

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

La sala de espera de un hospital

Alejandro Carmona Bello

Docente Asociado

Dpto. Obstetricia. Ginecología

Hospital Carlos van Buren Universidad de Valparaíso

He aquí una historia triste: El doctor Ignox Phillip Semmelweis, médico húngaro (1818-1865) fue el primero en la historia en asociar acertadamente la contaminación física con la infección puerperal. En esa época, un Médico practicaba autopsias en fallecidos 24 horas antes. Luego, sin lavarse las manos, revisaba la pelvis de las mujeres embarazadas. Una de cada seis madres morían por infección.

El doctor Semmelweis asoció tales exámenes con la infección puerperal, cuando un colega suyo murió a consecuencia de una infección tras cortarse con un bisturí. Concluyó que la fiebre puerperal era séptica y contagiosa.

Colocó vasijas con cloro para el lavado previo al examen y así logró reducir la tasa de mortalidad materna de 12,24% al 1,27% en dos años; pero el doctor Semmelweis perdió el empleo y sus vasijas fueron al basurero.

Se trasladó a Budapest y nuevamente estableció esa práctica. Perdió el empleo y sus colegas se mofaron de él. Abrió su propia clínica y en 11 años nacieron 8.537 bebés y solo murieron 184 madres.

Presentó sus cifras en *The etiology, the concept and the prophylaxis of childbed fever*. Redujo la tasa de mortalidad por infección puerperal a un 0,8%. Los documentos y publicaciones de Semmelweis se enfrentaron a la oposición de las autoridades sanitarias en Hungría y en el extranjero. Sufrió una crisis nerviosa. Ingresó a un manicomio en Viena, donde se suicidó.

Hay dos lecciones en esta tragedia:

–Primero: Las ideas nuevas generalmente crean fuerte resistencia.

–Segundo: El suicidio puede convertirse en un acto simbólico que reafirma lo razonable de esas ideas nuevas y la equivocación de los demás. Esta es la lucha perenne entre el bien absoluto: salvar vidas contra el mal absoluto matar por necesidad e intransigencia. Esto puede causar trastorno psíquico.

Louis Ferdinand Celini, uno de los máximos poetas franceses, recogió esta historia para destacar en Semmelweis su genialidad y para demostrar, además, que: “El poder está mayoritariamente en manos de los mediocres y que jamás reconocerán el talento de sus subordinados”. Agrega: “A los poderosos les preocupa mantener el mecanismo que les mantiene en su lugar y luchan contra todo intento de cambio”.

Este relato corresponde a una locura por una buena causa y el manicomio como lugar último de acogida en que, a pesar de ello, hubo suicidio.

La locura se interpretó como “Enfermedad Sagrada” en épocas pretéritas. El cristianismo, durante siglos, admitió la posesión demoníaca como desvío del camino de la salvación y a la divina locura del místico como raptó divino.

Pero la secularización de la locura, interrumpida por el cristianismo, retornó durante la Ilustración. En adelante los clérigos perderían el control de la nave de los locos a manos de los médicos, amparados en la supremacía científica como paradigma de racionalidad.

En la época racionalista clásica, los locos eran marginados de la sociedad, vagaban por los campos o se les encerraba en hospitales y guarderías junto a mendigos, criminales y enfermos de otras clases; se les encadenaba en mazmorras oscuras, víctimas del hambre y de castigos corporales despiadados; el único trato con personas eran carceleros que los consideraban animales.

Los intentos de Erasmo de Rotterdam, en el Elogio de la Locura, y Luis de Vives, en sus tratados humanistas, vieron la locura con ojos más humanos; pero sus observaciones cayeron en el vacío.

Durante el siglo XVIII se abre paso a la idea de que el Estado y la sociedad deben velar por la salud del individuo y no sacrificarlo a la comodidad de la sociedad. Con este concepto, el loco encontró unas pocas voces en su defensa.

Jean Colombier, médico jefe del hospital “Hotel Dieu” en París, escribió en 1785: “Miles de locos son encerrados en prisiones sin que nadie piense en suministrarle el más ligero remedio; los semilocos son mezclados con los locos completos, los furiosos con los tranquilos; algunos llevan cadenas, otros permanecen libres en la prisión; finalmente, a menos que la naturaleza vaya a rescatarlos y los cure, el término de sus miserias es el de sus días mortales, y entretanto, desgraciadamente, la enfermedad solo aumenta en vez de disminuir”.

Philippe Pinel (1775-1826) fue el fundador de la Psiquiatría moderna. Se distinguió por su calidad médica, su cultura y su personalidad humana y ética.

Estuvo a los pies de Luis XVI en la guillotina para certificar su muerte. Ocultó a Condorcet quien era buscado por el tribunal revolucionario y rechazó el ofrecimiento de Napoleón para ser su médico personal. El hecho que más lo distinguió fue el enfrentamiento que tuvo con el presidente de la Comuna: Couthon, considerado el más sanguinario de los jefes del Terror, para que lo autorizara liberar a los locos en Bicetre, el hospital donde trabajaba. Este momento decisivo del desarrollo cultural, médico y humano quedó impreso en este diálogo:

Couthon: “Bien, ciudadano, ¿eres tan loco que deseas desencadenar estos animales?”

Pinel: “Ciudadano, es mi convicción que estos enfermos mentales son intratables solo porque están privados de aire fresco y de su libertad”.

Couthon: “Puedes hacer lo que quieras, pero me temo que seas víctima de tus propias locuras”.

De este modo se le permitió liberar de sus cadenas a cerca de cincuenta furiosos alienados. La reacción de ellos, desprovista de toda violencia, demostró que merecían ser tratados no como bestias, sino como seres humanos enfermos de la mente. O como repetía Pinel: “Los alienados no son sino hombres que se equivocan....”.

Este espíritu de libertad, igualdad y filantropía, halló lugar no solo en Francia, sino en Inglaterra e Italia.

William Tuke fundó en Inglaterra el hospital York-Retreat. Este hospital, institución de acogida, humanidad y libertad para los insanos, sirvió de modelo para numerosos establecimientos de Europa y Estados Unidos a lo largo del siglo XIX.

El gran desarrollo de la Psiquiatría moderna, y la revolución histórica en el concepto de acogida del enfermo mental, sirven de modelo a la sociedad entera y al desempeño ético del médico en general.

He presentado la enfermedad mental como enfermedad modelo en esta exposición, ya que el grado de aniquilación a que puede llegar una persona es tan dramático, que no pocas veces el conflicto se resuelve trágicamente con el suicidio. En consecuencia, la dedicación del médico al enfermo y el hospital, como lugar de recogimiento, deben ser los más importantes protagonistas en la acogida al enfermo para su misión terapéutica.

El hospital debe transformarse en el segundo y, no pocas veces, en el primer hogar del enfermo. La perversión de este concepto se ve manifestada, por ejemplo, cuando en regímenes totalitarios la Psiquiatría y sus hospitales se transformaron en rama de la policía.

Hoy en día estamos observando otro fenómeno cual es la transformación empresarial de nuestros hospitales. Hay una queja persistente acerca la deshumanización de los hospitales. La excesiva burocratización lleva a la despersonalización. Lo curioso es que a mayor modernización de la Medicina y de los hospitales, el enfermo es el gran oprimido y se pregunta: ¿Es esto un encierro o una empresa? Dice el eslogan: “Se puede morir de modernismo”.

Las exigencias empresariales en los hospitales burocratizan el sistema en razón de conseguir metas de máximo rendimiento, mayor eficacia, buena gestión y eficiencia por horas contratadas; puntillosamente controladas so pena de lesionar escuálidos sueldos para un personal de Salud siempre insuficiente, en condiciones de recursos disminuidos y en un ambiente laboral siempre en tensión.

En los siglos XII y XIII domina un lenguaje teológico, lo que hace posible el surgimiento de los sistemas monacales. En nuestra época, el lenguaje que nos domina y que nos “domestica” completamente es el lenguaje “economicista”. Ya no se dice “paciente”. Hoy se dice “usuario” y al médico se le llama “prestador”. El hospital-empresa está relacionado con un “sistema de redes” para su objetivo empresarial. Las farmacias, para asegurar su rentabilidad, se estructuran “en cadenas”. Es decir, ambos a la “caza de enfermos” como pesca “en redes” y obligados “en

cadena” a satisfacer la prescripción médica. La venta indiscriminada de sustancias farmacéuticas, a veces, a precios elevados artificialmente sin un adecuado control de calidad, sin información acerca de sus probables efectos perjudiciales, y la ausencia de legislación que proteja al consumidor y garantice la indemnización económica a los que sufran sus efectos deletéreos, socavan los principios éticos de autonomía, beneficencia y justicia.

Es posible que “paciente” sea un mal vocablo; pero no aparece otro mejor cuando lo expresamos por extensión a lo que Esculapio meditó: ”Los pobres, acostumbrados a padecer, no te llamarán sino en caso de urgencia; pero los ricos te tratarán como un esclavo encargado de remediar sus excesos, sea porque una indigestión, sea porque estén acatarrados, pues aprecian en muchísimo su estima”.

Un ensayista alemán denominaba las “palabras plásticas”, que emanaban originalmente del lenguaje científico y que, por extensión, se trasladaban al lenguaje cotidiano con toda su carga mágica que viene del respeto a lo científico. Así, tenemos “desarrollo”, palabra de origen biológico que se traspa al lenguaje económico y de ahí al cotidiano. También son palabras plásticas “sistema” e “información”. Ambos vocablos tienen su origen en la cibernética y se incorporan al lenguaje cotidiano. “Eficiencia” es otra: es un término físico, no es un término de la cotidianidad. Así hemos caído en la domesticación y en la trampa del lenguaje. Decimos frases muy importantes y hacemos propuestas tremendamente contundentes, tras las cuales hay un inmenso vacío.

Basado en el concepto de hospitalidad, en la Edad Media se concibió el hospital como lugar de acogida, donde se vive en proximidad y al cuidado del enfermo abandonado o desarraigado de su familia. De ese modo, la Institución Hospital nace como típicamente cristiana, desconocida anteriormente como fenómeno social de importancia. El hospital cumple una función decisiva en el aspecto terapéutico; pero es mandatorio hacer énfasis en su humanización, porque esta promueve la vida, la curación y la esperanza.

Si, por un lado, tenemos el origen de los hospitales en el cristianismo, por otro lado, el origen de la Ciencia Económica la tenemos también en conexión con la religión. Su fundador, Adam Smith, fue profesor de moral cristiana calvinista en una sociedad calvinista.

Para Juan Calvino (1509-1564), el hombre y el universo están afectados por el pecado original. El hombre es el lugarteniente de Dios encargado de dominar y explotar el mundo en beneficio de la comunidad de los elegidos. La Ciencia y la Tecnología se transforman en una actividad religiosa. Dios gobierna y administra directamente la naturaleza y al género humano. Es la teoría de la predestinación.

El calvinista vive en la angustia existencial de llegar a saber si fue elegido o condenado. A partir de esta situación terrible, desarrolla una “teología de las señales” para saber si es elegido. La señal de Dios para los hombres está en el mérito del trabajo, ya que así se hacen partícipes de la obra de Dios. En la medida que se tenga éxito, prosperidad, beneficio para sí y para la comunidad de los elegidos, eso constituye un evidente signo de salvación, especialmente de los que hacen ciencia y tecnología. En consecuencia, la riqueza no es solo un fin material, sino también religioso.

Adam Smith, fundador de la Ciencia Económica Liberal y de la Royal Society de Edimburgo, era miembro de la Iglesia Nacional Escocesa Calvinista. Fue profesor en la Universidad Confesional de Glasgow. Este profesor de moral y militante calvinista crea la Ciencia Económica que impera hasta hoy en su estructura básica.

John Keynes, economista inglés, cuyo pensamiento económico predominó gran parte del siglo XX, fue un crítico acérrimo a la política fiscal liberal. Decía: “Yo pienso que una amplia estatización de las inversiones es el único medio para alcanzar una aproximación al pleno empleo. Además, el Estado debe estimular la demanda”.

Actualmente existe predominio del pensamiento neoliberal que abandona la teoría keynesiana y que da continuidad, corrige y aumenta los postulados de Adam Smith. Sus fundadores son Friedrich von Hayek y Milton Friedman. Ambos en 1947 fundaron la Sociedad Neoliberal “Mont Pélerin”.

Camino de Servidumbre de F. von Hayek y Capitalismo y libertad de M. Friedman, ambos textos constituyen la Biblia del pensamiento neoliberal que rige la mayoría de las economías occidentales.

Ambos consideran que los keynesianos hacen del Estado “un dictador económico”. Proponen la idea del Estado mínimo sin intervención económica y un mercado libre.

Enuncian que: “La principal tarea del Estado es proteger nuestra libertad, asegurar el orden y los contratos privados y promover mercados competitivos”.

La economía, en esos términos, transforma al mercado en un ente altamente competitivo, social y éticamente neutro. Quienes no son favorecidos económicamente por este mercado quedan ausentes o prácticamente marginados.

En nuestro país cada vez más se está consolidando este pensamiento neoliberal. A la par, asistimos al diseño, estructuración y consolidación de un Sistema de Salud al rigor de este pensamiento.

Un experto en economía de nuestro país, ex Ministro de Economía, profesor universitario de acusado pensamiento neoliberal, señala: “Es claro que los gobiernos deben preocuparse por la Salud, pero deben hacerlo simulando un sistema de empresa privada y un mercado libre”.

De ese modo, en el orden de la no intervención del Estado, se está aplicando un sistema de redes organizacionales en Salud que operan a través de un mercado libre, que está en manos de instituciones financieras y comerciales privadas relacionadas entre sí y que manejan mucho capital.

El mercado libre, según sus leyes –si es que las tiene–, está abierto a las fuerzas del poder económico que está concentrado en unos pocos. La globalización, fenómeno también de cuño neoliberal, permite la incorporación de las transnacionales económicas al mercado local. De este modo, la manipulación a este mercado es muy fluida. La oferta aumenta con la incorporación de

médicos con fronteras abiertas, sin regulación académica. Aumento de escuelas de medicina sin patrones de excelencia y sin estudio de racionalización de este recurso humano. Existe oferta mayor de fármacos con la proliferación excesiva de farmacias y productos farmacéuticos sin control ni estudio riguroso de eficacia. En cuanto a la demanda, se practica una intensa campaña de manipulación y mercadeo en que se invita con crédito fácil y dinero plástico al consumidor para que se incorpore a un paraíso de buena salud. Importantes compañías de seguros e instituciones de salud previsual ofrecen seductores planes de salud. Y, por último, grandes empresas constructoras nacionales e internacionales construyen clínicas, centros médicos y hospitales privados que refuerzan la sobreoferta.

Eso no es posible para una población en que el 70% necesita de la asistencia estatal en salud. El mercado no tiene conciencia de justicia social ni distributiva, de tal manera que no resuelve problemas como la pobreza, en todas sus manifestaciones, que es donde está la Salud. Y esto, porque el mercado es tan inteligente, que se va al lugar donde está el poder adquisitivo.

Mediante la organización empresarial de nuestros hospitales y su deshumanización consecuente, hemos peligrosamente conculcado la dignidad de nuestros enfermos.

La filosofía del hospital-empresa es incompatible con la caridad. Tenemos un ejemplo. En los albores de su instauración, se retiraron las comunidades de monjas que por años habitaban los hospitales. Fue una orden ministerial. Las monjas vivían en comunidad fraterna con los enfermos y estaban vigilantes día y noche a sus requerimientos espirituales y también contribuían a la asistencia.

La monja es todo un símbolo. Es la Virgen, la Madre Universal que no tiene hijos propios, pero es la madre de todos. En ella se expresan en forma acusada el mito y la religión. Así, este mito, el de la Madre Universal nos permite entender a Teresa de Calcuta y su comunidad que recoge al prójimo miserable, al enfermo abandonado en las calles de la India. Entendemos al Pequeño Cotelengo, que acoge a los dañados cerebrales profundos, a los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios y tantos más.

Los ideólogos del sistema intuyeron que había algo en el corazón humano que tendía naturalmente a la filantropía. Fue así que concedieron a una pléyade de voluntarias de colores a que colaboraran en la acogida y de ese modo pudieran satisfacer esa tremenda necesidad del corazón humano: la caridad. Pero aun así; lo permitieron a su manera: “ni tan cerca ni tan lejos”.

En los albores de la evolución del hombre, este adquirió la conciencia de la totalidad del Ser: su Cuerpo y Espíritu. Tomó conciencia de sí mismo y también de sus límites. A la vez, fue impresionado por lo terrible del mundo y de su impotencia para enfrentarlo. La búsqueda de soluciones a esos avatares le trajeron grandes conquistas y grandes ruinas. Pero a pesar de ello, el desarrollo de la persona ha sido la constante de cuantas generaciones de hombres nos han precedido.

El hombre al, desprenderse de un largo pasado de magia y superstición religiosa, comienza a indagar en los misterios de las enfermedades. Así, el quehacer médico se transformó en una

técnica, en un campo de conocimientos racionales obtenidos empíricamente y que son usados en su beneficio.

Reconocida, entonces, la naturaleza del hombre integral como cuerpo y espíritu, esto lo obligó a comprenderlo como persona con dignidad y que está destinado a la libertad, a la felicidad, a la verdad. El cristianismo contribuyó también a reconocer esta dignidad dándole el sello de sagrado. Por lo tanto, aquí nace la importante filiación del médico con la ética y la moral como principios consustanciales en el diálogo con el enfermo.

La actitud de compasiva comprensión viene marcada a fuego por la escuela hipocrática cinco siglos antes de Cristo, cuando de los enfermos decía: "...No saben lo que padecen ni por qué padecen ni lo que sucede a partir de su situación actual... y reciben las prescripciones del médico aquejados por el dolor presente, temerosos del futuro, llenos de enfermedad, vacíos de alimentos, ansioso de recibir algo contra la enfermedad más de lo conveniente a su salud, sin deseos de morir, pero incapaces de soportarlos con firmeza".

Esta descripción solo pudo ser escrita por un médico motivado por una fuerte actitud empática.

La medicina moderna se aproxima al ideal científico mediante tres disciplinas.

– **La primera:** La Anatomía General con la Anatomía Patológica. Ambas asumen como objeto el cuerpo muerto. Con su estudio disponemos un mapa general del cuerpo humano que nos permite ubicar el síntoma con mucha precisión y elaborar teorías con más fundamentos científicos.

– **La segunda** disciplina es la tecnología aplicada a la medicina que nos permite observar el interior del cuerpo vivo como si estuviera muerto. Técnica cada vez asombrosamente más desarrollada. Con estas dos primeras disciplinas existe el peligro de la excesiva racionalización, despersonalización y deshumanización del médico. Este sabe, en realidad, que el enfermo no es simplemente una máquina orgánica; pero debe realizar gran parte de sus actividades "como si" el hombre fuera una máquina de un tipo muy especial.

– **La tercera** disciplina es la Bioestadística que mide y registra todo el acontecer médico. Eso es bueno y así debe ser. La focalización de los recursos para una economía estatal en salud muy restringida obliga a la racionalización de los recursos después de acabados estudios de información estadística. Pero no es posible aceptar que no pocas veces, bajo el rigor estadístico, se enumere, clasifique y estigmatice la población subsidiaria cuando no cabe dentro de las curvas de distribución y se comprometa peligrosamente la satisfacción de sus necesidades de salud por no cumplir el rigor estadístico ni los márgenes de la medicina de las evidencias. Aquí es pertinente reiterar que el cristianismo fundó los hospitales como lugar de acogida justamente para estos enfermos desposeídos, abandonados, estigmatizados y marginados de la sociedad.

En respuesta al progreso tecnológico, al uso indiscriminado de los medios de soporte vital y a la idea de la muerte como un fracaso médico, surgen los conceptos de encarnizamiento terapéutico, futilidad y tratamientos desproporcionados, haciendo su aparición el movimiento de los cuidados paliativos.

El médico está en la obligación de conocer al enfermo y debe estar dispuesto a un permanente diálogo. Médico y enfermo se sientan uno frente al otro vis-à-vis. El médico tiene algo que decir, pero también el enfermo.

Cuenta la leyenda que cuando al doctor Rodolfo Armas Cruz, en los momentos en que la tecnología aplicada a la Medicina daba sus primeros pasos, le preguntaron por cuál maravilla tecnológica él se inclinaba. Don Rodolfo respondió: “La silla, ya que me permite estar al lado del enfermo, conversar, conocerlo y saber de su enfermedad”.

Una mañana, años atrás, me crucé en el pasillo del Servicio de Ginecología con el doctor Jaime Cubillos Oyarzo, entonces jefe de servicio. Llevaba en sus manos una silla. Entró a una sala y se sentó al lado de una enferma que había operado el día anterior. Su cirugía había fracasado como terapia para su mal incurable. Observé la mirada extasiada de la enferma mientras él le hablaba con la mano asida y mirándola a los ojos. Todos nuestros grandes maestros tuvieron una tremenda formación humanística. Sus códigos de ética estuvieron impresos en su corazón y mente. La mano y la palabra fueron también sus mejores instrumentos. Estuvieron por encima de las formalidades.

Muchas veces, tratándose de pacientes cada vez más cultos, inteligentes e instruidos el médico necesita algo más que el dominio de su especialidad. Debe comprender, libre de toda premisa teórica, qué es lo que realmente conviene al enfermo. De no ser así, provoca resistencias inútiles. Aquí no basta una simple formación médica, puesto que el horizonte del alma humana abarca infinitamente más que la perspectiva de la sala o consulta médica.

¿Qué importa que el médico sepa algo de astronomía, de las guerras púnicas, filosofía, la Teoría de Conjuntos, la pintura de Kandinski. El Quijote, el Romanticismo Alemán en la música o la arquitectura de Gaudi? En verdad, nada y todo. Nada, porque le quita tiempo valiosísimo al estudio y a su práctica médica. Todo, porque esta formación humanista lo obliga a pensar en abstracto y el pensamiento abstracto va de la mano con la formación ética y moral.

Elisabeth Kübler-Ross (1920), psiquiatra suiza, docente de la Universidad de Chicago, dedicó su vida al cuidado de los enfermos terminales. En su libro *Sobre el morir y los moribundos* (1969), relata sus observaciones sobre el proceso de morir y describe en él cinco fases: “negación, ira, negociación, depresión y aceptación”.

Estas etapas, que no necesariamente se complementan en cada caso ni guardan un orden invariable, nos permiten reconocer sentimientos profundos al final de la vida para acompañarlos sin forzar su cambio, con el objetivo de obtener el mayor bienestar posible.

La negación ocurre cuando al enfermo le es preciso ignorar los pensamientos sobre la muerte para poder continuar viviendo. Se llega a mentir y disimular con tal de aparentar estar bien.

La ira que aparece cuando ve la salud de los demás y que ellos no se dan cuenta de su cruel situación.

La negociación se caracteriza por efectuar promesas a Dios o por compromiso de cambio si se obtiene la cura, relacionados con una sensación de culpabilidad oculta.

Mientras la enfermedad avanza, todo se hace más oscuro y el enfermo se hunde en la depresión: Existe la sensación que la vida corre más aprisa. Por último, se llega a la aceptación, que no es felicidad, sino descanso, alivio. Lo que atormenta y oprime se disipa.

León Tolstoi, en su magistral obra *La muerte de Iván Ilich*, demuestra que el cuidado y la acogida están representados por el criado Guerassime, quien es el único que le tiene compasión. Veía que nadie tenía piedad de él, porque nadie quería ni siquiera hacerse cargo de su situación. Sólo Guerassime comprendía aquella situación y se apiadaba de él. Por eso Iván Ilich se sentía a gusto cuando le sostenía los pies, a veces, durante noches enteras.

La Muerte y la Doncella relata el diálogo de una joven moribunda con la muerte. “Vete, áspero esqueleto”. La muerte, representada por su difunto amante que se le presenta amigable, responde: “Soy tu amigo y no vengo a castigarte”.

Franz Schubert, en 1824, en una época de soledad y malestar físico, gravemente enfermo y sabiendo que moriría, trasladó este Lied a su cuarteto homónimo en re menor, haciendo suya esa experiencia. Poco antes de su muerte, él también pide, como el personaje de la novela rusa, compañía y cuidado. Escribe a su amigo Sch...ber el 12 de noviembre de 1828: “Estoy enfermo. Ya hace once días que no como ni bebo nada. Sé tan amable y ayúdame en esta situación tan desesperada con algo de lectura”. Franz busca compasión, alguien que se sienta con él. Muere una semana después víctima de la sífilis diagnosticada en 1823.

Hay algo más doloroso.

Billie Holiday, famosa cantante de jazz. Su muerte en 1959 pareció una cruel burla del destino. Moribunda e inconsciente en la cama del hospital, la policía la esposó a su cama acusada de consumir heroína, mientras agonizaba en la más abyecta situación de abandono, soledad y miseria.

Una conducta apropiada de respetar a nuestros enfermos es evaluar cuidadosamente sus valores, insertos en un contexto familiar. Al principio de la enfermedad, determinar sus deseos de implicar a otros en la toma de decisiones y medir con sensibilidad la información que requiere y la manera apropiada de comunicar su afección y pronóstico. Esto significa respetar su autonomía y su valor derivado, la veracidad, mientras intentamos su alivio sin abandonar el cuidado para que al final de la vida no sufran en soledad, amargura, angustia y desesperación como Iván Ilich, Schubert, Billie Holiday y tantos más. A fin de cuentas, se trata de transformar la agonía en un hermoso crepúsculo.

Hoy y en todos los tiempos continúa siendo tarea del médico preocuparse en forma sutil, diferenciada e individual de su enfermo en orden a reconocer lo que le hace falta para alcanzar la verdadera salud.