

Falsas promesas de eterna juventud en el siglo XXI. Gilgamesh redivivo

Juan Gervas y Mercedes Pérez

Médicos generales rurales. Buitrago del Lozoya (Madrid). Equipo CESCA. Madrid. España.

Gilgamesh

La economía de supervivencia empezó a convertirse en una economía de producción 10.000 años antes de Cristo, casi simultáneamente en China y en el Oriente Próximo. De la recolección se pasó lentamente a la agricultura y a la ganadería, y de la vivienda temporal a la vivienda permanente (la aldea, y después la ciudad), con la consiguiente vinculación del hombre a la tierra, el sedentarismo. En Oriente Próximo, fueron los sumerios el primer pueblo del que queda constancia como introductor de estos cambios, que se acompañaron de la invención de la escritura, para satisfacer las necesidades mercantiles, y después las religiosas.

Históricamente, el Poema de Gilgamesh se sitúa en el tercer milenio antes de Cristo, aunque primero fue un relato oral, que se fijó al cabo de varios siglos¹. El héroe es un personaje histórico, Gilgamesh de Uruk, que vivió alrededor del año 2750 a.C., y que contribuyó a imponer el dominio de su ciudad sobre todo el país de Sumer, mediante un imperalismo militar consecuencia de la vida urbana.

Son 5 los poemas sumerios que se refieren a Gilgamesh. En la versión definitiva tuvo mucha influencia el segundo poema, referido a la búsqueda de la eterna juventud, de la inmortalidad, y a la imposibilidad de alcanzarla por parte del héroe. En su viaje se encontró con Siduri, la tabernera que habita junto al Mar de la Muerte, quien le aconsejó que aprovechara los días de la vida y que se olvidara de la eternidad. Gilgamesh fracasó en su búsqueda, pero en premio a su constancia y valentía los dioses le concedieron los dones del heroísmo y de la justicia.

Cinco mil años después de Gilgamesh, sus aspiraciones se reencarnan en el espíritu consumista de las sociedades desarrolladas occidentales, que pretenden una eterna juventud a cualquier precio.

Algo más de historia (reciente)

Todos los lectores de este texto, supuestamente mayores de edad, morirán antes del final del siglo XXI. En cualquier ca-

so, quien nace muere (la ley de hierro de la epidemiología). Puesto que la muerte es el final, lo que se puede pedir es dignidad en su momento (y calidad de vida en el proceso, que abarca toda la vida, desde el nacimiento). No es una aspiración religiosa ni filosófica, sino un objetivo a cumplir en lo posible por los médicos, en lo referente a la salud. El objetivo es difícil, pues implica evitar la morbilidad y la mortalidad médicamente evitables. De hecho, los médicos no evitamos muertes. Los médicos, simplemente, prolongamos vidas. La diferencia es sustancial, y conviene que los profesionales lo tengamos claro. Así, nadie “resucita” a nadie, ni hay maniobras de “resucitación”. Como mucho, maniobras de “reanimación”. Y es relativamente reciente el dominio de técnicas y productos médicos que realmente tengan impacto en la calidad de vida.

Hace algo más de 200 años que la medicina empezó a ofrecer productos “milagrosos”, en el sentido de eficacia científica, como las vacunaciones. Comenzó con la vacuna contra la viruela, pero el impacto en la población se logró con los éxitos espectaculares de Pasteur (que no era médico) ante la rabia. También hace algo más de 100 años se introdujo la anestesia y la asepsia, que cambiaron el panorama quirúrgico. A finales del siglo XIX el desarrollo industrial permitió el florecimiento de la química orgánica, y la síntesis del ácido acetilsalicílico, lo que conllevó la conversión de la fiebre en un problema médico que requería tratamiento (sin fundamento científico)². De nuevo, el impacto en la población lo provocó un hallazgo de un producto químico posterior, el descubrimiento de los antibióticos a mediados del siglo XX, cuya aureola milagrosa todavía tiene un gran impacto en nuestras consultas diarias.

Pero no basta con “milagros” ciertos y palpables. Con los antibióticos, en 1949 terminó la “era infecciosa”, y comenzó en 1950 la “era de los factores de riesgo”, que ha llegado a 1999, para ceder el paso a la “era de la genética”, a partir de 2000³. Desde mediados del siglo XX, pues, se promueve una medicina basada en la evitación de la enfermedad a través de la prevención (a través del tratamiento de los factores de riesgo, no de la propia enfermedad).

A más salud objetiva, menos salud subjetiva

La era de los factores de riesgo ha coincidido con el desarrollo económico de los países occidentales, tras la Segunda Guerra Mundial. Con más y mejor ciencia y tecnología, la vida diaria ha cambiado en los países desarrollados. No ha mejorado sólo la medicina, sino el conjunto de las condiciones de vida (educación, vivienda, trabajo, justicia, redistribución de la riqueza, democracia y demás). Con ello, ha mejorado la salud de las poblaciones hasta niveles nunca conseguidos en la historia. Curiosa e inesperadamente, la mayor calidad de vida y la mayor longevidad, no se han acompañado de mayor felicidad o satisfacción personal, ni de mayor gusto y disfrute de la vida. Es la “paradoja de la salud”⁴, que en la práctica se transforma en la búsqueda persistente y obsesiva de una salud perfecta, con desprecio del nivel de salud real que se posee.

La población occidental ignoraría, como Gilgamesh, los consejos de Siduri, la tabernera del Mar de la Muerte. Y como Gilgamesh, la población pierde en la búsqueda de la eterna juventud, el disfrute de una juventud, madurez y ancianidad que se ha negado por milenios a los humanos.

Los médicos nos enfrentamos a una situación terrible, pues con nuestra actuación profesional científica contribuimos a evitar la morbilidad y la mortalidad médicamente evitables, pero no logramos que la mejora objetiva se convierta en mejora subjetiva. El éxito en ese objetivo de salud objetiva se suma al éxito de una sociedad que “produce” salud a través de los mecanismos susodichos. Pero la consecuencia no es el disfrute de la salud conseguida, sino el ansia de más salud. Con ello entramos en un círculo infernal que lleva a una sociedad infantilizada, sometida al dominio de la prevención, en que todo vale con tal de aumentar la salud, con tal de dar cumplimiento a las expectativas insaciables de la población. “Prevenir es mejor que curar” cambia de refrán a lema de vida, y en la búsqueda de riesgo nulo (cero) se convierte en “pornopreención”⁵⁻⁷.

Por ilógico que resulte, en la consecución de días de vida en el futuro se sacrifican meses y años del presente. Además, los médicos nos vemos obligados a cambiar de práctica, y pasamos sin sentirlo ni discutirlo de “comunicadores de malas noticias” a “comunicadores de buenas noticias”. Es decir, de “tiene usted una enfermedad grave” a “el niño está sano”. Cada vez más la actividad médica cambia del enfermo al sano, pues gira a la prevención. Aunque se ignore, ese giro conlleva una transferencia de recursos, incluido el más valioso, el tiempo médico, de ricos a pobres y de ancianos a jóvenes⁸.

En el fracaso de la búsqueda de la inmortalidad, de la fuente de la eterna juventud, pareciera que no haya consuelo, pues los dioses no nos premian ni con heroísmo ni con justicia, como a Gilgamesh, sino con insatisfacción, infelici-

dad, y consumo de bienes (médicos y del mercado general) en los que depositamos nuestras esperanzas, por más que el Mar de la Muerte sea el destino de nuestras naves.

Productos milagrosos (“saludables”, en la jerga comercial)

Puesto que la apariencia del mercado es que todo se puede comprar, ¿por qué no comprar productos milagrosos, o al menos saludables, que ayuden en la perfección y la búsqueda de una salud imposible?

Dicho y hecho. El mercado ofrece todo tipo de producto “saludable”, que en muchas ocasiones se confunde oportunamente con “ecológico”, o “natural” (como si no fueran “naturales” cientos de venenos, desde la cicuta al cianuro). Desde yogures a leche, desde colchones a masajes, desde hierbas sanadoras a cartas astrales. Todo es transformable en “salud”. Y con la etiqueta de “saludable” todo se vende. No es extraño que las grandes empresas, como General Electric, y los bancos hayan entrado en el mercado sanitario como el de mayor crecimiento actual y futuro.

Nuestros pacientes consumen compulsivamente productos sanitarios, y la compulsión es mayor cuanto mayor es su nivel objetivo de salud. ¿Qué hacer?

Obviamente, no se trata de dar la respuesta fácil (retrotraer la sociedad a tiempos pasados, a niveles de desarrollo de los países pobres, de forma que a una mala salud objetiva se responda con una mejor salud subjetiva, menos expectativas y más disfrute de la vida), sino de encontrar un punto medio que ayude al paciente en su vida, y al médico en su trabajo. Se trata, pues, de entender el problema, y de dar una respuesta sensata y positiva a esas demandas, sin pretender el objetivo imposible de eliminarlas.

El problema existe y no tiene solución, pues es la consecuencia de lograr mejores niveles de salud. Si los médicos trabajamos bien tendremos cada vez más demanda, más expectativas y más exigencias (a más salud objetiva menor salud subjetiva).

Conviene dar una respuesta razonable, considerando que gran parte de la población es víctima de quienes se benefician directa o indirectamente de este consumismo sanitario. Conviene la ética de la negativa, y la ética de la ignorancia. Conviene decir “no” con conocimiento, y decir “no sé” con convencimiento⁹.

El consumo de bienes sanitarios (propriadamente médicos o del tipo de los “saludables” comentados) tiene inconvenientes, que deberían evitarse a través de la prevención cuaternaria, de limitación del daño¹⁰. Es decir, ante lo concreto, como “¿qué piensa usted de esos huevos que venden bajos en colesterol?”, la respuesta sencilla de “el colesterol es un elemento básico del cuerpo humano; consuma huevos que le

gusten, y no se preocupe de su nivel de colesterol sino de cocinarlos de forma agradable y gustosa; hoy por hoy, no sabemos de beneficios probados de los huevos que se venden como bajos en colesterol; coma con gusto y disfrute del comer, que es actividad placentera que se puede ejercer varias veces al día”.

Conclusión

A un mayor nivel de salud corresponde una peor sensación de salud, lo que se acompaña de expectativas infundadas y de menor disfrute de la vida. El mercado da respuesta a dichas expectativas con promesas que se pueden “comprar”, desde “chequeos médicos” a alimentos “fortificados” y vitaminas. Como respuesta, el médico competente tendría que entender la filosofía subyacente y responder con lógica y prudencia, salvando la situación en forma que se produzca el menor daño.

A imagen de Gilgamesh, nuestro fracaso es cierto, pero tal vez los dioses nos concedan sus bienes a manos llenas si

somos honrados con nuestros pacientes y compartimos con ellos nuestra ignorancia, y nuestro fracaso (en lograr equiparar salud objetiva a salud subjetiva).

Bibliografía

1. Lara F. Poema de Gilgamesh. Madrid: Editora Nacional; 1980.
2. Gérvás J. Medidas para combatir la fiebre. En: Palomo L, Pastor Sánchez R, editores. *Terapéuticas no farmacológicas*. Barcelona: Prous Science (Fundación Esteve); 2004. p. 41-3.
3. Stontelberg C. Merging genetic and epidemiology. *Scand J Public Health*. 2005;33:1-3.
4. Sen A. Health perception versus observation. *BMJ*. 2002;324:860-1.
5. Verdú V. Pornoprevención. *El País*, 3 de mayo de 2003 (9350):29.
6. Fugelli P. The zero vision: potencial side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Educ Counselling*. 2006;60:627-31.
7. Gérvás J, Pérez Fernández M, González de Dios J. Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria. A propósito de dos ejemplos en pediatría. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:345-52.
8. Heath I. In defence of a National Sickness Service. *BMJ*. 2007;334:19.
9. Gérvás J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. *Visión profesional desde la medicina general*. *El Médico*. 2005;940:11-4.
10. Gérvás J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:127-34.