o pueda tener para su vida.

Como es de suponer, todo esto va a dar lugar a **reacciones personales** muy variadas. De forma resumida pueden orientarse del modo siguiente:

La enfermedad lleva a un conflicto del enfermo con su mundo interior

La costumbre de contar con nuestro cuerpo, tenerlo como amigo fiel, dócil, silencioso, incondicional, al que solicitamos trabajo, planificamos su descanso y proyectamos hacia

nosotros se torna de repente, con la enfermedad, en algo molesto, rebelde, pesado, que se vuelve contra nosotros. Esta escisión-ruptura entre el cuerpo y uno mismo nos llega a dominar y nos obliga a prestarle más atención. Nos acucian preguntas como: “¿qué ocurrirá con este dolor que no cede, con esta opresión en el pecho?, ¿será algo malo?, ¿se curará pronto?, ¿habrá que operar?, ¿qué tengo?”

La enfermedad provoca la experiencia de la propia limitación y contingencia.

Al disminuir la vitalidad se revela de modo brutal la fragilidad y precariedad del ser humano (“no somos nada”), descubriéndose como una persona vulnerable con riesgo de muerte o invalidez; la lejanía y la abstracción de éstas se convierten en algo cierto, probable o seguro, y cercano. En no pocos adultos se da una actitud de infantilismo con búsqueda de sobreprotección.

La enfermedad interrumpe la realización de proyectos personales

El futuro se vuelve incierto, las seguridades de la vida se desequilibran, los pronósticos pierden firmeza y entran en crisis todas las dimensiones del individuo (personal, familiar, social, sentimental, profesional, económico).

La enfermedad altera la comunicación con los demás

El dolor o la ansiedad pueden acaparar su atención y el enfermo tiende a replegarse sobre sí mismo. No pocas veces el mundo de alrededor pierde interés, se desdibuja o se hace indiferente y su espacio vital se estrecha. Hay pacientes que se muestran hipersensibles y reaccionan con exigencia y agresividad: “no me hacéis caso, con lo mal que estoy, parece mentira”; “doctor, yo tengo muchas responsabilidades y compromisos, no puedo estar ingresado o esperando tanto tiempo”. Es en esos momentos donde cualquier detalle positivo hacia ellos, un trato delicado, asertivo o estimulante, adquieren un valor inmenso. Si el proceso es crónico, los presuntamente sanos se van distanciando del enfermo aunque prodiguen al principio sus visitas; con harta frecuencia no saben qué decir, cómo estar ni qué hacer en su presencia. En el paciente, la sensación de dependencia de los demás, tener que ponerse en manos de otros y necesitar de ellos modifica profundamente su relación y constituye a veces una penosa experiencia, porque cree que les causa molestias y fatigas a terceros (“soy un ser inútil”, “me tenéis que hacer todo”, “ya no me queda nada”).

La enfermedad es un episodio de trascendencia en su mundo espiritual

Por el mero hecho de significar un atentado a la calidad y en ocasiones a sus expectativas de vida, a muchos pacientes les suscita interrogantes de gran hondura: “¿por qué estas secuelas del accidente?”, “¿para qué, nada más jubilarme, esta enfermedad?”, “¿por qué a mí, en la plenitud de la vida?”, “¿cómo permite Dios el sufrimiento de este niño, ¡es tan injusto!” Las actitudes y el estado de ánimo para afrontar los problemas tendrán mucho que ver con la jerarquía de valores del sujeto, sus ideales de perfección o felicidad, la coherencia y autenticidad de sus principios éticos, su mundo afectivo y los vínculos familiares y, naturalmente, las creencias que posea.

Se vive (los cínicos, los desencantados y los pesimistas dicen que se sobrevive) en una sociedad de constantes paradojas. Por un lado se nos bombardea desde los medios de comunicación con mensajes escritos e imágenes, estimulando y tratando de imitar los “ideales olímpicos saludables” (*citius, altius, fortius*). Por otro, se constata con pesar y se contempla -con cierto distanciamiento y hasta desinterés- el distinto rasero con el que se suele medir el valor de la vida de los seres humanos, según sea el contexto geográfico, sociocultural, político o económico y la importancia relativa que se dé en cada caso.

Sin embargo, la experiencia cotidiana nos demuestra dos cosas: la inmensa capacidad del ser humano para superar dramáticos combates contra la enfermedad con una visión

esperanzadora y realista de la vida; y el gran papel que pueden jugar los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) en esas situaciones. Pero de esto último se hablará después.

3. Los médicos estamos en tu mismo equipo

El médico amigo: no lo curamos todo, pero intentamos aliviar

En sentido amplio, las relaciones entre el profesional sanitario y los pacientes se consideran **formas de comunicación**, si se define ésta como un sistema de envío y recepción de señales. Los seres humanos nos comunicamos preferentemente a través del lenguaje, pero ello no excluye otros modos de intercambio de mensajes, que reciben el nombre genérico de “comunicación no verbal”.

Fue D. Pedro Laín Entralgo, profundo humanista y no sólo médico e historiador de la Medicina, quien describió ampliamente las posibles formas de comunicación entre médico y paciente, fundamentalmente en dos grandes libros: “*La relación médico-enfermo*” y “*Antropología médica para clínicos*”. Sus planteamientos nos van a servir de guía para repasar aspectos comunicativos relevantes entre los profesionales (sean médicos o enfermeras) y los pacientes o usuarios, aunque sea necesariamente de forma algo esquemática.

La palabra

Esta permite a las personas expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones. Pero no cumple sólo una finalidad informativa sino también persuasiva. Se demuestra continuamente la influencia de las palabras del médico y de la enfermera en el cambio de actitudes del paciente, pudiendo reorientar de modo positivo la aceptación y evolución de la enfermedad y sus posibilidades de recuperación.

La **información** que se dé tiene que ser clara, concreta, sencilla e inteligible; es decir, la adecuada y necesaria para fomentar la confianza y suscitar en el enfermo el deseo de participar en la toma de decisiones sobre su enfermedad (ya sea el diagnóstico, el pronóstico o el tratamiento). La habilidad, precisión y veracidad con que se exponga la información, repitiéndola cuantas veces se precise, además de constituir un arte puede tener efectos muy beneficiosos en el ánimo de la persona afectada.

El **lenguaje** debe ser correcto y respetuoso con el paciente y todo su mundo de valores, preferencias e intereses, dedicando tiempo suficiente a escuchar. Para obtener la buena disposición del enfermo a colaborar, debe producirse un alto grado de satisfacción en la recepción y comprensión de la información que se le proporciona. Por ello hay que evitar comentarios de dudosa interpretación. De lo anterior se deduce que todo buen diálogo exige cierto aprendizaje por parte de los profesionales y éstos, a veces, no saben de todo ni poseen suficientes habilidades comunicativas (aunque algunos lo aparenten). Cuando se habla de los posibles **riesgos**, hay que extremar la prudencia sin faltar a la verdad, pues se ha demostrado que los estilos asustadizo o amenazante al suministrar información, además de impropios minan la confianza y la confianza entre las partes implicadas.

No hay que olvidar, finalmente, que en toda conversación también surgen otras expresiones sonoras paraverbales que tienen valor por sí mismas y según el contexto en que se emiten: son los suspiros, las respiraciones profundas o contenidas, las exclamaciones más o menos reprimidas, las pausas, así como la modulación del tono y el timbre de la voz.

La mirada

Va dirigida hacia la observación del cuerpo del paciente para detectar los signos físicos de diversos procesos, incluyendo la percepción de variadas situaciones anímicas que acompañan a la enfermedad: miedo, soledad, tristeza, preocupación, desvalimiento, angustia, pena, mansedumbre, serenidad, dolor, sufrimiento, alteraciones de la conducta y muchas más.

También los profesionales sanitarios, aunque ellos no se percaten, muestran variadas expresiones faciales y gestos, acompañadas o no del movimiento de sus manos cuando están frente al enfermo. A este respecto, resulta curioso constatar cómo los pacientes se fijan en los diversos tipos de posturas que adopta la enfermera o el médico hacia ellos (sea de acercamiento, rechazo, simpatía o desagrado). Valga recordar aquí esos sencillos versos de Antonio Machado: “*el ojo que ves/ no es ojo porque tú lo veas/ es ojo porque te ve*”.

El silencio

Debe prestársele singular atención, ya que es compañero inseparable del diálogo y elemento fundamental en el trato humano. El paciente lo necesita para interiorizar las vivencias durante la enfermedad. Pero, además, es un antídoto formidable contra el ruido existente en muchos ambientes de trabajo y tanto más necesario cuanto más se carece de él.

El contacto manual

Hay una afirmación cierta: no se puede practicar la medicina o la enfermería asistenciales sin tocar a los enfermos. El médico durante la exploración física y la enfermera durante la práctica de sus cuidados disponen de un importante elemento de aproximación a los pacientes: sus manos. Con ellas palpan y recorren el cuerpo desnudo del enfermo, lo que obliga a extremar el respeto y la delicadeza debidos a su dignidad como persona y en atención a su pudor. El **cuidado** es la esencia de ambas profesiones y consiste en tener sensibilidad, tacto y técnica. Porque cuidar de un ser humano es cuidar “de alguien, no de algo”, y en esas lides es donde también se aprecian la calidad y la excelencia de trato.

La relación instrumental

Cualquier instrumento exploratorio, sea con fines diagnósticos o terapéuticos, puede adoptar para el paciente diversas representaciones; por ejemplo, puede constituir un mero recurso técnico o algo novedoso y mágico, puede adquirir un contenido simbólico o, en ocasiones, dificultar o impedir la comunicación. Por consiguiente, todo procedimiento diagnóstico o intervención terapéutica instrumental que se vaya a aplicar a un paciente deberá ir precedido de una **información** adecuada acerca del mismo. ¿Sobre qué? Cuando menos se deberá responder a las siguientes cuestiones básicas: qué es lo que se pretende hacer, para qué sirve, cómo se realiza dicha técnica, qué riesgos tiene (los típicos y los específicos de esa persona) y, por fin, si hay otras alternativas. Veremos con algo más de detalle este aspecto en el próximo apartado.

4. Las relaciones sanitarias, con otra mirada

La información y el consentimiento: otros paradigmas para nuevos tiempos

Los **modos de relación clínica** entre médicos y los pacientes o usuarios se han modificado notablemente en los últimos treinta años. Los profundos cambios sociales han favorecido un proceso de emancipación de los pacientes y, a la par, el reconocimiento jurídico de la autonomía moral de las personas para tomar decisiones sobre su vida, su salud y su propio cuerpo. Hay que reconocer que hemos pasado en un breve lapso de tiempo, en el mundo occidental, de actitudes médicas “paternalistas” (a veces poco respetuosas con la voluntad y los deseos de los pacientes) a formas diversas de participación de todos los afectados en la toma de

decisiones sanitarias que les incumben. Sin embargo, el aprendizaje de esta nueva relación está exigiendo cambios de mentalidad, tanto de los profesionales como de los pacientes o usuarios.

Los procesos de **información médica** y el **consentimiento** por parte de los pacientes se desarrollan básicamente a través del **diálogo**, como nunca nos cansaremos de repetir, y deseablemente en un clima de **confianza**. En la relación médico-enfermo hay que afirmar dos premisas generales: que todo paciente tiene **derecho** a que se le informe de su enfermedad y de las circunstancias relevantes que ésta implica para él; y que la información es un **deber** ineludible del médico y una parte indispensable del acto clínico. No obstante, hay que reconocer algunos límites al deber de informar, por ejemplo: las situaciones de urgencia, el grave y claro perjuicio que la información pueda causar a la salud del paciente, la renuncia expresa o tácita a ser informado o ciertos motivos de salud pública preeminentes.

Aunque la aplicación técnica de los procedimientos médicos pueda ser muy parecida en todo el mundo desarrollado, los diferentes contextos y tradiciones socioculturales inciden de manera importante en las **formas de comunicación** entre médico y paciente. En este sentido, conviene destacar que la influencia de cierta corriente en exceso autonomista y legalista basada en meros formularios, procedente del ámbito estadounidense, no siempre ha sido beneficiosa en nuestro entorno. Y esto es lógico, ya que resulta imposible informar por escrito a un paciente de todos los procedimientos diagnósticos e intervenciones terapéuticas que se le pueden realizar en el curso de su asistencia; si así se hiciera, supondría una burocratización absurda e inaceptable de la actuación médica.

No te asustes, amigo lector, cuanto te pasen a **firmar documentos** para que otorgues tu consentimiento a determinadas intervenciones, pues la ley obliga a ello en ciertas situaciones clínicas, sobre todo si llevan aparejados riesgos y consecuencias relevantes. Léelos, tómate el tiempo necesario, pregunta cualquier duda (a médicos o enfermeras), y firma después si estás de acuerdo; debes saber que podrás revocar la decisión en cualquier momento. Además, dicho refrendo deberá suponer que ya hubo información verbal y que el diálogo necesario con el médico se había producido.

Tampoco te inquietes si a partir de ahora te preguntan si dispones de un documento de **instrucciones previas**, donde hayas manifestado anticipadamente tu voluntad acerca del tratamiento o cuidados de salud en los momentos finales de la vida. Ya de paso, recuerda que tienes la posibilidad de decidir la **donación de órganos** y expresar este deseo por escrito.

Éste es, en resumen, el espíritu y la letra de la reciente *Ley (41/2002) básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, que tanto ha dado y mucho más dará que hablar en nuestro país. Se trata de un nuevo marco de relaciones en los ámbitos sanitarios, pero de tal calado que es preciso un importante cambio cultural y no poca dosis de paciencia. Aprender a **deliberar** en ese horizonte no es fácil, porque no es algo innato, se necesita sensibilidad y una novedosa educación en valores. Por esto mismo, el proceso se presume largo y no ausente de problemas.

Los médicos también penan: la confianza, el bienhacer y los réditos

La **práctica clínica** es compleja y a veces conflictiva. Como punto de encuentro en el mundo sanitario hay que pensar, de inicio, que la gran mayoría de los profesionales de la salud en nuestro país son personas responsables, con vocación y con cualificación adecuada (lo bueno no se suele exhibir ni agradecer, pero se percibe y demuestra a diario calladamente). Esto es fundamental para que no se quiebre el pilar básico de la relación con los pacientes y usuarios: la confianza en las personas, en los medios y en las instituciones sanitarias y sociales.

Las **denuncias** contra médicos por presunto error, imprudencia o negligencia son muy poco frecuentes en España, aunque se hayan incrementado durante los últimos años sin llegar a las

de otros países europeos ni, mucho menos, a las altas cotas de los Estados Unidos de Norteamérica. Esto se debe a que la práctica médica, cada vez más especializada, conlleva la realización de procedimientos e intervenciones con riesgo variable y consecuencias no siempre satisfactorias para los pacientes. Por eso viene a colación comentar algo acerca de una palabra de significado amplio: **iatrogenia**. Este término, etimológicamente, indica una "alteración del estado del paciente producida por el médico". Evidentemente se entiende que provocada por el tratamiento médico, o causada por un procedimiento diagnóstico o terapéutico. Lo que ha ocurrido es que casi todo el mundo asume que iatrogenia es lo mismo que complicación, cuanto mayor peor, y que siempre el agente directo es el médico, aunque no haya existido intención de dañar.

Para clarificar el panorama, los profesionales del **Derecho** siempre han considerado que al médico se le debe exigir que ponga los medios mandados por su arte, pero no que consiga *siempre* los resultados deseables y óptimos. Por eso, la Medicina es una profesión obligada a poner unos medios -no cualesquiera, sino los más adecuados a la situación clínica, en ese momento preciso y con la diligencia mayor- pero no a obtener *siempre* todos los resultados esperados salvo, quizá, algunas excepciones. Es importante destacar que, desde el punto de vista jurídico, la estimación del grado de previsibilidad ("poder prever") y de evitabilidad ("deber evitar") del resultado de la actuación médica es muy variable si se dan situaciones de urgencia respecto a cuando no se producen éstas.

Estas consideraciones vienen a cuento porque pareciera que todo lo concerniente al mundo sanitario es un desorden y que adrede va hacia el caos, para mayor beneficio de unos pocos, lo cual no es cierto. Además de prestigiosos profesionales y centros "privados", disponemos en España en la actualidad de un Sistema Nacional de Salud con un buen nivel de cualificación de los profesionales, aceptables medios técnicos que siempre son mejorables y, lo más importante, que tiene como objetivo primordial la **equidad**. Pero además, hay que aclarar que "los malos" de la película (es decir, de los conflictos) no siempre son los médicos que trabajan en la asistencia clínica. ¡Déseles lo suyo también a los demás agentes sociales!: entiéndase, otros profesionales, instituciones, entidades o empresas del sector y, por qué no, los propios miembros de la ciudadanía o ciertos poderes fácticos políticos, jurídicos o mediáticos.

Volvamos finalmente al núcleo del verdadero quehacer profesional, la susodicha **confianza**. Dada la creciente tendencia hacia la "judicialización" de no pocos campos del mundo sanitario en nuestro país, es oportuno señalar aquí las dificultades para trabajar cuando se tiene la sensación de litigio en puertas. Nuestro punto de vista debe quedar muy claro: consideramos un craso error si los médicos abocan hacia una "medicina a la defensiva", presionados por abogados y clientes interesados, sean éstos pacientes o usuarios. Eso no quiere decir que se pretenda la inmunidad y la impunidad de los profesionales sanitarios ante las faltas o errores; ¡en modo alguno, por mínima decencia!. Pero sí creemos que hay ciertos caminos, aún poco explorados, para resolver conflictos entre las partes litigantes por conductos distintos a los procedimientos judiciales ordinarios.

Los jueces y abogados insisten a los médicos en que la mayoría de las demandas por presunta "mala práctica" se deben a quejas sobre una información inadecuada, por escasa o defectuosa en fondo y forma. ¿Qué indica esto? Que hay facultativos que no escuchan lo suficiente, ni establecen una relación apropiada con sus pacientes respecto a la información que deben proporcionar. ¿Cómo resolverlo? Mejorando ésta con arreglo a las características que ya se han comentado. Pero, además, se trataría de potenciar las instancias de **mediación**. El objetivo que habrían de perseguir es lograr un acuerdo entre las posturas discrepantes para evitar la vía judicial. La ventaja sobre ésta es que, con humildad y buena disposición, se pueden tratar de resolver muchos problemas de escasa relevancia en el marco de la confianza mutua y el diálogo, que en los tiempos que corren no es poca cosa.

5. El humor y la salud: claves para entender este maridaje trascendental

Amigo lector: ¿podría concebirse este libro –incluida su gestación y parto- si los autores no tuvieran **sentido del humor**, es decir, algo más que el mero optimismo o pesimismo?. Sería absolutamente imposible. Al igual que ocurrió con otro libro precedente del selecto grupo de cardiólogos-“*¡Ay madre, tengo que dar una charla!. Cómo preparar e impartir una disertación*”- tiene que existir un *humus*, un capital humano especial en su fondo y en la forma para que se pueda entender bien este meollo. Lo diremos claramente y de una vez, sin equívocos: ¡todo lo que hemos escrito, y lo que acaso vendrá, son confesiones desde el "almario"!, es decir, salidas de ese reducto último y personal de cada ser humano que, sin embargo, hemos decidido compartir voluntariamente contigo.

El humor es una cosa muy seria. Tan seria, que su relación con la salud es estrechísima. Todos sabemos que estar de **mal humor** no es bueno para la salud, y que el **buen humor** es sinónimo de vivir sanamente las circunstancias de la vida, incluso las adversas. El que hayamos elegido un tono distendido y a veces jocoso no quiere, de ningún modo, significar mofa, escarnio ni menosprecio respecto a la seriedad (no tristeza) que se nos supone como profesionales competentes e ilustrados en los temas tratados. De hecho defendemos habitualmente la mesura, la corrección y la naturalidad; y estas cualidades no están en absoluto reñidas con **la sonrisa**. Por eso, dicho en pocas palabras, tratamos de "humorizar" la salud y su perimundo.

Quizá sea útil, sólo como horizonte de referencia, recurrir a las definiciones que da el diccionario de la RAE acerca del **humorismo**: "Manera de enjuiciar, afrontar y comentar las situaciones con cierto distanciamiento ingenioso, burlón y, aunque sea en apariencia, ligero. Linda a veces con la comicidad, la mordacidad y la ironía, sin que se confunda con ellas, y puede manifestarse en la conversación, en la literatura y en todas las formas de comunicación y de expresión" (1992). "Modo de presentar, enjuiciar o comentar la realidad, resaltando el lado cómico, risueño o ridículo de las cosas" (2001). [Llama la atención los diversos matices recogidos en una y otra edición, separadas apenas once años].

Ahora se entenderá mejor, que la otra subespecialidad que ejercemos sea la "humorología auxológica transterapéutica", disciplina hartamente difícil en la que estamos doctorados *cum laude* en la prestigiosa escuela de la vida cotidiana. Fíjate a continuación, lo que afirman algunos ilustres conocidos. Por ejemplo Lutero, el gran reformador, quien a pesar de su mala prensa entre nosotros decía cosas interesantes: “*Mi risa es mi espada, y mi alegría mi escudo*”. O de manera más bella y menos belicosa Lope de Vega, quien expresaba en una de sus comedias (“*Pobreza no es vileza*”): “*Si humor gastar pudiera, / con más salud sospecho que viviera*”. O el mismo Pablo Neruda en un extracto de sus versos: “*Quítame el pan, si quieres / quítame el aire, pero / no me quites la risa*”. Así que, sonríe, por favor; pues lo que no sabes es que la sonrisa alivia el estreñimiento y la congestión (mentales, por supuesto).

Siguiendo en la línea de conocer otras opiniones tenemos la de Sócrates, para quien **la ironía** significaba literalmente "simulación": ocultar lo que se sabe, fingir lo que no se sabe. Un ejemplo magnífico de sutileza, con réplica graciosa sin molestar, lo describe Mauricio Wiesenthal ("*Diccionario del Ingenio*"):

"Hermann Adler, respetuoso de la ley mosaica, no comía nunca animales impuros. Sus amigos bromeaban con él, y un día el cardenal Vaughn le dijo con cierta sorna: ¿Cuándo permitirá usted que le ofrezca un poco de jamón, rabino? Y el socarrón Adler respondió muy rápido: Cuando me lo pueda servir la esposa de su Eminencia."

Para Sigmund Freud, **el chiste**, la comicidad y el humor son mecanismos del estado anímico que producen placer por la vía de los sentimientos y las emociones. Esto nos puede sugerir que el *homo ludens* (divertido) es anterior al *homo faber* (artesano); y todavía más, que el *homo risorius*

(risible) es precursor del *homo sapiens* (inteligente). Por eso, adicto lector: "*Bienaventurados los que se ríen de sí mismos, porque nunca les faltarán motivos de qué reírse*".

De las sutiles reflexiones de José M^a Cabodevilla ("*La jirafa tiene ideas muy elevadas*") iremos espigando algunos frutos; como éste, tan delicioso:

"Joseph Addison, político inglés del siglo XVIII, en gran parte forjador del modelo gentleman, se dedicó a estudiar el tema del humor investigando pacientemente en su genealogía.

Parece ser que la **Verdad** fue la fundadora del linaje cuando concibió al **Buen Sentido**. Éste engendró después al **Ingenio**, que contrajo matrimonio con una mujer llamada **Risa**, la cual pertenecía a otra rama colateral de la familia. De ella tuvo un hijo, al que puso por nombre **Humor**.

Humor es, pues, el miembro más joven de esta ilustre progenie y, por ser descendiente de padres con cualidades tan diversas, posee un carácter sumamente versátil. A veces se presenta con aire grave y solemne, igual que un magistrado; otras veces adopta un estilo desenvuelto y viste de manera estrafalaria, igual que un saltimbanqui. Sin embargo, conserva mucho de su madre y por eso, cualquiera que sea su actuación, siempre alegra a quienes desean oírle."

El mismo autor, Cabodevilla, con gran brillantez afirma que "*El hombre, un bípedo implume, racional, locuaz, melancólico y jactancioso, es capaz de robar el fuego a los dioses para luego incendiar su propio pajar*". Nada hay más cierto. El ser humano es el único animal que hace reír (o llorar) a sus semejantes. Pero **la risa** no es lo mismo que el humor; aquélla es más una reacción biológica ante un estímulo y éste parece más ligado al temperamento, a nuestros humores constitutivos. La risa es una manifestación espontánea, el humor es un producto más elaborado. El humor funde lo cómico y lo trágico (releed las páginas de *El Quijote*, y observaréis el espléndido equilibrio de ambos ingredientes). Por eso, en la risa y en el llanto la situación puede dominarnos, pero sólo el humor nos permite trascenderla.

El **sentido del humor** es el sentido de la realidad, que equivale a decir, sentido de la medida. El humor desmitifica, practica el realismo; puede ser seco y lacónico, dulce o amargo, pueril o adulto ("*En un concurso de imitadores de Charlot, se presentó Charles Chaplin y obtuvo el segundo accésit*"). El verdadero humor dice la verdad y nada más que la verdad, no necesita exagerar; ocurre como con algunos individuos: no hace falta insultarlos, basta con describirlos ("*¿Qué vino prefiere: tinto, rosado o blanco? Me da igual, soy daltónico*"). También es imaginación, ingenio y fantasía (no es lo mismo un desnudo humano, en genérico, que una persona concreta desnuda en según qué ambientes). El fino y agudo humor denota cierta inteligencia, pudiendo desmontar vanidades y soberbias o desenmascarar falsas sublimaciones; igualmente, mejora la comunicación interpersonal logrando desbloquear muchas actitudes defensivas o de rechazo.

En un mundo abrumado por el dolor, el humor reivindica para sí dos grandes temas: el empeño del ser humano en huir de los sufrimientos inevitables y su constante búsqueda de sufrimientos innecesarios. De ahí que también el humor es pródigo en consuelo, porque es la ascética y la modestia de los sabios; por eso, generalmente, el humor es más apto para aliviar las penas que para otorgar la felicidad. Ése, es el tipo de humor pacífico y pacificador, compasivo y solidario ("humor se escribe con hache, ...de humanizar"). Luis Alonso Schökel asevera: "*El humorista, en sí mismo, está viendo a los demás hombres y los perdona; en los demás, se está viendo a sí mismo y se perdona*". **El sarcasmo** está en las antípodas, ya que es humillante, crea amargura y resentimiento, va con mala fe, desprecia y hace sufrir.

El buen humor, sin duda, es algo subversivo, porque señala los agujeros o falsedades y revela lo absurdo frente a lo que debería ser razonable, además de que plantea cuestiones impertinentes ("humor también se escribe con hacha"). El humor configura un **lenguaje** por analogía, pero mediante la paradoja; dos ejemplos: "Cuando un dedo señala la Luna los imbéciles se quedan mirando el dedo"; o, "Las personas se dividen en inclasificables y de difícil clasificación".

En fin, ¿qué más pueden decir los miembros de este grupo -que nos hemos travestido en tiernos monigotes dejando la timidez a un lado- sino señalar el valor añadido que tiene la

caricatura en el contexto que hablamos del humor y la salud?. Amigos, en las ilustraciones tenéis la mejor demostración de todo lo antedicho.

6. Una cuestión de honor(arios)

Honorario quiere decir varias cosas, y no siempre dinero. No se refiere al honor de la raza aria, de stirpe nórdica cuyo origen se remonta a los pueblos indoeuropeos. La cuestión es más prosaica; por ejemplo, se dice que honorario es "aquel que sirve para honrar a alguien"; o incluso, "el que tiene los honores y no la propiedad de una dignidad o empleo".

Pero seguro que sigues pensando, amigo lector, que se trata sólo de *money*; y tienes razón, ...en parte. Porque honorario también se ha empleado como "gaje o sueldo de honor", ya que al médico hasta hace no muchas décadas no se le pagaba. ¡Como lo oyes y lees!. Recibía un estipendio simbólico por su trabajo, pues se consideraba que era un arte liberal la práctica de la Medicina y, por tanto, suponía cierta frivolidad o desmerecimiento llegar a cuantificar la importancia de su tarea.

Pero las cosas han cambiado mucho en los tiempos recientes. Se ha socializado la Medicina en nuestro país (ya es una conquista del bienestar), y el Estado y sus Autonomías son los recaudadores, gestores y a la vez empleadores de la mayoría de los profesionales sanitarios. Los emolumentos médicos los fija y paga la Administración en el ámbito público, mientras que en el privado obedecen a las leyes del mercado, los intereses de las compañías de aseguramiento sanitario y la propia autoestima del galeno. Por eso hoy día el término honorarios queda relegado al cultismo en un ámbito exclusivamente de beneficio privado.

Y otra cosa hay más cierta aún: la nueva condición de médico asalariado por cuenta ajena, ha conllevado un deterioro de la consideración social del médico. Esto es un hecho conocido, pero que en modo alguno ha impedido el bienhacer clínico, la entrega y el esfuerzo de no pocos profesionales vocacionados y un nivel de calidad asistencial que, pese a sus defectos, es alto.

Nosotros no reclamamos la vuelta a privilegios de rol algo trasnochados, sino al reconocimiento sin alharacas del trabajo cotidiano. Y a que los gestores y administradores de nuestras instituciones sepan lo siguiente: cuando hablamos de **incentivar** a los médicos (o enfermeras), no estamos pensando únicamente en la pasta (léase dinero), sino en implicarlos y motivarlos para que no "se quemen" en su profesión, en promocionarlos, en promover su formación continua, y en muchas cosas más. Esta plática, querido lector, es porque más de una vez en la sanidad pública, ante el descontento de pacientes o familiares, éstos le espetan al profesional (médico o enfermera): "oiga, mire, esto me lo tiene que hacer porque yo a usted le pago". Lo cual no es verdad, y además crispa y pervierte la saludable relación asistencial.

7. El lenguaje de los médicos

Ignorancia, eufemismos y costumbre

Los médicos no somos un prodigio de precisión en el lenguaje. Muchas veces lo hacemos por ignorancia. Otras, cuando queremos ser voluntariamente ambiguos, utilizamos los **eufemismos** (véanse algunos ejemplos en el cuadro adjunto).

Lo que dicen	Lo que parece	Lo que significa
Una "masa tumoral"	Una celebración religiosa Una aglomeración tribal	Cáncer

Una "lesión"	Un rasguño, una herida	Cáncer
Un "proceso mitótico"	Algún detestable término técnico Algo de hongos.	Cáncer
Una "afectación neoplásica"	Una baratija de las tiendas "todo a cien"	Cáncer
Un "CA avanzado"	Un mozallete precoz	Cáncer
Una "opacificación"	Rendirse ante los yanquis	Cáncer
Un "IAM"	Un colegio elitista, extranjero	Infarto agudo de miocardio o, por extensión, ataque cardíaco
Una "TIA"	Una pariente próxima, hermana de padre o madre Una cualquiera, sin precisar	Accidente cerebral por isquemia, es decir, falta de riego sanguíneo que puede o no dejar secuelas
Un "EPOC" con "CPAP"	Algún inmigrante con problemas por estar sin papeles	Enfermo respiratorio grave, que necesita un aparato durante el sueño para poder respirar mejor
La "subida de CK"	Calvin Klein se está forrando	Ataque cardíaco. El término hace referencia a la aparición en sangre en mayor cantidad de una enzima de una liberada al morir el músculo cardíaco. A los cardiólogos les encanta esta palabra
Un "cálculo"	Algo duro que quieres que pase	Algo duro que no querrías que pasara. Es una piedra en la vesícula, en el riñón o uréteres
Un "proceso desmielinizante"	Extraer la sal del agua del mar, para salvar a los campesinos de la India	Esclerosis múltiple. Enfermedad grave del sistema nervioso
"Lúes secundaria"	Jugadora suplente de la selección china de baloncesto	Sífilis, manifestada por llagas pustulosas
"Exquisito"	Espléndido	Terrible. Se usa para describir los dolores insoportables
Un "soplo"	Viento del sur que trae lluvia	Un sonido anormal que los médicos oyen al auscultar un órgano.
Un ruido "sobreañadido"	Beneficioso	Perjudicial. Los ruidos sobreañadidos en el pulmón siempre indican algo malo
Un "proceso fímico"	Fimosis, cosas del prepucio	Tuberculosis, de donde sea
"Roncus", "estridor", o "sibilancia"	Personajes de "La Guerra de las Galaxias" o de "El Señor de los anillos"	Ruidos sobreañadidos pulmonares específicos pueden indicar cualquier cosa, desde un catarro a un tumor
Un "déficit"	Números rojos en la cuenta	Una enorme bandera roja. Significa una insuficiencia de algo, a veces como consecuencia de graves enfermedades
Un "estado vegetativo"	Kansas u Oregón	Muerte cerebral
Un "accidente"	Un parte de tráfico	Adiós. Una complicación grave Un accidente cerebrovascular es una hemorragia en el cerebro
"Descompensado"	Desequilibrado	Derribado. Significa fallo de un sistema, la enfermedad ha alcanzado un punto en

		el que el órgano en cuestión ya no es capaz de mantener sus funciones básicas
“Disconfort”	Molestia, como un picor	Dolor, como cuando te sondan la uretra con o sin vaselina
Una “disección”	Algo malísimo que les sucede a las ranas	Algo malísimo que te sucede a ti. Es un desgarro de un tejido. Si ocurre en la aorta, es muy grave
Un “evento”	Una fiesta	De fiesta nada. Algo muy malo. Un evento trombótico, por ejemplo, es una embolia
“Iatrogénico”	Una comedia de Aristófanes Nueva versión de "Els joglars"	Describe una enfermedad o una lesión causada por el tratamiento médico, o por un procedimiento diagnóstico o terapéutico
“Idiopático”	Un poco tonto Lelo o acrítico	Una tontería mayúscula. Cuando los médicos dicen que una enfermedad es idiopática, es que no tienen idea clara de lo que lo produce
Un “insulto”	Sentimiento herido	Carne herida, a menudo gravemente. Insulto cerebral que equivale a ictus
“Tratamiento paliativo”	Modalidad especial de tratamiento	No hay tratamiento curativo. Como mucho, harán algo definitivo y dramático como amputar una extremidad gangrenada o crear una colostomía permanente; también, evitar el dolor
"Medicina Paliativa"	Pastilla que no quita el dolor del todo	Especialidad médica que trata a los enfermos terminales y que trabaja en equipo (enfermeras, auxiliares, psicólogos, etc). Persigue la supresión del dolor, el alivio del sufrimiento y el acompañamiento en el morir.
“Precoz”	Mozart Eyaculación anticipada	Médicamente, un desarrollo precoz aparece de forma antinatural, antes de lo debido, y generalmente es mala señal.
“Progresivo”	Moderno, de pensamiento avanzado, socialmente concienciado	Crónica, mortal. Una enfermedad "progresiva" es la que avanza de forma inexorable a pesar del tratamiento.
Una "PAAF"	Ruido al expectorar o al caer una flema al suelo	Es una punción aspirativa de algún órgano, con aguja fina
“Resección”	Restaurar, volver a poner, fijar	Cortar. Amputar
“Taponamiento” organismo	Procedimiento de higiene íntima femenina	Compresión restrictiva sobre el corazón, que reduce el flujo de sangre al
“Síncope”	Thelonijs Monk	Sobredosis de Thelonijs Monk. Síncope significa desmayo, pérdida del conocimiento

“Pródromo”	Un bucólico campo ovalado, lleno de flores, donde se disputan carreras de caballos	La fase inicial de una enfermedad. Con frecuencia es engañosamente suave. Los síntomas prodrómicos a veces se llaman también “premonitorios”
“Premonitorios”	¡Voy a ganar! Antes de que se vea en el monitor	Has perdido. Si un síntoma es premonitorio parece trivial, pero no lo es
Un “mal resultado”	Un resultado malo	Un resultado malísimo. Es el término universal que se usa en la jerga médica para decir “muerto”
Resultado "subóptimo"	Casi perfecto, estupendo	Que hay complicaciones, incluso la muerte del paciente. Similar a eso de "la botella medio llena o medio vacía"

[Modificado de *G. Weingarten (2000)*, con añadidos]

[Extracto de capítulos del libro escrito por un grupo de cardiólogos con sentido del humor, editado en el año 2003. Autor: Dr. Manuel de los Reyes López]