

Jorge Bello

Dieciocho artículos para *El Litoral*, del viernes 27 de enero de 2006 al 31 de octubre de 2008 (06/01/10)

ÍNDICE:

Cambiar para evolucionar
 Estornudar al sol, y a la sombra
 El protocolo de Groningen
 El chico más viejo
 Una sopa para cenar, o vacunar
 La varicela o el fantasma de la viruela
 Nacer en mala posición
 Morder y morderse para Navidad
 Signos y síntomas para ver mejor
 ¡Viva la leche!
 Mirar bien a la cara
 La crónica de Ibiza empieza en Santa Fe
 El límite de la viabilidad
 El cerebro desnutrido
 El pecado de hablar bien
 Del hospital a la prisión
 El buen maní, y la soja

1. Viernes 27 de enero de 2006

Cambiar para evolucionar

Otra vez lo mismo, el año pasado: el Nobel de Medicina vuelve a premiar «las investigaciones y los descubrimientos» sobre una enfermedad infecciosa. Lo hace cien años después, cuando ya se comenzaba a pensar que todo esto de las infecciones bacterianas es pan comido, cosas de los países subdesarrollados. No premiaron sofisticados experimentos sobre aspectos laberínticos de una ciencia más potencial que real, sino un conjunto de trabajos que implicaron de inmediato un beneficio concreto para la población. Se trata de dos galardones que se entienden al primer golpe de vista: el Premio Nobel de Medicina de 1905 y el de 2005.

El Nobel de 1905 fue para Robert Koch, médico alemán, «en reconocimiento por las investigaciones y los descubrimientos sobre la tuberculosis», según se dijo oficialmente. Había hecho algo extraordinario: demostrar que la tuberculosis no es una enfermedad provocada por fuerzas misteriosas e incontrolables sino por una variedad de bacteria, el *Mycobacterium tuberculosis*, desde entonces conocido como bacilo de Koch. Este descubrimiento era entonces mucho más de lo que hoy parece: implicaba tres conceptos revolucionarios. El primero, que la enfermedad se hacía comprensible, salía del pozo oscuro y terrible de la ignorancia, y se exponía a la luz de los hechos que casi cualquiera podía entender. El segundo, que quedaba demostrado que la enfermedad se transmite

de individuo a individuo, y que por tanto se podía hacer prevención, salud pública. Y el tercero, dado que quedaba visto que estaba causada por un organismo vivo, era posible pensar en sustancias químicas capaces de impedir o dificultarle el crecimiento y la reproducción, es decir, se podía pensar en lo que hoy se diría un antibiótico. Los trabajos de Louis Pasteur, que se desarrollaban de manera contemporánea en Francia —los de Koch en Alemania— fueron basamentos clave para este descubrimiento.

Ya entonces la ciencia avanzaba vertiginosamente: en 1882, Koch descubre el bacilo de la tuberculosis; en 1890, el mismo Koch presenta la tuberculina (pero ¡ay! la consideraba terapéutica y no diagnóstica). En 1924 aparece la vacuna BCG merced a los trabajos de los bacteriólogos franceses Albert Calmette y Alphonse Guérin, y hoy son millones los niños que reciben esta vacuna (pero no en todos los países: algunos no la tienen, otros no la quieren). Y en 1944 se presenta el primer antibiótico efectivo contra la tuberculosis: la estreptomycin, que la sintetizó el grupo de Selman Waksman.

El Premio Nobel Medicina de 2005 fue para Barry Marshall y para Robin Warren «por el destacado e inesperado descubrimiento de que la gastritis y la úlcera gástrica son resultado de una infección causada por el bacilo *Helicobacter pylori*». Un siglo después se premia el mismo concepto, que cierta enfermedad no es consecuencia de causas indefinidas (el estrés de la vida moderna, etc.) sino de un agente patógeno definido con exactitud, y esto permite diseñar tratamientos y sistemas de prevención racionales y fundamentados en argumentos sólidos. Pero lo racional y lo fundamentado en argumentos sólidos, cuando modifica lo que se creía racional y fundamentado en sólidos argumentos, resulta sumamente urticante.

Koch, por una parte, y Marshall y Warren, por otra, presentaron una evidencia científica incuestionable, tanto que con ella obligaban a la ciencia a cambiar de opinión, a reconocer que hasta entonces vivía en el error. En tiempos de Koch, la ciencia no era una entidad abstracta sino un conjunto de personas con nombre y apellido, y en general con un cargo académico o un puesto público. A muchos les costó aceptar el cambio de mentalidad que exigían los nuevos descubrimientos, y se resistieron a ello, algunos con argumentos, otros por tozudería, que es pariente del orgullo absurdo. La ciencia moderna es similar, y le pasa lo mismo: le cuesta aceptar los cambios, quizás porque hay pocos que verdaderamente tengan una base racional y cuenten con fundamentos sólidos, quizás porque alguna vez se ha visto forzada a rectificar y volver atrás. Los cambios en la ciencia suelen estar precedidos de un largo proceso en que son sólo sospecha, todavía sin la base científica que permite presentarlos en papel blanco y en inglés para que convenzan a los que suelen estar más arriba en el escalafón, y se pueda proceder en consecuencia. Éstos, claro está, no pueden asumir como válido lo que sólo es sospecha, deben esperar, exigir la evidencia. Por este motivo existen desde hace relativamente poco los niveles de evidencia, puesto que la evidencia es el único argumento científico para que la ciencia cambie de opinión. Lo difícil es tener esta evidencia de una manera objetiva y contundente, y saberla presentar por los caminos que están marcados para ello.

En otros ámbitos, allí donde la ciencia tiene un papel apenas indirecto, allí donde una evidencia clara y contundente es el argumento de quien obviamente

tiene razón, allí donde hace falta que el de arriba cambie de opinión y por tanto de actitud, ¿por qué hay tanta resistencia al cambio?, ¿por qué no reconocer la necesidad de un cambio, si los tiempos son evidentemente de cambio? ¿Y por qué será que más de una vez la primera reacción ante la propuesta de cambio es el rechazo, el «callate que yo sé y vos acabás de llegar»?

La evolución de la vacuna contra la parálisis infantil es un ejemplo más, entre muchos, que ilustra cómo evolucionar es cambiar: comenzó como de administración inyectable, después vino la forma oral, que al principio se daba con un terrón de azúcar y después directamente en la boca. Y últimamente, en algunos países, vuelve a ser inyectable. Cada vez mejor, y aquí también hubo un Premio Nobel. Tal vez cambien los tiempos para las caries y los chicles, eternos enemigos, si se hace masivo el uso de los chicles con xilitol o Recaldent. Y tal vez cambien algún día los tiempos para los fumadores, para que ya no los consideren viciosos o empedernidos sino enfermos de una enfermedad que la sociedad quiere esconder, pero sigue beneficiándose de los impuestos que le cobra puntualmente al tabaco. Los tiempos siempre fueron de cambio, porque evolucionan inexorablemente. Algunas personas precipitan el cambio, y aceleran así la evolución. Otros, por contra, ocultan el cambio para detener la evolución, y así es como involucionan, y huelen entonces a naftalina. Éstos, por favor, que miren la evidencia, que revisen los argumentos porque tal vez estén hablando en pasado, y esto huele a naftalina.

* * *

2. Miércoles 15 de marzo de 2006

Estornudar al sol, y a la sombra

El sol provoca estornudos, al menos en ciertos santafesinos. De la manera más molesta e incomprensible, algunos individuos presentan una crisis de estornudar y estornudar al exponerse súbitamente a la intensa luz del verano santafesino. Tal vez no reparen en el detalle que la serie de estornudos comienza cuando pasan de un ambiente relativamente sombrío —o en todo caso de luminosidad bastante menor— al intenso sol del verano. La crisis no aparece de manera sistemática, cada vez que esa persona se expone al sol, sino sólo esporádicamente. Y termina con cierto lagrimeo y congestión nasal, ante lo cual la voz popular diagnostica la inminente aparición de una gripe de verano, una enfermedad que —lo demuestran los días subsiguientes— al fin no aparece y cae en el olvido, como también cae en el olvido la crisis de estornudos. Otras veces la voz popular adjudica el origen de la crisis a un ventilador demasiado persistente o puesto sobre la espalda, o a un aire acondicionado de fresco excesivo; y no falta quien habla de una alergia al sol. Estas hipótesis no tienen fundamentos sólidos, pero tal vez no deban descartarse puesto que la ciencia no conoce todavía la razón de este curioso fenómeno, que se conoce como reflejo fótico, lumínico o solar, o síndrome ASCHOO (del inglés autosomal dominant compelling helio-ophthalmic outburst, traducido con el rimbombante nombre de síndrome de estornudos helio-oftálmicos incoercibles autosómico-dominantes).

Es un reflejo, es decir, una secuencia de hechos completamente involuntarios e incontrolables, aunque con cierto esfuerzo el individuo puede atenuar la fase final de cada estornudo, y esto demuestra que la corteza cerebral tiene alguna participación en este reflejo, cuando no la tiene en otros reflejos del ser humano. Se cree que el sistema nervioso parasimpático, a través de una cascada de fenómenos que se sumarían, tiene mucho que ver en el reflejo fótico. Esto emparenta este reflejo, relativamente habitual en la primavera y el verano santafesinos, con otros reflejos menos visibles y menos comentados, pero no por ello menos reales: hago referencia a quienes a veces estornudan en circunstancias de excitación sexual, o cuando orinan. Cierta tipo de temblor y ciertas tiritonas se acompañan de estornudos, y el hecho se atribuye aquí también a una gripe que los días siguientes se encargan de descartar. Estos fenómenos también son parientes de otro, frecuente y discreto, aunque sin estornudos: son muchos los que sienten escalofríos al orinar, sobre todo si se trata de varones jóvenes y cuando lo hacen de pie.

Pero casi siempre el estornudo es síntoma de la inminencia o de la presencia de un resfrío, la manifestación de una alergia, o el intento del aparato respiratorio de desembarazarse de alguna minúscula partícula que molesta en la nariz. Pero esta explicación no convence si se quiere entender por qué estornudan algunos recién nacidos o bebés de pocos días de vida. Tampoco se sabe por qué duermen tanto, si no están cansados; o tal vez lo estén, nadie lo sabe. Sí se sabe al menos de una persona que presenta una violenta crisis de estornudos cuando bebe vino, y es más o menos sabido que el tinto puede desencadenar una crisis de migraña en individuos predispuestos. Hay constancia formal de dos personas que estornudan si comen caramelos de menta, y se conocen dos familias algunos de cuyos integrantes estornudan si comen en exceso. Son casos excepcionales, claro está. También son excepcionales los casos en que el estornudo es un síntoma de epilepsia, ya sea como aura epiléptica o como parte de la crisis de movimientos anormales, algo que ya se conocía en la Antigüedad. Aún más excepcional es el estornudo como síntoma de un tumor maligno. Como síntoma psicógeno o psiquiátrico, el estornudo es una realidad igualmente excepcional; quien lo presenta recibe a veces el nombre de estornudópata, un apelativo no privado de cierta inadmisible ironía. Aún hay más información sobre el estornudo normal y patológico en el artículo que publica el doctor J. M. García Moreno, del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, en la prestigiosa Revista de Neurología (2005; 40: pág. 615-621), que próximamente publicará una nota sobre la historia del estornudo.

El estornudo repetido una y otra vez puede constituir una situación desesperante y clínicamente difícil de controlar. Los archivos médicos registran el caso de una chica de trece años que estornudaba y estornudaba y no paraba de estornudar, y lo hizo durante dos meses seguidos; la situación adquirió tales ribetes que el periódico de la localidad informaba día a día de la evolución de la paciente. De un caso similar hay más información: se trata de un chico, también de trece años, del que consta que estornudaba de día y de noche, y la situación llegó a afectar tanto su vida y la de su familia que acabó internado en un centro sanitario en un estado de casi colapso. Los profesionales que lo atendían buscaron sabia y minuciosamente la razón de situación tan curiosa, pero después de pruebas innúmeras y consultas especializadas, la causa no salió a la luz. Intentaron tratamientos con fármacos antihistamínicos, con drogas

antiepilépticas, con corticoides y con anestesia local de la nariz, sin que ninguno diera resultado. Cuando el paciente llevaba diecisiete días de estornudos extenuantes le administraron clorpromacina, un agente antipsicótico de baja potencia, y al día siguiente dejó de estornudar. Continuó el tratamiento, lógicamente, hasta que la aparición de efectos secundarios intolerables obligó a suspender la medicación, veintiún días después. Contra todo pronóstico, el paciente ya no volvió a estornudar.

El estornudo, aún el más inocente y gripal, no está exento de riesgos. Se sabe de cuatro casos de sordera secundaria a la violencia del estornudo, que dañó las delicadas estructuras del interior del oído. El citado artículo informa de un caso de infarto agudo de miocardio, uno de infarto del cerebelo y otro de infarto de la médula cervical, entre otros graves problemas de salud derivados de unos estornudos particularmente virulentos. Y en cuanto a los que estornudan al salir al sol, existe cierta preocupación porque este reflejo fótico puede hacer que un conductor pierda momentáneamente el control de su auto a la salida del túnel subfluvial, por ejemplo. Esto puede provocar un accidente, y de los daños que se deriven, supongo, no sería responsable, como supongo que tampoco lo sería quien ocasione un accidente por sufrir una crisis convulsiva o un infarto mientras está manejando.

* * *

3. Viernes 19 de mayo de 2006

El protocolo de Groningen

Holanda tiene, desde 1985, protocolos para la eutanasia. Son legales, se pueden aplicar a quien lo pida siempre que sea mayor de 16 años, que lo solicite de manera expresa y que esté mentalmente sano. Excluyen, por tanto, a los niños. Podría pensarse que los niños holandeses no tienen derecho a la eutanasia, lo que resultaría sorprendente en un país que ocupa un lugar de vanguardia en lo que refiere a formalizar derechos polémicos. Pero según informa una pequeña pero sustanciosa publicación de la American Academy of Pediatrics (AAP Grand Rounds 2005; 3: 57-70), los niños de los Países Bajos también tienen derecho a la eutanasia. Y en eso está el protocolo de Groningen.

Un protocolo médico es un conjunto de indicaciones para el diagnóstico o el tratamiento de una situación médica concreta, o para saber cómo proceder ante ciertas situaciones difíciles que se pueden derivar de la actividad médica. El protocolo busca calidad asistencial: el objetivo es que todos los médicos procedan de una misma manera ante una misma situación, o de una misma manera ante un paciente en un estado clínico concreto. Uniformiza criterios y procedimientos, y procura el mejor método para cada circunstancia, y permite luego evaluar un conjunto de resultados. El uso de estos protocolos es un avance de la medicina moderna que llega tanto al gran hospital como al pequeño dispensario. Suele ser posible adaptarlos a cada entorno, pero el protocolo de Groningen, si bien es útil para Holanda, tal vez no lo sea para otros países, según reconocen sus autores.

El protocolo de Groningen fue desarrollado en 2002 para cuando se considere un procedimiento deliberado para finalizar la vida de un niño. De sus resultados da cuenta una de las revistas médicas más prestigiosas del mundo (New England Journal of Medicine 2005; 352: 959-62), en un artículo cuyos autores son E. Verhagen y P. Sauer, del University Medical Center, de Groningen, Holanda. Allí se indica que la aplicación del protocolo exige que se cumplan cinco condiciones: 1. Que el diagnóstico del niño sea seguro, y que su pronóstico sea absolutamente inexorable, sin posibilidad alguna de mejoría; 2. Que diagnóstico y pronóstico sean confirmados al menos por un médico independiente de los que estén relacionados con el niño; 3. Que haya un «sufrimiento insoportable y sin esperanzas»; 4. Que ambos padres otorguen consentimiento informado y por escrito; y 5. Que el procedimiento se realice de acuerdo a un «estándar médico aceptado». El protocolo establece también que después de la muerte del niño debe comunicarse la eutanasia a la autoridad judicial.

El protocolo se refiere, al menos en principio, a neonatos. En este contexto y según una encuesta que había publicado antes una revista médica igualmente prestigiosa (Lancet 1997; 350: 251-5), los neonatólogos de Holanda proceden a realizar eutanasia unas quince o veinte veces al año. Entonces, el protocolo de Groningen es una respuesta a una necesidad médica concreta, que seguramente no es exclusiva de Holanda. Esta respuesta es un procedimiento claro y razonablemente humano, frío porque debe ser objetivo, que no permite que alguien proceda por su cuenta y según su libre criterio, y que protege legalmente tanto a los padres como a los médicos.

Determinar que un niño ya no debe vivir porque su pronóstico de vida no tiene ninguna esperanza o porque queda condenado a un dolor insoportable es, qué duda cabe, una decisión difícil, tal vez imposible para algunos. Y no se puede negar que existe la posibilidad de que padres o médicos consideren el pronóstico como sin esperanza después de calcular la terrible carga social y familiar —y personal, si cabe— que supondría la vida del niño. La situación puede ser de náusea para algunas personas, pero puede ser de alivio para otras. Y es real, no es ficción cinematográfica sino una realidad que la medicina más avanzada hace posible allí donde los recursos científicos y materiales son abundantes, donde tal vez sobreabunden.

Visto el dilema con otros ojos, éstos de país en vías de desarrollo, resulta doloroso saber cuánto recurso se puede llegar a gastar en un ser humano que no tiene esperanzas —y que me perdone—, porque con los mismos recursos se podría hacer mucho por otros niños, por los que son mayoría, por los que viven en la mayoría de los países del mundo. Y éstos sí que tienen esperanzas. Pero esta no es la cuestión: parece que ya no interesa, tal vez porque la equitativa distribución de la riqueza, en el contexto de una globalización por la fuerza, se vende como una cosa pasada de moda, pese a que es una verdad de evidente y cruel elocuencia.

La cuestión es otra: estos protocolos para proceder a la eutanasia representan, guste o no, un avance para la humanidad. El profesor Gracia Guillen, de la Universidad Complutense de Madrid, toda una referencia en bioética para España y Latinoamérica, en una entrevista que publica El País Semanal

(29/01/06), explica que «No se puede colocar a las personas en situaciones peores que la muerte y luego, caritativamente, ofrecerles la eutanasia». E insiste en que no se debe confundir ética con religión, ni ética con derecho. Y sobre esto cada uno es dueño de pensar lo que quiera, y hasta tal vez sea dueño de proceder en consecuencia, según las circunstancias, y si lo dejan. Pero es evidente, es fácil de constatar que hay un cambio en marcha: la sociedad comienza a ver la muerte no ya como un desenlace descontrolado e impredecible, o como una eventualidad no deseada, sino como una elección meditada. Entonces no puedo menos que recordar novelas como 1984, de George Orwell o Un mundo feliz, de Aldous Huxley.

* * *

4. Martes 11 de julio de 2006

El chico más viejo

Murió de una forma espantosa, según parece, el niño más antiguo del cual se tiene noticia cierta. Se lo conoce como el Niño de Taung. Correteaba hace mucho tiempo por algún lugar forestal del sur de África, tal vez un bosque esponjado o una zona de vegetación baja y seca, con amplios espacios abiertos. Seguramente vivía feliz y jugaba todo el día, y seguramente ya había aprendido a tener miedo de ciertos animales peligrosos. De pequeño habrá crecido con la leche de su madre, rica y nutritiva, muchas noches habrá dormido acurrucado entre unos brazos peludos y confortables, acunado con la canción de un viento lejano, con el música familiar de los insectos. De mayorcito habrá comido sobre todo vegetales y semillas, carne cruda de vez en cuando, un huevo si tenía suerte. No hablaba sino con sonidos guturales, pero con certeza que se hacía entender. Hasta que pasó lo que pasó.

Encontraron los restos del niño en la cantera de Taung, al sur de África, en 1924; el yacimiento sería destruido poco después, no encontraron más fósiles. Se dice que el Niño de Taung es el niño más antiguo porque sus restos son los fósiles que corresponden al homínido más joven que se ha encontrado, y porque era una criatura. Vivió hace unos dos millones y medio de años. Era un primate, un catarrino igual que usted y que yo, pero de un género que estaba destinado a desaparecer: *Australopithecus africanus*. En la escala de la evolución de las especies, los *Australopithecus africanus* y los primeros *Homo* compartieron un antecesor común, y de esta familia venimos todos nosotros; compartieron también un tiempo y una tierra africana, tal vez hostil. Algunos expertos reservan la categoría de homínido para el género *Homo* en sentido estricto, pero otros incluyen en esta categoría a todos los primates bípedos, tal el caso de los *A. africanus*. Es decir, que el Niño de Taung fue un homínido para unos, pero no lo fue para otros. Más bien bajo, como todos los *A. africanus*, de la medida de un chimpancé actual. Y de poco cerebro: el peso del encéfalo que tenían se ha calculado como un poco menos de la mitad del encéfalo del hombre actual. Pequeños y poco inteligentes, sí, pero ya caminaban erectos, igual que usted y que yo. Me lo puedo imaginar, por tanto, al Niño de Taung corriendo a ver si agarra aquella gallina (los dinosaurios ya habían desaparecido).

Dos especialistas, Lee Berger y Ron Clarke, consideran que el Niño de Taung murió víctima de un depredador poderoso y alado: un águila. Y al escribir estas líneas me imagino un chico bajito y peludo que corre en el claro de un bosque, y un ave rapaz que lo atrapa con sus garras poderosas por la espalda y con vuelo majestuoso se lo lleva hacia su nido, y el chico que llora, que grita, que se mueve desesperado, sin escapatoria. Y me imagino a su madre, alertada por los gritos infantiles, que mira impávida e impotente cómo el monstruo se lleva a su niño. Sabe que se lo comerá. No se sabe si el águila se lo comió, o si se lo dio de comer a sus pollitos. En los restos fósiles del Niño de Taung que se van encontrar allí arriba, en lo que se supone fue aquel nido, se ve que le estaba saliendo la primera muela definitiva.

De esto hace mucho tiempo. Pero nadie se piense ingenuamente que la práctica de cazar niños está pasada de moda: todavía hoy, cuando el Homo sapiens presume de civilizado, de haber superado la barbarie y el primitivismo, hay águilas que atrapan niños para comérselos. O mejor, porque es más negocio, para dárselos de comer a los pollitos. De estas águilas hay dos especies.

Una especie son las águilas que atrapan niños con las garras de la prostitución o con las garras del trabajo infantil, garras crueles y despiadadas, explotación vil. Estas águilas atrapan niños y niñas pobres, pequeños y tal vez poco inteligentes, pero que caminan igual que usted y que yo. Los atrapan y se los dan de comer a ciertos empresarios sin escrúpulos. O a ciertos clientes ávidos de carne imberbe, y de éstos algunos son europeos, y dicen que pagan mejor y que no se preocupan si los ven rondar por allí porque, como están fuera de casa, en un país pobre... Otros son cantantes de rock, gente conocida, ejemplos para la juventud.

La otra especie de águila es igual de cruel, pero es elegante, anda siempre bien vestida, habla con argumentos que parecen verdaderos, argumenta con rigurosa corrección fonética y lingüística. Pero no admite contrarréplica, y si con el solo discurso no se sale con la suya, tiene otros recursos, éstos más expeditivos, violentos y torturadores, para doblegar la voluntad del adversario y conseguir que acabe diciendo que sí. Es un águila que mira de perfil, que luce blanca la cabeza y el cuello, azul el fondo, coronado de estrellas. Con garras poderosas, delicadamente cubiertas con guantes de terciopelo de fina factura, atrapa niños y niñas que viven lejos, que son pequeños y pobres, que tal vez son poco inteligentes o tal vez no se expresan con tanta elocuencia, pero caminan y corren igual que usted y que yo. Son las garras de la globalización, las garras de los cultivos subvencionados, de las vacas que producen leche a precios artificialmente bajos, las garras de los medicamentos que no se pueden comprar porque son demasiado caros. Del agua que no llega, y cuando llega está contaminada. Son las garras de la diarrea que mata y de la malaria que hace volar de fiebre, son las garras del sida y de la tuberculosis, las garras de la desnutrición y la deshidratación. Las garras del petróleo. Son las garras de la puerta cerrada, las garras de los derechos de propiedad intelectual y de las patentes. Son las garras que en inglés atrapan criaturas inocentes y se las dan de comer a sus pollitos para que éstos puedan mantener el estándar de vida, para que puedan seguir pensando, con ingenuidad de pollito, que con dinero o con poder se lo puede comprar todo.

También son garras santafesinas. Son las garras de la reclamación que no encuentra oídos, las de quien deja el expediente en un cajón y allí duerme meses y más meses. Son las garras del sueldo que no alcanza, son las garras del discurso político, vacío y oportunista. Pero además son las garras de quien todavía no se decide a ponerse las pilas, y ya tiene las águilas que le sobrevuelan la casa. Son las garras del que va lento, del perezoso, del que se cree dueño de la verdad y por tanto no sale a buscarla, y se la pierde. Queda visto, entonces, que igual que los *Australopithecus africanus*, ciertos niños y ciertas niñas (y ciertos hombres y ciertas mujeres) son homínidos para unos, pero no lo son para otros.



* * *

5. Viernes 4 de agosto de 2006

Una sopa para cenar, o vacunar

Hay muchos virus. Los hay discretos e inofensivos, y los hay malos y malísimos, y traidores, de los que tiran la piedra y esconden la mano, y luego miran desde un costado con cara de yo no fui, hasta que los agarran. Es el caso de los papilomavirus. Se habla mucho últimamente de los virus Papiloma humano porque se sabe con certeza que son quienes provocan el cáncer de cuello uterino, y porque ha sido aprobada una vacuna que protege contra este cáncer. Virus Papiloma humano suele abreviarse con las siglas VPH o HPV.

La ciencia conoce más de cien tipos de virus Papiloma humano. Sabe que los tipos 16 y 18 son responsables del setenta por ciento de los casos de cáncer de cuello uterino, y de ciertas lesiones precancerosas que pueden observarse en el cuello del útero, en la vagina y en la vulva. Sabe además que los tipos 6 y 11 son responsables del noventa por ciento de las verrugas genitales, diferentes de las verrugas vulgares. Pero sabe también que el resto de los casos de cáncer de

cuello uterino no son consecuencia de la infección por estos virus, así como también sabe que en la mayoría de los casos la transmisión ocurre por medio de las relaciones sexuales, aunque admite excepciones que no puede explicar. Tampoco puede explicar por qué aparecen las lesiones precancerosas y el cáncer de cuello uterino en apenas una pequeña proporción de todas las mujeres que contraen la infección por estos virus: es evidente que el sistema inmunológico funciona bien en casi todas, pero falla en unas pocas, no se sabe cuáles.

La vacuna que aprobó la Food and Drug Administration, institución oficial del gobierno de los Estados Unidos que goza de mucho prestigio científico, se llama Gardasil, y protege contra los tipos 6, 11, 16 y 18 del virus Papiloma humano. La protección que brinda contra estos virus parecer ser del cien por ciento, pero debe recordarse que hay formas de cáncer de cuello uterino que no quedarán protegidas por esta vacuna. Gardasil es un producto de los laboratorios Merck, que recomienda administrar tres dosis a las niñas y jóvenes de entre 9 y 26 años: la segunda dosis se debe administrar dos meses después de la primera; y la tercera, cuatro meses después de la segunda. La vacuna y el plan de vacunación cuentan con el apoyo de instituciones tan prestigiosas como el National Cancer Institut, entre otras. Existe otra vacuna, y de ella se puede esperar una eficacia igual en cuanto a la prevención del cáncer de cuello uterino: se llama Cervarix, es un producto de los laboratorios Glaxo Smith Kline, y protege contra los tipos 16 y 18 del Papiloma virus.

En Estados Unidos, las tres dosis de Gardasil cuestan unos 360 dólares. Es un poco más cara que otras vacunas de nueva generación, al menos para España: la vacuna Prevenar, que protege contra la sepsis y otras infecciones provocadas por ciertas cepas de neumococo, cuesta 74,96 euros cada dosis y, según la edad a la cual se comience la vacunación, el bebé puede necesitar varias dosis. Varilrix, una de las marcas de la vacuna contra la varicela, cuesta 45,38 euros, y se administra una única dosis. Ninguna de estas dos vacunas está incluida en el calendario oficial de vacunas de España; es decir: quien las quiere las tiene que comprar en la farmacia, y cada vez son más los padres que las quieren para sus hijos. Gratuita porque está incluida en el calendario vacunal, la vacuna Infanrix Hexa, que se administra sin distinguir nacionalidad, ni siquiera situación de legalidad o ilegalidad en el país, cuesta 53,74 euros, y protege contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la hepatitis B, la poliomelitis y las infecciones provocadas por la bacteria *Haemophilus influenzae* (en especial la meningitis); se necesitan varias dosis. Complemento de esta vacuna es Meningitec, contra las infecciones por meningococo, sobre todo la sepsis y la meningitis, que cuesta 36,35 euros.

Paralelamente, la famosa caldereta de langosta, presentada sin lujo en un restaurante del Paseo Marítimo de la paradisíaca localidad de Fornells, en la costa norte de Menorca, cuesta 65 euros cada ración (a veces hay oferta de dos raciones por 90 euros). La caldereta de langosta es una sopa densa y aromática, que se sirve con trozos de langosta hervida en el mismo caldo. La receta es sencilla: langosta, perejil, tomate, pimiento verde, ajo y cebolla; la langosta debe ser de la variedad roja, y es necesario incluir trozos de langosta macho y de langosta hembra. Poco antes de apagar el fuego, hay que agregar a la cocción el bazo y la sangre del crustáceo, y los huevos que las hembras llevan adheridos a la cola. Dicen los cocineros que la langosta debe ser de la variedad roja para que

la caldereta quede del color rojizo que la hace tan atractiva, y que ésta debe incluir la sangre del animal para que adquiera densidad acaramelada y el tono ligeramente alilado que fascina a los turistas descoloridos, o al menos rosados, que no hablan castellano. Los expertos en gastronomía consideran que la caldereta de langosta de Fornells es un plato de exquisitez sublime, a mí me pareció una rica sopa. Como se la sirve de segundo plato, al precio de la caldereta hay que sumarle el del primero, el vino y el agua, el postre, el café y la copa de coñac andaluz o de cava catalán: la cuenta puede superar fácilmente los cien euros por barba, sin contar la propina.

Un poco más allá del restaurante, también sobre el Paseo Marítimo, descubrí una casa relativamente sencilla, blanca, de dos plantas y terraza, con vistas hacia la inmensa bahía de Fornells, de aguas tranquilas y de transparencias turquesas, todo Mediterráneo, donde suele soplar una brisa que huele a mar, donde el Rey de España sale a pasear cada vez que visita la isla, y donde toman el sol mientras navegan ciertos millonarios que buscan el anonimato. Me llamó la atención el nombre de la casa: La Bombonera, y me quedé pensando.

Si aún quedan ganas de comer alguna cosa, vale la pena pasar por el Restaurante Evo, inaugurado hace poco y ubicado bajo una gigantesca cúpula transparente, a cien metros de altura, en la cima del Hotel Hesperia Tower, en una localidad próxima a Barcelona. El comensal gozará de unas vistas espléndidas, tanto del mar como de la montaña. El presupuesto, según advierte con cordial pero contundente elocuencia el servicio de relaciones públicas del restaurante, cabe tenerlo previsto a partir de los ciento treinta y cinco euros por persona, más los extras. Dicen que se come bien.

Queda visto entonces que las vacunas no son tan caras como parece puesto que resulta más caro cenar una sopa de langosta, por ejemplo, que vacunar un niño contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la hepatitis B, la poliomielitis y la meningitis por *Haemophilus*. Y si se incluye el precio del vino y de los extras habrá margen de presupuesto para vacunarlos contra la terrible meningitis por meningococo, o contra la sepsis fulminante, de la que pocos se recuperan. No queden los santafesinos excluidos de este planteamiento serio, aunque presentado con ironía. Antes de reclamarle a las autoridades la vacuna Gardasil o cualquier otra, consideren cuánto gastan ciertos funcionarios en asados y extras durante un año, y cuánto vale la prevención de una enfermedad que le cuesta la vida a la mitad de las pacientes. Y las autoridades también que hagan números, a ver qué es más negocio, si invertir en la vacuna contra el cáncer de cuello uterino, por ejemplo, o seguir gastando en cirugía, en quimio y en radioterapia. Que cada uno haga los deberes, pero de una vez por todas que los haga bien, y no se quede nadie con la parte del pastel que no le corresponde.

* * *

6. Jueves 26 de noviembre de 2006

La varicela y el fantasma de la viruela

Varicela y viruela no es lo mismo. El virus de la varicela circula por todas partes e infecta a la mayoría de niños del mundo; el virus de la viruela, en cambio, es

un fantasma que no se sabe si aún duerme o si ya está muerto. El virus de la varicela recibe el nombre de virus varicela zóster porque es el causante de la varicela y del herpes zóster. Provoca primero la varicela. Después, superada la enfermedad, el virus no se va, se queda en el cuerpo, escondido, inactivo, silencioso, duerme sin provocar ninguna molestia. No dice nada, sólo espera, quieto, una segunda oportunidad.

No todos tienen una segunda oportunidad, ya se sabe, y conviene aprovechar la primera puesto que tal vez sea la única. Si el virus de la varicela tiene una segunda oportunidad, en general años después, despierta sin que se sepa por qué, regresa a la vida activa, vuelve a hacerse virulento. Pero no vuelve a provocar la varicela sino el herpes zóster, y en seguida se esconde otra vez. Casi todos los niños tienen varicela antes de los 11 o 12 años, pero no en todos hay constancia de ello porque es posible que la enfermedad haya pasado desapercibida. Pero pocos niños tienen herpes zóster, que es más propio de la vida adulta. Tal vez la infancia esté queriendo decir con esto que si al virus de la varicela no suele darle una segunda oportunidad, no se la dará tampoco a los padres. Y es fácil ver que los niños no dejan nunca un juego para mañana, quieren jugar hoy, y ahora, no dejan pasar la oportunidad, aprovechan el ahora mismo. El padre o la madre que deja para mañana el juego con su hijo, pierde la oportunidad.

No se sabe por qué siempre primero va la varicela y después el herpes zóster, y nunca al revés; ni por qué suele haber epidemias de varicela pero no las hay de herpes zóster. Ni se sabe por qué el virus puede hacer estragos, puede provocar formas terribles de varicela si consigue entrar en las poquísimas comunidades del mundo donde la enfermedad es del todo desconocida. La idea de entrar un virus, y hacer estragos, no es nueva: durante los tiempos medievales de la peste, era habitual que, durante el sitio a una ciudad para conquistarla, los sitiadores lanzaran a los sitiados, mediante catapulta, los cadáveres de los soldados que morían de peste; la idea era provocar una epidemia en la ciudad sitiada, o hacer que cunda el pánico y salgan todos corriendo. Esta idea, con la sofisticación propia de los tiempos modernos, continua vigente y resulta útil en política barata: la idea es dejar caer, así como quien no quiere la cosa, con cara de yo no fui, al estilo americano de don Jorge, una amenaza en el seno de la comunidad. Es para crear un cierto clima de temor, y el temor es pariente de la obediencia, o para conseguir los votos agradecidos de quienes observan poco después que tal amenaza no se cumple (porque ya se sabía que no se cumpliría, puesto que la amenaza carecía de fundamento: era sólo para que los demás piensen que soy bueno porque advierto del peligro, y luego soy aún más bueno porque logré evitarlo).

Después de un período de incubación de dieciseis días, pero que puede ser de tres y hasta de cuatro semanas, la enfermedad se presenta con las características clínicas que permiten el diagnóstico en la mayoría de los pacientes. Pero en una minoría la enfermedad es difícil o imposible de diagnosticar a ojo desnudo porque las lesiones son mínimas o confusas. La mayoría de los niños evoluciona favorablemente, pero hay una minoría que presenta complicaciones graves, y evolucionan de manera desfavorable. Hay vacuna contra la varicela, según comenté el viernes 4 de agosto en estas mismas páginas de El Litoral; entonces decía que no estaba incluida en el calendario oficial de vacunas de España. Pero

ahora lo está: se acaba de saber oficialmente que está prevista la vacunación antivariolosa, en los centros educativos de algunas comunidades autónomas, de todos los niños y niñas de 11 años que no hayan tenido varicela. Parece una gran cosa, pero no sé si lo es tanto ya que a los 11 años, nueve de cada diez niños ya tuvo varicela, y no está prevista la vacunaciones de niños de menos de esta edad.

Una vacunación que comienza, y otra que terminó no hace tanto, y terminó con la enfermedad. La viruela es hoy historia gracias a la vacunación sistemática y masiva. Era una enfermedad terrible. «La viruela genuina es casi siempre mortal en los lactantes y niños pequeños, y sigue siendo muy peligrosa en los escolares. En los casos de viruela observados en Alemania entre 1871 y 1874, la mortalidad fue del 58% en niños menores de 10 años», escribe el profesor R. Degkwitz en su Tratado de pediatría de 1935. Cuarenta años más tarde, en 1975, un informe de la Organización Panamericana de la Salud indicaba que «se ha registrado un descenso espectacular en la incidencia de poliomielitis parálitica y viruela». Dos años más tarde, en Somalia se registró el último caso de viruela. En 1980 la Organización Mundial de la Salud declaró oficialmente que esta enfermedad estaba erradicada en todo el mundo. Por primera y única vez la ciencia consigue dominar una enfermedad hasta el punto de eliminarla completamente la faz de la Tierra, y esto merced a la vacunación, al trabajo sistemático y anónimo, y sin días libres por asuntos propios, de una miríada de agentes sanitarios. Es un triunfo que comenzó en 1796, cuando Edward Jenner demostró, después de luchar contra la tosudez de los que entonces tenían la sartén por el mango, que las inoculaciones que él llevaba a cabo resultaban útiles para prevenir una enfermedad que hacía estragos en la población de las ciudades. Amplios sectores de la ciencia le reconocen el mérito de haber sido quien desarrolló el concepto de vacuna, y la primera vacuna. Pero hay suficientes datos para pensar que en la China imperial, varios siglos antes, ya se practicaban ciertas inoculaciones para prevenir la viruela: el método consistía en inhalar (mejor dicho, esnfiar) el polvo que resultaba de pulverizar el material infeccioso, seco al sol, de la piel de los enfermos de viruela. Suele pasar que no todo el mérito es para quien recibe la medalla, y que hay más personas meritorias de las que se peinan para salir en la foto.

Erradicada la viruela, el virus que la provoca se conservaba vivo, bajo máximas medidas de seguridad, en dos laboratorios: uno en Estados Unidos y el otro en la Unión Soviética. En 1999 la Organización Mundial de la Salud ordenó destruir el virus porque ya no hay razón para conservarlo y porque resulta peligroso. No consta que haya sido destruido, pero sí consta que fue clonado y secuenciado, por si alguna vez hiciera falta para hacer más dosis de la vacuna, dicen. O para lanzarlo, con una catapulta moderna, contra la ciudad que se quiera conquistar.

Mientras tanto la humanidad continua esperando la erradicación de enfermedades que podrían erradicarse mediante vacuna u otras medidas de prevención y tratamiento: tuberculosis, sida, sarampión, malaria, cólera... Y que conste, para que se sepa: mientras tantos esperamos, alguno puede comprar el último modelo de auto de lujo que acaba de salir al mercado europeo. Es el Bentley Continental Flying Spur, un mastodonte de dos toneladas y media de peso, cinco metros y pico de largo, y un motor de doce cilindros que supera sin

chistar los trescientos kilómetros por hora. El modelo de serie cuesta 198.600 euros más IVA. O sea, cuesta más dinero un auto que la vacunación contra la varicela de todos los chicos de la ciudad de Santa Fe, por ejemplo.

* * *

7. Sábado 25 de noviembre de 2006

Nacer en mala posición

El 10 de octubre pasado entró en vigor la ley que prohíbe que trabajen los menores de 14 años. En la India. Ya estaba prohibido el trabajo de los chicos en la construcción y en las pedreras: el gobierno considera que son trabajos peligrosos para ellos, menos mal. Pero los chicos trabajan igual, no tienen otra alternativa, y trabajan en la calle, en la construcción y en las pedreras, en la industria textil, en la inexpugnable intimidad de muchas familias, tal vez de aquéllas que exportan informáticos que hablan inglés.

El trabajo infantil es en la India cosa habitual, y está socialmente aceptado (la violencia, la explotación laboral y el abuso sexual parecen un mal necesario, implícito en la condición laboral de los infantes). Y hasta está bien visto, que trabajen los niños, y tener niños laburantes en casa: de las familias que cuentan con personal doméstico, nueve de cada diez tienen para estas tareas personal de entre 12 y 15 años. Nadie se rasgue les vestiduras porque hasta no hace mucho era habitual que ciertos hogares argentinos tuvieran una «criada» de esta edad para las labores de la casa, y no era raro que quedase embarazada del señor de la casa o de los hijos adolescentes, y nadie decía nada, y tener criada era bien visto por la sociedad argentina que se hacía cebar mate.

Según informa UNICEF, casi todos los niños de la India trabajan al menos la tierra, y unos doce millones (¿cuántos chicos hay en Argentina?) trabajan en condiciones de esclavitud, aguantan jornadas laborales extenuantes, de hasta 17 horas, a cambio de un salario por el cual muy pocos argentinos, si es que alguno, se levantarían de la silla. Y desde la silla tal vez proclame alguien que no es bueno que trabajen los chicos de la India, que tienen que ir a la escuela de lunes a viernes, y jugar en el patio de casa los sábados y domingos. ¡Qué fácil es proclamar verdades desde la cátedra de la silla del comedor!

Los trabajadores menores de 14 años son para la India un factor importante: constituyen el 3,6% de la fuerza laboral del país. El país entonces los necesita, tanto como los necesitan sus respectivas familias. A falta de una alternativa mejor, sin programas masivos de educación y de rehabilitación, sin solucionar la necesidad socioeconómica que los obliga a trabajar, será difícil erradicar el trabajo infantil. Más fácil pareciera solucionar al menos el problema de la explotación, la violencia y el del abuso sexual en el trabajo. Pero antes de proponer nada conviene hacer un mea culpa y recordar que de las «criadas» aquéllas las había que no cobraban nada, que ejercían de sirvientas a cambio de casa y comida. A cambio de la educación, decían las señoras de buena posición.

Abundan los niños que han nacido en mala posición, aquí y allá, en los tiempos modernos y en los tiempos pasados, pero ninguno hizo nada para merecer tanto

castigo. El último informe de Amnistía Internacional provoca escalofríos de sólo leerlo, por saber qué pasa más allá de la esquina de casa. Y es fácil caer en la tentación de no seguir leyendo, de no seguir mirando. Pero es necesario mirar, y saber qué está pasando y que ha pasado, y por qué, y quiénes eran los responsables, y quiénes lo son ahora. Es necesario mirar y tragar saliva, hacer de tripas corazón y superar las náuseas.

La República Democrática del Congo (antes Zaire) vivió una guerra civil entre 1998 y 2003. Casi la mitad de los combatientes (40%) eran niños, y niñas. Reclutados a la fuerza, arrancados de sus familias, forzados a luchar, murieron a montones, sin saber por qué. También murieron a montones los adolescentes de las Juventudes Hitlerianas, no hace mucho, en el seno de un país que entonces y ahora se enorgullece de ser civilizado. Pero al menos los nazis tenían un control riguroso de esta tropa, sabían quién murió y quién quedó vivo. En el Congo, en cambio, no hay registros que permitan saber exactamente quiénes murieron, o al menos cuántos. De miles no se sabe si están vivos o muertos, ni de muchos vivos se sabe dónde están y en qué condiciones quedaron.

Cuando reclutaron niños como soldados, también reclutaron niñas. Las chicas soldadas lucharon (y murieron) igual que los chicos soldados. Pero a diferencia de ellos, a ellas las obligaron a cocinar y a lavar la ropa de los soldados adultos, y sobre todo las obligaron a satisfacerles los deseos sexuales. El informe dice que «a los soldados les dan placer de todas las maneras». La guerra terminó, y el gobierno congolés no cumple todavía la promesa de desarmar soldados, y liberar soldaditos y soldaditas. Los que entonces eran soldaditos prepuberales son ahora soldados adolescentes, y no conocen otro método que el de la violencia puesto que en ella se criaron. Y las que entonces eran soldaditas prepuberales son ahora adolescentes, «criadas» en el seno de la tropa. Los soldados adultos se creen con derechos sobre estas adolescentes, las consideran una propiedad, bienes sexuales sin derecho a devolución. No se sabe cuántas son. Las que logran escapar cuentan que viven aterrorizadas por miedo a la tortura y al asesinato, y cuentan los horrores de los que Amnistía Internacional se hace eco en su informe. Nadie, al parecer, les hace caso.

Tampoco les hicieron caso a los judíos que se escaparon de los campos de concentración nazis y contaban los horrores que estaban pasando. Ni la comunidad internacional atendió a tiempo el horror del genocidio de Ruanda, aquellos cien días espantosos en los que murieron casi un millón de personas de etnia tutsi, en manos de personas de etnia hutu, de abril a junio de 1994, mientras los diplomáticos occidentales discutían en los foros internacionales si había que hacer algo, o no. Murieron miles de niños y miles de niñas, a machete, la violación y la mutilación fueron habituales.

Hasta que es demasiado tarde. Y entonces todos a rasgarse las vestiduras delante de las cámaras, que siempre queda bien.

Es necesario saber qué pasa. Saber por ejemplo que el Congo es un país riquísimo: en el subsuelo abunda el cobre, el estaño, el uranio y el oro, y es uno de los principales productores mundiales de diamantes. Es necesario saber que Argentina también es un país riquísimo, y que entre tantas otras cosas exige dejar de proclamar verdades desde la cátedra de la silla del comedor. Hay que

ponerse las pilas antes de que vengan más señores de negro a llevarse las riquezas del subsuelo, y dejen al honorable público separado en bandos que, tarde o temprano, se enfrentarán otra vez a tiros. Porque los niños son el futuro, es necesario defender la infancia antes de que vengan más señores de negro y a los niños prepuberales los obliguen a vender polvos blancos, y a las niñas prepuberales las obliguen a vender polvos del color que toque.

El 11 de julio pasado, en EL LITORAL («El chico más viejo»), decía que el niño más antiguo del que se tiene noticia murió de una forma espantosa: se lo comió un ave rapaz, hace unos dos millones y medio de años. Pero, según informa el número de noviembre de National Geographic, se acaba de dar a conocer que en Etiopía se han encontrado unos restos fósiles que corresponden a una niña que vivió hace unos tres millones y medio de años. Es por tanto, esta niña, más antigua que el niño al que hacía referencia en aquel artículo. Perteneció a una especie distinta de homínido, *Australopithecus afarensis*, una línea evolutiva que también, como la de aquel niño, desapareció en los laberintos de la evolución. No hay argumentos para pensar que la pequeña murió de forma violenta. Prefiero pensar que murió en brazos de su madre, que no entenia qué le pasaba, ni por qué. Propongo entonces abrir los ojos, y mirar, y entender, antes de que sea demasiado tarde.

* * *

8. Viernes 15 de diciembre de 2006

Morder y morderse para Navidad

Según se desprende de observar estos tiempos navideños, la masticación es inherente a la Navidad, forma parte de ella. Tanto como parecen serlo los alimentos particularmente calóricos como nueces y turrones, y los colores rojo, dorado, verde y blanco. Es curioso observar cómo estos alimentos y estos colores no son propios de la cultura de la mayoría de los argentinos, sino que son de importación, primero; y de inyección contra natura, después. Pero el objetivo de estas líneas no es comentar la dudosa argentinidad de ciertas formas con las que se festeja la Navidad en Argentina. Sinó comprobar que si la masticación es importante para estas fechas, morder lo es más, y no sólo en tiempos de asados y otros festines: también en circunstancias tal vez más interesantes, con certeza más importantes.

Morder es un imperativo de la biología, y morderse la lengua es una exigencia del sentido común. Hay algo de agresivo en cada mordida, y al parecer esta agresividad es una curiosa manifestación pasional que se relaciona con la alimentación, el sexo y la rabia, tres pasiones poderosas y de control difícil. Que sean pasiones de control difícil no es aquí una desventaja, al contrario: es una ventaja, es una forma de asegurar el éxito.

Algunos especialistas remarcan el hecho de que el control difícil de estas pasiones representa una ventaja para el ser humano, porque de esta manera la biología se asegura que se llevarán a cabo los actos de la alimentación, el sexo y la rabia, y con esto se asegura la supervivencia de la especie. La alimentación, el sexo y la rabia (la rabia como mecanismo de defensa) son necesarios para

perpetuar la especie, y son posibles incluso sin participación racional alguna, según demuestran los animales superiores, que se alimentan, se reproducen y se defienden sin pensárselo mucho. El ser humano también es un animal superior, y también demuestra que la alimentación, el sexo y la rabia son posibles sin la participación intelectual. Efectivamente, ciertas funciones de alimentación, reproducción y defensa son mecanismos automáticos en cuanto que pueden conservar alguna función aunque el cerebro haya quedado anulado a causa de una enfermedad, o porque se hayan cercenado sus conexiones con el resto de los órganos.

Es interesante comprobar que la biología prescinde de las funciones superiores de los seres humanos, las funciones intelectuales, cuando diseña los mecanismos que aseguran la perpetuación de la especie. Quizá porque sabe que la participación intelectual, con curiosa frecuencia, complica las cosas en lugar de arreglarlas. La función intelectual puede detener y reprimir una necesidad vital del ser humano, y detener en consecuencia el proceso cuyo objetivo es la perpetuación de la especie. Pero, por otro lado, la poca o nula participación intelectual en ciertas pasiones las hace maravillosas, sublimes hasta lo inexpresable. Esto es fácil de observar en el mundo de las pasiones alimentaria y sexual, y también es fácil de observar en circunstancias diferentes, igualmente pasionales, como por ejemplo el acceso al poder político (o para mantenerse allí), donde las mordidas y los mordiscos parecen ser más frecuentes que cualquier participación intelectual.

Mordidas y mordiscos también son habituales en el mundo de la infancia, en particular en las guarderías. En general no tienen más trascendencia que la animadversión que puede agarrarle al padre o la madre del mordido en contra del mordedor, lo cual no autoriza a más mordidas. O que la sonrisa escondida y discreta, visceral y perversa del padre o la madre del mordedor. Pero es posible que la mordedura de persona a persona sea causa de infección. El caso más probable será el de una infección fácil de controlar con los tratamientos habituales, pero es necesario tener presente la pequeña posibilidad de que la mordida acabe en gangrena o que transmita la hepatitis B. El sida también se puede contagiar a través de un mordisco, pero sería una situación excepcional puesto que la ciencia tan sólo conoce un único caso, una persona adulta, en que la enfermedad se transmitió de esta manera; no se conocen casos de transmisión del sida en el entorno normal de la guardería o la escolarización de niños pequeños.

La mordedura de un perro puede destruir tejidos o arrancar un trozo imposible de recuperar. Hasta puede provocar la muerte: son numerosos los casos de niños que murieron entre las fauces de un perro. La ley española obliga a que los perros de la raza dogo argentino no estén nunca sueltos en la calle, sino siempre con bozal, atados con correa, y conducidos por una persona responsable. Y allí donde no llega la ley, es el sentido común quien obliga a que los perros peligrosos estén adecuadamente controlados en todo momento. Alrededor de la quinta parte de las mordeduras de perro en general acaban en infección. La del gato (o sólo el araño), cerdo, rata, serpiente y otros animales puede acabar igualmente en infección. Persona o animal que muerde puede transmitir el tétanos, pero es de suponer que todos los chicos argentinos están vacunados contra el tétanos y la hepatitis B, entre otras enfermedades.

La historia demuestra que la necesidad de morder para alimentarse es una fuerza poderosa en circunstancias extremas, y aquí el canibalismo y la antropofagia son comprensibles, incluso necesarios, porque la preservación de la propia vida, o la protección de un hijo, quedan más allá de toda consideración cultural, y probablemente también más allá de toda consideración moral. El canibalismo puede transmitir el kuru. Esta enfermedad era habitual entre los integrantes de la tribu Fore, de Nueva Guinea, hasta finales de la década de 1950, cuando se les prohibieron los rituales caníbales según los cuales se comían el cerebro de los parientes muertos. El kuru es una de las enfermedades provocadas por priones, unas partículas infecciosas más pequeñas y más elementales que los virus. Son unas pocas enfermedades, raras, algunas que afectan a las personas y otras que afectan a los animales. Entre las primeras cabe citar la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, enfermedad degenerativa e irreversible del cerebro; y entre las segundas, a la dolencia que en Europa recibió el nombre de enfermedad de las vacas locas. Según todos los indicios, las vacas en cuestión enfermaron porque, para engordar más y más rápidamente, les daban de comer alimentos balanceados que en su composición incluían subproductos animales, sobre todo grasas, tal vez deschechos, tal vez cerebro. La ambición mata al hombre, se dice, pero en este caso provocó la muerte de unas pocas vacas, el sacrificio de muchas más, y la muerte de unas pocas personas que habían comido de vacas enfermas, aunque sin síntomas. Ambición absurda y desmedida, porque resulta tragicómica la pretensión de alimentar un animal herbívoro con productos cárnicos. Hubiera sido mejor morderse la lengua y actuar en consecuencia.

Sobre morder, otra cuestión es por qué muerden ciertas personas en ciertas circunstancias. Tal vez son víctimas de un cansancio, de un hartazgo o de unas exigencias laborales o personales que no pueden asumir. O tal vez son víctimas de una pasión donde la función intelectual no participa, o si participa necesita urgente descanso. Quizá sean las dos cosas, mutuamente potenciadas. Estas personas deben aprovechar el tiempo de Navidad para hacer un examen de conciencia, y proponerse no morder más, al menos en el ámbito laboral, y reservar los mordiscos sólo para la intimidad de la pasión alimentaria, sexual o de defensa.

* * *

9. Jueves 8 de febrero de 2007

Signos y síntomas para ver mejor

Signos y síntomas identifican la enfermedad, y también identifican la salud. La semiología, en medicina, enseña que un signo es aquéllo que percibe el observador, mientras que un síntoma es aquéllo que percibe el paciente. Poca nitidez tiene la frontera entre ambos. Son síntomas el dolor de cabeza, la angustia, el miedo; y son signos la palidez y el adelgazamiento, entre otros. Y ahora es fácil comprobar que un signo tiene algo de síntoma, y que un síntoma puede hacerse público mediante un signo. Conviene dejar entonces de lado la rígida ortodoxia de la nomenclatura, y concentrarse en los signos y los síntomas como primer paso para saber qué pasa. Y también conviene tener presente que

para percibir signos o síntomas se necesita tener activa la capacidad de percepción, y activada la voluntad de percibir. Porque si no hay peor sordo que quien no quiere oír, no hay peor miope que quien no quiere ver.

La búsqueda ordenada y sistemática, y después la observación cuidadosa y el análisis concienzudo y sincero de los signos y síntomas, permiten separar salud de enfermedad. Y luego permiten saber en qué punto del amplio territorio de la salud se encuentra la cuestión, o en qué capítulo de la patología cabe enmarcarla. Esto es diagnóstico, el proceso que lleva al diagnóstico. El paso siguiente es proponer un remedio, o un paliativo, según el caso. Pero se equivoca quien pretenda poner remedio a una cuestión si no se fundamenta en el estudio previo de los signos y síntomas, porque a la larga o a la corta el remedio no conseguirá los efectos que se esperan de él, aunque se trate de un remedio vistoso, popular, caro, demagógico, o de origen europeo o norteamericano. Bien hecho, hecho a conciencia, el proceso del diagnóstico suele ser difícil y silencioso; proponer el tratamiento adecuado también suele serlo. Y un proceso diagnóstico mal hecho, sin fundamento, rápido y oportunista, es una tentación peligrosa, y entonces, después, proponer un tratamiento y escribirlo en un papel, o gritarlo desde un balcón, se convierte en cosa fácil y lisonjera, vacía, aunque rentable.

Para evitar los malos diagnósticos y ahorrar en consecuencia remedios que no remedian, las comunidades organizadas confían el proceso del diagnóstico a los profesionales de la salud. La comunidad, entonces, necesita profesionales de la salud, y para ello cuenta con centros de formación, planes de estudio y de entrenamiento, pruebas que avalan la solvencia de cada profesional, y colegios que controlan la idoneidad de profesionales y métodos. Pero la comunidad es más que la suma de sus integrantes. Por tanto, la salud de los integrantes de una comunidad no significa la salud de la comunidad; es decir, la salud de la comunidad no resulta de la salud de sus miembros, aunque cuenten con los mejores profesionales de la salud.

Quien mantenga activa su capacidad de percepción, y mantenga activada su voluntad de percibir, podrá observar que la comunidad presenta signos y síntomas, que los signos de la comunidad tienen algo de síntoma, y que un síntoma de la comunidad puede hacerse público mediante un signo. Y tal como hace un profesional de la salud, podrá saber qué tanta salud o qué tanta enfermedad tiene su comunidad si analiza e interpreta con sentido común los signos y síntomas con los que se manifiesta. Como síntomas, una comunidad puede sentir alegría y júbilo, impotencia y rabia, anhelos que nunca se cumplen, imposibilidad de acceder a una vivienda digna o a la educación del nivel que exigen los tiempos modernos, etc. Y un observador avisado podrá observar que como signos una comunidad puede presentar una olla popular, una fiesta patronal, chicos que crecen sanos, prostitución, delincuencia callejera, luchas intestinas que no conducen más que al capricho del poder, personas que duermen en la calle, etc.

Está claro que si se necesita una mínima sensibilidad y sentido común para detectar que una persona tiene vómitos, un síntoma que a la vez es un signo, e interpretar que algo anormal le está pasando, también se necesita sensibilidad para detectar que la comunidad se queja con razón y persistencia, e interpretar

que de verdad algo anormal está pasando. Son ejemplos, nada más que ejemplos, ni nada menos que ejemplos tomados de la vida real. Sensibilidad es aquí equivalente a capacidad de percepción y voluntad de percibir.

Lo mismo hace falta para interpretar que un signo o un síntoma determinando no indican enfermedad sino salud. Que un bebé de siete meses se mantenga sentado de manera estable es un signo de salud, y si además pide la leche porque tiene hambre, he aquí un síntoma de salud. Pero si los miembros de una comunidad permanecen sentados siete meses y piden leche porque tienen hambre, he aquí un signo y un síntoma que indican que la comunidad está enferma. Tal vez enferma de hastío, de desempleo, de falta de estímulos, de pocas oportunidades, de miopía o de presbicia, más conocida como vista cansada. Y quien tenga a su cargo el diagnóstico de la situación, que diagnostique con exactitud y proponga un remedio de verdad. Por contra, y siguen los ejemplos, el recambio generacional es un signo a la vez que un síntoma que indica la buena salud de la comunidad: es un síntoma porque implica el sentimiento por una vida que se apaga y por otra que comienza, y es un signo porque marca el inexorable paso del tiempo y la vigencia de los relojes biológicos.

Si se necesitan profesionales de la salud que sepan interpretar los signos y los síntomas de los integrantes de una comunidad, también se necesitan profesionales que sepan interpretar los signos y los síntomas de la comunidad. Y aquí está la cuestión. Antes de confiarle la salud de uno de sus integrantes, la comunidad le exige al profesional de la salud que demuestre haber pasado por una larga etapa de estudios y entrenamiento, y tener una serie de papeles que lo avalen. Pero a la persona que asume la máxima responsabilidad en salud pública, en economía o para controlar los destinos cotidianos de un municipio, y siguen siendo ejemplos tomados de la vida real, no le exige ni estudios ni entrenamiento, ni papeles que avalen su idoneidad, ni le pregunta por sus antecedentes patológicos. Aún más, la comunidad puede exigirle responsabilidades a un profesional de la salud si interpreta equivocadamente un signo o un síntoma, o si se equivoca en cuanto al tratamiento, pero no le exige el mismo nivel de responsabilidad al funcionario que equivoca el remedio porque se hizo el sordo o el miope cuando le tocaba analizar los signos y los síntomas de la comunidad. Este comportamiento es como mínimo curioso. Como también es curioso comprobar que un profesional de la salud gana o pierde clientela según sus competencias, mientras que los otros no pierden clientela ni en caso de incompetencia.

La semiología enseña también que los signos y los síntomas se agrupan para formar síndromes. No es difícil enumerar los signos y los síntomas que componen el síndrome febril, o el síndrome diarreico. Tampoco es difícil agrupar los signos y los síntomas de una comunidad y formar así los síndromes que indican su grado de salud o enfermedad. Y para ejercitar a quien acepte el desafío del diagnóstico, y para que esta columna no se aparte del espíritu habitual que la fundamenta, quedan estas líneas ilustradas con la foto de un bebé, que está inmerso en un ambiente de poca nitidez. Para que cada uno se pregunte si es el bebé quien tiene poca nitidez, o si son los propios ojos los que no ven bien lo que pasa.

* * *

10. Miércoles 09 de mayo de 2007

¡Viva la leche!

Nadie se engañe, las cosas no han cambiado, la leche sigue siendo un buen alimento: ¡Viva la leche! Es insustituible para casi todos los bebés del mundo, y también lo es, durante la infancia y la adolescencia, para casi todos los chicos. Sin duda es el alimento más antiguo de la humanidad, y ningún otro puede presumir tanto de ancestral, de inmemorial, de atemporal y de universal. Entonces, terminen de una vez por todas los esfuerzos que maquiavélicamente intentan cambiar el vaso de leche del desayuno y el vaso de leche de la merienda por otros alimentos. La leche es alimento obligado para todos los chicos, con unas pocas excepciones que requieren un diagnóstico médico concreto.

Somos mamíferos. La especie humana es mamífera: necesita leche para tener el máximo de posibilidades de desarrollarse por completo, tanto desde el punto de vista físico como desde el intelectual. Somos tan mamíferos como un ratón o un elefante, tanto como el temible vampiro o el misterioso ornitorrinco, pero somos más racionales y tenemos la capacidad de reflexionar, podemos reaccionar y proceder en consecuencia, y rectificar o ratificar según el caso. Hace un tiempo que se observa una tendencia hacia el consumo de alimentos que intentan sustituir la leche como desayuno y como merienda; se trata de alimentos sanos, algunos hasta necesarios, pero de la leche no son un sustituto sino un complemento. Cada vez son más habituales en la canasta familiar porque cada vez son más habituales en los medios de comunicación. Son alimentos caros: yogures, actimeles y demás son más caros que la leche; los zumos industrializados y las bebidas que combinan jugo con leche son caros porque son agua en su mayor parte, convido a leer la etiqueta. La leche es más barata y es mejor.

Según esta tendencia, parece que quien se considera en un estrato superior cambia la dieta de sus hijos, y en vez de darles un vaso de leche y un trozo de pan para desayunar o merendar les da un yogur y dos tortitas negras, o un vaso de jugo con una factura, con lo cual hace un mal negocio. Hay quien cambia un plato de fideos con aceite y queso rallado por una porción de asado, y se equivoca; se equivoca también quien cambie un plato de lentejas por un bife. La carne no es mejor que los fideos o las lentejas: es un complemento necesario, y para una dieta sana basta con un trozo bien pequeño. También está quien aparta lechuga y tomate de la dieta habitual, o se olvida de las acelgas y las espinacas. El pan de panadería es mejor y más barato que el pan de molde, las galletitas y los bizcochos; las facturas aportan un exceso de calorías inútiles. La sopa de arroz es un buen alimento, y también lo es la de sémola y la de cuáquer, y la polenta. Las papas fritas de bolsa y similares son una vergüenza. Y nada hay mejor para calmar la sed que el agua, jugos y gaseosas son sobre todo negocio. Es mejor una pieza de fruta que un vaso de jugo, una banana alimenta el cuerpo y el cerebro, un alfajor alimenta el bolsillo ajeno.

Es necesario entender que la alimentación infantil, junto con la educación, son la clave para una infancia sana y competente, y también son la clave para una

vida adulta sana y competente. Necesitamos que la próxima generación de adultos sea sana y competente. El objetivo es prioritario, la alimentación y la educación infantiles son prioritarias. Antes tomará leche un chico que comerá un adulto.

No todos los chicos del mundo disponen de al menos un buen vaso de buena leche al día. Los hay toman leche de oveja, de yegua, de cabra o de camella. En la India existe una enfermedad terrible: la cirrosis infantil. Afecta sobre todo a los más pequeños, y evoluciona rápidamente hacia una etapa de complicaciones y muerte sin remedio. No se sabe con certeza cuál es la causa, pero se sospecha que es un defecto congénito en los mecanismos que metabolizan o que eliminan el cobre del cuerpo. Lo que sí se sabe con certeza es que la enfermedad aparece en chicos que beben leche de búfala previamente recogida o calentada en recipientes oxidados. Pobrecitos: se mueren amarillos y con la panza inflada. No es que la leche de búfala sea mala, lo que es malo es la pobreza y la ignorancia que los lleva a recoger y calentar la leche en recipientes inadecuados.

La pobreza es hija de la ignorancia, entonces la ignorancia es peor que la pobreza. Necesitamos hijos sanos, y que sepan qué hacer y qué no hacer. Comete pecado mortal quien esconde una información importante. Los especialistas de la Organización Mundial de la Salud consideran que esa forma de cirrosis infantil desaparecería si fuesen mejores las condiciones sociosanitarias de la región. Pero no creo que mejoren, al menos a corto plazo: me parece que hay intereses oscuros y malévolos que no quieren que se acabe la pobreza del mundo, y utilizan la ignorancia como herramienta para mantenerla.

Las vacas europeas reciben un subsidio de dos euros al día, más de lo que tienen muchas personas en el mundo para vivir. Las vacas así subvencionadas producen leche subvencionada, y el precio de la leche subvencionada es siempre más bajo que el de la leche no subvencionada (para esto es la subvención). La leche no subvencionada es entonces cara y no puede competir en los mercados internacionales, y así los productores que no reciben subvenciones a la leche se la toman, o la tiran, pero no la pueden vender. Algunos de los que firman subvenciones y hablan de globalización son los mismos que no firman el protocolo de Kioto, de reducción de los gases que contaminan la atmósfera y condicionan que más allá de sus fronteras se produzcan lluvias de consecuencias desastrosas. Y de esto Santa Fe tiene suficiente experiencia. Entonces no entiendo por qué la gente sigue comprando bebidas y alimentos que no alimentan a los niños sino a las multinacionales que continúan contaminando la atmósfera con los gases de sus fábricas, si estos gases, a la larga y a lo lejos, hacen que se inunde la ciudad. Es como quien escupe para arriba: el escupitajo le caerá en la cara.

Alimentemos bien a los niños, eduquemos bien a los niños: buena alimentación y buenos ejemplos. Que sepan que en democracia el poder no está en los poderosos sino en el pueblo, y que hay que aprender a votar, y a vetar. A los chicos hay que enseñarles a comer porque son quienes mañana nos darán de comer, porque un niño sano será un adulto sano, porque un niño sabio será un adulto sabio. Porque si los infantes de hoy no son mañana mejores adultos que algunos adultos de hoy, mal negocio habremos hecho.

* * *

11. Viernes 15 de junio de 2007

Mirar bien a la cara

Conviene mirar bien a la cara. Mire bien a la cara el médico a su paciente, antes de hacer nada; y mire bien a la cara el paciente a su médico, antes de aceptar nada. Ilustro la importancia de esta actitud con el caso clínico de una paciente, seguro que bien conocida por buena parte de la sociedad santafesina. De los muchos médicos que le prestaron atención, la mayoría no percibió siquiera la condición patológica, y tan sólo unos pocos se atrevieron a plasmar un diagnóstico por escrito. Pero desgraciadamente no hubo acuerdo en cuanto al diagnóstico.

La paciente carece de cejas, y esta circunstancia puede considerarse patológica porque no se corresponde con la moda del momento. En opinión del doctor Luis Lay-Son Rivas (1), de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile, podría tratarse de un caso de tricotilomanía, que es la manía compulsiva de arrancarse el propio cabello, las cejas, las pestañas y demás vello del cuerpo. Pero lo más importante del caso no es esta cuestión capilar, sino lo desconcertante de la expresión facial, que algunos consideran asimétrica y que todos consideran como mínimo enigmática. En defensa del buen proceder médico se debe reconocer que la actitud de la paciente fue en todo momento pasiva y ambigua.

Un renombrado especialista en neurología (2) considera que la expresión facial de la paciente puede ser un caso de sincinesia secundaria a una parálisis de Bell que le habría afectado el lado izquierdo de la cara. La parálisis de Bell es más conocida como parálisis facial, y debe su nombre a Charles Bell, anatomista y cirujano escocés, que nació en 1774 y murió en 1842. La sincinesia es un movimiento voluntario de una parte del cuerpo que acompaña, y tal vez busca compensar, un movimiento involuntario de la parte contraria. Otro especialista (3) indica que no debe considerarse la expresión facial de la paciente como una enigmática sonrisa, sino como la postura obligada de quien ha perdido los dientes frontales a causa de un traumatismo en la boca. Otro médico (4), también de renombre, indicó que la expresión de la cara que inmortaliza a la paciente es propia de quienes presentan bruxismo, que es un rechinar, un frotamiento patológico de los dientes, rítmico o espasmódico, que suele ser causa o consecuencia de una mala posición recíproca de ambas mandíbulas. Consta por último la opinión de otro neurólogo (5), que entiende que el enigma de la supuesta sonrisa, de rasgos más acentuados del lado izquierdo, también podría deberse a un tic con distonía, es decir, a un tic con un trastorno en el tono natural de la musculatura de la cara.

Cabe recordar que el síntoma conocido como risa sardónica es propio del tétanos, y se debe al espasmo de los músculos faciales y a la dificultad para abrir la boca a causa del compromiso de los músculos que permiten masticar. El período de incubación del tétanos suele variar entre una y dos semanas. Esta enfermedad provoca la muerte en aproximadamente un paciente de cada tres. Y no está erradicada ni mucho menos: aún se observan casos de tétanos en el

medio rural. Terrible es el tétanos neonatal, que probablemente es la consecuencia de cortar el cordón umbilical con un instrumento contaminado con el bacilo del tétanos. Este bacilo es muy resistente gracias a su capacidad de formar esporas, y así puede permanecer mucho tiempo, vivo pero agazapado, en la tierra y en las zonas inundadas. La vacuna contra el tétanos es efectiva, y la deben recibir todos los niños; está incluida en el plan de vacunas de Santa Fe. Los adultos deben recibir una dosis de recuerdo cada diez años, aproximadamente. Perros y personas que muerden pueden transmitir el tétanos.

Aunque la paciente no estaba vacunada, no hay argumentos para pensar que su enigmática sonrisa fuera de origen tetánico. El retrato que de ella se conserva permite seguir mirando y analizando lo que algunos interpretan como sonrisa y otros interpretan como síntoma de una situación patológica. Hay que mirar bien, sin duda, pero es evidente que no será por mucho mirar que se llegará a la verdad. Hay que mirar a la cara, mirar bien: es el primer paso, inspira confianza. Pero no es suficiente. Mirar bien queda bien, pero no es todo lo que se debe hacer: es lo mínimo que se debe hacer. No basta con mirar para diagnosticar correctamente la situación.

Los especialistas que evaluaron la situación que nos ocupa miraron cuanto quisieron, con suma atención y sin prisas, pese a lo cual no llegaron a un acuerdo sobre el diagnóstico, y eso que eran especialistas. Esto demuestra que muchas veces no basta con mirar y sólo mirar para llegar al correcto diagnóstico de la situación. Ni aún tratándose de una mirada larga y concienzuda, ni aún tratándose de una mirada que sale en los diarios y en la televisión. Porque el cargo no brinda sabiduría. La mirada desde lo alto del escalafón, desde el coche oficial o desde la distancia que establecen ciertos cargos políticos no mira más ni mira mejor que la mirada del peatón: no es llegando alto que se aprende, sino estando abajo, con los ojos bien abiertos y sin orejeras.

La sabiduría no está en el cargo. Está en la experiencia, pero no en la experiencia de uno, sino en la experiencia colectiva. El sabio sabe porque ha estudiado, pero sobre todo porque muchos han estudiado antes, y porque muchos siguen estudiando en otras partes, y porque todos dejan los conocimientos arriba de la mesa. El conocimiento ya no procede de una única fuente, sino de muchas. La sabiduría está en el consenso, en el conjunto. En reconocer el imperativo de preguntar antes de responder. Lo primero es mirar a la cara, efectivamente, pero después hay que consultar y preguntar, y proceder en consecuencia.

Quien ocupa un cargo público y en virtud de ello esté obligado a hacer el diagnóstico de una situación para ponerle remedio inmediato o a largo plazo, no debe guiarse por la autoridad que le brinda su cargo puesto que autoridad y sabiduría no son sinónimos. Ganaríamos todos si el que manda reconoce que no puede tomar una decisión porque no domina todos los aspectos de la cuestión, y pide ayuda a los que saben, a cada uno de lo suyo, y del conjunto hace un todo racional. La suma de partes buenas hace un todo bueno, y el todo que resulta es más que la suma de sus partes, ya se sabe. En cambio, la suma de partes defectuosas hace un todo defectuoso, y se repetirían las inundaciones, por

ejemplo. Y he aquí la paciente: Leonardo Da Vinci retrató a Monna Lisa, la mujer del florentino Francesco del Giocondo, entre 1502 y 1506.

(1) El retrato de Mona Lisa. Una visión neurológica. Rev Neurol 2003; 36: 398. (2) Adour K. Mona Lisa syndrome: solving the enigma of the Gioconda smile. Ann Otorhino-laryngol 1989; 3: 196-9. (3) Borkowski J. Mona Lisa: the enigma of her smile. J Forensic Sci 1992; 6: 1706-11. (4) Goode S. Mona Lisa grinding her teeth beneath her smile? Washington: Insight in the News; 1999. p. 4. (5) Jankovic J. Tourette syndrome. Phenomenology and classification of tics. Neurol Clin 1997; 15: 267-75.

* * *

12. Jueves 16 de agosto de 2007

La crónica de Ibiza empieza en Santa Fe

Ahora que es historia el naufragio del «Don Pedro», a poco de zarpar del puerto de Ibiza, la madrugada del 11 de julio, caigo en la cuenta que la crónica de Ibiza comienza en Santa Fe. Un caluroso mediodía del mes de marzo pasado, entre los libros de una mesa de ofertas tropecé con «Experiencia y pobreza. Walter Benjamin en Ibiza: 1932-1933», de Vicente Valero, un ibicenco más poeta que ensayista. El libro es un hallazgo valioso, y es un misterio saber qué hacía allí un libro editado en Barcelona, por Ediciones Península, en 2001, en cuya página cuatro consta que se prohíbe la exportación e importación para la venta fuera del ámbito de la Unión Europea; a veces pienso que algunas normas, como las de derechos de propiedad intelectual, no son para cumplirlas sino para saltarlas, puesto que limitan el desarrollo de quienes más necesitan desarrollarse.

Bien documentado y bien escrito, el libro es la crónica de las dos temporadas que Walter Benjamín pasó en Ibiza: primavera de 1932, y primavera y verano de 1933. Ibiza ya se perfilaba como destino de intelectuales, pintores y bohemios, y ya se consumía opio como cosa general. Y Walter Benjamin ya era un escritor más o menos conocido en su Alemania natal, pero la vida lo maltrataba y lo maltratarían aún más las autoridades españolas, francesas y alemanas. En Ibiza escribió textos que hoy son inmortales. Algunos los escribió bajo los efectos de las drogas: «Hachís en Marsella» se publicó en 1932, y se inspira en «Historia de una embriaguez de hachís», escrito antes de la época ibicenca; pero la mayoría de sus textos sobre la propia experiencia con el hachís, el opio y la mescalina no se publicarían hasta los años setenta. Las alucinaciones características de estas drogas son evidentes en algunos de sus artículos, en los que describe imágenes y colores como si fueran parte de la realidad, y no eran sino alucinaciones.

Unos pocos años después, huyendo de la persecución nazi en Alemania y luego en Francia, intentó cruzar la frontera francoespañola, pero tropezó con la intransigencia de los guardianes franquistas, que le impedían la entrada. Incapaz de asumir otra situación extrema, solo y en una habitación de hotel, en la localidad de Portbou, territorio español, se quitó la vida tomando una sobredosis de morfina, la noche del 26 de setiembre de 1940. Diez años después se publicaría por primera vez la versión completa de «Infancia en Berlín hacia

1900», un libro del cual Benjamin había publicado ocho capítulos estando en Ibiza: cinco en un periódico alemán, con un seudónimo; y los tres restantes en otro periódico alemán, uno de ellos bajo otro seudónimo y los dos últimos sin siquiera firmar. Al menos tres de estos ocho capítulos los escribió en Ibiza. Se valora este libro como uno de los mejores de este autor, y como uno de los más hermosos que se hayan escrito jamás sobre la infancia.

Triste vida, la de este intelectual alemán, y sorprendente, como sorprendente fue encontrarlo en una mesa de oferta de libros en Santa Fe, rodeado de otros libros de valor muy inferior. Estoy seguro que hay más cosas en Santa Fe que esperan, rodeadas de otras de valor muy inferior. Y que hay personas que también esperan una oportunidad, aunque sea a precio de oferta, rodeadas de otras de valor muy inferior.

Dos meses después, en mayo, estuve en Ibiza. Quizá debiera escribir Eivissa, tal como se escribe en la lengua propia de la isla, una variedad del balear, que es un dialecto del catalán; el ibicenco me pareció una lengua áspera pero de sonoridad amplia y musical, parca de palabras pero rica en expresión; una lengua de finales ausentes como de ausentes son muchas eses intermedias y finales en el idioma de los argentinos. Pero el transeúnte que pasea por la ciudad de Ibiza, capital de la isla, no tiene tanta oportunidad de deleitarse escuchando conversaciones en ibicenco como de hacerlo con conversaciones en argentino. Y también, ahora sin tanto deleite, en inglés, en francés, en alemán, en italiano, por una parte; en el árabe del Magreb, por otra. Walter Benjamin no hablaba ibicenco, ni catalán, ni castellano; alguna vez se lamentó por ello. Escribía en alemán. Las dos temporadas que pasó en Ibiza fueron sobre todo de pobreza y soledad, pero hubo momentos felices.

Me pareció una isla cosmopolita, heterogénea en virtud de sus habitantes pero homogénea en cuanto a lo que ofrece: algo que allí llaman diversión, y casi todo apunta a ese objetivo. Más que familias por las calles se ven parejas, de un sexo único o de dos; algunas se me antojaron desparejas por el color de la piel de sus integrantes, por el contenido del bolsillo o por las intensiones. Crisol de razas, dirían algunos; refugio para todos, dirían otros. Lo que se observa a primer golpe de vista es una gran diversidad: aquí ricos de escándalo, allí buscavidas oportunistas; nostálgicos que llegan tarde a los veinte años y veinteañeros desde hace veinte años; personas dispuestas a recoger las migas que caigan de las mesas y personas dispuestas a tirarlas. Isla de extraordinarias bellezas naturales, pero en avanzado estado de destrucción a causa de la especulación inmobiliaria, que lo destruye todo, que también invade Santa Fe, y le lastra el verdadero crecimiento. Algunas playas son magníficas, otras podrían corresponder a mil lugares. Mientras algunas se ven de un recato victoriano, otras se enorgullecen de un nudismo furioso, nostálgico a veces de unas carnes otrora firmes; otras veces la playa deja sin aliento. De noche, las playas continúan vivas y activas, y aún sorprende ver lo que no ya debería sorprender.

La ciudad de Ibiza atesora una historia que documentan las murallas que se yerguen sobre un peñón gigante, y se asoman a la mar mientras se estiran hacia el cielo y miran la ciudad desde arriba. Es una ciudad donde el que esnifa cocaína lo hace en público, aunque discreto. Hay rincones que huelen a orines, y bares y calles que huelen a porro, lugares donde la miseria del que duerme en la

calle, y se consume, convive con las embarcaciones y los departamentos donde el lujo llega hasta la tontería. Ibiza se vanagloria de tener la discoteca más grande del mundo, y asegura que marca la tendencia universal en las demás; allí todo está permitido pero a la vez todo está previsto y calculado, la clave es llamar la atención, es buscar el límite, llegarse hasta él, y pasarlo. Una ciudad, en definitiva, donde lo más vanguardista se parece tanto a lo más decadente que cuesta entender la diferencia entre ambos, si es que la hay.

* * *

13. Viernes 5 de octubre de 2007

El límite de la viabilidad

Límite de viabilidad es un concepto relativamente nuevo. Que indica la probabilidad de sobrevivir que tendrá un bebé prematuro según el hospital donde nazca, y que hace una referencia directa a los recursos humanos y tecnológicos de ese hospital. Las probabilidades de sobrevivir a las dificultades y complicaciones de un parto prematuro son menores para el bebé que nace en Senegal que para el que nace en Japón, por ejemplo, porque los recursos humanos y tecnológicos que destina Senegal al problema de los partos prematuros son inferiores a los que destina el país nipón. Esta afirmación, que es un ejemplo de una realidad que afecta a la mayoría de niños del mundo, y que debería avergonzar tanto a senegaleses y japoneses como a argentinos y españoles porque el problema de la pobreza es corresponsabilidad de todos, no es el argumento principal de estas líneas. Sino que se orientan hacia una vertiente insospechada de esta cuestión: las diferencias que existen entre los países más desarrollados del mundo en cuanto al destino de un bebé prematuro.

Cada vez hay más partos prematuros y, por tanto, cada vez hay más bebés que nacen con un peso inferior al que se considera normal: en los países desarrollados, el 7,5% de los niños son de bajo peso al nacer, y el 1,5% son de un peso extremadamente bajo. Los niños prematuros presentan, en general, un peso proporcional al tiempo de gestación: a menos tiempo de gestación, menos peso. Y las dificultades y complicaciones que presentan como consecuencia de la condición de prematuros son proporcionales al peso y al tiempo de gestación: a más prematuridad, más vulnerabilidad. Però la ciencia y la tecnología han hecho progresos extraordinarios para mejorar las perspectivas de los bebés prematuros, y el resultado de estos progresos es que cada vez hay más bebés prematuros y extremadamente prematuros que consiguen sobrevivir, y la mayoría vive hoy sin secuelas importantes.

Hace unos veinte años, en los países tecnológicamente más avanzados, el límite de viabilidad estaba establecido en 26 semanas. Esto significa que era tan remota la probabilidad de sobrevivir que tenía el bebé que nacía antes de haber cumplido 26 semanas de gestación, que se consideraba que no valían la pena los esfuerzos para conservarle la vida porque estaban condenados al fracaso. En efecto, por aquellos años, es decir, no hace mucho, morían casi todos los prematuros de edad gestacional inferior a 26 semanas (pero me consta la supervivencia, con toda dignidad, de un prematuro cuyo peso llegó a ser de 490 gramos, en la Maternidad Martín de Rosario, hace unos veinte años). Resulta

oportuno recordar que la gestación humana normal tiene una duración media de 40 semanas. Hoy en día, los progresos científicos y tecnológicos consiguen que la supervivencia de los prematuros de 26 semanas de gestación sea la regla y no la excepción. La ciencia registra la supervivencia de niños que nacieron durante la semana 21^o de gestación, o con un peso de sólo 280 gramos. Como consecuencia de estos progresos, y considerando los recursos humanos y tecnológicos de los hospitales más importantes, el límite de la viabilidad es cada vez menor.

El límite de la viabilidad es el tiempo de gestación que marca la frontera entre la vida y la muerte, entre tener suficiente madurez biológica como para poder vivir (con muchos esfuerzos humanos y materiales) o demasiada poca madurez biológica como para poder vivir (aún con todos los esfuerzos). Este límite determina, según las semanas de gestación, quién recibirá atenciones cuyo objetivo es proporcionar una muerte digna y sin sufrimiento, y quién recibirá atenciones cuyo objetivo es la supervivencia sin secuelas. Es fácil comprender que este límite varía según los países, según la región o la provincia, y según el hospital del que se trate. El niño que nazca con tan sólo 25 semanas de gestación tendrá perspectivas sólidas de supervivencia en un gran hospital europeo o argentino, pero estas perspectivas no serán tan sólidas si nace en un hospital periférico si allí no tienen manera de trasladarlo con urgencia y en las condiciones que le permitan sobrevivir.

En 1991, el límite legal de viabilidad de Japón pasó de 24 a 22 semanas completas de gestación. En 2001, el Hospital Universitario de Leyden (uno de los principales centros de referencia de Holanda) decidió poner fin a la práctica de reanimar a toda costa a los recién nacidos que no hubiesen cumplido 25 semanas de gestación. En otras palabras, el límite de viabilidad japonés es de 22 semanas mientras que el holandés es de 25. Espíritus menos terminantes propusieron que el límite no sea tan estricto, que tenga un cierto margen de flexibilidad, para darle así la oportunidad a los pocos que, extremadamente prematuros, presenten mejores perspectivas clínicas. Así, el límite de la viabilidad en Alemania es de 22 o 23 semanas; en Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña es de 23 o 24, y en Suiza es de 24 o 25 semanas.

Según estos límites, el bebé que nazca con 23 semanas cumplidas de gestación recibirá sólo atenciones paliativas en Holanda, mientras que recibirá todas las atenciones, y recursos casi infinitos, en Alemania. La cuestión no es aquí de infraestructura sanitaria ni es tampoco una cuestión de recursos humanos, sino que es una cuestión de criterios. En cifras aproximadas y para países desarrollados: apenas sobrevive el 5% de los prematuros de 22 semanas, y al menos la mitad lo hace con secuelas graves; sobrevive el 20% de los de 23 semanas, el 40% de los de 24 semanas, y más del 60% de los de 25 semanas. Resulta entonces evidente que la vida de un prematuro no sólo depende de que nazca en uno de los países que se enorgullecen de llamarse avanzados, sino que también depende de cada país en concreto o, mejor dicho, de los criterios de las autoridades de esos países o de esos hospitales.

No tengo noticia que Argentina o España tengan un límite oficial de viabilidad, pero es más que probable que cada hospital tenga el suyo, aunque extraoficial. Quien determina cuál es el límite de viabilidad está determinando a quién le

dará la oportunidad de vivir y a quién no se la dará. La decisión es terrible, pero es necesaria. Y debe basarse en argumentos científicos y bioéticos poderosos, avalados por personas expertas y por instituciones con amplia experiencia. Pero en la sala de partos de un hospital pequeño, donde nace la mayoría de los niños del mundo, esta decisión se basa en el sentido común y en la sabiduría popular, que son criterios igualmente válidos.

REFERENCIA: Thomas M. Berger (Neonatal and Paediatric Intensive Care Unit, Children's Hospital, CH-6000 Lucerne 16, Suiza). Cuidado de los lactantes nacidos en el límite de la viabilidad. En Aspectos clave en relación con la prematuridad. Anales Nestlé 2005; 63 (2): 74-87.

* * *

14. Martes 11 de noviembre de 2007

El cerebro desnutrido

La cabeza del niño desnutrido es más pequeña que la cabeza del niño bien nutrido. Porque el cerebro es más pequeño. Pesa menos y presenta signos de atrofia. No basta con el pan y la leche. La desnutrición proteicocalórica afecta casi siempre a los hijos de familias que viven en condiciones de pobreza extrema. Ni los padres ni el entorno pueden ofrecer el nivel de estímulos afectivos y psicomotores que necesitan estos niños para recuperarse, y esta situación agrava la desnutrición y perpetúa la pobreza. La desnutrición es entonces un problema grave del presente que compromete gravemente en el futuro, tanto en el niño desnutrido como en el conjunto de la comunidad.

Resulta fácil observar que un niño desnutrido es más pequeño que un niño bien nutrido. No se refieren estas notas al niño delgado ni tampoco al de constitución pequeña, ni se refieren tampoco al niño que ha perdido peso a causa de una infección aguda, ni se refieren al niño que es más bien flaco porque come poco y mal, y caprichosamente. Se refieren al niño enfermo de desnutrición proteicocalórica, una situación que puede comenzar de manera precoz, ya en el vientre materno, ya durante los primeros días o meses de la vida. Se produce por falta o mala alimentación, más exactamente por falta de los nutrientes que el ser humano necesita, en cantidad y calidad adecuadas, para desarrollarse física y psíquicamente. Argentina no es ajena a esta situación, pero ofrece perspectivas mucho más alentadoras y tiene más soluciones al alcance de la mano que los países en donde la desnutrición es un problema endémico y de magnitud escalofriante. Quien lo quiera podrá encontrar niños desnutridos en Argentina, y hasta podrá hacer algo positivo por ellos (pero no sólo darles comida), y quien no quiera ver esta realidad puede continuar picando queso y salami mientras espera el asado.

La desnutrición impide el desarrollo de las personas, y por extensión impide el desarrollo de la comunidad, que continúa entonces pobre y desnutrida, y presa fácil de políticos y empresarios sin escrúpulos. Que la desnutrición afecta el crecimiento corporal es un hecho evidente, mil veces fotografiado, mil veces un argumento sensiblero para el discurso vacío y oportunista. Lo que no es tan evidente, lo que no se ve con tanta facilidad, pero que es necesario verlo con

claridad, es que la desnutrición afecta el desarrollo cerebral, lo que implica consecuencias terribles para la persona y para la sociedad.

El cerebro es particularmente sensible a la falta de nutrientes adecuados durante el último trimestre del embarazo y durante los dos primeros años de la vida, en especial durante el primero. Llegado el final del primer año de vida, el cerebro sano ya tiene el 70% del desarrollo del cerebro adulto. La desnutrición durante el tercer trimestre del embarazo y durante los dos primeros años de la vida, por tanto, dificulta el desarrollo cerebral de una forma trascendente porque lo afecta durante una fase trascendental de su desarrollo. Esta inhibición del desarrollo produce una reducción probablemente permanente en el tamaño del cerebro y en el desarrollo intelectual. Esto no es una novedad: es una verdad que la ciencia hizo pública en la década de 1960 a partir de investigaciones del máximo rigor científico realizadas en Chile y en África. Nadie, por tanto, puede decir que no lo sabía.

Una investigación reciente, del 2007, realizada en México, demuestra que la desnutrición afecta a las neuronas y dificulta sobre todo el desarrollo de las sinapsis que las interconectan; la transmisión de la información dentro del cerebro queda en consecuencia afectada. Pero aún no se sabe qué relación hay entre esta afectación de la transmisión nerviosa provocada por la desnutrición, y ciertas enfermedades psiquiátricas que se deben, precisamente, a dificultades en la transmisión nerviosa. De hecho, los niños desnutridos presentan, de adolescentes, trastornos de conducta y agresividad, otras dos condiciones que entorpecen el desarrollo del individuo. Sí se sabe, y con toda certeza, que es lento el desarrollo psicomotor de los niños desnutridos, con lo cual quedan en posición de desventaja con respecto a los bien nutridos. Ya en la escuela, casi las tres cuartas partes de los niños desnutridos presentan bajo rendimiento escolar por poca atención y memoria deficiente, y la mayoría no completa la escolarización básica, y esto también lastra la evolución de las personas desnutridas y de la sociedad en la cual viven. Los niños desnutridos también presentan apatía, tal vez por falta crónica de estímulos, y se muestran indiferentes al entorno, y esto es, una vez más, otra dificultad grave para progresar.

La disminución del desarrollo intelectual de los niños desnutridos se debe tanto a la desnutrición como a la pobreza del entorno en cuanto a estímulos para curiosear, para conocer, para saber, para relacionarse: la dificultad para ir a la escuela, la falta de juegos y de un ocio creador y estimulante, las carencias afectivas, el abandono, el trabajo sin perspectivas, y el maltrato físico y psíquico afectan también al desarrollo intelectual del niño desnutrido. La experiencia ha demostrado que es posible, al menos en un buen número de casos, recuperar el peso y la estructura corporal de un niño desnutrido si se le administra una dieta adecuada, controlada, duradera e independiente de los vaivenes de la política. Pero la misma experiencia ha demostrado no se puede recuperar lo que el cerebro ha perdido, y que hay que actuar pecozmente para que la pérdida intelectual sea la menor que se pueda. Y ahora que ha pasado el tiempo preelectoral y con él la promesa mil veces repetida de pan y leche para todos, llega el tiempo de actuar con sabiduría para solucionar un problema que en Argentina afecta a muchos niños que pisan una tierra en la que aún abundan los recursos. En el presente está la clave del futuro.

Para no tener mañana niños desnutridos y poco inteligentes (y en su momento malos dirigentes), es necesario alimentar hoy a los cuerpos, con comida; y a los cerebros con estímulos, con ideas, con enseñanzas, con desafíos, con ejemplos. Pensando en el mañana, al que tiene hambre hay que darle de comer, y darle de comer a sus hijos, esto es lo primero. Pero al día siguiente hay que enseñarle a pescar, hay a enseñarle a crear las estructuras mentales que son necesarias para pescar. Hay que enseñarle a usar y a mantener las estructuras materiales que permiten pescar, porque contaminar el río como medida de protesta es como escupir para arriba. Y si después no pesca, que no diga que no le avisaron.

REFERENCIA: Cornelio-Nieto JO. Efectos de la desnutrición proteicocalórica en el sistema nervioso central del niño. Rev Neurol 2007; 44 (Supl 2): 71-4.

* * *

15. Martes 1ro. de abril de 2008

El pecado de hablar bien

Todavía no habla, el niño que comienza a caminar, y eso que ya domina suficientes habilidades lingüísticas. Podría hablar, seguramente, si no fuera porque tiene la laringe entretenida en ir terminando una función; cuando la termine, el niño podrá hablar. La laringe es imprescindible para hablar: por aquí pasa la columna de aire que hace vibrar las cuerdas vocales, y se produce entonces un sonido que, un instante después, modulan otras estructuras como el paladar, la lengua, los dientes, y el resultado es la voz, la palabra, la comunicación según las normas de la sociedad.

Es necesario que la laringe tenga una posición más bien baja, con respecto a las estructuras de la cara y el cuello, para poder emitir el sonido que luego será la voz. Pero tiene que tener una posición más bien alta para permitir que el bebé pueda tomar el pecho, o la mamadera, sin verse obligado a interrumpir a cada momento para respirar. Ante este conflicto de intereses, la naturaleza decidió con sentido común: que primero la laringe sea alta, para permitir chupar y respirar al mismo tiempo, y que después sea baja, para poder hablar. Chupar y respirar simultáneamente es una función necesaria para la alimentación de todos los mamíferos, entre los cuales estamos, pero hablar es una función exclusiva de nosotros, los únicos animales en los que la laringe cambia de posición, durante el crecimiento, para cambiar de función. Si no fuera por este imperativo de laringe alta al principio de la vida, es probable que pueda hablar el bebé de un año, puesto que ya tiene suficiente conocimiento lingüístico.

Hace tiempo que la psicología cognitiva demostró que el bebé nace con ciertas habilidades lingüísticas, y que quizá las tenga incluso antes de nacer. El oído fetal funciona a partir de la 25^o semana de gestación, y el rendimiento auditivo del feto de 35 semanas es muy similar al de la persona adulta. Cuando el bebé nace, por tanto, ya conoce la voz de su madre, la viene escuchando durante los tres o cuatro meses previos. Y según ciertos estudios bioeléctricos, el cerebro de los bebés prematuros de 32 semanas de gestación presenta una actividad neuronal que correspondería a hecho de escuchar fonemas, casi palabras, y

entre ellos podría distinguir categorías, o sentidos, o significados. Con estos argumentos resulta fascinante pensar que el feto que está en la recta final de su formación no sólo escucha a su madre, sino que hasta la entiende. Nadie sabe qué interpreta. Pero al ver que un recién nacido se queda tranquilo y en silencio si se lo coloca desnudo sobre el pecho desnudo de su madre, y se establece así un contacto íntimo de piel a piel, y la madre mira al hijo que acaba de parir, es fácil darse cuenta que el bebé que acaba de nacer sabe de su madre mucho más de lo que nos imaginamos los de afuera. Esa madre se da cuenta de que ese niño es su hijo, y no otro; y ese bebé sabe que ésa es su madre, y no otra cualquiera. Porque ya se conocen.

Madre e hijo ya se conocen, entonces, cuando nace el bebé. Y será más lo que la madre tendrá que aprender de su hijo que éste de su madre; él ya la conoce, ella sólo se lo imaginaba. El padre queda al margen de este proceso de extraordinaria comunicación, y su papel tal vez no sea más que el estrictamente necesario para la reproducción, tal vez no sea más que un mal necesario. El padre deberá luego recuperar, si puede, el espacio que tenía en el espacio de la madre; y deberá ganarse, si puede, un espacio en el espacio del bebé. La madre, en cambio, ya tiene un espacio en el espacio del bebé desde antes de éste nacer.

El bebé que comienza a caminar, tiene alrededor de un año, posee un repertorio bastante completo de sonidos vocálicos y consonánticos, y esto le permite identificar las palabras. Tiene suficiente capacidad como para entender el mensaje de una palabra según la entonación con que se la digan. Y puede identificar el orden de las palabras dentro de la frase: puede entender un mensaje si las palabras siguen un orden gramatical conocido, pero no lo puede entender si se le cambia la posición al verbo, por ejemplo. El bebé que cumple un año suele conocer unas 40 o 50 palabras, pero no dice ninguna, por la cuestión laríngea.

Los restos fósiles indican que *Homo erectus* tenía la laringe más baja que sus antecesores, lo que permite pensar que ya hablaba, aunque de una manera gutural. Los neandertales, que son posteriores, tenían la laringe aún más baja, hablaban por tanto mejor. Y nosotros, los *Homo sapiens*, tenemos la laringe más baja de todos homínidos, y aún que pertenecemos a la misma familia que chimpancés y gorilas, que maman de pequeños pero no hablan de adultos. Nosotros, los sápiens, invadimos el territorio que ocupaban los neandertales, y así nos quedamos allí, hasta hace unos 40.000 años, época en que los neandertales desaparecieron de la faz de la Tierra. No se sabe por qué, pero se supone que se extinguieron porque tenían menos capacidad de adaptación que nosotros. Sápiens y neandertales hablaban, se comunicaban experiencias. Y se sabe que mantuvieron relaciones sexuales porque nuestro genoma conserva secuencias que proceden de aquellos homínidos. En el larguísimo proceso de la evolución humana, la laringe adopta la posición que tiene en los adultos actuales, es decir, termina su proceso de evolución, en la misma época en que desaparecen los neandertales. Entonces puedo deducir que nosotros los sápiens, invasores de un territorio donde vivían unos semejantes de condición inferior, les ganamos la gran batalla por el territorio y la supervivencia porque podíamos hablar mejor.

Hablar mejor es una cuestión que va más allá de la elegancia y la buena educación: quien habla bien puede dominar al que no sabe hablar tan bien, que sin serlo se sentirá inferior. Todos los mamíferos chupamos al nacer, pero sólo los humanos hablamos, y con el habla aprendimos a chuparle la sangre a los demás. Hay mil ejemplos. Hablar en difícil es un instrumento de dominación que utilizan algunos mamíferos, cuya humanidad podríamos cuestionar, para dominar a otros mamíferos, cuya humanidad necesita una ayuda con urgencia. Cada uno que mire a su alrededor para identificar a los que le hablan en difícil. Quien se atreva, que lo desafíe a hablar en fácil. Y quizá descubra que las palabras difíciles son vacías, que las que de verdad valen son aquellas 40 o 50 palabras que sabíamos cuando aprendíamos a caminar, y que todo lo demás es puro relleno, es decir, engaño.

* * *

16. Viernes 11 de julio de 2008

Del hospital a la prisión

Del hospital a la prisión el camino es obligado. Todo es gris en días grises y todo es azul en días de sol. Sopla un viento frío, irresistible. Es camino necesario para algún día recordar cómo eran las cosas antes de la invasión de aquel turismo que hoy embellece lo que mañana abandona lleno de basura. El turismo puede ser un espejismo peligroso, pan para hoy y hambre para mañana. El turismo puede convertirse en un cepo difícil de abrir. El recorrido costanero que en Ushuaia permite unir el hospital con el presidio es de obligado cumplimiento.

El Hospital Regional de Ushuaia es un edificio de planta única, laberíntico de pasillos coloridos que envuelven patios verdes en verano y blancos en invierno. Mira de reojo la gran bahía que comparte con la ciudad el nombre, aunque no le cede protagonismo. Con dos costas semicirculares la bahía abraza una lámina inmensa de mar frío, gris en movimiento mínimo, lleno de pequeñas cimas de espuma más gris que blanca, y que parece en todo momento acercarse agazapado a las orillas de piedra. El mar de la bahía de Ushuaia es mar tranquilo para quien recorra el camino del hospital a la prisión, pero es mar bravo para los bravos que se atreven con él. Con la nariz en alto huele a mar, con la nariz baja huele a pescado.

El hospital de Ushuaia está lleno de vida, de personas que asombran con una curiosa vitalidad, de médicos poderosos y de enfermeras poderosas. Una señora que repartía la comida a la hora del aperitivo me dijo que si yo conseguía una taza ella me daba la sopa, y me quedé sin la sopa porque no tenía la taza. Y más allá leí un rótulo del laboratorio que recomendaba no entregar la orina en frasco de mermelada. El turismo a gran escala cambiaría las cosas, sin duda, pero no mejoraría el hospital: el personal acabaría en los hoteles, y quien me ofreció la sopa acabaría tendiendo camas para turistas que no quieren sopa, pese a que tienen tazas. Poco a poco se hace evidente en ciertos rincones turísticos de España el arrepentimiento por haber caído en la ingenua tentación del turismo, que cierra una fábrica porque su personal prefiere trabajar de mozo o de mucama. Que cobra sólo por ver y sacar la foto, que aumenta el valor de la propiedad y que lava el dinero negro, que engorda algunos bolsillos pero deja

muchas bocas abiertas, que marca la cadencia destructora de una temporada de turismo, y trabajo, a la que le sigue una temporada de parálisis. Antes de dejarse llevar en el espejismo del turismo es necesario capitalizar la experiencia ajena y observar cómo quedan las cosas cuando, después de unos años, el turismo busca otros destinos.

De camino hacia el presidio, mirando de frente, sobre la línea del horizonte que a veces no distingue qué es mar y qué es cielo, se verá entrar una nave de turistas. Al principio es un punto en la inmensidad gris azulada, luego es una figura paquidérmica, desproporcionada, que avanza con obesa lentitud hacia el puerto. Entonces se ve la magnitud del crucero y la magnitud de la herida que provoca en la superficie del mar. El mar cicatriza rápido, pero no creo que olvide el dolor de la herida. El crucero es un engendro profundamente irritante, un pegote que estropea el paisaje con alevosía. Un mastodonte que surca las aguas con aire de mafiosa majestuosidad es una ley inaceptable. El crucero que cada día entra a la bahía de Ushuaia es un dolor de barriga, pero me parece que no hay más remedio que aguantarlo: mañana se irá.

También navega por aquellas aguas de aparente tranquilidad un número incierto de embarcaciones pequeñas que lucen, la mayoría, la vela que las identifica como veleros. Surcan las aguas con discreción, no hieren el mar, no dejan marca, son los lunares de una piel que atrae con un erotismo incomprensible. Mi hermano surca aquellas aguas desde hace unos años sin aventurarse con ellas. Porque a la realidad la corroe la humedad salitrosa del aire libre, la devora la inflación, la paraliza una huelga y la quema el comentario envidioso del vecino. El deseo, en cambio, se perfecciona con el tiempo, adquiere matices insospechados y nunca se agota. El turismo concreta de un plumazo el deseo de llegar y ver, pero luego no sabe qué hacer cuando lo visto ya está visto, y todo queda entonces reducido a un souvenir.

Camino, arrastro los pies para nutrirme por ósmosis y para retardar la llegada al Presidio de Ushuaia. Es un edicio terrible, construido hace poco más de un siglo con la roca de la zona y las manos de los prisioneros. Se aleja unos metros del mar y, como el hospital, lo mira de reojo. El Presidio es por fin historia. Hace tiempo que sus cinco pabellones de galerías heladas sólo quieren recordar que aquí vivieron muchos, y que muchos murieron. Ahora un museo custodia la memoria, controla el pasado para evitar que alguien lo manipule y lo convierta en dinero. Allí hubo asesinos de clases diversas, y prisioneros políticos y dirigentes sindicales que denunciaron la injusticia del momento, y es entonces imposible dejar de pensar que no es nada nuevo esto de acallar las voces molestas tras los muros de una prisión.

Un guía de profundo conocimiento explica la historia del Presidio en uno de sus pabellones. Luego me aparto de un grupo de turistas y me pierdo entre las celdas del único pabellón que se conserva tal como era en los tiempos en que el Presidio era una cárcel. Entré y salí de las celdas lúgubres, minúsculas, una y otra vez. En cada celda, un ventanuco alto permite ver un trozo de cielo gris a través del cuadriculado que dibujan los barrotes. El mar no se ve, sólo se lo huele, y el olor marino estimula la imaginación y hace más fuerte el deseo de salir, y lo convierte en tortura.

Sigo mirando por el ventanuco de la celda y sigo viendo un cielo cuadriculado, con compartimientos donde tal vez nos inviten a poner, por separado, las cosas y las personas. Sin libertad el cielo es cudriculado, sin libertad estamos obligados a poner las personas y las cosas en las cuadrículas que nos indiquen. Cuidado con el turismo, porque cuadricula, encasilla, esclaviza y después se va sin dejar ni propina. Más tarde, desde la casa de mi hermano, mientras prepara el asado, miro por una ventana y descubro que desde allí el cielo también es cuadriculado. Entonces salgo al jardín y me dejo invadir por la inmensidad de un bosquecillo abigarrado y acogedor. Huele a verde, huele a frío, huele a libertad. Y en lo más alto no hay todavía un hotel, sino las nieves eternas. Mi hermano tiende dos hijos y un trabajo: ésta es su verdad y esta verdad lo hace libre, porque la verdad es lo único que nos hace libres.

* * *

17. Lunes 29 de septiembre de 2008

El buen maní, y la soja

Salva una vida, el maní. O puede quitarle la vida, un maní, al chico que esté en un entorno imprudente. El maní es un alimento salvador para los niños más desnutridos de África, pero a la vez es un alimento peligroso cuando acompaña la cerveza que precede al asado del domingo, o cuando la acompaña en un atardecer de verano. No se le puede dar un maní a un chico, ni en broma, ni para ver qué hace, ni bajo la supervisión de un adulto, ni cuando tiene ínfulas de niño grande. Ni una aceituna, ni un grano de choclo, ni una arveja, ni un caramelo, ni una moneda para jugar. Puesto que es peligroso, y nadie sabe con certeza cuándo termina la edad peligrosa y cuándo comienza la etapa segura.

Porque la probabilidad de atragantarse es bien posible, y del todo imprevisible. Esta posibilidad es más probable si el chico está jugando, y especialmente si grita o si llora, si corre o salta alrededor de la mesa del aperitivo o alrededor de la mesa de un patio cervecero. Tal vez el atragantamiento no será más que una tos fuerte, roja la cara, un mal momento y un susto. Pero también puede ser que el maní, la aceituna, la arveja o el grano de choclo, o sólo un trozo de alguno de ellos, ruede por las vías respiratorias y se detenga en un bronquio pequeño, y se quede allí sin que nadie lo sepa, y entonces provocará mañana una neumonía, y otra pasado mañana. Y también puede ser que el maní, o lo que sea, quede atrapado en un bronquio grande y la cara ya no será roja sino azul, y no habrá tos porque no habrá aire, y la insuficiencia respiratoria puede tener entonces consecuencias terribles.

Pero el maní, por otro lado, salva muchas vidas infantiles. En 1999, André Briend, francés, elaboró un alimento revolucionario que hoy se conoce como Plumpy Nut (o Plumpy'nut) o simplemente Plumpy. Y Plumpy constituye la posibilidad de vivir para decenas de miles de chicos en varios países africanos. Tal vez alguien quiera darle en Argentina, al maní, más utilidad que la tan secundaria que tiene actualmente, tal vez alguien quiera reinventarlo para darle un uso local.

Plumpy se parece al dulce de leche porque es una crema dulce y oscura, pero está hecho con pasta de maní enriquecida con vitaminas A, B, C, D y E, grasas monoinsaturadas y minerales (calcio, fósforo, potasio, magnesio, zinc, cobre, hierro, sodio, yodo y selenio). Un niño lo puede comer con una cucharita, con un palito o con el dedo. También hay leches especiales para realimentar niños gravemente desnutridos: una de ellas recibe el nombre de F-100, nombre de camioneta comprada gracias al buen precio internacional de la soja, que nada sabe, ni le interesa, de habrunas ni desnutrición.

Plumpy es fácil y rico de comer, casi no necesita conservación y se presenta en tarrinas o en raciones individuales. Dos de estas raciones al día durante dos semanas representan, para los niños gravemente desnutridos que aún pueden alimentarse por sí mismos, la puerta para salir de la zona estrecha que en el mundo desesperadamente pobre separa la vida de la muerte. Una ración de Plumpy contiene unas 500 calorías, bien equilibradas, y un niño se la come rápido y contento. Es un invento francés, inventado por encargo, que se fabrica en África bajo el patrocinio de Unicef y de la Organización Mundial de la Salud, que a la vez son los principales compradores. La fábrica está en las afueras de Niamey, capital del Níger, y produce unas 40 toneladas mensuales de Plumpy. Esta cantidad, gigantesca, permite hacerse una idea de cuantos maníes se necesitan allí donde la pobreza es extrema, y hace pensar en Argentina, donde quedan maníes tirados en el suelo. Entonces me pregunto cuánta diferencia hay entre soja y maní.

Esta situación de poder salvar vidas gracias a un alimento tan vulgar como el maní contrasta con la actitud displicente que despierta el puñado de maníes que acompaña tantas cervezas santafesinas. Lo que en Santa Fe es nada, en África es vida. Y esta situación contrasta más, y de manera escandalosa, con la escalada de precios que presenta el mercado inmobiliario de Santa Fe. He podido comprobar que un departamento aún sin construir, de calidad estándar, aumenta de precio en un cincuenta por ciento en un par de años. El aumento artificial de los precios, es decir, la especulación descarnada, es un arma de destrucción masiva. Haga memoria todo santafesino que se precie, y recordará ciertas épocas en que el aumento de los precios lo destruyó todo en su ascenso descontrolado.

Según he visto y según me dicen, nunca en Santa Fe se construyó tanto edificio de departamentos. Nunca hubo en Santa Fe tantos departamentos cerrados en espera de hacer diferencia con el método cruel de la especulación. Quien compra un departamento sólo para venderlo después, y hacer buena diferencia, le hace un daño irreversible a la comunidad, puesto que esto de querer ganar dinero sin producir nada es un estímulo para más especulación, para la trampa, para la corrupción, para el engaño, para el dinero negro. Para la guita fácil, de triste recuerdo. La especulación inmobiliaria le cercena a una familia las aspiraciones de poder comprar un departamento para vivir, o la obliga a pagar un crédito tan largo como la vida que le quede por vivir. Y aquí es la soja, y no el maní, quien anda por el medio.

En tiempos de bonanza, es necesario preguntarse si hay alguna relación entre el precio internacional de la soja y la especulación internacional con el precio de los alimentos básicos. África se empobrece aún más con esta nueva forma de

especulación, que hace que no alcance el dinero para comer. Y si la bonanza de unos se hace a costa del empobrecimiento y del hambre de otros, llegará el día en que una soja que ya nadie querrá habrá que almacenarla en departamentos donde nunca vivió nadie. El pecado de enriquecerse a costa del empobrecimiento de los demás es un pecado que no tiene perdón.

Plumpy salva la vida de muchos niños y está fabricado con un alimento que en Argentina no goza de las atenciones que recibe la soja. Es necesario considerar un cambio de mentalidad, mirar más allá del propio bolsillo. Es necesario buscar nuevas soluciones para viejos problemas, aprovechar el tiempo de vacas gordas para pensar en los que pasan tiempos de vacas flacas. Y mirar tanto los chicos argentinos como los africanos: tienen un mensaje para darnos. Es necesario superar el vértigo de la soja, despejar la cabeza y pensar si no es pan para hoy (pero sólo para unos pocos) y hambre para mañana.

* * *

Artículo inédito: enviado el 31/10/08, pero *El Litoral* no lo publicó. Después, 06/01/10, se publicaba en www.bello.cat con las tres notas del pie.

18. El dilema de tener que elegir

Las cosas habían comenzado a mejorar gracias a los considerables esfuerzos humanos y económicos de muchas personas y de algunos países. Pero se espera que a partir de ahora entren en una espiral descendente, difícil o imposible de detener, pese a los esfuerzos de más personas, pero de menos países. Las consecuencias, y ya estamos avisados, pueden ser terribles, e irreversibles, y todos tenemos una parte de responsabilidad.

Gracias a la solidaridad de algunos países y a la capacidad de gestión de Unicef y de la Organización Mundial de la Salud, entre otras, la situación de las embarazadas seropositivas y de los bebés seropositivos fue en 2007 mucho mejor que en 2004, porque pudieron recibir tratamiento antirretroviral, contra el virus del sida. En las regiones subdesarrolladas, claro. Pero los países ricos ya comenzaron a recortar las ayudas a los países pobres con la excusa de salvar el propio sistema financiero, que sufre una crisis grave a causa de años de libertinaje económico.

En África subsahariana, por ejemplo, un tercio de las embarazadas seropositivas recibió, en 2007, tratamiento antirretroviral para impedir la transmisión del virus del sida al feto; en 2004, en cambio, sólo lo había recibido una embarazada de cada diez. De los aproximadamente 75.000 bebés seropositivos que recibieron tratamiento en 2005 se pasó a unos 200.000 en 2007. Las cifras son esperanzadoras y demuestran que las cosas son posibles si hay voluntad para ello. Y si hay dinero, pero en 2009 no habrá tanto como se necesita para continuar esta labor, y otras embarazadas seropositivas ya no recibirán el tratamiento que necesitan, y nacerán entonces más bebés seropositivos. Sin tratamiento, sólo la mitad de estos bebés llega a los 2 años.

El pasado 16 de octubre, el Día Mundial de la Alimentación nos recordaba que el mejor alimento para un bebé es la leche de su madre, y que la puede recibir

como alimento exclusivo hasta los 6 meses. En tierras de pobreza africana, el agua potable es un bien escaso, difícil de conseguir y difícil de mantener. En este contexto, el bebé que se alimenta al pecho tiene más probabilidades de llegar sano a la edad de 6 meses (porque no necesita beber agua y porque la leche de madre le proporciona defensas), que el bebé que recibe leche de mamadera, puesto que ésta se acabará preparando, tarde o temprano, con agua contaminada, cosa que como mínimo le provocará diarrea. Y la diarrea es allí una de las principales causas de muerte infantil, y además mantiene contaminadas las aguas para beber. Es un círculo vicioso: a más personas con diarrea en una región sin suficiente agua potable y sin adecuada eliminación de aguas residuales, más contaminación del agua, y más diarreas en consecuencia. Entonces, tanto para la salud del bebé como para la salud de la comunidad, es mejor que se alimenten al pecho (y la madre tendrá menos posibilidades de quedarse embarazada).

Pero el virus del sida se puede transmitir a través de la alimentación al pecho. Esta posibilidad es baja o es alta según en qué momento evolutivo esté el sida de la madre. Y hete aquí el dilema, hay que elegir entre dos males: asumir el riesgo del sida por la alimentación al pecho o asumir el riesgo de la diarrea por la alimentación con mamadera.

Otro dilema, aunque menor, provoca la vacuna antineumocócica Prevenar: no se sabe si realmente conviene vacunar a la población infantil, o no, puesto que hay tantos argumentos sólidos a favor de vacunar como argumentos igualmente sólidos en contra de hacerlo. Desde 2002, la Asociación Española de Pediatría recomienda vacunar a todos los niños a partir de los 2 meses de edad, y con cuatro dosis; ratificó esta recomendación en 2008. En cambio, desde 2006 el Ministerio de Sanidad español recomienda vacunar sólo a los niños que se consideran de riesgo, que son una pequeña minoría. Unos afirman, con razón, que la vacuna es efectiva para prevenir las infecciones provocadas por los siete serotipos de neumococo contenidos en la vacuna, que son los responsables de la mayoría de las infecciones neumocócicas, entre las que está la meningitis y la neumonía. Pero los otros afirman, también con razón, que en virtud de un fenómeno biológico de reemplazo, los tipos de neumococo que no están incluidos en la vacuna son los que ahora están provocando las mismas infecciones, puesto que se ha visto que éstas no disminuyen en las comunidades donde al menos la mitad de los niños están correctamente vacunados con Prevenar.

En África, recomendarle a una madre seropositiva o ya enferma de sida que alimente a su bebé con su propia leche, o con leche de fórmula en mamadera, es un dilema de magnitud mucho mayor. Es una responsabilidad difícil de asumir, en especial cuando conviene hacer una única recomendación para toda una comunidad. Entre dos males, riesgo de sida o riesgo de diarrea, hay que elegir el menor, pero ¿cuál es el mal menor?

El pasado 29 de septiembre, este diario (1) publicó un artículo sobre la importancia del maní (2) como base de un alimento de valor extraordinario en las regiones más pobres del mundo, un alimento capaz de sacar a un niño de la espiral descendente que lo lleva de la desnutrición a la muerte. Unos días después, Médicos sin Fronteras inició una campaña de abasto internacional

para recaudar fondos con el objetivo de poder seguir alimentando a miles de niños etíopes con estos alimentos especiales, y de esta manera intenta atajar la caída en las subvenciones de los países ricos. Aquel artículo salió publicado sólo en parte como consecuencia de un error humano, del todo comprensible (3). La parte que se perdió, la segunda mitad, hacía referencia a la relación de causa-efecto que hoy se observa entre las maniobras especulativas sobre el precio internacional de los alimentos básicos, principalmente granos, y el aumento de la pobreza de las regiones pobres.

Después de analizar concienzudamente el dilema, la Organización Mundial de la Salud recomienda que las madres seropositivas amamenten a sus hijos, aún a riesgo de transmitirles el virus del sida, porque el riesgo de diarrea tiene perspectivas peores. Excepto que se les pueda garantizar la calidad de la leche, del agua para prepararla y de las condiciones higiénicas del entorno. Y el autor de aquel artículo decide continuar escribiendo, aún a riesgo de verse recortado, porque las perspectivas del silencio, que es cómplice de los poderosos, son peores. Y aquí no hay ningún dilema.

(1) Se refiere a *El Litoral*, vespertino de Santa Fe.

(2) O cacahuete.

(3) Pero que en realidad el autor lo considera una censura, porque el tema molesta particularmente a ciertos directivos del periódico, comprometidos en maniobras cuantiosas de especulación inmobiliaria.