

Por una filosofía de la enfermedad

ENTREVISTA DE PHILIPPE PETIT

François Dagognet

Traducción de
LUIS ALFONSO PALÁU CASTAÑO*

RETRATO

La obra de François Dagognet golpea las ideas recibidas. El autor de *Corps réfléchis* (1990) pertenece a esa generación de historiadores de las ciencias que se han limado el cerebelo en los hospitales y han practicado la filosofía *in vivo*. Filósofo antes de volverse médico, Dagognet es un pensador concreto. Es lo contrario del universitario encerrado en sus libros, sin contacto con la realidad y enredado en la escolástica. Nacido en Langres en 1924, él es, a la manera de Gaston Bachelard —su mentor y amigo—, un hombre de pura cepa Champañar que creció en un medio modesto. Los comienzos son oscuros. Dagognet no es un hombre que se explaye sobre su suerte. El filósofo del viviente es avaro en palabras o en

recuerdos sobre sus años mozos. Es su derecho y nadie está sometido a la obligación de hablar. Dagognet tuvo una infancia difícil. Esta verdad está escrita con letras negras en su libreta escolar. Nunca fue al liceo, y comenzó sus estudios a los quince años. Le fueron suficientes tres años para recuperar el tiempo perdido. Cuando desembarcó en Dijon, con el diploma de bachiller en el bolsillo, a los dieciocho años, era libre de emprender aquello por lo que había venido: asegurar su libertad. Se ganaba la vida de junio a noviembre, y filosofaba los otros meses. Estudiante-trabajador antes de tiempo, Dagognet asistió luego a clases en la Sorbona. Sin la compañía de Gaston Bachelard a veces le parecía la vieja dama esclerosisada con sus aires de superioridad. En 1947, la suerte quiso que pudiera abandonarla para ir a Estrasburgo. El curso de Georges Canguilhem le esperaba. Subyugado por la enseñanza dramatizada del genial autor de *Lo normal y lo patológico* (1943), fallecido en 1995, el joven agregado

de filosofía decidió entonces profundizar su conocimiento del “viviente humano” y se dedicó a los estudios médicos al mismo tiempo que realizaba el oficio de profesor. Durante diez años, en los cincuentas, se formó como médico. Aprendió a la cabecera de los enfermos a leer su cuerpo, a descubrir las lesiones o las perturbaciones funcionales que podían poner sus vidas en peligro.

En Dijon estudió patología. En una pequeña escuela, que era una gran escuela de medicina francesa. Una modesta institución que agrupaba pocos estudiantes, pero de donde salieron médicos prestigiosos, clínicos fuera de serie, entre los cuales Roger Guillemin que fue coronado con el premio Nobel en 1977. Es inútil buscar en otra parte distinta a Dijon el porqué del humanismo médico de Dagognet. Rodeado de doctores que sabían estar a la escucha de los enfermos y cuyo talento médico estaba por entero al servicio de una comprensión global de la enfermedad, de su historia y de su trayectoria, Dagognet estaba en su compañía en la cima de la medicina generalista. El espíritu de Dijon lo inspira aún hoy. Es un filósofo-médico ilustrado, un heredero de la gran reunificación hospitalaria producida por la Revolución francesa, a la vez un clínico humanista, defensor encarnizado de una medicina personalizada y responsable, al mismo tiempo respetuosa del individuo y vigilante de los medios que se utilizan para curar, debido a que pertenece a la tradición de la clínica francesa, la de Laennec tanto como la de René Leriche. Una palabra resume su filosofía médica: socialista. En los tiempos que transcurren se vuelven escasos los defensores de la causa humana, solamente humana. En momentos en que la medicina duda en sostenerla, en que el hospital da un tropezón y en que las políticas de salud alzan el vuelo, Dagognet es el hombre de la situación. Escucharlo cómo se entusiasma con la imagenología médica, u oírle deplorar los disfuncionamientos de nuestro sistema de salud, es como recobrar su aliento después de una larga marcha. François Dagognet no es de los que piensan en el vacío. No reflexiona sobre la enfermedad sino a partir de ella y de sus efectos. Por esta razón creo útil esta pequeña *Filosofía de la enfermedad* escrita

en forma de diálogo. Responde, a nuestra manera de ver, a una expectativa de los estudiantes de medicina, de los médicos y también del gran público. Tan es así que la “ciencia médica”, si es ciencia, nunca abolirá la experiencia de la enfermedad.

Philippe PETIT

PEQUEÑA GENEALOGÍA DEL PENSAMIENTO MÉDICO

Philippe Petit: *En Francia, la filosofía de la medicina es por tradición una disciplina viviente. ¿A partir de cuándo se desarrolla y qué es lo que la hace específica?*

François Dagognet: La filosofía de la medicina viene de muy lejos: Hipócrates echó sus primeros fundamentos en el siglo IV antes de nuestra era. Digamos que él y su escuela fueron los primeros en interrogarse sobre la finalidad del arte médico, por tanto sobre la curación y sobre la naturaleza del progreso en medicina.

Claramente pensadores como Auguste Comte y clínicos como François Broussais se apasionaron en el siglo XIX por la comprensión de la enfermedad, incluso por su filosofía, dentro de la pura tradición hipocrática.

P. P.: *Sin embargo Auguste Comte era un positivista empecinado...*

F. D.: Sí, pero no dudó en el dominio de la medicina en reactualizar la vieja doctrina fundamentada sobre el equilibrio según la cual la enfermedad debe concebirse sea como un “exceso” con respecto a las constantes y a los equilibrios fisiológicos, sea como una “carencia”: la perturbación significa o bien un hiperdesarrollo caótico o bien una especie de anemia. Más aún, la filosofía de Auguste Comte busca expulsar los restos de la edad llamada metafísica, la de las

* Para el Seminario de Historia de las Ciencias de la Vida, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, Julio de 1998.

entidades (palabras huecas que no remiten a nada) en provecho de "lesiones" verificables. Pasamos entonces del mundo de lo imaginario al de la positividad, es decir de lo constatable.

P. P.: *¿Se reencuentra este esquema después de él?*

F. D.: Perdura en el siglo XX; pero en la medida en que la medicina se hace más compleja y se vuelve también cada vez más eficaz, los problemas se duplican: obligan a repensar la enfermedad, pero sobre todo "la esencia del acto médico", la famosa relación médico-enfermo. Un simple ejemplo lo prueba: la epidemiología ha mostrado suficientemente los riesgos corridos por las poblaciones, y sobre todo las vías de propagaciones mortíferas para que la administración sanitaria imponga la "declaración" de la infección, protegiendo la vida privada. En este último caso es necesario revisar al menos el contexto social que no se separa de la enfermedad. Sobre este tema lo remito a un libro excelente: *Clases laboriosas, clases peligrosas*, de Louis Chevalier, en el cual encontrará un capítulo sobre los comienzos del higienismo en el siglo XIX.

P. P.: *Pero la filosofía de la enfermedad, es decir la de su comprensión, fue sobre todo una lucha entre diferentes escuelas. ¿Puede Ud. recordárnosla?*

F. D.: Bien. Desde fines del siglo XIX habrían de desarrollarse dos escuelas. La primera, la escuela de fisiología alemana, se encontraba con los trabajos de François Magendie y de Claude Bernard, en Francia. Ella reclamaba, paralelamente al hospital y a las funciones que él cumplía, la creación de laboratorios o de institutos dedicados a las ciencias llamadas fundamentales. La segunda, la escuela de los grandes clínicos, de René Laennec a Xavier Bichat, quería sobre todo aprender a leer los cuerpos enfermos, a descifrar en ellos la historia sin cuestionar la importancia de la científicidad. Sobre este tema, Michel Foucault en el *Nacimiento de la clínica* (1963) ha recordado la revolución que constitu-

yó esta aproximación. Con la clínica, la patología pone fin a las entidades y a las esencias en provecho del señalamiento de los puntos de referencia. Diría que alisa el cuerpo del enfermo con el fin de localizar y de espacializar las afecciones.

P. P.: *Esta escuela de la clínica, ¿es de hecho la escuela semiológica francesa?*

F. D.: Sí, es la misma cosa puesto que "semiología" significa "lectura de los signos". Pero debo subrayar que en Francia la oposición fue particularmente fuerte entre esta escuela semiológica y la escuela instrumentalista, la de los técnicos que han desvalorizado la mirada médica y la escucha del enfermo en aras de su objetivación. Frecuentemente con razón, estos últimos han confiado en aparatos, en procedimientos de análisis que descalificaban los decires del enfermo, su psiquismo y su vivencia. Los instrumentalistas han ignorado a propósito los movimientos de humor de su paciente para fiarse solamente de los resultados de una biopsia, de una radiología.

No es posible ocultar la contradicción; también es legítimo preguntarse, filosóficamente, de qué lado es preciso inclinarse para definir y comprender verdaderamente la patología.

P. P.: *¿En qué estriba verdaderamente esta contradicción?*

F. D.: En la oposición entre el enfermo y la enfermedad. Por fijarse demasiado en la enfermedad y su objetivación, la mayor parte de los médicos del siglo XIX terminaron por olvidar al enfermo. Se creía arreglado el problema patológico en tanto que las disciplinas fundamentales se desarrollaban y tomaban importancia: la anatomía patológica, la bioquímica, la parasitología, etc. que formaban como la punta de lanza de la medicina. Pero entonces el enfermo era minimizado en provecho de la sola enfermedad, sin poner suficiente atención a su manera de vivir, a su medio e incluso a su psiquismo (el diagnóstico de las pulsiones).

El drama no tardó en estallar en el curso de la "práctica" misma. Para comenzar, nadie podría negar la existencia, y sobre todo el número, de los que se llaman los "funcionales" (80% de una clientela según algunos) afectados por enfermedades sin verdadero sustrato orgánico. Por otra parte, ¿quién nos dirá dónde comienza la enfermedad o qué la constituye objetivamente? Si el laboratorio indica por ejemplo una glicemia superior a un gramo (por litro de sangre) o si el manómetro revela una "tensión arterial elevada" (superior a la media), ¿estamos en presencia de un diabético o de un hipertenso? ¿Pero a partir de cuál tasa o de cuál cifra? ¿Algunos no toleran un rebasamiento? ¿Dónde comienza la patología?

En suma, habríamos conocido una época de frenesí tecnocista —por cierto rica en enseñanzas y en efectos—, pero habría alcanzado también sus límites, y estaríamos obligados a volver sobre un "subjetivo" muy descartado. Así mismo, sería necesario integrar más lo "social": las maneras de vivir, el medio eventualmente agresivo, los numerosos riesgos padecidos.

Por todo esto la siguiente pregunta; ¿quién se impondrá: la disciplina de los exámenes y de los puntos de referencia, o más bien el estudio de las perturbaciones incoactivas sentidas por el paciente? ¿Dónde situar el límite entre la irregularidad (la anomalía, la singularidad) y la anormalidad (lo patológico)? Giramos siempre en torno a este mismo problema, la oposición entre lo objetivo y lo subjetivo, el resultado en cifras y el trastorno.

P. P.: *El conflicto entre la escuela semiológica y la escuela instrumentalista ¿se presenta todavía hoy?*

F. D.: Sí, y hasta nuestros días va a determinar la enseñanza de la medicina. Lo que ocurrió como consecuencia del nacimiento de la radiología y del descubrimiento de los rayos X en diciembre de 1895 no dejará de amplificarse. Pienso en las proezas realizadas por la inmunología, en el desarrollo del conocimiento de los metabolismos y sobre todo en todos los cateterismos

que hacen retroceder las fronteras de la visibilidad. Todo esto participa en el progreso médico y en los avances de la escuela instrumentalista. Prueba de ello es que en nuestros días el futuro médico aprende cada vez menos a la cabecera del enfermo (recordemos que etimológicamente "clínica" supone "permanencia en cama") y cada vez más en los anfiteatros o sobre pantallas, cuando se trata de saber leer un encefalograma.

P. P.: *¿Cómo puede ocurrir que la escuela francesa, que había sido formada en la tradición humanista, haya declinado hasta este punto?*

F. D.: "Declinado" no es verdaderamente la palabra. Esta tradición clínica y humanista —que nos ha valido los Jean-Baptiste Bouillaud (*Essai sur la philosophie médicale*), los Armand Trousseau (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*), los Edouard Brown-Séquard, etc. — se proseguirá aún en el siglo XX, por ejemplo con René Leriche que revolucionaría la cirugía. Leriche, que escribió *La philosophie de la chirurgie* en 1951, concede toda su importancia a las reacciones o a los malestares. Rechaza la concepción de un cirujano puramente operador. La técnica cede el paso al tomar en cuenta factores clínicos individuales. Él le pide al cirujano evitar las proezas, las intervenciones audaces, le ruega que opere con lentitud para respetar las sensibilidades tisulares, en resumen, él rodea al acto terapéutico (quirúrgico) de precauciones. Piensa preparar al enfermo a sus decisiones.

P. P.: *Esta tradición humanista que Ud. evoca, ¿a partir de cuándo comienza a imponerse verdaderamente?*

F. D.: De hecho ella comienza con la medicina francesa, es decir con la Revolución y René Laennec. De cierta forma Laennec abre la vía a los primeros instrumentos —el estetoscopio—, pero este modesto medio no aleja al médico del enfermo del que recoge los "soplos" (tanto los ruidos del corazón como los del despliegue alveolar). De ninguna manera es la "escucha" de los decires del paciente sino la de las modifica-

ciones fisiológicas, la de los movimientos internos captados a través de su acústica (castañeteos o murmullos).

Con la Revolución se creó la preocupación democrática por la salud. Los hospitales y las instituciones la han seguido. Hasta entonces era la Iglesia sobre todo la que se ocupaba de los desdichados; ésta era la razón por la cual los hospitales se llamaban hoteles-Dios, porque en principio el hospital estaba al pie de la Iglesia. Existía pues antes de 1789 una función sacerdotal maravillosa, una preocupación por la beneficencia, que desaparecieron con la Revolución. Esta crea primero el hospital, instituyendo así —como lo decía Michel Foucault— el jardín de la patología (es decir la cita de las especies) que corresponde al jardín botánico. Después contribuye al nacimiento de la clínica, por tanto de los clínicos. Con Laennec, pero también con Jean Corvisart que luego fue el médico del Emperador. Desde entonces aparece la semiología o, si Ud. prefiere, la medicina descriptiva de los síntomas; distingamos por lo demás los síntomas que conviene discernir y recoger (la fenomenalidad patológica, las manifestaciones), de los signos propiamente físicos que corresponden más a efectos provocados. Estos últimos sólo adquieren sentido a través de las referencias biológicas. No traducen directamente al cuerpo, al contrario de los primeros que lo expresan de manera perceptible.

La escuela francesa va a inscribirse en este movimiento hasta el siglo XX. Lo que va a poner fin a esta escuela es el aflujo formidable del pensamiento anglosajón que introduce, mas bien que la clínica, el laboratorio y los exámenes indirectos, mientras que la gran escuela de medicina francesa del siglo XIX estaba fundamentalmente consagrada a la localización de puntos de referencia. Más cerca de nosotros, piense en Jean Martin Charcot, Joseph Babinski, etc.

P. P.: *¿Cómo se podría definir esta escuela francesa?*

F. D.: Se la puede definir como una atención a los mínimos signos emitidos por el cuerpo.

Luego el terapeuta abre los cuerpos para confirmar el paralelismo entre los signos y la lesión. Hacia fines del siglo XVIII, Bichat, al mismo tiempo que Laennec, aporta también su piedra al edificio. Se está aquí en presencia de una gramática, de un lenguaje, pero para estar seguro de su validez se lo remite al descubrimiento *post mortem* de las lesiones efectivas. Es pues la gran escuela del lenguaje. La semiología es el estudio de los signos, pero para que estos signos sean habilitados, recibidos, es necesario que se pueda establecer la correspondencia con las lesiones. La escuela francesa va a brillar en esta aproximación (la anatomo-clínica).

P. P.: *Paralelamente a esta escuela francesa de medicina existe también la gran tradición en historia de las ciencias, de la que Ud. es uno de los representantes, con Georges Canguilhem desaparecido en 1995. Según Ud., ¿cuál fue el aporte esencial de este último en lo que concierne a la filosofía de la medicina?*

F. D.: Georges Canguilhem fue quien intensificó la tradición francesa. Mostró que la instrumentación, los análisis biológicos de la técnica deberían estar referidos al cuerpo del enfermo. Este análisis no reposa sobre una cuestión de hecho o sobre consideraciones historiográficas. La gestión de Canguilhem es la de un epistemólogo a la búsqueda de un fundamento; por una parte las pruebas objetivas sorprenden por su relatividad —lo que tiende a limitar su alcance—, por otra parte, la “vivencia del enfermo” (lo funcional) precede la enfermedad.

Finalmente, toda enfermedad entraña la participación reaccional del organismo entero que, por ese hecho, se modifica y se regula con otras normas. No es el organismo afectado con una diferencia (en más o en menos), sino que con la enfermedad surge un organismo nuevo; tampoco es ya posible concebir el estado patológico con los instrumentos que han permitido la comprensión del organismo sano: ésta es otra manera de originalizar la propia clínica y de salvarla del “reduccionismo”.

P. P.: *A él le gustaba decir que “no existe patología objetiva”*

F. D.: Tenía razón. Canguilhem ha sido consciente de la importancia de la clínica. Es el filósofo que le dio toda su resonancia. Mejoró pues la gran tradición francesa que no se limita a valorizar la vivencia del enfermo sino que no olvida “escucharlo”. Veamos una ilustración indirecta pero que sirve de prueba. Georges Canguilhem no ha dejado de interesarse en Claude Bernard, en su concepción de la enfermedad y especialmente en todo lo que escribió sobre la diabetes, ligada a la hiperglicemia. Y esto tanto más cuanto que Claude Bernard renovó paralelamente la fisiología, principalmente con su idea del “medio interior”. En efecto, para él el organismo se define porque escapa al mundo exterior y a sus azares; se autoproduce y se construye un mundo que varía lo menos posible (de esta forma el “azúcar” no rebasa el gramo por litro, ni menos ni más).

Sin embargo existen hiperglicemias bien “toleradas”, como también contamos con muchas “formas de diabetes”. De esto resulta claramente que no es posible atenerse a una dosificación del azúcar para afirmar un diagnóstico. Debemos renunciar a una teoría puramente cuantitativa de la enfermedad. El fondo del organismo se caracteriza incluso por la posibilidad de transgredir “normas” en las cuales se lo encierra.

Escuchemos al enfermo pues la verdadera diabetes implica un conjunto que desborda la sola y simple glicemia. No solamente tiene que ver con el páncreas (el déficit insulínico) sino que afecta también la circulación. La enfermedad siempre irradia como si el organismo estuviese agarrado en su totalidad y como si estuviese limitado en sus iniciativas. Estar enfermo es siempre perder su libertad y tener que vivir en el reatamiento o la dependencia.

P. P.: *Escuchar al enfermo es también aprender a leer su cuerpo. Leer un cuerpo, ¿es considerarlo como un conjunto homogéneo, un todo, o como un conjunto heterogéneo?*

F. D.: La medicina es sobre todo la ciencia de las disociaciones. En esas disociaciones se levanta una “figura” positiva que nos saca así de lo vago o de lo amorfóico. La patología trata de descubrir correlaciones en el organismo, vínculos insospechados. Por ejemplo, Jean-Baptiste Bouillaud, célebre médico del siglo XIX, mostró el vínculo entre síntomas reumatológicos y enfermedades cardíacas. Es admirable hacer enlaces entre la rodilla, la articulación y el corazón. Joseph Babinski, otro médico, mostró que entre el cerebro y el dedo gordo del pie existe el reflejo plantar; el uno permite leer al otro. Encuentro esto maravilloso. Es una lectura del cuerpo que no es anatómica. Revela ligazones y un conjunto en el cual existen caminos. Entonces si Ud. me habla del cuerpo diciendo que es un todo, experimento una cierta decepción puesto que ya no se trata de una lectura; es un dato demasiado basto que no me ayuda a comprenderlo.

P. P.: *Su actitud con respecto a la medicina es por lo menos ambivalente. Por un lado Ud. defiende sus aportes, por el otro los critica. ¿No está Ud. perpetuamente sentado entre dos sillas? Ud. era ya filósofo antes de lanzarse a los estudios médicos. Justamente, ¿qué le ha enseñado la medicina?*

F. D.: Todo. Yo hice mis estudios de medicina en Dijon por los años 1950 y no estudié en una facultad sino en una escuela de medicina. Cada año había alrededor de veinte a veinticinco estudiantes que pasaban toda la mañana en el hospital. No había disociación entre la enseñanza de la clínica y la enseñanza de las ciencias fundamentales. En las facultades es a la inversa, se aprende primero las ciencias fundamentales. Los estudiantes no tienen suficiente contacto directo con el enfermo. En Dijon un estudiante tenía a su cargo dos o tres enfermos. Era el secretario, el escribano de los menores trastornos de ese enfermo, desde por la mañana hasta por la noche. Para la formación era aquella una escuela incomparable, a causa del reducido número y de la ausencia de esa construcción universitaria que yo considero, en ciertos aspectos, patológica.

Hoy, con el *numerus clausus*, es algo un poco kafkiano. Durante dos años, sin ver enfermos, se trabaja sobre cuestiones de bioquímica, de física médica, de estadística, de anatomía, pero de una manera desfasada con respecto a la realidad. En esa época había una verdadera alianza entre la clínica y la teorización.

P. P.: *¿Qué fue lo que cambió en su visión de la enfermedad en el curso de esos estudios?*

F. D.: Hay un abismo entre la enfermedad tal y como la imaginaba en tanto que filósofo, y la enfermedad que frecuenté como médico. La enfermedad es el dolor. Pude constatar que yo, filósofo, no tenía ninguna idea de la desgracia, de la muerte y del sufrimiento. Tanto más cuanto que en la época había muy pocos remedios incluso para diagnósticos que hoy llamaríamos benignos. Lo que me aterrorizaba era escuchar al clínico afirmar: “en tres meses este muchacho habrá muerto”, porque estadísticamente la enfermedad no podía durar mucho tiempo. Era apenas el comienzo de los antibióticos. La cortisona era una palabra que uno aprendía. 1945 marcó un giro en la medicina, pero no tuvo consecuencias terapéuticas inmediatas en las ciudades de mediana importancia. Además, es preciso decir que el hospital no tenía la imagen halagüeña que puede merecer hoy. Los enfermos acomodados se iban a clínicas privadas o abandonaban Dijon para irse a centros más instrumentados. Sólo se quedaba allí la marea del sufrimiento, los enfermos más desdichados, venidos de los medios más desfavorecidos, con una terapéutica relativamente modesta. Entonces era un poco una visión infernal de la enfermedad.

P. P.: *Según Ud. ¿qué es lo que más ha evolucionado desde hace veinte años en nuestra manera de curar? ¿En qué las nuevas tecnologías han cambiado el arte de curar? A Ud. le gusta decir que el gran aporte de las tecnologías médicas es que permiten exteriorizar el cuerpo y analizarlo sin abrirlo o matarlo. ¿Es irreversible este movimiento de exteriorización?*

F. D.: Me gustaría retomar esta palabra: exteriorización. Me ha parecido que las ciencias fundamentales han logrado el prodigio de poner afuera lo que estaba adentro.

P. P.: *¿Ve Ud. otros progresos en esta exteriorización?*

F. D.: La exteriorización no ha dejado de hacer progresos, comprendido aquí en parte lo que concierne a los mecanismos cerebrales. Reaccioné a la palabra “exteriorización” porque es un momento capital de la medicina. Michel Foucault escribió un libro muy bello sobre la historia de la clínica, *Nacimiento de la clínica*. Desgraciadamente no estoy completamente de acuerdo con él cuando le da tanta importancia a Xavier Bichat. Voy incluso a psicoanalizar un poco ese libro. El padre de Michel Foucault era un cirujano y acababa de morir cuando Foucault escribió el libro. Me pregunto si a causa de ese hecho él no quiso dar más importancia a esa cirugía fracturante y si Bichat no era de alguna manera el sustituto del padre, lo que es muy bello pero que deforma un poco el paisaje. Ya no es necesario abrir los cuerpos, llegar a percibir la muerte en el momento de ella infiltrarlos. La medicina tiene muchos medios para leer adentro exteriorizándolo. Esto no quiere decir que se va a exteriorizar el cuerpo, es siempre el afuera de un adentro. Siempre digo que incluso las funciones más complejas han sido desmistificadas. La última cronológicamente es la reproducción, antes de que lo sea el cerebro. ¡Pensemos que la reproducción es una función cuasi sagrada! Hoy, con la reproducción *in vitro*, se ha probado que algunas etapas de la reproducción pueden tener lugar por fuera del organismo, permitiéndonos asistir a una parte de su evolución. De la misma manera, si saco sangre en un tubo de ensayo, ya no corre más por sus venas, sin embargo voy a ser capaz de arrancarle un número de informaciones inimaginables, comprendido el HLA, de tal manera que esa sangre, afuera, me va a entregar los secretos del propio organismo.

P. P.: *Este término de HLA exige una explicación en tanto que él solo permite una nueva*

intelección de la enfermedad. ¿Puede Ud. dárnosla?

F. D.: Karl Landsteiner, desde 1901, había notado que los glóbulos rojos de la sangre (los hematies) llevaban en su superficie antígenos que permitían diferenciarlos; distinguió incluso cuatro grupos, los A, los B, los AB y los O, es decir los donadores universales.

Jean Dausset prolongó de alguna manera este reconocimiento de lo que nos individualiza, porque pudo mostrar que los glóbulos blancos (hasta entonces dejados de lado) encierran en ellos signos de especificidad —por eso los malestares o incluso un choque cuando no se transfunde “lo mismo” al “mismo”—. Identificó en consecuencia grupos leucocitarios (HLA o *Human Leucocyte Antigen*), sustancias individualizantes (parecidas a nuestras huellas digitales), detectadas primero en los glóbulos blancos pero que se encontraron presentes en todos los tejidos (por eso su importancia en lo que concierne al trasplante eventual, la histocompatibilidad).

Los HLA defienden de alguna manera al yo y lo aseguran. Incluso se evidenciaron vínculos entre estos genes de histocompatibilidad o esos antígenos tisulares con algunas enfermedades crónicas, por no decir hereditarias (como la esclerosis en placas); de aquí surge la idea de una medicina predictiva.

Idea fundamental y nueva: estamos implicados en la enfermedad. No viene solamente de fuera, participamos en ella, el sistema HLA autoriza esta especie de confluencia.

P. P.: *¿Llegaría Ud. hasta decir que se ha exteriorizado la enfermedad?*

F. D.: Se trata de exteriorizarla, sí.

P. P.: *Tratando de exteriorizarla, ¿no se recae en una visión objetivista?*

F. D.: Este es el problema. El objetivismo acecha siempre. Por ejemplo, no sería posible reducir la “enfermedad cardíaca” a un simple trazo eléctrico, a un electrocardiograma o tam-

co a una escritura objetivizada (aunque ésta dé útiles informaciones). No ocultamos que estamos prisioneros desde el comienzo en un círculo; nadie como nosotros concede tanta importancia a los exámenes llamados objetivos, los del laboratorio o los que entregan los aparatos, pero ésta no es una razón para excluir la “subjetividad” que se impone incluso sobre ellos.

Por lo demás —y esta es una fórmula canguilhemiana como ninguna— es debido a que ha habido o que hay enfermos que existe luego una “enfermedad”, y no a la inversa.

¿Se puede lograr exteriorizar la enfermedad? La radiología, con sus formas evolucionadas como las ecografías o la escanerización, ¿va a darnos finalmente lo mejor de la lesión? En ciertos aspectos es el triunfo de la técnica, pero yo no estoy enteramente satisfecho. Antes de las técnicas, antes incluso de que se piense en emplearlas, lo más importante es la sensibilidad corporal del enfermo. Al menor signo, podría despertar a un verdadero clínico sin que él tenga necesidad de ese pesado aparataje. Dicho de otra manera, la enfermedad estaba ya presente en algunas discretas manifestaciones que es preciso saber percibir, en el estilo de vida, esta es la verdadera clínica. Cuando Ud. llega, y la batalla está terminada a medias, ganada o perdida, Ud. hace una constatación, pero es ya muy fácil.

P. P.: *¿Esto significa que las técnicas médicas no han cambiado fundamentalmente su visión de la enfermedad?*

F. D.: Ellas sólo han cambiado nuestra visión del fin de la enfermedad. ¡Bello y sublime desquite! A pesar de las proezas de la técnica (con miras al diagnóstico), sigue siendo cierto que la enfermedad se manifiesta por medio de síntomas discretos, mínimos, que el interrogatorio ayuda a precisar. Esos trastornos precursores cuentan más que el resto. La “corporeidad” se expresa antes de que los exámenes objetivos ratifiquen o desmientan.

P. P.: *Cuando yo digo: “me siento enfermo”, ¿no siempre tengo razón?*

F. D.: No, por la simple razón de que el enfermo no está en la mejor posición para comprender lo que le ocurre.

P. P.: *¿Cómo han contribuido las imágenes médicas, de las que Ud. es ferviente admirador, a esta lectura objetiva de los cuerpos?*

F. D.: Las imágenes médicas fueron una revolución tal que llegaron a revolucionar la literatura. Que se pueda leer su sistema óseo sin que haya fractura o anatomía patológica, es cuando menos fabuloso. Ud. ve su cráneo, sus manos, como si fuera un fantasma.

He tratado de mostrar que el movimiento surrealista de André Breton, que fue el interno de Babinski, nació enteramente de los descubrimientos röntgenianos. El surrealismo quiso aclarar —mientras que los rayos X de Wilhelm C. Röntgen descubrían el esqueleto— lo más profundo que había en Ud. mismo, psíquicamente hablando, utilizando procedimientos tales como la escritura automática. La imaginología no es simplemente la foto del órgano sino la visión de las profundidades y, por consiguiente, transformó la sociedad.

Nadie pudo resistir esta innovación; incluso las gentes de la calle se dejaron llevar. Los rayos X se desbordaron y ganaron los campos de feria. Por cincuenta céntimos fue posible obtener una radiografía de su mano (y de las argollas que aparecen aún más claramente que los huesos del esqueleto) o de su pie, aunque este último fuera un poco más costoso debido a un tiempo de exposición más largo. Ya revistas publican artículos donde se despliegan los fantasmas; una especie de tempestad: se leerá dentro de los cráneos, se verá los cuerpos bajo los vestidos o lo íntimo disimulado por las pantallas naturales. El freudismo nace en este contexto.

Los pintores conocieron la misma fiebre siguiendo el ejemplo de Frantisek Kupka; para él —que se inspiraba abiertamente en la radiografía para ir poco a poco hacia la abstracción— el arte consiste en hacer de lo invisible una realidad visible. Él no duda pues en proponernos lo

que los rayos X nos darían: una figura traslúcida aunque se discierna en lo borroso una nariz contrastada (pues los rayos atraviesan más fácilmente el cartílago que los huesos más densos). Kupka nos ofrece, en tal o cual cuadro (por ejemplo el grabado en madera *Fantasia fisiológica*) una película psíquica, un cliché radiográfico. La física ha trastornado todo a su paso: al arte pero también a la medicina.

P. P.: *Sí, pero ¿por qué la imagenología le fascina tanto?*

F. D.: Porque hace posible un acto que yo encuentro vertiginoso. El de llegar a la percepción de la menor alteración dentro del organismo sin abrir los cuerpos, de estar afuera en ese adentro tan profundo. Michel Foucault mostró en *Nacimiento de la clínica* que la medicina durante mucho tiempo creyó en entidades imaginarias. Por ejemplo, las fiebres que no se sabía localizar eran representadas como humos, y sólo la apertura de los cuerpos permitía tener una visión más positiva, más real, de la enfermedad. Pero con las imágenes no se tiene necesidad de esperar a que el hombre haya muerto para ver dentro de su cuerpo lo que allí penetró o ahí se insinúa. Esta operación tiene por qué fascinar: se pueden atravesar pantallas, franquear superficies para lograr la interioridad sin hacer daños, puesto que las nuevas imágenes cuentan con los ultrasonidos y son inofensivos, al contrario de los rayos X. Me parece prodigioso entrar dentro de los cuerpos sin herirlos, para descubrir los basamentos de lo patológico o una patología que esté allí anclada. La fiebre no quiere decir nada, es como las entidades. Michel Foucault lo mostró haciendo el elogio de Broussais que había referido la historia de las enfermedades precisamente a desórdenes estomacales.

P. P.: *Y para un enfermo, ver el interior de su cuerpo ¿puede cambiar las cosas?*

F. D.: Yo que he padecido esos exámenes, no puedo verlos. Ver su propio cuerpo es una experiencia aterradora. Escuchar su corazón, ver dentro de su cuerpo, es como si le pidieran a uno

verse muerto. No, es necesario evitarlo, es insoportable.

P. P.: *Recientemente se ha visto en la televisión una operación de corazón hecha con laser. ¿Le sorprende?*

F. D.: La cirugía ha avanzado a tal punto que es capaz de todo... y no culpable de todo.

P. P.: *¿Por qué no culpable?*

F. D.: Porque muy frecuentemente se la presenta como sanguinaria, bárbara, mutilante, brutal... Los verdaderos cirujanos como René Leriche habían enseñado a deslizarse en lo tisular y a respetar los caminos, las fibras y los trayectos nerviosos sin brutalizarlos. Había en ese momento una patología por la cirugía y por la violencia. La gloria de Leriche es la de haber enseñado la moderación y el respeto de los trastornos, de exhortar al cirujano a no ser demasiado teatral, a no hacer proezas, a seguir un plan bien predispuesto y a respetar la vida.

P. P.: *En tanto que filósofo-médico Ud. es muy atento a todo lo que participa de la forma y de la superficie del cuerpo, la piel por ejemplo. ¿Por qué esta atención prestada a los efectos de superficie?*

F. D.: Para resumir mi posición, estoy en el choque entre la clínica y la instrumentación. Mi maestro, Georges Canguilhem, conoció mucho menos este suplicio puesto que estaba menos condicionado y menos predispuesto con respecto a los beneficios eventuales de la instrumentación. Por consiguiente, él pudo mejor que nadie desarrollar la vía real de la clínica. Yo estuve entre dos fuegos. Estoy a favor de la medicina objetivada pero no conozco sus límites. El me enseñó a tal punto los peligros de esta objetivación que vivo alerta con ellos. Defiendo pues lo semiológico, pero sabiendo que el otro movimiento está ahí, cada vez más invasor. La instrumentación descuida las superficies. Va inmediatamente a lo que está más profundo. Pienso en los rayos X, en el scanner. Las imágenes médicas son la pun-

ta de lanza de la medicina hoy, tanto como la bioquímica. Es bastante espantoso ver cómo se puede fotografiar y captar la menor parcela de su cerebro.

Lo que tiene el médico ante sí no es el fondo de vuestro cráneo, es la superficie cutánea que es un gran espejo de la psiqué. Me ha sorprendido que la dermatología sea una ciencia médica despreciada, que está más bien en manos de esteticistas, de podólogos, de masajistas. He tratado de mostrar que no existe afección grave que no tenga su proyección cutánea. El simple examen pelicular, por tanto puramente clínico, es a veces más informativo que el examen en profundidad. La piel es un tejido que tiene el mismo origen que el córtex. El cerebro y la piel han anudado un "parentesco". Incluso la relación psicoanalítica, que se cree que pasa únicamente por la palabra, ¡pasa también por la epidermis! Reconocer la importancia de la epidermis es una manera indirecta pero fundamental de entonar el elogio de la clínica, la observación en el menor rincón. Es en la superficie donde yace la profundidad.

P. P.: *Saber leer en la superficie de los cuerpos ¿sería entonces la misión principal del buen médico?*

F. D.: El papel del médico es precisamente, sin poner en funcionamiento sus aparatos complejos, comprender y diagnosticar lo que hay ahí. Se puede tener problemas dentro del medio profesional, en su familia... hay todo un conjunto. Se ha mostrado que en el origen de un cáncer evolutivo se encuentra a menudo un choque afectivo profundo que ha quebrantado las defensas orgánicas. No se puede separar la psiqué del cuerpo. Una vez que se está en presencia de una evolución acabada, ya no hay problema, pero el clínico debe poder señalar y comprender los choques afectivos o sociales que están a veces en el origen de una desintegración corporal tardía, con el fin de identificar sus consecuencias.

P. P.: *Ud. dice esto porque ha estudiado neuropsiquiatría...*

F. D.: Yo pienso que el verdadero médico llega a esto. Se está siempre sentado entre dos sillas, en la confluencia de dos movimientos, y no se tiene el derecho de inclinarse más hacia el uno que hacia el otro. El uno no es más que el complemento del otro. El primer contacto con el enfermo es precisamente un encuentro y una escucha a los que uno no se puede sustraer. Son los famosos coloquios singulares.

¿Qué es la enfermedad si no es el ya no poder resolver los problemas que son los suyos, mas que deslizándose hacia la somatización? Frecuentemente ella es un retraimiento ante los problemas existenciales; y la salud es la posibilidad de afrontar y de resolver los problemas de fondo que lo asedian.

P. P.: *Sí, pero es en un sentido otra posibilidad de vida, otro aspecto de la vida*

F. D.: Un aspecto del que soy a la vez víctima y beneficiario. Es por esto que se lo llama una afección. A ella estamos aferrados, es una solución de facilidad.

P. P.: *¿Existe afección e infección?*

F. D.: Pero la afección resulta de una infección e inversamente. ¿No es la enfermedad el signo de un cierto abandono ante problemas existenciales? No se puede elucidar esta pregunta. Sin contar con que hay igualmente enfermedades a las cuales es necesario no tocar puesto que son verdaderas defensas del organismo. Las enfermedades son múltiples. Las hay que son medios de defensa. Lo que reprocho a los médicos positivistas es el tener siempre una posición abrasiva: "lo que está enfermo debe ser suprimido". Algunas enfermedades no deberían ser tratadas puesto que son una manera de evitar otras.

P. P.: *Entre el médico y el enfermo, ¿cuál le parece mejor colocado para comprender esto?*

F. D.: El médico, más frecuentemente de lo que se lo piensa, está próximo del filósofo de la medicina. El que le impide mantener esta actitud bastante flexible es el enfermo que lo sumerge

en el positivismo más pobre. Es el enfermo el que obliga al médico a entrar en el positivismo: él quiere irremediamente medicamentos. Entre más le manden, más contento estará; quiere un diagnóstico bien etiquetado, quiere que le hagan todos los exámenes. Para él, el no conocer esta cultura médica de la que le he hablado es muy tranquilizante, pero al mismo tiempo es muy molesto en la medida en que falsea la relación médico-enfermo. Muy frecuentemente es el enfermo el que va a desnaturalizar el acto médico en los casos más ordinarios. Es él el que predetermina la situación.

Un enfermo viene a verlo porque está muy fatigado; se le hace comprender que no vale la pena que tome medicamentos y que es una psicoterapia lo que se impone. La mayor parte del tiempo el paciente no quiere reconocer su estado, quiere ser "objetivizado" y recibir un tratamiento *ad hoc*. Quiere por ejemplo tener su vitamina C y todo tipo de remedios. El médico le explicará durante tres cuartos de hora cuál es la situación real, pero como se esforzará en esto inútilmente, terminará después del palabreo, por redactar una fórmula.

P. P.: *¿No espera el enfermo ante todo que el médico le recete medicamentos?*

F. D.: Los medicamentos son todo un mundo. En la medicina es la terapéutica la que más me ha interesado. ¿Qué sería de una medicina que no curara? La medicina no está para diagnosticar sino para curar. El remedio es la concretización del acto médico. Generalmente el remedio es fetichizado por el enfermo. La prueba está en los placebos que imitan los remedios y no lo son, pero que a veces tienen más efecto que los remedios reales. Incluso se han encontrado enfermos que se veían más afectados tomando placebos. Por tanto el remedio posee un aura que su sola apariencia es suficiente para soportarlo todo. El enfermo lo reclama con tal insistencia que es menester darle muchos, y el médico es un poco prisionero de esto. El verdadero médico se reconoce en que manda pocos remedios o even-

tualmente uno solo. El mal médico se deja ver en la extensión de sus fórmulas. Es necesario admitir que el médico más desubicado gana mandando muchos remedios puesto que, si no ha hecho un buen diagnóstico, es seguro que con alguno acierta. En todo caso el enfermo quiere los remedios. Quiere esta inflación costosa.

P. P.: *¿Cuál es la principal causa de este exceso medicamentoso?*

F. D.: Hay muchos puntos que condenar, y antes que nada a los laboratorios farmacéuticos. Pienso que existe una panoplia de medicamentos fundamentales muy restringida. Para poder vender la misma molécula que su vecino —una molécula de base— un laboratorio se permite añadidos fútiles que le dan el derecho a la marca registrada, que le da la posibilidad de lanzar un medicamento. Entiendo que el ministerio de Salud esté entrapado con esta situación calamitosa. Se le hace entonces pagar a la sociedad medicamentos que no lo merecen. A mi modo de ver los laboratorios sacan provechos indebidos. Es una situación insostenible que entraña por una parte el déficit de la Seguridad social y que recaerá sobre los propios enfermos. ¿Por qué esta multiplicidad aberrante? Es una inflación económica y simbólica. Y por otra parte, la filosofía del medicamento merecería ser repensada. La homeopatía, que la medicina oficial no considera, no deja de tener bases objetivas. Ahora bien, la homeopatía dice que, a veces, moléculas tóxicas, claro que en dosis ínfimas, son más curativas que los medicamentos más canónicos. Saber si una molécula es verdaderamente curativa es más complicado de lo que parece. Por lo demás, la vacunación lo prueba: un mal menor es a veces más benéfico que un pretendido bien. Se impone una política del remedio.

P. P.: *¿Cuál?*

F. D.: Es difícil precisarlo. Pero desde ya, ¿cómo no saludar la reforma actual que espera darle ventajas a los medicamentos llamados "genéricos"? Se trata en este caso de copias de moléculas, conocidas en el dominio público, me-

nos costosas por este mismo hecho y cuya eficacia ha sido ampliamente probada. Al farmacéutico —que debía respetar al pie de la letra la receta médica— se le va a reconocer el derecho de modificar la prescripción: deberá sustituir el medicamento que haya sido recomendado por el "genérico" cada vez que sea posible. En el límite, el farmacéutico se introduce en la relación paciente-tratante; tiene acá un papel incluso si se lo juzga modesto.

P. P.: *Bien por el farmacéutico pero, ¿qué pasa con el lazo entre el médico y el enfermo? ¿Qué puede cambiar en este dominio para que el enfermo pueda aprender a leer su propia historia biológica y que el médico pueda ayudarle en eso? ¿Qué hacer para individualizar la enfermedad?*

F. D.: Sería necesaria otra formación médica. En Francia las facultades de medicina han conocido una modesta revolución. El primer año es un concurso en el cual se ha introducido una formación humanista que toma diferentes formas y que está allí para impedir, para limitar la invasión de la tecnicización. Por ejemplo, se les entrega a los estudiantes un texto complejo, médico o no, y se les pide que comprendan el sentido, que lo resuman. Aquí no hay conocimiento objetivo. Es una manera de enseñarle al estudiante de medicina a leer, a comprender, ha señalar lo esencial que hay en el discurso y a ponerlo en claro. La enfermedad es por definición la oscuridad, un conjunto indescifrable. Encuentro interesante que se diga a los estudiantes, en otro plano, en el de la literatura: "He aquí un texto embrollado, ¿cuál es el hilo rojo que lo atraviesa? Vuestros enfermos son un conjunto, un texto somático particularmente oscuro, ilegible". Michael Balint había escrito una bellísima iniciación a la medicina. Su metodología consistía en lo siguiente: reunía muchos especialistas y los ponía a discutir sobre las diferentes aproximaciones a la enfermedad para pluralizar las interpretaciones. Cuando cada uno había dado su perspectiva, quizás se veía mejor lo que había en el fondo. Balint, es la hermenéutica, necesaria e

institucionalmente pluralizada. Efectivamente, toda enfermedad tiene que ver con lo múltiple y no con lo simple. La gran medicina supone la hermenéutica, es decir la ciencia de las interpretaciones múltiples.

P. P.: *Y el enfermo, ¿puede proveer elementos de interpretación a su médico?*

F. D.: El enfermo sin saberlo arriesga engañar al médico, a su entorno y a sí mismo. El enfermo está dos veces enfermo. Enfermo porque lo está, y enfermo puesto que crea en torno a él una situación tal que mantiene la confusión. Al mismo tiempo existe una cantidad tal de temores, de fobias, de elementos psíquicos que se añaden a la enfermedad, que todo eso llega a enredarse y el enfermo mismo no puede trabajar por desenredar esa imbricación.

P. P.: *¿No tiene Ud. una visión un poco biopsíquica de la enfermedad?*

F. D.: Todas las enfermedades son biopsíquicas, no es porque mi visión así lo quiera. La enfermedad lo llama y lo exige. Pero incluso para la enfermedad más somática y más orgánica no es posible negar su aspecto social o psicológico. La enfermedad se sitúa siempre en la interacción de dos movimientos. La interpretación objetivista es tentadora pero no se sostiene. Sin embargo la posición inversa necesita elementos para comprender, aunque no sea tampoco defendible. Si Ud. recibe una carta en chino, le es preciso claramente un diccionario, una gramática para comprender los signos y, ahí, el laboratorio puede darle complementos para traducir mejor el texto que está ante Ud.

Entonces la unión de estas dos palabras, bio y psíquico, es indisociable y conviene a todas las patologías. No es una opinión mía sino la realidad misma. Nunca se está enfermo de dos enfermedades al mismo tiempo; hay algo más que eso: se está siempre enfermo de la misma enfermedad. Es una vieja ley que habían enunciado los viejos clínicos. Siempre me pareció interesante, al menos filosóficamente si no lo es médicamente. Por lo demás, la ciencia de la cual no ha-

blo mal puesto que como lo he dicho antes yo estaba en el entrecruzamiento de dos corrientes, nos ha valido el descubrimiento del HLA; Jean Dausset mostró claramente que en rigor casi se podía predecir las enfermedades que golpearían a un individuo si se tenía en cuenta su sistema defensivo. No nos enfermamos cuando se nos antoja y de lo que se nos ocurra.

El sistema HLA, como lo hemos mencionado, es para los glóbulos blancos lo que son los grupos sanguíneos para los glóbulos rojos. Ud. tiene una identidad biológica y en virtud de ella se pueden inducir sus futuras flaquezas. La enfermedad no viene hacia Ud. desde fuera de manera aleatoria; se está en lo biopsíquico. Ante todo corresponde a lo que Ud. lleva ya virtualmente; segundo, se está siempre enfermo de la misma enfermedad y, finalmente, no se pueden tener dos enfermedades al mismo tiempo. Estos tres principios que se resumen en uno muestran que la enfermedad es la incurvación de la personalidad, es su línea, es aquello a lo que ella tiende, es su trayectoria. Estar enfermo es ir hacia su destino.

P. P.: *¿Podría Ud. precisar el segundo punto: "se está siempre enfermo de la misma enfermedad"?*

F. D.: Es un hecho. Uno nunca ha tenido más que una enfermedad en su vida, incluso si es multiforme. Además, la enfermedad está demasiado profunda en el ser como para que sea un fenómeno circunstancial. Es algo fascinante, sorprendente, de aquí en adelante la medicina se ha vuelto predictiva. Casi que ella puede decir por adelantado cuál patología lo amenaza.

P. P.: *¿El enfermo puede actuar sobre su enfermedad por fuera de la relación que mantiene con su médico?*

F. D.: Un excelente psiquiatra, desgraciadamente poco conocido, que se llama Léopold Szondi, ha escrito muy bellamente sobre el destino. Le voy a contar los datos de su teoría. Un marido se entera que la abuela de su mujer, que

había muerto, se había suicidado. Se vuelve a casar con una mujer que lleva en sus genes una propensión a la autodestrucción. El hombre en cuestión está siempre llevado en la misma dirección, es su destino y no puede escapar de él. Ignoraba que su segunda mujer tenía un hermano (o una hermana) que se había suicidado, pero la historia de estas dos personas mostró que ese gen estaba allí. ¡Qué extraño! Nos inclinaremos siempre hacia el mismo lado, siempre iremos en la misma dirección.

Este hombre, del cual nos habla Szondi, desposó una mujer que, en su patrimonio psicobiológico, incluye una especie de destino suicida (que puede golpearla o comprometer al menos a uno de sus allegados). Va a casarse nuevamente, ignorando que su segunda mujer también lleva en su herencia el mismo tropismo. Es preciso pues admitir que él presenta ese "fondo" y que a él se aferra. No puede evitarlo.

En suma, a un sujeto sólo le ocurre "él mismo": cada sujeto persevera en su ser y va siempre en el mismo sentido. En el caso comentados por Szondi, el sujeto sin saberlo está arrastrado por la misma atracción (un estatuto mórbido, el suicida). Szondi muestra igualmente que alguien que tiene un oficio, si lo pierde se encamina irremediabilmente hacia una profesión de la misma naturaleza. Y si Ud. abandona aquí una, Ud. toma la vecina en el mismo grupo. Es lo que él llama el operotropismo. Ud. tiene un tropismo profesional, Ud. tiene un tropismo afectivo, Ud. tiene un tropismo patológico.

Es siempre la misma enfermedad la que lo afectará y nunca otra. Él ha dibujado la nebulosa de las enfermedades parecidas. Admitamos que Ud. es asmático, se sabe por anticipado cuáles serán las enfermedades que lo afectarán, lo flanquearán o que sustituirán a su enfermedad principal. Pero harán parte del mismo conjunto.

P. P.: *¿Se puede desviar ese tropismo?*

F. D.: Se lo puede retardar, se puede limitar la caída, el descenso, pero no se puede escapar a la pesantez de la inclinación.

P. P.: *Es el destino biológico, patológico*

F. D.: Sí, es la curvatura del ser. ¡Le es preciso una! ¿Se puede ser aniquilado por cualquier cosa? Por supuesto que no, sería escandaloso, querría decir que no se tendría existencia. La enfermedad y la existencia están ligadas fundamentalmente entre sí y existe entonces un destino. Los filósofos griegos lo habían comprendido. Cuando se escoge su vida, se escoge su enfermedad.

Recuerdo las tres proposiciones. Primero, se puede prever la patología; segundo, sólo existe una patología; tercero, si aparece otra es de la misma esencia que la primera. Es un trípode interesante para comprender la enfermedad. La enfermedad es aquello que el ser puede retardar sin poder evitarlo.

P. P.: *La mirada médica que cada uno puede tener sobre sí mismo, ¿tiene que ver pues con una visión trágica de la existencia?*

F. D.: ¡Ay! ¿puede ser de otra manera? La enfermedad es el sufrimiento, y el sufrimiento hace parte de este destino. La medicina puede protegernos en el sentido en que frena la caída. La puede diferir un poco, atenuarla. Si ya no puedo soportar el dolor, la medicina me va a ayudar a tolerarlo un poco. Pero es ya satisfactorio retardar y atenuar.

En el pasado, yo estaba bastante inclinado a esa idea loca que consistía en comunicar a un hombre con buena salud una enfermedad benigna que lo eximiera de una más grave. Sería una astucia formidable el encontrar, en la nebulosa de las enfermedades, las más leves que preserven de las más graves.

P. P.: *Ahora que las enfermedades están clasificadas y repertoriadas a escala mundial (publicación de la OMS de 1993) se podría llegar a hacerlo. ¿Es buena cosa que ellas lo estén?*

F. D.: Soy un aficionado por las clasificaciones. Los grandes médicos de la clínica francesa han hablado de ello. Philippe Pinel para la psi-

quiatria, Armand Trousseau... son grandes clasificadores. Los verdaderos médicos no han dejado de buscar una manera de sistematizar, de repartir y de distribuir las patologías. Un tratado de medicina es un tratado de clasificación. Clasificar es una obligación. Si no se tiene otra referencia es necesario que al menos se sepa etiquetar las enfermedades.

P. P.: *Pero cuando menos no se clasifican las enfermedades de la misma manera que los fósiles*

F. D.: Sí. Pero admito que es un problema temible. Se debe clasificar las enfermedades y al mismo tiempo no se lo puede hacer. Pero es necesario sin cesar clasificarlas y desclasificarlas. Es a la vez una seguridad y una obligación para el enfermo y para el médico. Si el médico no sabe dónde está Ud. está perdido. Un gran clínico tenía un axioma: "No existen enfermedades, sólo existen enfermos". Es la anticlasificación por excelencia; sólo que esto me parece falso. No, no sólo existen enfermos, hay también enfermedades y si hay enfermedades, no existe razón para que no se las pueda clasificar. Por lo demás, esto es lo que hace la verdadera patología en el entrecruzamiento de la clínica y de la instrumentación. Pero ella desclasifica para reclasificar perpetuamente. Es preciso cambiar el régimen de una enfermedad cuando se tienen datos nuevos. Tengo el aspecto de un sofista cuando digo que es menester a la vez clasificar y no clasificar; sin embargo, la clasificación es como una garantía, uno no puede eximirse de ella; pero la verdadera medicina consiste también en destruirla y en no infeudarse allí por entero. Comprendo que ella esté en el corazón de la medicina.

Por lo demás, cuando Ud. llega a urgencias es necesario que lo repartan, que lo seleccionen. *Nacimiento de la clínica* mostraba que había connivencia de formación entre los botánicos y los médicos ("el falso jardín de las especies"). Solamente que yo soy menos severo que Foucault ante este ejercicio tabular porque después de haber hecho clasificaciones se ha desprendido

un primer elemento sobre el cual uno se puede apoyar.

P. P.: *¿Se puede clasificar el sida?*

F. D.: ¿Dónde se puede clasificar el sida? ¿En inmunología, en dermatología? El sida es una enfermedad proteiforme, es del dominio de la epidemiología pero al mismo tiempo es inmunológica, como su nombre lo indica.

P. P.: *¿Piensa Ud., como el profesor Mirko D. Grmek, que el sida es una consecuencia nefasta del progreso tecnológico y de la miseria?*

F. D.: Más bien de la miseria. Por otra parte plantea cuestiones múltiples, como todas las afecciones epidémicas. Por ejemplo, existen no solamente enfermedades contagiosas que aparecen sino que hay también enfermedades que desaparecen y que reaparecen. Por ejemplo, la rabia. Yo pensaba que en 1900 se había acabado, exceptuando el caso de un lobo en un bosque lejano. Pues ocurre que ha reaparecido. Pero algunas enfermedades nuevas, ¿no son el efecto relativamente negativo de la mixtura de poblaciones? En 1920, África y Asia se comunicaban muy poco. De ahora en adelante hay tales mezclas de poblaciones, tales entrecruzamientos, que algunas patologías que estaban confinadas en ciertos lugares se han diseminado probablemente en otros. Los caminos epidemiológicos son numerosos a causa de las multiplicaciones de las poblaciones y de sus mixturas. ¿No se va a asistir a un cambio de la biosfera que entrañaría forzosamente una vertiente patológica?

P. P.: *¿Se pueden prevenir las enfermedades emergentes?*

F. D.: No. Pero también hay enfermedades que son latentes. Uno de los últimos franceses en obtener el premio Nobel de medicina fue Charles Nicolle que mostró que el tifo era comunicado por el piojo, y sobre todo que había enfermos inaparentes. En algunas provincias de África las poblaciones sufren de estas afecciones silenciosas. Y éstas no solamente son bien

toleradas sino que además les permiten evitar otras patologías. Cuando estos individuos vienen a Europa o cuando los Europeos van a sus países, ninguno de los dos está preparado para ello; si una población nueva se mezcla con una población autóctona, el entrecruce va a provocar la emergencia de una patología. La patología es el signo de las mezclas poblacionales. Es lo negativo de lo positivo. Digo positivo porque no hay razón para que los individuos estén encerrados en su medio. Que los individuos puedan desplazarse, me parece ser la norma, pero unos están acostumbrados a esta especie de parasitismo mientras que otros no se beneficiarán de esta inmunización colectiva.

P. P.: *Se puede seguir el mismo razonamiento para las intoxicaciones. Hay poblaciones que no están preparadas para ciertas intoxicaciones químicas.*

F. D.: Sí. Del entrecruce de estas poblaciones podrían nacer enfermedades nuevas. Es interesante para el filósofo. Existen pues relaciones entre la patología, la sociología y la geografía. Jean Bernard había reconocido ya la importancia de la geografía y de los medios. Ha existido tal cantidad de nichos patológicos que se comprende que la novedad pueda aparecer y emerger.

Por lo demás, algunos microbios no están exentos de ciertas mutaciones, la patología puede pues también ser nueva. Toda patología tiene su historia porque está ligada a esas transformaciones objetivas.

P. P.: *¿Puede el enfermo aprender a describir su propia historia y participar en su curación?*

F. D.: En el plano psiquiátrico, Freud habría practicado un auto-análisis; pero a su pregunta yo contestaría que no lo creo. Cuando se está enfermo, un mediador es indispensable. Le agradezco mucho a Philippe Pignarre el haberme hecho caer en la cuenta de la importancia del objeto terapéutico. En presencia de un toxicómano el psicoanalista rehúsa recurrir a medica-

mentos como la metadona. Para él la medicación es contraria a la terapéutica. Pero la metadona es indispensable para tratar al toxicómano con el fin de llegar a sacarlo de su dependencia. Por tanto yo no pienso que se pueda curar sin recurrir a una medicación, es decir sin la *materia medicans*, lo que viene en auxilio del cuerpo. Todo remedio no es nunca más que un equivalente del cuerpo. Por ejemplo, la morfina apacigua el dolor. De esta manera, Roger Guillemin, que obtuvo el premio Nobel, mostró que nuestro cerebro en estado normal secreta, en cantidades mínimas, opiáceos y que el cerebro es el primer órgano en querer calmar el dolor. Finalmente, si el opio y la morfina apaciguan el dolor es porque hay en nosotros trayectos opiáceos. Si es verdad que el medicamento es siempre el organismo concentrado y condensado, no creo que pueda haber curación sin pedir socorro a la mediación efectiva y por tanto al médico (medicación, mediación). Por consiguiente, autocurarse por auto-medicación o por la sola visita al médico, me parece que tiene que ver con un punto de vista falso. Sobre todo que no tiene en cuenta el acto médico en su plenitud que es, además de un enfermo y de un médico, el medio material entre ellos para revigorizar al enfermo. Me molesta suprimir el mediador. Es preciso mandar, es necesario prescribir y formular la buena sustancia buscando evitar la polifarmacia, es decir la multiplicación de los remedios. No existe religión sin sacramentos. Hay un aspecto mágico-religioso y que necesita un sostén, un ritual.

P. P.: *De hecho, ¿a Ud. le gustaría que el médico de barrio jugara plenamente su papel? ¿Ocurre esto en nuestros días?*

F. D.: No. Hoy el médico de barrio sólo es un "enfermero superior". Es la vanguardia del centinela, y cuando se presenta una dificultad, él recurre al instrumentalista, y entonces aparece el hospital, los aparatos, los análisis, el laboratorio, las radiografías... Él se desenvuelve más o menos, ve lo que es grave o no, y eso es todo. Consuela, se va y regresa. Existe pues una división del trabajo, funesto a mi modo de ver. El

médico de barrio es demasiado pseudo-clínico centinela y no suficientemente científico porque no se le ha enseñado; y el otro es por así decirlo solamente científico. Sobre todo es necesario no quedar en manos de éste, porque si Ud. está enfermo no lo escuchará. Es verdaderamente la glaciación, es la tecnocracia en el sentido más aterrador del término. Y además, incluso si Ud. no está enfermo él lo enferma puesto que con los aparatos se descubre siempre alguna irregularidad.

En mi época yo no conocí esta división. Si el médico general estaba indeciso podía siempre consultar al que estaba en la facultad, que era un poco más sabio que él, pero no había entre ellos una diferencia de naturaleza. Actualmente, por un lado está el pobre médico que va y viene día y noche, y por el otro el "patrón" que posee el saber. Es demasiado pernicioso puesto que el uno no tiene suficientemente lo que es necesario, y el otro posee un exceso de lo que tiene. El primero, el médico general, frecuentemente no tiene tiempo y le falta una formación permanente, mientras que el otro está en posesión de un saber y de un poder que no sabe compartir.

P. P.: Ud. sabe que se han reintroducido hoy las humanidades médicas en las facultades de medicina. Se constata por lo demás una agitación en el mundo de la edición. La historia de la medicina le interesa al público. ¿No le parece que el interés por la historia de las ideas médicas resucita?

F. D.: Sin ninguna duda. Ud. percibe una agitación y eso me alegra. Ud. sabe cuál es mi tesis. Conviene acoplar la clínica y la instrumentación, evitar la distancia entre las dos. Pero la alianza podría ser facilitada, cimentada por la historia de la una y de la otra (la cultura médica precisamente). Interesarse por las evoluciones, comprender los cambios, captar la dialéctica inherente a la una y a la otra ayudaría al cruzamiento que nos parece ser la solución. Pero yo creo que, muy frecuentemente en medicina, se tiene que ver con un positivismo miope.

P. P.: ¿Quiere Ud. hablar del positivismo tecnológico?

F. D.: Sí, en la medida en que los estudiantes son educados en ese sentido y que, por consiguiente, reproducen lo que han aprendido; y Francia es la primera víctima puesto que ella pierde su tradición clínica. También los anglo-sajones dominan la escena médica francesa. Tienen laboratorios farmacéuticos gigantes, medios fabulosos, poseen o están a punto de poseer el mapa del genoma, tienen la biotecnología que le es vecina. ¡La biología se ha industrializado a tal punto, el Anglo-Sajón es a tal punto predominante! Y Robert Debré ha sido de alguna manera el agente de la toma de conciencia de esta transformación; ha querido que el hospital francés evolucione también hacia un sistema científico, lo que es bueno bajo ciertos aspectos —ya se lo he dicho que yo no me opongo—, pero con límites.

Robert Debré ha transformado la medicina francesa porque ella estaba rezagada con respecto a sus rivales anglo-sajones; pero es esta empresa americana la que me parece que reina como amo exclusivo debido a las razones industriales que se han mencionado.

P. P.: Desde el punto de vista enunciado, ¿su mirada sobre la medicina es más bien pesimista?

F. D.: Existen dos movimientos que se combaten y en Francia uno de los dos aventaja al otro en demasía. Pienso que la tradición existe aún, pero yo estoy más bien enojado porque no se tiene suficientemente en cuenta todas nuestras ventajas.

P. P.: Es extraño porque Ud. no quiere excluir ninguna tendencia. Por una parte admira la imagenología médica y el conjunto de las nuevas tecnologías médicas, y por otra parte reclama que el médico tenga una visión global, por tanto clínica, del cuerpo y de su enfermo. ¿Ud. es pues un positivista humanista?

F. D.: Sí. Así es. De un extremo al otro mantengo la misma observación. La instrumentación

siempre ha merecido un lugar importante pues la medicina no puede ejercerse sin exámenes y aparatos. Pero por una parte el enfermo se comprueba como el más sensible adelantándose a las pruebas objetivas, y por otra parte la medicina implica tener en cuenta una situación a menudo compleja. ¡Imposible excluir el "cuerpo" y la antropología!

Finalmente, la expresión "positivismo humanista" me conviene sobre todo si recordamos que el fundador del positivismo, Auguste Comte, le interesó tanto el cuidado de la humanidad.

BIOÉTICA. DE LA LIBERTAD INDIVIDUAL AL INTERÉS GENERAL

P. P.: La palabra "bioética", que es de origen norteamericano, ha invadido el mercado de las ideas. Cuando se leen los artículos y las tesis de quienes se entregan a la reflexión bioética se constata la presencia de dos polos muy importantes. Los unos dicen que es posible y deseable autotransformar la especie humana y los otros se rehúsan en nombre de valores religiosos o morales que se refieren a menudo al derecho de la persona, la inviolabilidad de la persona humana. ¿De qué lado se inclinan sus ideas en lo que concierne a la bioética?

F. D.: Los problemas actuales son considerables especialmente en el dominio de la procreación. La reproducción está en las manos del poder médico que puede transformarla o desviarla. Naturalmente el hombre corre los peores peligros puesto que eventualmente se le va a modificar su genoma. Se conocen las catástrofes que trae consigo el eugenismo.

Planteado así, no se puede resolver este problema pues las dos tendencias me parecen nefastas. Lo que es esencial para un filósofo es saber sobre qué fundamentos va a apoyarse.

P. P.: El problema es que esos fundamentos no son muy claros

F. D.: Se conocen dos que son un poco oscilantes. Primero, la naturaleza. ¿Se va a aceptar esta referencia antigua que remite a una cierta ética tradicional: "es preciso respetar la naturaleza"? Por una parte es una visión pagana y por la otra ¿no es capaz la naturaleza de extravíos, de monstruosidades, de desviaciones? ¿Se debe plegar el hombre a la naturaleza? Pienso que ésta no es una solución moral. Pero plegar la naturaleza al hombre me parece peligroso. El segundo fundamento al cual uno se refiere, pero que desgraciadamente me parece insuficiente, es decir: "se va a respetar la ética familiar". Se le rehusará por ejemplo la procreación médica asistida a una soltera. ¿Debe un niño tener un padre y una madre? Que la familia sea una institución más que respetable es algo de lo que estamos persuadidos, sólo que ¿no se vuelve el Derecho en este momento una obligación en tanto que corresponde poco a la realidad? La familia actual está dislocada. ¿Debe el Derecho casarse con la realidad para corregirla, o debe ignorarla? Pienso que no debe ignorarla. Me opongo a un Derecho de principios, lógico, definitivo e inmutable.

P. P.: ¿Ud. está más del lado de la jurisprudencia?

F. D.: Sí. Tanto para aplicar el derecho como para corregirlo. Ahora bien, constato que la madre no está encerrada en el sólo poder maternal, ella puede jugar también el papel del padre. Si Ud. quiere la familia típica, ideal, Ud. cierra el porvenir y lo obliga a respetar algunos cánones y algunas reglas. Lo aprisiona. Yo no quiero quedar prisionero en el dilema entre la autotransformación y la inviolabilidad de las normas. Me gustaría que el derecho médico esté adelantado pero sin caer por ello en la desmesura y el prometeísmo. Me parece que se puede encontrar entre estas dos vías un camino en el cual se cierre y al mismo tiempo se contenga el debate.

P. P.: Hay una especie de arbitrariedad que aparece en lo que concierne a los comités de

ética. *¿Se lo vio con Robert Badinter en los años 80 y aún se lo ve actualmente; no se sabe muy bien de qué ética, de cuál moral se reclaman estos científicos, esos filósofos, aquellos religiosos que participan en estos comités?*

F. D.: Ante todo yo respeto los comités de ética y encuentro importante haberlos colocado en el corazón del hospital. En efecto, además del comité nacional, cada centro posee igualmente sus propios consultantes. Es pues un progreso que es preciso reconocer. Sin embargo, personalmente, yo me he pronunciado contra estos comités de ética. Cada vez que el comité nacional debió tomar una decisión no evocaba las razones en las cuales se apoyaba para recomendar tal o cual solución. Es pues un poco factual. Lo he visto demasiado a menudo buscando el consenso. No violentar la opinión es quizás una actitud loable en cierta forma, pero es muy decepcionante para el moralista. Y en los peores momentos, ¿cuál ha sido la respuesta del comité nacional de ética? "Hacemos una moratoria, vamos a tomar nos un año o dos para reflexionar". Son siempre posiciones eclécticas de las que no se ve suficientemente los principios. Es necesario justificar una doctrina; ahora bien, no se dan sus bases. Se ve demasiado el carácter enfurtido, hábil de la decisión, que puede satisfacer la opinión pero no al moralista.

P. P.: *¿Qué sería menester para que fuera de otra forma?*

F. D.: En estos comités se ha asociado todo: un representante de todas las religiones, un médico, un juez, un sociólogo, etc. Es ya una especie de patchwork [labor de retazos] que incluye un riesgo de solución vaga. Para contentar a tantas tendencias, es evidente que ha de encontrarse un denominador común. Sería necesario quizás obligar al comité de ética a que nos de lo argumental. Se vería mejor sobre qué se fundamenta para predicar o prohibir esto o aquello. Existe una ausencia de pensamiento filosófico y jurídico.

P. P.: *En lo que concierne a los progresos de la genética, ¿cuál es su posición?*

F. D.: Es muy simple. Considero que existe una base fundamental del acto médico: respetar la libertad del individuo. Tomemos un ejemplo. Una mujer está encinta. A partir del momento en que puede saber fisiológicamente que está encinta, le concedo la posibilidad del aborto, con la condición por supuesto que no se trate de un acto caprichoso, pues el aborto por comodidad remite al eugenismo. Se puede suponer que ella será interrogada por un psicólogo para conocer sus motivaciones. Le concedo una libertad total durante el primer período de la vía embrionaria. ¿Cuál es el principio que coloco por delante? No se puede decir a una mujer: "ese niño está ahí, es un crimen si pone fin al embarazo". Esas son palabras presuntuosas, una visión jansenista, terrorífica. Si la mujer dice no, un no confirmado y justificado, es su libertad puesto que ella se encuentra en situación de gran peligro.

P. P.: *Puesto que Ud. no está amedrentado por el progreso de la genética, ¿cuáles deben ser los límites de la investigación en este dominio?*

F. D.: Aunque yo no sea tecnófobo, es preciso no exagerar. Tomemos otro ejemplo. Se ha considerado que se podían prever todas las malformaciones en el genoma, y preconizar eventualmente un aborto para no dejar venir al mundo a un niño malformado a cargo de la sociedad. Desgraciadamente se trata de un punto de vista más ideológico que científico. El medio interviene. No sólo existe el genoma. El genoma es también una construcción teórica de parte de los genetistas que nos dicen: "todo estaba ya ahí".

P. P.: *¿Sobre qué reposa esta construcción?*

F. D.: Se apoya esencialmente sobre el examen cariotípico. Este examen permite extraer células del líquido amniótico que vienen del embrión (se habla de embrión hasta el tercer mes de embarazo y de feto luego); en este mapa de los cromosomas son perceptibles las eventuales alteraciones (sobre todo si un par en lugar de comportar dos elementos comprende tres, por ello una trisomía).



Pero no dejemos de distinguir las afecciones o las deformaciones prácticamente letales (el sujeto no podrá vivir) de lo que se llamará "irregularidades" o anomalías, como una hexadactilia (un dedo supernumerario) para tomar el ejemplo más anodino.

No por ello deja de existir una playa, la de las afecciones que conducen a una existencia difícil, que no implica obligatoriamente la dependencia psicológica y social.

Sería agobiante preconizar sistemáticamente una interrupción médica del embarazo. Por no decir que caemos en el terrorismo eugenico, rechazamos la biodiversidad. ¿Quién no ve aquí el peligro?

Le voy a dar otro ejemplo. Si Ud. es hemofílico es una tara. Pero el día en que existan viajes interplanetarios serán las gentes cuya sangre coagula rápido las que estarán enfermas. Mientras que aquellos cuya sangre es muy fluida tendrán ventajas. Digo esto para mostrar que las condiciones del medio interfieren con el genoma. No se puede pues inducir del genoma consecuencias inmediatas. Es menester permanecer circunspecto en este dominio. Algunas malformaciones hereditarias nos protegen de otras más graves. Entonces, ¿no busquemos su "erradicación"! Por lo demás, hay numerosos casos flotantes. En las plantas, los *loci* genéticos son muy distintos los unos de los otros, los caracteres no son interdependientes. Es pues posible modificar el genoma. En los hombres se observa un genoma cuyos elementos son cada vez más entrecruzados, enmallados, interconectados. Esto impide la ecuación: tal gen, tal enfermedad monofactorial. Para que haya enfermedad es necesaria tal cantidad de participantes que yo no veo cómo se podría realizar tan fácilmente como se cree la solución eugénica preconizada por la ciencia.

P. P.: *¿Significa esto que los riesgos que corren la medicina y el progreso genético no son medibles?*

F. D.: No lo creo para el genoma. La gran idea es encontrar en el genoma el todo que se

realizaría. No creo que esto sea posible. En el vegetal sí, pero en el hombre no se puede extrapolar. Ahora bien, somos víctimas de esas extrapolaciones y de promesas que no podrán ser cumplidas. Por ejemplo, la mucoviscidosis; en la televisión fue el gran drama. ¿Depende la mucoviscidosis de un solo gen y de un solo elemento de ese gen? Algunas enfermedades, entre ellas ésta, responden a este esquema simple, pero Ud. no tiene el derecho de aplicarlo a todas. La mayor parte son multifactoriales.

P. P.: *¿A qué se opone Ud? ¿Está Ud. contra el eugenismo?*

F. D.: Fundamentalmente yo estoy contra el eugenismo. Ante todo porque el eugenismo no es posible. No se conoce la norma que se quiere realizar. No existe un hombre ideal. El eugenismo es una visión pervertida de la medicina.

P. P.: *¿Existe sin embargo un eugenismo necesario que puede buscar la prevención?*

F. D.: Sí; por ejemplo cuando el niño presenta importantes malformaciones, el aborto médico que rebasa el plazo autorizado de las diez semanas es un acto que uno no puede rehusar. Pero lo que aprecio en la ley francesa es que no se trata verdaderamente de una solución eugénica. Los padres tienen el derecho de escoger. El aborto no les es impuesto. Habría eugenismo si los padres estuvieran obligados a someterse a la interrupción del embarazo. Conocí una familia que tenía ya un niño trisómico. Con el análisis de los cromosomas se supo que el segundo hijo esperado era mongólico. Rechazaron lo que se les aconsejaba. Lo que yo no soporto es la posición eugénica practicada por los ginecólogos que sustituyen a los padres. No quieren preguntarles lo que opinan. No los juzgan capaces de decir "sí" o "no". Los reemplazan, lo que me parece extremadamente grave.

P. P.: *Este principio de libertad es demasiado optimista. Supone individuos emancipados, ciudadanos mayores de edad.*

F. D.: Sí; pero si Ud. no admite ese principio de emancipación que está en el corazón de la moral republicana de Condorcet, no veo con qué reemplazarlo. Todo ciudadano es capaz de comprender si se le informa con la condición de que se quiera claramente darle todos los elementos del problema.

Nadie puede abrogarse el cuidado de decidir por Ud. Kant reconocía claramente que la conciencia moral, el sentido de lo que se debe hacer, estaba en el corazón de la conciencia humana. Pero como se informa mal los datos están cargados. En el caso de un niño con problemas psicomotores yo le doy el derecho a la pareja de querer o de rechazar ese niño, y una vez más el médico no tiene el derecho de zanjar.

P. P.: *Ud. está contra la petición del sexo de los niños que van a nacer, en el caso de una inseminación artificial, ¿por qué?*

F. D.: La naturaleza, a la que no quiero, ha logrado sin embargo hacer nacer en la sociedad tanto hombres como mujeres. Ud. quiere sustituir la naturaleza y yo estoy de acuerdo; pero la libertad tiene límites. Si los individuos tuvieran la escogencia escogerían casi siempre niños. Por consiguiente, si Ud. deja que ocurra obtendría una población masculina muy importante. No permito que se escoja el sexo del hijo en la medida en que entonces debería esperar la emergencia de una sociedad monosexuada. La quiero bisexuada porque así es más rica. En este caso es preciso limitar la libertad. Los etnógrafos nos han permitido conocer el caso de sociedades donde sólo existen niños varones, como entre los Marquisianos. Es catastrófico.

Estoy pues contra esta libertad, excepto si una tara es llevada pues por el heterocromosoma masculino. Comprendo que esta familia no quiera niños sino niñas. Otra excepción: si Ud. tuviera por ejemplo siete hijos y que todos fueran muchachos, si yo puedo hacer que el octavo sea una niña, no tendría en tanto que médico porque oponerme a su libertad de genitor, en tanto que su petición responde a una necesidad de diversidad "natural".

P. P.: *Ud. es muy abierto en lo que concierne a la reforma del derecho familiar. Según Ud., ¿dónde se detiene la posibilidad de permutar el papel del padre y de la madre?*

F. D.: Ud. ha hecho alusión a Robert Badinter, ministro de justicia en aquella época. Él consideraba justo, en una conferencia europea sobre la bioética, que se permitiese la inseminación de solteras. A mí no me molesta que una mujer solicite una inseminación artificial en la medida en que se hayan tomado algunas precauciones; un examen psicológico previo me parece cuando menos necesario. Si es equilibrada, si tiene razones, si tiene una profesión que le permita asumir ese papel, si llena las condiciones de una familia, no hay problema.

P. P.: *¿Qué llama Ud. "condiciones de una familia"?*

F. D.: Que haya condiciones de equilibrio y de comodidad material suficiente.

P. P.: *Un niño sin padre, ¿eso no lo molesta?*

F. D.: No. La familia monoparental no me molesta si es verdaderamente una familia, si la madre puede cumplir la misión educativa y social que le será confiada.

P. P.: *Ud. que tiene sus ideas sobre la neurosis, lo encuentro temerario. Una madre sola, frente a su hijo, ¿eso no le parece una fuente de neurosis?*

F. D.: La familia por sí misma la engendra a tal punto que la familia monoparental no podría engendrarla más. Lo que precisamente reprocho a algunos médicos y juristas es el haberse encerrado verdaderamente en un estereotipo del que no quieren moverse aunque la sociedad se los obligue. En el fondo de mí mismo no estoy a favor, pero no puedo estar en "contra". Quizás lo que voy a decir lo escandalice, pero yo admito también que una pareja homosexual tenga hijos. ¿Por qué rehusarles un niño, por qué "esterilizarlos"? Son parejas muy sólidas que cumplen

bien las funciones que vamos a quitarles. Pero se puede ir un poco más lejos. Para una pareja de hombres lo que se preconiza es el tener el espermato del uno y el espermato del otro. La mezcla de los dos servirá a la inseminación de la mujer que, habiendo prestado su cuerpo, dará a luz un niño del que se ignora *a priori* el padre. Para evitar la disociación, todos dos serán padres y será maravilloso para esos dos hombres recibir un hijo. ¿Se puede estar seguro de que el niño está destinado a la neurosis? No estoy seguro de eso.

P. P.: *Tras la huella de Wilhelm Reich Ud. predica muy en serio "la corporeización de las neurosis". ¿Tratándose de la familia Ud. parece tener una posición muy abierta, por no decir revolucionaria?*

F. D.: Evidentemente es demasiado fácil decir que se abre la vía a la patología, pero yo encuentro que la familia normal es también patógena. No podrá ser peor.

P. P.: *¿Por qué la familia es a ese punto patológica?*

F. D.: Me cuidaré de generalizar. Pero, ¿quién negará la existencia de familias aparentemente unidas que ocultan difícilmente profundas fracturas y que están prácticamente disociadas? Además, ¿las mejor preservadas no mantienen un clima frecuentemente favorable al encierro? Lo acabamos de mencionar: en sentido inverso familias monoparentales pueden lograr su función educativa.

En resumen, la familia por sí sola no puede jugar el papel de referente o de condición indispensable para el desarrollo armonioso del niño. Pero por ello no filo con los filósofos que, de Engels a Deleuze —perdóneme el resumen— han visto en la defensa de la familia un engaño, como si se tratase para el pensamiento burgués de sostener la propiedad y su transmisión en lugar de valorizar el papel simbólico de la paternidad. La sociedad moderna se encarga de quebrantar el dogma de una familia soberana y omnipotente: ella no puede reivindicar, para y por ella sola, el

cuidado del niño. Por esto yo no estoy obsesionado por lo que algunos llaman la "lamentable desaparición del padre".

P. P.: *Lo que Ud. quiere decir es que no hay mas familia que la que uno se da*

F. D.: Sí. Y yo le digo al Sr. Mattéi, al gran responsable de la bioética: "Ud. no quiere familia monoparental, pero su ley admite la adopción de un niño de poca edad por parte de una mujer célibe; entonces, Ud. no quiere la inseminación porque sería monoparental pero permite la monoparentalidad por adopción". El me responde de manera un poco sofisticada diciendo que el niño adoptado estaba ya aquí, mientras que el niño inseminado no lo estaba. Que él esté o que no esté, Ud. se lo da sin ninguna reticencia a una sola persona para constituir una familia. Son dos pesos, dos medidas, pues la adopción por una soltera es fácilmente legitimable. Conocí maestras a las cuales se le reconoció el derecho de adoptar niños vietnamitas de poca edad. Fueron familias ejemplares y los niños han evitado los peores desastres que algunas veces las familias tradicionales han desarrollado.

P. P.: *Su gran tolerancia en materia de vida familiar se inspira evidentemente en la idea que Ud. se hace del funcionamiento del cerebro. ¿Puede precisarla?*

F. D.: Es verdad, mi concepción del cerebro implica una visión orientada hacia la psiquiatría social. Le doy un ejemplo: un marido lleva a su mujer al hospital psiquiátrico porque está visiblemente alucinando; serán necesarias dosis considerables de Largactil para llegar a desecar su delirio y a mantenerla en una especie de camisa química. El marido va a ver a su mujer, es muy gentil, le lleva flores... Gracias a los neurolépticos que logran estabilizar a su mujer, ella sale del hospital. Pero entonces es el marido el que se enferma. Porque él no tenía buena salud sino mientras su mujer estaba enferma. Es lo que se llama la patología de balanza. Mientras que ella estaba en el hospital, él estaba radiante y obse-

quioso, pero el día en que su mujer vuelve a su lado, se encontró que era el eslabón débil. Dicho de otra manera, los cerebros funcionan en simbiosis. El enfermó a su mujer porque era el eslabón débil, y cuando el eslabón débil no pudo ya volverse a enfermar porque se lo ató a golpes de neurolépticos, fue él quien se enfermó puesto que tenía necesidad de la debilidad del eslabón.

La cerebralidad es un juego, y si Ud. lo ignora como algunos neurólogos que sólo juran por las neuronas y las sinápsis, Ud. no puede comprender esta dialéctica oculta en la sociopatología. Yo he evocado algunos ejemplos de este tipo para mostrar que se está en un dominio polimorfo, complicado, donde hay interacciones y donde me parecía que el positivismo no conviene. Prefiero pues leer Bergson o Goldstein que a algunos modernos, porque los primeros tienen una comprensión del conjunto.

P. P.: *¿Cómo esta visión del cerebro como centro relacional puede inscribirse en la vida del hombre ordinario para que éste, sin usar forzosamente medicamentos del espíritu, pueda jugar con su cerebro?*

F. D.: Henri Péquignot, quien hace el prefacio de una obra interesante intitulada *Pygmalion à l'école*, ha mostrado que los niños víctimas de su cerebralidad son fabricados totalmente por los maestros. Citaba un ejemplo de un institutor que había decidido conceder notas un poco más elevadas a un niño e, inversamente, bajar las notas de algunos otros. El psicólogo mostró de manera experimental que entre más se le rebajaba la nota más retrocedía el niño. Es el maestro el que finalmente forma esos niños. El que recibía notas un poco más altas se volvía muy buen alumno. Es pues la prueba de que el hombre fabrica las aptitudes del hombre, que ellas no están inscritas. La cultura se impone a la naturaleza. El encuentro interrelacional decide la posteridad; entonces hacer un análisis positivista diciendo: "existe tal aptitud" me parece muy limitado e injusto. La escuela fabrica los buenos y los malos; mientras que pretende remarcarlos los instituye.

P. P.: *¿Qué lugar le concede a los medicamentos del espíritu?*

F. D.: Un lugar muy importante pues me interesa fundamentalmente en el objeto terapéutico. Desde hace treinta años los neurolépticos han ganado en finura. De toda la paleta de los medicamentos efectivos se puede encontrar el que mejor convendría a su flaqueza. Las terapéuticas medicamentosas permiten un juego muy rico. Al lado de ésta, me parece que el psicoanálisis es una terapéutica larga y aleatoria.

P. P.: *Este rico juego se inscribe en una lógica social. Alain Ehrenberg en L'individu incertain (1995) evoca la imagen de Mr. Prozac y Mrs. Morfina. El Prozac dice él corresponde a una lógica de sobreinversión social, de sobreprofesionalización de las élites que se sobreactivan porque entran plenamente en el juego de la competencia social. Por su parte la morfina favorece el ausentismo. Se la usa para olvidar la competencia, la lucha económica, etc. ¿Es un poco cómico, no?*

F. D.: Evidentemente es paradójico que yo sea un defensor encarnizado del Prozac. Estoy en contra de él si el Prozac se vuelve un verdadero dopaje para personas que mantienen su stress por razones sociales o económicas. Estoy a su favor si es un medio para escapar a algunas crisis existenciales. Lo que claramente significa que, como todo medicamento, no debe ser tomado de manera sistemática.

P. P.: *Pero actualmente en las grandes ciudades, ¿juega el Prozac un papel de sobreinversión social?*

F. D.: Sí, ¡pero él tiene a tal punto efectos milagrosos! Disminuye la angustia, borra todas las latencias un poco depresivas, sobredetermina la actividad. Al mismo tiempo es un ansiolítico notable.

P. P.: *Pero ¿por qué lo defiende?*

F. D.: Ante todo porque es eficaz. No me gusta demasiado la logomaquia del psiquiatra. El

remedio es un condensado de técnica y de sociedad. Todo el mundo atraviesa momentos difíciles en la vida; por el contrario, las gentes están más o menos bien armadas para afrontarlos y es necesario poder recurrir a un soporte para que vuelva esos momentos menos dolorosos. Además esos medicamentos tienen sutilezas en la eficiencia que los hace muy inteligentes, si me atrevo a decirlo.

P. P.: *Precisamente, hablemos de los medicamentos inteligentes*

F. D.: Tomemos un ejemplo: Ud. tiene un antibiótico cualquiera que lucha contra los microbios. Los microbios están rodeados de una capa que les permite congelar la situación porque están en un nicho que ellos han esclerosado. Antes de que los antibióticos puedan afectarlos habrá fiebre. Entonces, ¿qué hace la farmacodinamia? Asocia al medicamento una sustancia favorable a la difusión del microbio. Si Ud. sólo da cortisona sin antibiótico, va a "septicemizar" puesto que la cortisona es la antiesclerosis y el anti-inflamatorio, en fin, la antidefensa. Y si Ud. aplica el antibiótico completamente solo, él no hace nada. Entonces se dan los dos: el que mata el microbio y el que lo ha desalojado de su plataforma y lo ha diseminado. Se mezclan pues los contrarios. Es bastante maligno, es necesario ser estratega. Los medicamentos del espíritu logran prodigios gracias a su sutil composición. Cuando Ud. está deprimido, es necesario al mismo tiempo estar activo pero disminuyendo esa especie de bruma que lo invade. Para conjugar los dos, es necesaria una cierta complementarización delicada y sutil.

P. P.: *En su obra aparecida en 1992, El Cerebro ciudadela, Ud. admite que hay un lazo entre el uso a veces superabundante que se hace de estos medicamentos del espíritu y una cierta lógica social, por no decir económica.*

F. D.: Sí, con la diferencia de que los laboratorios se aprovechan excesivamente de esta situación. En este punto el capitalismo es un mal. Pero dado que Ud. tiene la amabilidad de aludir a

lo que he publicado en la colección "Les empêcher de penser en rond", efectivamente, yo he defendido y expuesto ya lo que son los medicamentos del espíritu. Sobre este tema: me parece deficiente el psicoanálisis que los rechaza. Cuando uno se encuentra ante un toxicómano dependiente, es necesario claramente recurrir a un antidependiente como la metadona. Esta, aunque próxima de la cocaína o de la heroína, permite el destete sin ser tóxica. Los biólogos se oponen a su venta pretextando su parentesco con la morfina. Le es próxima con la diferencia que es un antimorfinico aunque es una paramorfina. A causa de esta similitud puede actuar y salvar. Philippe Pignarre, teórico de los psicotropos y de su historia nos ha convencido de esto. Sin la metadona no existe salvación para los toxicómanos; esta es la función del "remedio", indispensable mediador. También conviene seguramente alabar los medicamentos del espíritu, incluido el Prozac.

P. P.: *¿Se puede escapar a la depresión?*

F. D.: No se escapa. No se puede escaparle. La vida es una larga depresión puesto que la muerte nos espera. Pero existen muchas formas de depresión; existe la depresión existencial que es inevitable y existen también las depresiones sociales y puntuales. Es acá donde los medicamentos ansiolíticos hacen su oficio.

P. P.: *¿No piensa Ud. que actualmente se tiene la tendencia a hablar de las depresiones únicamente bajo su ángulo social? Pienso que la palabra que se expresa sobre los medicamentos y sobre la psiquiatría, como sobre la depresión y el stress social, es una palabra que no permite —para hablar como Foucault— el "cuidado de sí"; ahora bien yo he creído comprender que a Ud. le importaba este cuidado de sí.*

F. D.: Sí, pero pienso que los medicamentos del espíritu no pueden alcanzar ese cuidado de sí. No pueden verdaderamente borrar las depresiones, pero nos pueden ahorrar esos momentos puntuales ligados a situaciones conflictivas eventuales. Ellos no tocan el fondo. Si lo pudieran

hacer rebasarían a la medicina y a las técnicas científicas.

P. P.: *Al mismo tiempo, ¿no se tiene una visión delimitada y puntual de la depresión? ¿No se puede articular el aspecto médico con el aspecto trágico y vital?*

F. D.: Sería lo que haría el meta-médico.

P. P.: *¿Ud. es un poco uno de ellos?*

F. D.: Es un gran cumplido. Pero es lo que todo médico debería poder hacer. Se reconoce entonces que la escucha tiene más valor que los medicamentos. Me di cuenta de ello cuando tenía que “asumir” consultas para parejas en discordia. La escucha sin medio directivo, la simple escucha, era una terapia.

P. P.: *Ud que es un defensor de la inseminación post mortem, ¿no piensa que un niño nacido de un padre muerto esté predestinado a la depresión y a la neurosis?*

F. D.: (Risas) Sí, pero el *post mortem* es mi caballo de batalla. Le voy a dar un ejemplo más. Imagine un padre de familia que padece un cáncer y que sabe que va a morir. El Centro de estudios y de conservación del esperma (CECOS) permite que deposite su esperma antes de ser sometido a irradiaciones mortíferas. Su mujer estaba de acuerdo y él también; sabía que iba a morir y muere. Su mujer reclama el derecho a recibir el esperma de su marido y se le rehúsa. Es una familia la que lo ha querido y el CECOS lo ha aceptado... La ley de 1994 sobre la bioética votada por el Parlamento hace un año condena la inseminación *post mortem*. Pues bien, ¡se me cae el carriel! Porque es necesario, para que la inseminación sea posible, ¡el asentimiento de los dos esposos vivos! Cuando él depositó su esperma estaba vivo y ahora está muerto. Entonces se tiene miedo a que la familia sea transformada en familia sepulcral, demasiado dominada por la muerte. Pero una familia, no es forzosamente la realidad, esto puede ser lo imaginario pues ella ha existido. Esta viuda quiere continuar su existencia, ¿se le va a rehusar ese derecho? El niño

tendrá un padre muerto pero hay muchos niños cuyo padre está muerto. No comprendo. Por lo demás, tengo razones para no comprender, porque si Ud. lo recuerda, en Francia, ha habido dos juicios contradictorios. Créteil ha hecho posible la inseminación *post mortem* mientras que Toulouse la ha condenado. Actualmente la ley ha borrado la duda y la ha prohibido porque es necesario que los dos padres estén vivos.

P. P.: *¿Qué es exactamente lo que Ud. le reprocha a la ley de junio de 1994 sobre la bioética?*

F. D.: También le he reconocido a esa ley ciertos méritos. En su conjunto ha integrado la modernidad, para emplear las palabras presuntuosas. Pero juzgo algunos puntos negativos. Sin embargo permanezco muy confiado. Es la realidad la que va a cambiar la ley (por lo demás ella se reconoce revisable, lo que debe irritar al jurista ortodoxo). La realidad no cesa de abordar elementos nuevos. Finalmente, esta construcción jurídica que reina actualmente va a resquebrajarse pronto. Será necesario que los diputados la enmienden un día. Por esto me opongo a la doctrina del Derecho natural y del Derecho inmutable que tienen una lógica inflexible.

Cuando sólo se tratan cuestiones materiales se puede estar avanzado, pero para cuestiones que tocan a la vida, a la infancia o al embrión, se vuelve más difícil. Ya, para hacer votar la ley sobre el aborto, fue necesario tomar el asunto con pinzas, y actualmente algunos la vuelven a cuestionar. Si se ha avanzado, también se retrocede. Vea en los Estados Unidos, en Alemania o en otras partes, esta ley sobre el aborto continúa levantando tempestades. Pero con la construcción europea, países cuya legislación es diferente estarán obligados a encontrar una unidad legislativa, lo que les promete buenos tiempos, pero que les va a introducir movimiento en la legislación.

Entonces, ¿por qué el Parlamento sigue siendo friolero en ciertos puntos —y no en el conjunto—, sino porque se toca problemas vitales, cruciales, que no se tiene la costumbre de en-

frentar? Pero la realidad se encargará de quebrar la ley. Por ejemplo, se han encontrado otros medios de realizar la fecundación puesto que el espermatozoide puede ser inyectado directamente en el óvulo. La tecnología se mueve y va a hacer posible acciones que no se habían imaginado y que vendrán a perturbar este edificio. La crioconservación, la conservación de embriones supernumerarios durante años, la crioconservación de pajitas de esperma dejarán de imponerse. Sólo Julio Verne hubiera podido pensarlo. Lo que era ficción se ha vuelto hoy realidad.

P. P.: *Sí, pero se puede conservar el embrión dos siglos si se quiere*

F. D.: La ley debería autorizar su supresión después de un cierto plazo para evitar lo burlesco. Porque en ese momento se entra en el surrealismo. La abuela se vuelve la nieta de un bisabuelo; entonces uno se ríe y no se tiene el derecho de reír con cosas tan serias como el embrión.

P. P.: *¿Qué definición daría Ud. de embrión?*

F. D.: La propia medicina antenatal distingue el embrión (así nombrado durante los tres primeros meses del embarazo) del feto (niño embriológicamente desarrollado). El lenguaje mismo parece conservar y fijar dos términos; abre la vía a un doble estatuto. Se alinea o retoma la teología medieval, por no decir aristotélica, según la cual debemos contar con “muchas almas”: existe el alma vegetativa, el alma motriz y el alma racional. El embrión se forma por grados, el alma vegetativa es como un fruto y después de ella la evolución sigue. Esta es la razón para estar de acuerdo con el aborto. Pienso que en las seis u ocho primeras semanas el embrión no es un hombre, sólo lo es “en potencia”, por tanto se tiene el derecho de interrumpir el embarazo. Por esto, biológicamente hablando no puedo estar de acuerdo con los adversarios del aborto, los que dicen: “es un asesinato, se mata al hombre...”.

Sobre este tema, una filósofa alemana, Uta Ranke-Heinemann, escribió en 1988 un bellísi-

mo libro sobre la evolución de la teología en la Edad Media. Cuando se pretende que lo que yo desarrollo aquí es pagano, se está en el error; la Iglesia ha ido a tal punto lejos en la libertad de comprender las cosas que uno queda sin respiración; ella propuso verdaderamente las soluciones más audaces. Pero sin ir tan lejos, si el embrión no es sino vegetativo en las primeras semanas, deja al hombre la escogencia de no acogerlo cuando tiene razones sólidas para no poder aceptarlo. Por esto la IVG [interrupción voluntaria del embarazo] me parece justa y por tanto la defiende. Por supuesto que a la vigésima semana se convierte en un asesinato, en un infanticidio. La embriología nos enseña que existen umbrales y que la formación neurológica constituye un escalón de la embriogénesis. El sistema nervioso es el signo de la humanización. El progreso médico y el progreso embriológico favorecen el acto de la libertad, puesto que el aborto se vuelve posible en las diez primeras semanas solamente pues, lo repito, existe un lapso de tiempo que es claramente definido. Además la madre comienza a experimentar en su carne que el niño se ha formado, el embrión hace algunos movimientos.

P. P.: *¿Y en el caso de una inseminación post mortem de esperma congelado cincuenta o cien años después?*

F. D.: No, en este caso sería la locura. Evidentemente que es necesario fijar límites temporales, límites ontológicos. Que la familia exista, que se prolongue su existencia, ¡pero no más allá de un cierto lapso!

P. P.: *Ud. no me respondió hace un rato, ¿qué concepción tiene de la familia? Ud. dice que es un valor, pero ¿cómo definiría ese valor?*

F. D.: Es la libertad.

P. P.: *¿La libertad de escoger con quién se vive?*

F. D.: Sí.

P. P.: *¿Un compañerismo ampliado?*

F. D.: Ella puede detenerse ahí, y es cierto que cada vez más se detiene ahí, porque comprendió que lo esencial estaba allí y no en lo siguiente. Por tanto no es forzosamente un valor sociológico. Sí, es una camaradería que puede terminar pero que también puede enriquecerse cuando hay niños. Y los hijos pueden beneficiarse de este ser social.

P. P.: *La bioingeniería es igualmente para Ud. un caballo de batalla. Hay mixturas aterradoras, la del hombre y del chimpancé por ejemplo, Ud. no está dispuesto a ceder a tales mixturas. Entonces, ¿por qué acepta algunos cruzamientos mínimos ventajosos?*

F. D.: Ud. evoca el importante problema de los trasplantes sobre el cual se juzga mal. El mito se ha impuesto pues, finalmente no hay ahí verdadero injerto. Decir que hay injertos querría decir que se pueden hacer intercambios estándar, reemplazar un hígado por cualquier otro, y lo mismo para el corazón... Las cosas no ocurren así. Es una deformación total. En realidad es como los grupos sanguíneos: si va a hacer una transfusión de sangre no puede hacerlo con cualquiera, es preciso que sea compatible con la del receptor. Entonces será necesario escoger un hígado que corresponda al que se tenía. Luego, para que Ud. acepte ese trasplante se verá condenado toda la vida a tomar inmunosupresores que le impidan reaccionar, pues es una agresión permanente. La ciclosporina modificó el problema de los trasplantes. Y si no hay la participación farmacológica, no hay trasplante. El viviente del que se habla sigue siendo un todo.

Evidentemente la solución mejor, pues no siempre se encuentra un corazón, sería disponer de un órgano animal bastante próximo. Se piensa que el corazón del cerdo podrá un día sustituir el corazón del hombre. Es una mezcla inesperada y feliz, pues finalmente se podrá recurrir a un órgano animal sin los problemas emocionales que se plantean, para "reparar" el corazón deficiente del enfermo. El trasplante animal es la esperanza de la cirugía.

P. P.: *Si en un cromosoma de ratón se inserta una parte de patrimonio humano y se engendra un nuevo animal transgénico, ¿qué va a suceder? ¿Ese nuevo animal trabajará para el hombre?*

F. D.: Sí, él va a producir sustancias que el hombre produce pero a veces en cantidades insuficientes. El animal será el proveedor. Para obtener una secreción hormonal, en cantidad suficiente (una de las que secreta un órgano cerebral) es o era necesario en principio, tejidos humanos en abundancia; por ello en el límite una extracción imposible. Por esto ha sido importante obligar al animal a integrar a su patrimonio una pieza del programa humano (la transgenosis): producirá entonces la sustancia deseada. Este animal modificado en sus estructuras, transformado en "fábrica de producir" lo que nos falta, representa una incomparable innovación técnica: la biotecnología provee a la farmacología (a veces incluso la industria) sustancias o moléculas indispensables.

P. P.: *¿Se puede intervenir sobre el cromosoma humano? ¿Dónde están los límites en lo que le concierne?*

F. D.: Intervenir en el cromosoma humano me parece sospechoso, se arriesga entrar en el eugenismo. La solución ideal es: dado que en el animal los elementos me parecen más disociados los unos de los otros se puede modificar más fácilmente uno para obtener un resultado, como por ejemplo una secreción endocrina. Cada vez que el animal socorre al hombre, veo un triunfo de la técnica, pero no en el caso inverso. No se trata de animalizar al hombre sino de humanizar médica o farmacológicamente al animal.

P. P.: *¿Me gustaría saber si lo inverso es o sería técnicamente posible?*

F. D.: No, finalmente yo creo que no. Desencadené una tempestad hablando de los cuerpos nacionalizados y del fin de los cementerios. Eran palabras un poco provocantes pero su sentido es muy claro. Antes de que se pueda contar

con el trasplante animal, el trasplante humano es un problema. Vea aquí un hecho: en el hospital de Nancy, un hombre está afectado de una cardiopatía grave y evolutiva. Pertenece a un grupo raro y no se le encuentra ningún corazón compatible para transplantárselo. Ahora bien, una noche un motociclista accidentado entra en coma profundo y se encuentra que era el portador que convenía, el mismo grupo y un corazón joven, lo que es indispensable. Desafortunadamente, como no tenía aún dieciocho años, fue necesario solicitar el consentimiento de sus padres para transplantar su corazón al enfermo que esperaba. Su negativa, por comprensible que sea, impidió la operación. Y hubo allá dos muertos esa noche. ¿Es esto tolerable? No.

Entonces me pregunto si —cuando el cuerpo de un hombre en situación de muerte práctica (el coma profundo) puede resucitar el cuerpo de otro hombre— ¿el Estado, guardián del interés general, no debe intervenir aquí para imponer este acto de generosidad que la familia no puede asumir? No se puede solicitar a la familia ese desmembramiento del cuerpo del que va a morir. Diciendo "nacionalización de los cuerpos", sería necesario quizás favorecer la idea de la comunidad obligada de los cuerpos. Una comunidad un poco mística, a la vez ética y religiosa. ¿El "fin de los cementerios"? Dicho así es un poco grotesco y no expresaba lo que yo pensaba.

Otra situación concerniente a un motociclista cuyos padres habían autorizado, con mucha bondad, que se extrajeran todos los órganos de su cuerpo excepto los ojos. El médico encargado de la intervención se abrogó el derecho de extraer los ojos, para los que los padres no habían dado su consentimiento. En este caso preciso pienso que el médico se merecía la demanda en la medida en que no había respetado las recomendaciones de los padres. Y mucho más dado que habían hecho una donación notable de la totalidad de los órganos —el corazón, el hígado, los riñones...— y sólo habían solicitado un pequeño espacio de intocabilidad. Me parece que esa fue una violación.

P. P.: *¿El ideal sería que cada uno fuese tan generoso como este motociclista?*

F. D.: Ciertamente. Y sobre todo que la cirugía del año 2000 será la de los trasplantes. Es la innovación, es la solución por excelencia de la terapéutica quirúrgica. Se transplanta la médula, se transplanta el corazón, el hígado, los riñones... Ahora bien, Ud. sabe que para el hígado hay dos mil solicitudes para doscientos donadores. Existe entre la demanda y la oferta un desfase enorme, dañino y por consiguiente inaceptable. La solución ideal es que los individuos den generosamente su órgano; pero si no lo quieren, ¿qué es necesario hacer?

P. P.: *¿Dónde está la ley sobre este problema? ¿Es siempre la misma?*

F. D.: Sí, es siempre la misma, es necesario que la donación sea gratuita —lo que yo comprendo, aunque a veces esté dispuesto a pagar—. El sida ha sido una prueba para la nación; la necesidad de sangre se ha acrecentado mientras que la donación disminuye en Francia. Lo que ha conducido a buscarla en las prisiones, a culpabilizar a los prisioneros para que reparen su falta dando su sangre y desafortunadamente, en muchos, estaba contaminada. Pero otra razón explica esta friolería. Los franceses saben que con la sangre que ellos donan, algunas industrias farmacéuticas fabrican remedios que venden a precios exorbitantes. Quizás habría que indemnizar un poco a los benévolos.

P. P.: *¿Porque la donación debe ser benévola?*

F. D.: Sí, y anónima y libremente consentida.

P. P.: *Sin embargo Ud. está de acuerdo con la extracción sistemática de órganos. En el caso de una negación de la familia o del donador...*

F. D.: No hay negativa posible puesto que no se lo solicita más; estoy persuadido que es menester encontrar una solución mientras que aparecen otras, como los trasplantes animales.

P. P.: *¿Ud. iría pues contra la voluntad de un enfermo que ha escrito: "no quiero dar ninguno de mis órganos"?*

F. D.: Sí. Algo que plantea un gran problema moral merece ser señalado. En Inglaterra, la ley dice que si Ud. no ha aceptado donar órganos para trasplantes no se beneficiará en caso de necesitarlos. ¿Tiene alguien el derecho de merecer el cuerpo de los otros mientras que rehúsa dar el suyo? Esto me recuerda la posición de un cirujano inglés que rehusó operar un enfermo afectado de cáncer del pulmón porque este no quería comprometerse a dejar de fumar después de la operación. Mientras que en Francia, desde la ley de junio de 1994, Ud. puede recibir tantos órganos cuantos necesite su cuerpo, incluso si Ud. no es donador de sus propios órganos.

Pero yo repito que mi posición se fundamenta en que hay carencia. Si todo el mundo diera no habría problema; prefiero que la gente done, pero si no quieren donar, sería deseable que la ley lo imponga. La Iglesia católica aprueba totalmente el punto de vista que defiende. Está profundamente ofendida por la opinión sobre la resurrección de los cuerpos. Celebra el "cuerpo místico". Sabe muy bien que el cuerpo material se pudrirá y "volverá al polvo". He asistido a coloquios sobre trasplantes y he encontrado jesuitas que iban mucho más lejos que yo en su teología abierta. No temo pues, por parte de las creencias religiosas bien comprendidas, reticencias con respecto a este tema, por el contrario. Me parece justo que cuando la generosidad no es un gesto natural soy partidario de alentarla institucionalmente, imponer el cuerpo místico, con el fin de poder salvar un ser vivo gracias a un órgano que, de todas maneras, está condenado a degradarse rápidamente en la tierra.

P. P.: *Y el cuerpo propio del individuo, ¿es para Ud. una propiedad inalienable?*

F. D.: Por supuesto que es una de ellas, pero eso no me impide violar este principio jurídico sagrado. Si estoy muerto de hambre y robo una manzana al tendero de la esquina, ¿soy culpable?

No, porque existe necesidad. Yo extraigo discretamente el corazón de un enfermo que va a morir para salvar a otro. Evidentemente he violado un bien, es su cuerpo, es su bien absoluto; pero ¿solamente en el caso de gran indigencia se tiene el derecho de arañar la doctrina de la propiedad? Esta es la cuestión.

P. P.: *¿Qué sería necesario hacer para que ese reino de la necesidad opuesto a la doctrina de la propiedad gane un poco más los espíritus?*

F. D.: Sería necesario una información más viva, sería necesario persuadir a las gentes. Pero la ley es contradictoria consigo misma. Para saber si un individuo ha donado sus órganos o no los ha donado sería necesario un fichero nacional. La Señora Veil, ministra de la Salud, decía que ese fichero donde estarían inscritos los donadores y los no-donadores era imposible de ponerlo en marcha. Entonces, ¿cómo se sabe si Ud. ha hecho donación o no de sus órganos? Por otra parte, si la intervención tiene lugar en urgencias, ¿cree Ud. que se tiene el tiempo de consultar un sábado en la tarde un fichero nacional para saber si la donación es posible? Pasemos de largo si las soluciones técnicas no son pues viables. No va uno a enfrascarse en cuestiones jurídicas mientras que la gente muere. Lo repito: cuando la generosidad no está inscrita en los hechos, es necesario institucionalizarla y yo no veo dónde esté el mal.

P. P.: *Sí, pero para poder institucionalizarla es necesario saber imponer decisiones políticas...*

F. D.: ...que el Parlamento ha rechazado. Le reprocho un liberalismo excesivo. Sería necesario mirar las legislaciones con más detenimiento, pero me ha parecido que incluso en Bélgica no era así. Pero volviendo a Francia, el ambiente humanista de la Asamblea nacional ha dado un texto que tiene aspectos muy positivos, como para el aborto donde es irreprochable, pero en algunos otros puntos no ha podido ir hasta el fondo, especialmente para el trasplante y la extrac-

ción de órganos. El Parlamento ha sido firme y rígido: es necesaria la donación aceptada por parte de la familia del menor y no se puede ir más allá.

P. P.: *En lo que concierne a su filosofía de la libertad, ¿por dónde pasa el límite entre el individuo y lo colectivo? Cuando Ud. denuncia el liberalismo de los unos o el humanismo un poco enfurtido de los otros, ¿quiere decir que su concepción de la vida humana está encerrada en una carcasa?*

F. D.: Reconozco que soy víctima de una tradición filosófica. Existe el Estado policial, el Estado corrupto, todos los Estados posibles, pero yo tenía en mente un Estado de estilo hegeliano que represente el interés general contra los intereses particulares, que sea el espíritu objetivo, la sociedad mirándose a sí misma en lo que mejor tiene. Un Estado que tuviese la preocupación por la salud, por la educación y por la solidaridad me parecería ser el requisito supremo, el árbitro por excelencia. Los liberales se quedan siempre en el individuo: es necesario conceder libertades, encontrar amalgamas para que ellas puedan ser compatibles entre sí, pero es una visión muy utilitarista. No existe nada peor. El Estado hegeliano está por encima de los intereses particulares. Los rebasa al mismo tiempo que puede satisfacerlos. ¿Es una visión utópica del Estado? En todo caso es lo que él debe ser.

P. P.: *No es un punto de vista utópico sino más bien una concepción idealista. Al escucharlo, el Estado es lo contrario de un monstruo frío, es el Estado razonable en todo su esplendor.*

F. D.: Como ya lo hemos mencionado, todo se oscurece si Ud. sólo tiene en cuenta un Estado burocratizado además de policivo, si no ve al Estado más que a través de una visión inquisitorial o únicamente fiscal. ¿Pero es ese realmente el Estado? ¿Se lo va a reducir a su policía—por lo demás indispensable—o a la recaudación de impuestos—no menos necesaria?

En el Estado democrático estas funciones están subordinadas a una tarea más importante: favorecer la vida civil, asegurar la protección de cada uno e incluso reducir las desigualdades (por esto la carga de la educación, de la salud, de la defensa). Como garante del interés general, él no puede admitir que mueran ciudadanos por falta de un auxilio que vendría de los que se sitúan entre la vida y la muerte (el coma profundo). Se le impone la idea de "una especie de cuerpo generoso, común" que atravesase las generaciones y una los organismos entre sí, "un cuerpo místico social".

¿La donación debe ser gratuita? repite la filosofía liberal. Sí, pero no es suficiente. En tiempo de guerra no se solicita a los ciudadanos que se desvelen. En momentos de penuria y de peligro ¿no conviene también imponer "la donación de sangre" (para las transfusiones) y "la extracción de órganos"?

P. P.: *Al mismo tiempo, este Estado que defiende el interés general refrena a las minorías. Hace un rato Ud. ha reconocido el derecho de los homosexuales a tener niños, ¿su visión hegeliana del Estado es compatible con el derecho de las minorías?*

F. D.: Ud. quiere decir el Estado norma, que entrabaría todas estas desviaciones. Evidentemente estoy desconcertado; seguramente es preciso evitar el Estado monolítico que impediría a las minorías desplegarse, pero ¿no se puede imaginar un Estado que al mismo tiempo que defienda el interés general reconociera el derecho de las minorías? ¿Es incompatible? En todo caso, yo prefiero lo colectivo a lo individual. Un cierto socialismo me parece ser el fundamento. En todo caso, la sociedad se ha introducido entre el médico y el enfermo puesto que es ella la que asegura el financiamiento de esta relación privilegiada (el tercero que paga). ¿Quién se quejaría de ello?

Queda un paso más por dar: la sociedad podría o debería ser llevada a controlar algunos actos médicos dado que tal o cual decisión impor-

tante (como la interrupción médica del embarazo) no podría depender de una apreciación personal o de un juicio individual. ¿Por qué un colegio de expertos no sería llevado a decidir o a juzgar?

Lo que vale para uno solo no vale para nadie, tal sería la ley de bronce de la literatura, según Paul Valéry. Ampliemos el precepto.

Por principio a la medicina le repugna esta solución; por encima de todo desconfía de la burocracia. Pero el pensamiento de muchos y para muchos asegura precisamente el pensamiento y nos aleja de la opinión (personal). El socialismo significa que se pasa por un juicio que se controla y que implica la presencia de la comunidad.

P. P.: *Ud. es de hecho un liberal-socialista, o ¿más bien un socialista individualista en su versión francesa?*

F. D.: Espero que sea posible conciliar la libertad individual y la necesidad estatal. Quizás sea un voto piadoso y falso, pero la convergencia no debería ser imposible, y si se da, sería lo ideal.

P. P.: *¿Sin embargo Ud. reconoce que este ideal puede parecer paradójico?*

F. D.: Lo es, pero todo el problema consiste en saber lo que se coloca bajo la palabra "libertad" individual. ¿No enseña la filosofía a ligar la libertad y la ley? Ser libre no es entregarse a todas las conductas posibles, con completa independencia, sino que es más bien inspirarse en la más humana o en la más racional, la más rica en consecuencias.

La ley moral —y también la ley jurídica— provee el cuadro dentro del cual estamos seguros de superar nuestras preferencias del momento o nuestras pulsiones, por sí mismas despreocupadas de las exigencias de la comunidad o de la sumisión a un Bien que desborda nuestros solos intereses.

La ley, en razón de su universalización o también de la legitimación que lleva consigo, asegu-

ra nuestra libertad puesto que de esta manera nos elevamos por encima de nuestras inclinaciones. Quién dudaría de ello: es la ley la que nos libera y la sola libertad la que nos echa a perder.

P. P.: *El problema de la eutanasia ilustra bastante bien esta afirmación*

F. D.: En efecto, la eutanasia es el derecho que tiene un individuo de solicitar la muerte. ¿Puede uno escoger la hora de su muerte? Para mí sí, con la condición de que sea un sí verdadero. Me parece que hay suicidios que deberían ser tolerados. Cuando hayan sido sometidos a ciertas condiciones de evaluación yo no puedo oponerme a esta muerte voluntaria. No veo por qué el hombre estaría obligado a padecer un calvario en el momento de la agonía. Sería volver a la naturaleza fetichizada y dueña de nuestras decisiones. ¿No es el hombre el que puede decir "no", dominar lo que pesa sobre él? ¿Por qué plegarlo a lo que actualmente puede tanto retardar —por las proezas de la reanimación, a veces resurreccionista— como precipitar?

De un extremo al otro discernimos dos peligros: el primero se llama el naturalismo —la alienación a lo que es—, pero el segundo consistiría en imponer una solución de la que por lo demás podría desprenderse el eugenismo. La libertad se impone con la condición de que sea mantenida en sus límites, los que podría fijar un Estado imparcial. Por esto esta posible libertad de poner fin a sus días.

Para la procreación, las donaciones de órganos, la eutanasia... no se puede tener un principio para lo uno y uno diferente para lo otro. Es necesario un principio único que es el de que el individuo es el dueño de su procreación, de la donación de su cuerpo y del final de su vida. Todo esto con la condición de que se trate de una decisión tomada y no momentánea, y que sea posible asegurar la validez y la constancia de esta dirección.

P. P.: *¿Todo lo que Ud. dice sobre la política bioética no va de la mano con su filosofía*

del cuerpo? ¿No existe en Ud. un vínculo entre su filosofía del cuerpo, que es un cuerpo exteriorizado, muy afuera, muy visible a pesar de todo lo que enmascaran sus debilidades, sus neurosis y sus enfermedades, y su visión de la sociedad?

F. D.: Seguramente que existe un vínculo en tanto que el cuerpo pertenece tanto a la sociedad como a sí mismo. Una neurosis siempre es social; que se exprese en el cuerpo, con él y por él es evidente. Es perceptible. El cuerpo es un lenguaje que sólo se puede expresar en la sociedad. Sin la sociedad no hay cuerpo; por consiguiente no es contradictorio que haya un cuerpo social y un cuerpo humano interdependientes. El uno y el otro se llaman y se condicionan mutuamente. El cuerpo depende de la sociedad y la propia sociedad trabaja mucho los cuerpos. Por tanto debe también tener la obligación de preocuparse de ellos. Incluso en los filósofos más antiguos como Platón se ve esto. Los cuerpos, la sociedad, la música, la gimnasia... El legislador se interesa mucho en ellos.

P. P.: *¿Podría Ud. precisar su concepción del cuerpo?*

F. D.: El cuerpo podría corresponder a una especie de "lenguaje natural cifrado". Por lo demás hemos admitido previamente la importancia de la semiología, la ciencia del desciframiento. Los síntomas o las manifestaciones por las cuales nos expresamos mezclan a la vez los afectos pero también las influencias padecidas, las inmersiones educativas, las presiones sociales. Marcel Mauss lo había reconocido sutilmente: su expresión "las técnicas del cuerpo" se ha conservado. Darwin por su lado veía en la emoción una realización mixta, a la vez individual e igualmente colectiva. Esta superposición, difícil de desenredar, hace al cuerpo (semafórico) más denso: integra los otros a sí mismo.

P. P.: *Su opinión sobre la donación de órganos y la eutanasia, ¿no privilegia a pesar de todo el progreso médico con respecto a la libertad del enfermo?*

F. D.: El progreso médico, en la medida en que avanza, concede toda libertad al hombre. Por ejemplo, poner fin a sus días se ha vuelto, si se me permite decirlo, un acto más humano gracias a la técnica farmacológica puesto que no se está ya obligado a recurrir a medios aterradores. Gracias a ciertos neurolépticos no se le impone a los que nos rodean un espectáculo espantoso.

P. P.: *Lo que quiere decir que no hay, según Ud., crisis del progresismo. ¿No ha cambiado pues fundamentalmente la idea que uno se puede hacer del progreso médico desde el siglo XIX?*

F. D.: No. La tecnofobia ha llegado a triunfar verdaderamente, es el reino del satanismo, "el hombre sólo es un medio, un instrumento": se trata de opiniones pseudo-religiosas que consideran que entre más progrese el hombre por sí sólo en tanto que hombre, más va a perderse. Es un punto de vista un poco jansenista, una mirada sospechosa lanzada sobre las capacidades humanas. Lo que no quiere decir que el progreso médico entrañe un progreso en la moralización.

P. P.: *En suma, Ud. permanece optimista en materia de progreso médico, ¿qué esperanzas pone en la medicina del mañana?*

F. D.: Se ha dicho que el médico general ya no es suficientemente general y que el buen médico ya no es forzosamente un médico bueno. No está aquí para caer en la psicología, sino que está acá para curar; ahora bien, como él abandona esta función y se la encarga al técnico, la disociación de los dos papeles es nefasta. Pero yo desconfío aún más del científico que del médico. Después de mis estudios de medicina, me dediqué a los estudios científicos porque la bioquímica médica, la neurofarmacología me habían decepcionado un poco. Comencé pues a hacer una licenciatura en ciencias sobre dominios vecinos como la química o la neurobiología. A causa de su ideología humanistas los médicos han conservado una cierta flexibilidad; pero a la inversa, frecuentemente los científicos se han vuelto dog-

máticos. Han echado sobre el genoma una mirada cuasi definitiva y se han pasado al positivismo científico a pesar de ellos. Ahora bien, ¿quién dudaría que la medicina no sea una escuela con sus dramas, sus trastornos, sus cambios? ¿Y cómo podría el filósofo permanecer por fuera de la tempestad levantada por la bioética?

PARA UNA POLÍTICA SOCIAL DE LA SALUD

P. F.: *Francia es el país de Europa que consagra la parte más grande de su riqueza nacional (10.6%) a los cuidados médicos. La sola seguridad contra la enfermedad representa cerca de las dos terceras partes del déficit de la Seguridad social. Sin embargo, los franceses no gozan de mejor salud que allende. ¿Cómo explica este estado de cosas?*

F. D.: No gozan de mejor salud que en otra parte pero es preciso reconocer que los enfermos, en Francia, están entre los mejor cuidados. Veamos una prueba puntual: ¿por qué pacientes, miembros de un país europeo vecino, vienen a Francia para beneficiarse con un injerto?

Si los franceses no tienen mejor estado de salud que en otras parte es sobre todo por razones culturales. Si hay muchos alcohólicos en Calvados o en Mayenne, esa no es culpa ni de los médicos ni de los hospitales franceses.

En cuanto al segundo aspecto de su pregunta, el desfase entre los medios y los resultados en el dominio de la salud, me parece fácilmente explicable. Estamos en presencia de un sistema, el de la Seguridad social, sin regulador, una especie de máquina sin freno. Ahora bien, importa "regular" un sistema de esta importancia y de esta cualidad. Es preciso apelar a procedimientos de retroacción de tal manera que la salida (el consumo) no exceda sin cesar la entrada (las cotizaciones) con el fin de evitar el desbocamiento al que asistimos con tanta frecuencia.

La Seguridad social goza de una autonomía peligrosa: a nombre de una libertad sin duda mal comprendida, no se impone limitaciones.

P. P.: *No se impone límites, sin contar con que no juega su papel de fuerza de proposición. Si le entiendo bien, la Seguridad social debería implicarse más en la política de salud y debería participar en la comprensión de la enfermedad como en la del tratamiento del enfermo.*

F. D.: Por supuesto, la Seguridad social no es una empresa como las otras, ella no es una simple máquina de reembolso de los costos. Es un tercero indispensable que tiene el mérito de poner en común las situaciones médicas de los ciudadanos que somos. Es un inmenso banco de datos que, como tal, transforma tanto la patología como la terapéutica. El reproche que se le puede hacer es el de no aprovechar suficientemente de esa posición de observatorio para lanzar por ejemplo campañas de prevención o bien, informar con más diligencia a los enfermos potenciales que somos.

P. P.: *Según Ud. ¿no es Henri Péquignot el médico contemporáneo que ha comprendido mejor esta problemática social?*

F. D.: Para mí Henri Péquignot es un gran nombre. En su libro *Médecine et Monde moderne*, ha subrayado que entre el enfermo y el médico se ha introducido un tercer término: el tercero que paga, es decir la Seguridad social, la administración con su positivo y su negativo. No sólo existen los modelos científicos entre el enfermo y el médico, existe también el que tiene la responsabilidad de la política hospitalaria que va a cambiar el papel del médico y el lugar del enfermo. Su libro es un libro importantísimo a este respecto.

P. P.: *De hecho, a Ud. le gustaría que nos remontáramos a las fuentes y que nos inspiráramos en los principios que están en el origen de la Seguridad social.*

F. D.: Sí, pues esos principios son siempre viables para mí, incluso si hoy se los debe adaptar.

P. P.: *¿Cuáles son?*

F. D.: Consisten en reintroducir la salud pública en todos los lugares de los cuales está excluida. Cuando de Gaulle creó la Seguridad social en el momento de la Liberación, fue a petición de los partidos políticos salidos de la Resistencia que querían cambiar nuestro sistema de salud creando esta institución que permitía a cada ciudadano reconocerse y socializar de alguna manera su relación con la enfermedad. A menudo se ha dicho en el último siglo que el médico jugaba el papel del sacerdote. Pues bien, si Ud. me permite esta imagen: con la Seguridad social por fin se ha salido de lo confesional. En eso consiste el tercero. No se trata de un constreñimiento estatal o colectivo sino de una posibilidad de poner en común, lo que es algo completamente diferente. A fuerza de insistir actualmente sobre los principios económicos reales de la Seguridad social (su déficit) se olvida un poco, y esto es de lamentar, su papel político, y se opone tontamente la medicina liberal y privada y la medicina pública.

P. P.: *Sin embargo Ud. no es muy cariñoso con algunos principios de la medicina liberal.*

F. D.: Soy partidario del liberalismo inteligente. Si liberal quiere decir hacer cualquier cosa, prescribir recetas a troche y moche, ganar plata a costillas de los enfermos, me opongo. Me parece absurdo que la Seguridad social esté obligada a atenerse absolutamente sobre la libertad de prescribir. Yo no veo por qué, cuando se está en presencia de por así decirlo especialistas en obesidad o de charlatanes, se deba respetar su libertad profesional. Reconozco claramente que es preciso defender ciertas medicinas paralelas, pero todo tiene sus límites.

Aquí sólo invoco el famoso principio de responsabilidad de Hans Jonas, y en el caso que nos interesa, la medicina, alegaría por una responsabilidad compartida.

En este asunto, a cada cual le corresponde responsabilizarse allí donde ejerce o profesa frente a la política de salud. Ahora bien, algunos médicos son incorregibles. Quieren tener libertades totales porque no tienen el sentido de comunidad, el de las exigencias a la vez financieras y morales.

P. P.: *Si le entiendo bien, ¿no es el abismo de la Seguridad social el que le preocupa en primer lugar?*

F. D.: El vicio fundamental de la situación actual es la reducción de la relación médico-enfermo a la prescripción de medicamentos. Se le encierra en una especie de bola, de célula. Pero afortunadamente este vicio no podrá eternizarse tal cual puesto que hay obligaciones financieras que exigirán reformas importantes.

Actualmente las medidas tomadas por los gobiernos son inverosímiles. Los medicamentos que son prescritos por los médicos no se reembolsan todos con la misma tasa. Los hay al 70% y al 40%, etc. Los farmacéutas reconocen que los pacientes más desfavorecidos renuncian a comprar los medicamentos cuando se enteran que la tasa de reembolso es sólo del 40%. Lo que es aberrante. La tasa de la cuota moderadora va a subir, lo que es una medida incalificable e injusta en tanto que eso no resolverá el problema.

P. P.: *Ud. es un defensor encarnizado del servicio público y del sistema de protección social. Según Ud., ¿cuáles son entonces los principales disfuncionamientos de nuestro régimen de Seguridad social y qué sería necesario hacer para reformarlo?*

F. D.: Los disfuncionamientos saltan a la vista y tarde que temprano las reformas han de corregirlos. Son bastante fáciles de adivinar si se admite que el acto médico supone tres actores:

—Primo, en lo que concierne al enfermo mismo, también él concernido: es necesario responsabilizarlo. La cuota moderadora (lo que le toca pagar a él) ya no juega su papel pues es cubierta por natilleras u otros seguros.

—*Secondo*, por el lado del galeno: es preciso también llamarle la atención contra prescripciones pletóricas o demasiado número de exámenes, renovadas en exceso. Conviene no tanto “controlarlo” cuanto ayudarlo a tomar mejor conciencia de sus decisiones terapéuticas (el encuadramiento). Por lo demás se puede subrayar el papel positivo que puede jugar la Seguridad social cuando ella le remite al terapeuta la “imagen” de su práctica de prescripción con el fin de que eventualmente la rectifique o la reorganice.

—*Tertio*, otra fuente de disfuncionamiento, por no decir de despilfarro: la inflación de los medicamentos falsamente nuevos, una proliferación nociva que convendría frenar por medio de una prevalencia de los “genéricos” que son los menos costosos, los más eficaces, los más ciertos o probados.

Un maestro de la farmacodinamia reconocía que sólo se cuenta con una docena de medicamentos fundamentales; los otros, decía él con ironía, ¡“apúrese a ‘tomarlos’ mientras que existan”!

Y yo añadiría que la Seguridad social tiene a veces una enojosa tendencia a hundirse en la “enfermedad burocrática” (el exceso de controles inútiles, la inflación del fárrago de papelotes, las pseudo-decisiones). Pero para curar este aparato, ¡sería necesario curar a ciertos burócratas que lo dirigen!

P. P.: *Entre las reformas evocadas en el plan de reforma de la Seguridad social presentado por Alain Juppé en noviembre de 1995, hay una que a Ud. le gusta particularmente: la instauración del carné de salud.*

F. D.: Esta iniciativa me encanta puesto que debería permitir evitar el nomadismo médico, en la medida en que ese carné, conservado por cada asegurado, deberá ser presentado en el momento de cualquier consulta. Pero antes de responderle con más precisión, permítame un pequeñísimo desarrollo. Francia ha logrado el prodigio: conjuga los inconvenientes del centralismo (el

jacobinismo) y los de la regionalización (la idea tomada de los Girondinos). De esta forma, cada metrópoli regional, departamental, e incluso local, con el pretexto de escapar a las decisiones venidas de otra parte tiende a dotarse de una universidad, de un hospital (una administración casi autónoma y de servicios llamados de proximidad). Una tal empresa no tiene éxitos, las deslocalizaciones interminables terminan por autocondenarse. Y esto con respecto a los excesos de la “desconcentración”.

Pero si no es preciso reunirlos todo ni hacerlo en demasía (la tendencia jacobina que por lo demás conduce a la burocracia y a veces a la parálisis), importa sin embargo no disolverlo todo y especializar lo que más se pueda los equipos o los hospitales. A fuerza de diseminar las brasas del fuego termina por apagárselo.

Por esto es necesario instaurar ese carné de salud, por razones ligadas a la vez a la gestión (ni demasiado, ni demasiado poco) y a la seguridad o la cualidad misma de los cuidados. Debería permitir así evitar el encarecimiento de las prescripciones y la redundancia o el exceso de exámenes.

P. P.: *La reforma que anhela, ¿puede hacerse de forma negociada?*

F. D.: Sería lo deseable pero me temo que no sea posible. La historia ha mostrado que para sacudir un tal sistema, cuyos desperfectos conocemos, han sido necesarios grandes choques interiores o exteriores. En 1968, por ejemplo, ha habido cambios: de Gaulle con Robert Debré interinaron a los famosos CHU. Tuvo esta buena idea de arrancar a los médicos de un sistema enteramente privado, para favorecer el tiempo completo. En el fondo, esta reforma de los años 70 se hizo para que no se asistiera al hundimiento en lo privado y al abandono de lo público.

P. P.: *¿Y mientras se espera esas sacudidas?*

F. D.: Es menester resistir y trabajar. Uno no puede eximirse ni de una reflexión ética ni de

una reflexión económica y política. Por lo general el médico no está suficientemente dispuesto para la primera y mucho menos para la segunda. Pero la segunda representa la verdadera cuestión. Como ya se lo he dicho, es la medicina la que está enferma y la que verdaderamente requiere un tratamiento.

P. P.: *Si la medicina está enferma, ¿es necesario cambiar la formación del médico?*

F. D.: Es preciso cambiarla de manera que se lo sensibilice con los problemas socio-económicos. En ninguna facultad de medicina se le enseña a los estudiantes los problemas de la economía de la salud. Un tratamiento es también algo costoso y nunca se les ha pedido que hagan un balance de sus actividades. Evolucionan en la mística de la libertad ilimitada. Y esta libertad, esta licencia, entraña notorios abusos.

P. P.: *Se vuelve a encontrar esta misma mística en la relación que mantienen el paciente y su médico.*

F. D.: Exactamente. En psiquiatría, es una patología; e incluso en psicoanálisis donde el médico y el paciente encuentran una especie de complacencia en esa examinación especular minuciosa de los dos en donde, incansablemente, vuelven sobre sí mismos para auto-observarse y auto-corregirse. Naturalmente, el psicoanálisis puede curar, pero existe en él un enclave que me parece peligroso porque ignora los problemas de la ciudad con los que tiene que ver la medicina.

P. P.: *La ciudad, una constante obsesión suya; un día Ud. me dijo: “la Seguridad social es al hospital lo que éste ha sido a la medicina moderna”. ¿No es para Ud. el hospital la primera ciudad socialista de la salud?*

F. D.: Sí, tres veces sí. Es el hospital el que ha salvado e incluso creado la medicina: la escuela clínica nació con él. Permitted reagrupaciones, operadores de comparaciones (y de lecturas), aproximaciones justificadas, en resumen, exámenes fundamentados sobre la colecta.

Todas las disciplinas experimentales se han beneficiado del número que les ha obligado a “tipologías”, a la percepción de las similitudes. Como se sabe sólo hay ciencia de lo general. El hospital alejó pues e impidió el encierro en lo singular, que desemboca en nada, en el solo relato o la observación, que no da acceso a lo “racional” (el cuadro completo de las ocurrencias: permanecemos demasiado próximos del enfermo, mientras que es necesario comprender la enfermedad).

Pero a su vez, el hospital mismo ha sido promovido por la política sanitaria (la administración, la Seguridad social). Por un lado, el centro de cuidados ya no está reservado a los indigentes y a los desdichados (como ocurría al comienzo: se iba a morir en él). Por el otro lado, la administración pudo decidir sobre las inversiones en materiales costosos, lo que ya transformó el hospital (sólo ella lo ha “cientificado”). Todos los ciudadanos tienen derecho a él, todos han participado poco o mucho en él. No nos contentamos ya como antaño en reunir los enfermos; se los puede cuidar y formar ahí a los futuros terapeutas.

P. P.: *Permítame retomar otra de sus frases: “no reclamo la socialización sino más bien una visión social de la relación médico-paciente”. ¿Qué quiere decir precisamente con lo de “visión social”?*

F. D.: Es simple. Por un lado, la estatización ahogaría la verdadera medicina. Esta sólo puede vivir de la libertad, en caso contrario vamos derecho hacia los peores desastres. Es esto lo que yo llamo la socialización o incluso la “nacionalización” de la medicina. Y por lo demás el enfermo considera que se dirige a un hombre —su médico que lo escucha— y no a un representante o a un delegado de una administración (sanitaria).

Pero esta no es una razón para ir en el sentido opuesto: el médico está demasiado llevado (por su profesión y sobre todo por su formación) a los excesos del liberalismo. No debe olvidar

que es remunerado por el famoso tercero que paga, ni que su actividad —por muy individual que ella sea— toca a la comunidad. Esta se inserta en el coloquio hasta aquí demasiado cerrado (el del médico y del enfermo).

Por “visión social” entiendo la importancia de la epidemiología y de lo que a ella se refiere, de la higiene de los diferentes contextos, llegando hasta pensar en la psiquiatría, en el vasto dominio de las perturbaciones psicológicas, dado que nunca encontramos más que “sociopatías”.

P. P.: *Entre los fundadores del socialismo francés, ¿cuáles son los que se han interesado en los costos de la salud?*

F. D.: Ellos han reflexionado sobre un punto limitado. Tienen una notable conciencia del problema de las enfermedades profesionales y de los accidentes de trabajo. Sólo han comprendido la salud dentro de los lugares de inseguridad. Pero no se han ocupado de la salud generalizada, aunque se han interesado en la higiene y en los modos de vida. Han mostrado que en los sistemas liberales se había sacrificado la felicidad de vivir, la existencia... Pero son anotaciones generales. En conjunto sólo se han preocupado por las enfermedades profesionales. Marx también se inspiró en investigaciones elocuentes y persuasivas sobre las condiciones de vida de los obreros en su medio de trabajo. Estas anotaciones han permitido a los socialistas franceses, que en ellas se han inspirado, ser los pioneros en la medicina del trabajo, que sólo es un capítulo de la Seguridad social.

P. P.: *¿Qué piensa del estado actual de la medicina del trabajo?*

F. D.: Para responderle voy a tomar un ejemplo. En Saint-Etienne había minas que provocaban una enfermedad grave, la silicosis, cuyas víctimas eran los mineros. ¿Quién ha curado la silicosis? ¿La medicina? No. Fue el derecho del trabajo. Esta enfermedad profesional es incurable puesto que conduce a la muerte. Las empresas de la mina no podían asumir financieramente el

tratamiento terapéutico de esta enfermedad. Han debido pues usar medios jurídicos creando la medicina del trabajo. Los médicos del trabajo vigilaban al menos por medio de placas radiológicas la extensión de la enfermedad. Gracias a esto, han puesto en evidencia los tres períodos de la silicosis para probar que a partir de la segunda fase la enfermedad se vuelve incurable.

Los médicos del trabajo han sido requeridos puesto que era demasiado pesado para las empresas soportar las cargas de los accidentes y de los muertos. Ellos eran especies de barandillas, de centinelas encargados de vigilar atentamente la salud de los mineros. Resultado: la silicosis prácticamente ha desaparecido, pero también, es verdad, la extracción minera. La gran victoria patológica no ha sido obtenida por la medicina sino por la medicina del trabajo, en la medida en que es preventiva y que diagnostica los comienzos de la enfermedad.

P. P.: *35% de los medicamentos son vendidos sin fórmula. ¿Piensa Ud. que deberían ser menos numerosos?*

F. D.: Lo que me molesta en la venta de medicamentos sin fórmula es precisamente que no sean prescritos por un médico. En tanto que no soy un defensor del exceso de medicamentos tampoco creo que la automedicación sea posible.

P. P.: *¿Cómo evitar el despilfarro? ¿Desearía Ud. un mejor equilibrio entre la medicina hospitalaria y el médico general de barrio? ¿Piensa que los especialistas (los jefes de servicio) son demasiado gastones?*

F. D.: El equilibrio entre los dos es encarable, pero sería aún más deseable que más médicos generales trabajasen en medio hospitalario. Pues no deja de ser menos verdadero que entre los grandes técnicos se asiste allí también a un derroche inaudito. Le voy a dar un ejemplo. Un enfermo ha sido hospitalizado en un gran servicio, se le han hecho exámenes sin fin, después fue obligado a ir a otro servicio. ¡Figúrese que el primer servicio se negó a dar al segundo el conjun-

to de los exámenes que acababan de hacerle! Se ha tenido pues que recomenzar todo dentro del mismo hospital. El enfermo preguntó por qué y se le respondió que para trabajos, análisis o investigaciones, o bien para no perder el legajo. No fue posible la comunicación del legajo de papeles, no podía transitar. ¡Qué ruina, qué escándalo! Por tanto el despilfarro del que Ud. hablaba está por todas partes.

P. P.: *Puesto que Ud. dice a menudo que los médicos son incorregibles, ¿juzga que en tanto que profesión liberal ellos son víctimas de su liberalismo? ¿Significa todo esto que habría que volver a esa medicina desinteresada que Celine y otros defendían a comienzos de siglo?*

F. D.: No pienso que se pueda volver a esas ideas un tanto arcaicas. Aunque los médicos sean incorregibles, he conocido demasiados médicos como para saber que si hubieran sido formados en la inserción de su arte en la sociedad sólo pedirían comprender y entrar en un sistema que funcionara. Los creo muy capaces de eso. Cuando digo incorregibles no es del todo exacto; digamos más bien que los responsables de la salud no les ayudan a corregirse. Ellos mismos ven muy bien que el sistema actual es deficiente, y pienso que serían susceptibles de participar en su renovación con la condición de que fueran preparados para ello. Pues cualquiera sea el acto profesional médico, el no puede ser desgajado de la ciudad en la cual se efectúa.

P. P.: *Su interés por la gerontología va a la par con su visión social de la medicina. A Ud. le gusta repetir que el viejo no es un niño.*

F. D.: Evidentemente él es el testigo de la historia, frecuentemente desenraizado en un espacio enteramente nuevo, vaciado de todo pasado. Se asiste a una especie de desertificación que por sí misma es patológica; se sabe muy bien que los grandes conjuntos inducen una patología. Las personas de edad que permanecen en el mismo medio le proveen símbolos puesto que ellas son los testigos de lo que ha pasado previamente.

Se ha dicho que para conservar un equilibrio psíquico los hombres deben tener contactos con los elementos, con el agua, la tierra... es preciso igualmente un contacto con la memoria. Son catalizadores psíquicos y si los suprime Ud. va hacia situaciones mineralizadas. Los ancianos, incluso con sus miserias, calientan un poco el tejido social y urbano. Aportan también su experiencia, su conocimiento, la tradición. Todo esto forma un conjunto que me parece vivificante.

P. P.: *Médicamente, ¿le parecen bien tratados?*

F. D.: No. Me parecen mal tratados, pero la institución de la ayuda médica a domicilio me parece completamente esencial, incluso si por otra parte pienso que la medicalización no es quizás lo más deseable. Sería necesario más bien insistir sobre la no-exclusión y el no-aislamiento en la sociedad y favorecer la mezcla de las generaciones como se hacía naturalmente antaño.

P. P.: *¿Es también su experiencia de psiquiatra la que le hace decir esto?*

F. D.: Sí, es una patología de eliminación. Por el contrario, dado que ellos le sirven a la sociedad, la sociedad debe servirles. Debe haber aquí una simbiosis entre los unos y los otros y el tratamiento que les conviene debe ser socioterapéutico más que farmacológico.

P. P.: *¿Cuál debe ser el papel del psiquiatra en todo esto? ¿Y qué ha conservado Ud. de su experiencia en psiquiatría con los ancianos?*

F. D.: Yo pasé por un servicio de geriatría en momentos en que el hospital psiquiátrico tenía otro aspecto. En la actualidad no se podría soportar un tal desastre. Era dantesco. Era un servicio muy pesado. Pero lo repito: la patología del viejo está ligada a su desinserción y a su evicción de la sociedad y de la familia. Del anciano diría que él anticipa, a través de sus deficiencias las que nos debilitarán y de las que huimos. El viejo es el “estadio del espejo”: nos fragiliza (en nuestro yo); nos ataca dentro y nos muestra por ade-

lantado lo que nos volveremos. Por ello tratamos de alejarlo y de separarnos de él.

P. P.: *Ud. emplea a menudo las palabras "socializado", "socialización", "patología social"...*

F. D.: No me atrevo a decir socialista. (Risas).

P. P.: *¿Yo me atrevo a decirlo! ¿Cómo definiría Ud. una política socialista de la salud?*

F. D.: En primer lugar, reprimiría los abusos. No comparto las ideas de Alexandre Minkovski sobre el rechazo de todo control. En segundo lugar, ¿no debería ser corregida la industria farmacológica? Argumentos que se escuchan por todas partes: la industria farmacéutica sostiene, para defender la importancia de algunos de sus beneficios inducidos, que con estas ventajas ella puede financiar sus propios laboratorios de investigación. Pero, ¿quién me asegura la verdad de esa "inversión"? Aquí y allá, ¿no sirve el beneficio para comprar una pura marca registrada en el extranjero, gracias a la cual una empresa se asegura un mercado (un monopolio)? En suma, el beneficio va al beneficio, al mismo tiempo que somete la empresa a la dominación de los países más inventivos que así comercializan fructuosamente su investigación. Contra este estado de cosas, no veo otras soluciones que la de prohibir una política demasiado laxa de los registros. En resumen, ¡reglamentar! Y después, en tercer lugar, sería necesario formar de otra manera a los médicos. Y finalmente, aumentar los ingresos de la Seguridad social punzando los beneficios de las empresas.

De todas maneras, no es pensable que un enfermo no sea integralmente cuidado con el dinero de la comunidad. Las políticas de salud son a veces absurdas desde este punto de vista. Nos hemos dado cuenta que son muy numerosas las personas que requieren de una diálisis renal con respecto a los aparatos disponibles. Y a causa del déficit creciente se ha terminado por preguntar si no sería necesario rehusar los pacemakers

[marcapasos] a las gentes de más edad. Es aberrante e indecente que se llegue a una política tan desastrosa. Todo el mundo debe poder beneficiarse eventualmente de un pacemaker.

P. P.: *La comunidad es también la de los cadáveres. Su admiración por el instituto médico-legal no es un secreto. ¿Podría Ud. recordarnos el papel y la importancia de este instituto?*

F. D.: Cuando yo era estudiante de medicina tuve la oportunidad de comprender que bajo ciertos aspectos la muerte era tan importante como la vida. Un cadáver es muy informativo, habla mucho.

P. P.: *¿A cuándo se remontan los primeros institutos médico-legales?*

F. D.: Al siglo XIX. Ya en el hospital era necesario hacer autopsias a los muertos; se trataba del famoso método anatomo-clínico. Era necesario que se encontrase la lesión. Era el comienzo de la medicina con Giambattista Morgagni y la apertura de los cuerpos. Y cuando existen muertos brutales y sospechosos, es deber de la sociedad conocer su fuente, su origen. Es una obligación que la sociedad sepa de qué ha muerto un ciudadano. Me parece muy bello que la sociedad haya imaginado un lugar en donde se detienen los intereses particulares. El instituto médico-legal es una encrucijada donde la sociedad, lo judicial y la medicina se encuentran. Ese lugar permite mostrar que la muerte continúa aún queriendo hablar. Se puede extraer de ella informaciones, enseñanzas. Es todo un universo. Una vez que la vida ha cesado, la medicina no ha terminado. Imagine que existan dudas sobre la muerte de alguien que ha sido enterrado. Se va a poder calcular el día, a veces la hora de su muerte gracias al conocimiento de las etapas de descomposición. Y Edgar Poe, en su *Historias extraordinarias*, ha hecho jugar un gran papel a la medicina legal. Cuando hay una muerte, es un hueco en la sociedad, y el instituto médico-legal viene a aportar su luz.

P. P.: *¿Cuál es el principal reproche que Ud. hace al funcionamiento hospitalario?*

F. D.: El no tomar en cuenta lo vivido del enfermo, y la mentira, el engaño. Se le miente a lo largo de todo el día y al mismo tiempo se lo organiza muy mal. No se le tiene en cuenta. Ud. puede esperar tres horas en un corredor por un imprevisto...

P. P.: *¿Qué significa "no tener en cuenta lo vivido del enfermo"?*

F. D.: La tecnificación de la que hablábamos. Si no tiene una imagen radiológica inquietante es porque no tiene nada, entonces no se preocupan por Ud. No se contesta a sus preguntas puesto que se considera que Ud. no comprende, que Ud. no sabe, Ud. no ve... Hay un desconocimiento de la demanda del enfermo y se lo engaña. El enfermo se da cuenta de eso. Y es tanto más molesto cuanto que los médicos tienen el medio de reducir las estadías en el hospital.

Anteriormente estuve interesado en que se debía levantar rápidamente a alguien que acababa de ser operado. Un gran médico decía: "se muere menos en su cama que de su cama", porque se ha estado demasiado tiempo inmovilizado. Por tanto se levanta demasiado pronto al enfermo operado, se le obliga a caminar, a salir... No es necesario que él se incruste en el hospital. Nada de hospitalismo.

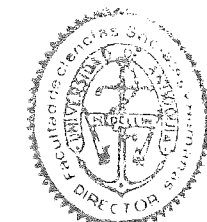
Existe una patología en el enfermo que siente la necesidad de crearse un capullo en el cual

replegarse. Los médicos han tenido razón al querer impedir este deslizamiento; el hospital debería pues estar abierto hasta el punto que uno pudiese salir tan fácil como se ha entrado. Debería ser rápido, eficaz, funcional y dinámico; pero este no siempre es el caso.

P. P.: *Escuchándolo, el médico no solamente ha tecnizado el cuerpo del enfermo sino que ha tecnizado al enfermo mismo. Si se quiere promover una nueva política de salud, sería necesario cambiar la relación entre el médico y su enfermo. No se sale de esta constatación...*

F. D.: No se sale de esto y se vuelve a un gran quiasma. El que sabe hablarle no siempre sabe curarlo y el que sabría curarlo no siempre sabe hablarle. Por tanto Ud. está enfermo dos veces y se lo ha de curar dos veces. El buen médico no siempre es un médico bueno y el que es un médico bueno no siempre es un buen médico. Porque no exijo piedad o gentileza. También exijo que me cure, es decir que sea un buen médico. Por tanto, el que cura eficazmente, el técnico, no siempre tiene en cuenta al paciente, y el que tiene demasiado en cuenta al enfermo no siempre es un buen técnico. Este divorcio crea una situación que padece el enfermo. Por esto es necesario enseñar a los estudiantes a la vez la relación médico-paciente y la economía de la salud. Esta es la condición para que exista la esperanza de poder echar una nueva mirada sobre la enfermedad y la salud.

París, textual, 1996



BIBLIOGRAFÍA

- BALINT, Michael. *Le Médecin en formation*. París: Payot, 1979.
- BERGSON, Henri. *L'Evolution créatrice* (1907). París: P.U.F., 1994. [Madrid: Aguilar, 1963]
- BERNARD, Claude. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865). París: Flammarion, 1984. con prefacio de François Dagognet. [Barcelona: Fontanella, 1976]
- BICHAT, Xavier. *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (1800). París: Flammarion, 1995.
- BOUILLAUD, Jean-Baptiste. *Essai sur la philosophie médicale et sur les généralités de la clinique médicale*. París, 1836.
- CANGUILHEM, Georges. *La Connaissance de la vie* (1952). París: Vrin, 1985. [tr. L. A. Paláu C., Medellín: CINDEC, 1992].
- CANGUILHEM, Georges. *Le Normal et le Pathologique* (1966). París: P.U.F., 1994. [Buenos Aires: Siglo XXI, 1970]
- CHEVALIER, Louis. *Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la seconde moitié du XIX^e siècle*. París: Hachette, 1984.
- COMTE, Auguste. *Philosophie première: cours de philosophie positive* (1907). Ed. M. Serres, F. Dagognet, A. Sinaceur. París: Hermann, 1990.
- DAGOINET, François. *Corps réfléchis*. París: Odile Jacob, 1989.
- DAGOINET, François. *Le Cerveau citadelle*. París: Synthélabo, 1992. [tr. L. A. Paláu C., Medellín: CINDEC, 1997].
- DEBRE, Robert. *Ce que je crois*. París: Payot, 1976.
- ERHENBERG, Alain. *L'Individu incertain*. París: Calmann-Lévy, 1995.
- FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique* (1963). París: P.U.F., 1993. [México: Siglo XXI, 1966]
- GOLDSTEIN, Kurt. *La Structure de l'organisme* (1952). París: Gallimard, 1994.
- JACOBSON, Lenore & ROSENTHAL, Robert A. *Pygmalion à l'école*. Prefacio de Henri Péquignot. París: Casterman, 1972.
- LERICHE, René. *La Philosophie de la chirurgie*. París: Flammarion, 1951.
- PEQUIGNOT, Henri. *Médecine et Monde moderne*. París: Minuit, 1953.
- PIGNARRE, Philippe. *Les Deux Médecines, Médicaments psychotropes et suggestion thérapeutique*. París: la Découverte, 1995.
- PINEL, Philippe. *Mémoires, recherches, observations, résultats*. París: Kraus, 1978.
- PINEL, Philippe. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Ginebra: Slatkine, 1980.
- POE, Edgar. *Histoires extraordinaires* (1839). París: Gallimard, 1974. [Madrid: Alianza, 1972]
- REICH, Wilhelm. *L'Analyse caractérielle* (1933). París: Payot, 1992.
- REICH, Wilhelm. *Premiers écrits*. vol. I. París: Payot, 1976.
- REICH, Wilhelm. *Premiers écrits*. vol. II: *La Génitalité dans la théorie et la thérapie des névroses*. París: Payot, 1982.
- TROUSSEAU, Armand. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. 2 vol. París: 1860-1862.

Esta entrevista fue realizada por Philippe Petit, doctor en filosofía y periodista de "Idées" en el "Événement du Jeudi".

