

al concepto de bienestar en la bioética regional es el del tratamiento del dolor severo avanzado (v. *Bienestar, dolor y sufrimiento*). En el estado actual de los conocimientos y recursos materiales para la atención y el cuidado de la salud, una sociedad que no responda de manera adecuada a esta problemática es una sociedad injusta ética y jurídicamente hablando porque viola el derecho básico a la salud y el bienestar. La evidencia disponible indica que la mayoría de las personas que sufren de dolor severo avanzado en América Latina no tienen garantizado el acceso a medicamentos esenciales (ej. opioides) para su tratamiento. Esto sucede en modo más acusado, aunque no exclusivo, con los pacientes de tratamiento ambulatorio o domiciliario. Sin embargo, el compromiso y la obligación del médico para el alivio del dolor y el sufrimiento forman parte de la historia entera de su profesión. La *Declaración de Venecia sobre Enfermedad Terminal* (1983) de la Asociación Médica Mundial indica: “*El deber del médico es curar y, cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes*”. No solo las normas de ética profesional y las normas religiosas obligan a los profesionales de la salud al tratamiento del dolor y el sufrimiento, sino que también lo hacen las normas políticas. La Organización Mundial de la Salud ha establecido sus recomendaciones específicas en la materia. Puede afirmarse, atentos a una trama normativa interpretada en armonía de unas normas con otras, que en América Latina los Estados tienen la obligación de proveer los medios necesarios para garantizar el acceso universal al tratamiento del dolor severo avanzado. Ello es así según se desprende del artículo 5 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (ONU, 1948), donde se señala que nadie será sometido a tratos inhumanos o degradantes, y del artículo 25 que asegura el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure salud y bienestar; así como de la *Declaración*

*Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* (OEA, 1948), en su artículo XI, que establece el derecho de toda persona a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales; la *Convención Americana de Derechos Humanos* o Pacto de San José de Costa Rica (OEA, 1969), que en su artículo 5 establece el derecho a la integridad física, psíquica y moral; el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU, 1966), que en su artículo 12 afirma el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; y el *Pacto Internacional de Derechos Cíviles y Políticos* (ONU, 1966), que en su artículo 7 asegura que nadie será sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes. Asimismo, con referencia a los niños, la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU, 1989) sostiene en su artículo 24 que los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

La comprensión del profundo significado moral que el dolor y el sufrimiento humano expresan no puede dejar de ser parte de una bioética regional (v. *Antropología del dolor*). El cuidado de quienes lo padecen (v. *Cuidados ante el dolor y el sufrimiento*) y la obligación de garantizar el acceso a los debidos tratamientos del dolor severo (v. *Acceso al tratamiento del dolor severo*) forman parte de un capítulo poco frecuentado por la bioética tradicional. Una explicación de ello quizá se encuentre en que los países ricos, productores del pensamiento bioético tradicional, han podido alcanzar niveles de bienestar mayores que el de los países pobres. En América Latina, sin embargo, una ética del vivir ha de comenzar reflexionando sobre el dolor y el sufrimiento humano, para poder sumar su práctica al esfuerzo colectivo por mitigarlos.

[J. C. T.]

## Bienestar, dolor y sufrimiento

Miguel Kottow (Chile) - *Universidad de Chile*

*Bienestar, política y ética.* La ética filosófica debate si acaso entre bienestar y sufrimiento existe una simetría moral que permita comparar y compensar cuantías de sufrimiento eliminado con bienestar obtenido. El concepto de *bienestar* tiende a abstraerse de los individuos y ser relacionado con visiones políticas liberales, con autonomía de los ciudadanos y con sociedades generosas en la igualdad de oportunidades que dicen ofrecer. El *sufrimiento*, en cambio, se vincula a circunstancias individuales infortunadas y a la falta de empoderamiento para

modificarlas. En la medida que puede ser paliado, el sufrimiento vive expectante de una mano solidaria, social o estatal, que apoye al desmedrado; en ocasiones, el padecimiento es agravado por la desesperanza y por la imposibilidad de aliviarlo. La dimensión social del sufrimiento se refiere a poblaciones sumidas en la miseria, en la marginación, convocando a la conmiseración, al testimonio, a la proclamación, a la ayuda puntual, pero las respuestas sociales y políticas correctivas son lentísimas y pueden no llegar a menos que haya intercesión violenta. En consecuencia, la idea de bienestar es la almindra del pensamiento neoliberal, en tanto el malestar

convoca al llamado por políticas sociales protectoras. Hay por tanto una marcada diferencia moral entre el bienestar que cada uno puede labrarse si cuenta con cobertura de sus necesidades básicas y respeto de sus derechos esenciales, en comparación con la indefensión del padeciente que no puede salir de su círculo de malestar sin ayuda externa otorgada en forma de un Estado de protección social. Según un principio de prioridad, es un deber moral más vinculante reducir sufrimiento que fomentar bienestar (Mayerfeld, 1999). El término bienestar es con certeza uno de los más ubicuos en discursos políticos, sociales y éticos, donde se inserta sin precisión semántica, quedando aprisionado en significaciones muy variadas, aun contradictorias, ninguna de las cuales logra destacar como más válida. Antes de su reclutamiento político, la acepción más cotidiana e inmediata ha entendido el bienestar como una vivencia subjetiva de satisfacción, cobijo, eventualmente goce, un estado difícil de imaginar si se acepta que la existencia humana es un proyecto en ciernes, nunca acabado y por ende imposibilitado de reposar en la plenitud. El bienestar así entendido será una experiencia temporal pero no un estado estable, y en ese sentido puede constituir un episodio pero no el vector de un proyecto de vida. Desde la ética tiene importancia esta distinción, porque la búsqueda del placer o bienestar requiere ser especificada para permitir su valoración moral y cuidar que no sea un proyecto que lesione a los demás o atente contra el bien común. Sobre todo en épocas empeñadas en demoler convicciones, creencias y doctrinas, el bienestar fácilmente toma ribetes egoístas y epidérmicos, generando una variante de hedonismo que no repara en riesgos ni en costos sociales en pos de satisfacciones personales. La política tuvo la osadía de referirse a un Estado de bienestar como aquel en el cual todos los avatares sociales de la existencia humana quedaban solventados por el soberano, lo cual fue una efímera realidad que las estrecheces fiscales hicieron desvanecer en utopía. La noción de bienestar social requiere agregar al elemento político uno de orden moral que vele por la justicia distributiva de bienes básicos en un mundo cuya globalización enfrenta la extensa y creciente miseria de gran parte de la humanidad.

*Controversias semánticas y prescriptivas en torno al dolor y el sufrimiento.* El bienestar ha logrado enquistarse en la más universal de las definiciones de salud, a costa de convertir el concepto de la OMS en un enunciado político vaciado de energía propositiva y de todo contenido sanitario. Además de difuminada, la definición mezcla el bienestar subjetivo (psíquico), el corpóreo objetivable (orgánico) y el socialmente comparativo (bienestar social), creando una confusión conceptual que le resta toda posible capacidad operativa y legitimidad ética para

contribuir a un mejor estado sanitario en las poblaciones. Para la ética, la propuesta de bienestar es igualmente ambigua e inalcanzable, habiendo sido remplazada por el concepto de beneficencia, que a su vez ocupa el lugar de la arcaica idea de la benevolencia. Al integrar la tetrada principialista de Georgetown, la *beneficencia* como principio depende de que lo benéfico sea validado por el afectado (paciente) y no en forma paternalista por el agente (terapeuta), un giro de evaluación insuficientemente logrado. La primacía de la beneficencia en actos médicos (Pellegrino, 1979) ha sido criticada por ser una ética de máximo cuya prosecución ha de ser precedida por la justicia y la no maleficencia (Gracia, 1995), y porque postergar el principio de beneficencia como un deber imperfecto permite dar prioridad a la autonomía y la no-maleficencia (Veatch, 1995). Una controversia muy actual discute acaso los probandos de investigaciones con seres humanos que deben recibir beneficios durante y después de finalizado el estudio, o si la ética de la investigación puede contravenir la Declaración de Helsinki, que exige prioridad para el bienestar por sobre intereses científicos o societales. La tendencia de bioeticistas del Primer Mundo es favorable a que la ciencia es responsable del progreso y del bien social, no de beneficiar a los probandos (Rohdes, 2005). Con el traslado de gran parte de la investigación biomédica al Tercer Mundo, queda en evidencia el desamparo en que quedan los probandos reclutados en países de desarrollo precario, sometidos a una ética de investigación que cuestiona y desconoce la Declaración de Helsinki. El giro del lenguaje ético al discurso bioético deja más en claro aún los desentendimientos que produciría una prescripción moral en pos del escurridizo bienestar. Es por ello razonable que la bioética haya tornado la mirada hacia el polo opuesto, aquel que se opone al bienestar, donde es fácil concordar que, cualquiera sea la idea de bienestar que se privilegie, hay circunstancias que primero deben ser eliminadas o paliadas, entre las cuales está, en lugar descollante, el malestar provocado por dolor y sufrimiento. Los aspectos negativos de la vida, entre los que dolor y padecimiento son los más relevantes, entran en colisión irreducible con visiones metafísicas y trascendentes que le dan un sentido a la vida e intentan dar cuenta de lo doloroso. Dolor y sufrimiento han sido pensados como componentes del *mal en el mundo*. De la teología nace la teodicea como el intento de explicar cómo una naturaleza creada en armonía con los designios de Dios y la bondadosa perfección de la divinidad, pudieron dar cabida al mal en el mundo. El ser humano tiende al *bien* pero sufre el *mal*, lo cual indica que la creación, incluida la libertad del ser humano, aun siendo la mejor posible no puede ser

perfecta (Leibniz). Desde el momento en que el hombre es creado libre, necesariamente ha de tener la potestad de hacer el mal. Para una modernidad secularizada, una ética racional y una bioética abocada menos a las explicaciones que a las soluciones, el lenguaje de una teodicea ha perdido fuerza. Sin embargo, como siempre suele haber intentos por dar sentido al dolor y al sufrimiento, es preciso recordar el fracaso de las teodiceas y el encargo ético fundamental de no causar dolor, de paliarlo en forma infatigable y de no tolerarlo so pretexto de que tiene algún sentido. No se trata de discurrir sobre el mal, sino de asumir el mandato bioético de aliviar el sino de los dolientes y los sufrientes. Las sociedades latinoamericanas, emergiendo desde un autóctono culto de los dioses a una religiosidad monoteísta de fuerte orientación trascendente, han tendido la mirada hacia lontananza y olvidado de enfocar la vida cotidiana. Ello produce un retraso en la actitud pública frente al dolor y al sufrimiento.

*Medicina y bioética ante el dolor y el sufrimiento.* Dolor y sufrimiento son componentes probables de toda existencia humana y no es posible plantear un derecho a no padecer. Lo que puede ser reclamado es que todo ser humano se abstenga de causar dolor a los demás, así como explorar acaso y en qué medida es un deber paliar los malestares de los demás. Para ello es imperativo distinguir dolor y sufrimiento como vivencias de categoría muy diferente. El *dolor* es orgánico, lo que duele es el cuerpo, aun cuando se revista de una fuerte modulación psíquica y cultural. El dolor no tiene más sentido ni función de la que quiera dársele, siendo un paternalismo autoritario inaceptable intentar convencer al doliente de que su dolor tiene alguna razón de ser. El terapeuta no puede justificar éticamente el dolor, como un modo de acercamiento a Dios al decir de Pascal y de Lewis (Lewis, 1990). El médico no puede aceptar el dolor, ha de declararlo su enemigo y combatirlo por todos los medios. Es contrario a los preceptos bioéticos negar analgésicos potentes pero necesarios, por el temor de que el paciente se vuelva adicto, y es preocupante que casi la mitad de pacientes que sufren dolores no reciben analgesia suficiente. Compete a la medicina eliminar o paliar dolores, y es prerrogativa del paciente requerir con prioridad la analgesia por sobre toda otra consideración. Una prescripción ética fundamental es que el ser humano bajo ningún motivo ha de infligir dolor a su prójimo, pues no hay ideas superiores que lo permitan ni ideologías que lo justifiquen. Esta fundamental no maleficencia está en la base de los Diez Mandamientos, de la Declaración de Derechos Humanos y de la protección negativa que aseguran las Constituciones modernas, o la Declaración de Kyoto prohibiendo

la participación médica en torturas. Tanto más inconcebible resulta que algunas posturas filosóficas y bioéticas se hayan creído justificadas para aceptar la colusión de medicina y tortura en casos excepcionales (Kottow, 2006). ¿Existe el derecho de ser liberado del dolor? La respuesta afirmativa tiene dos componentes: siendo paliable, resulta una crueldad no tratar el dolor; los seres humanos que no tienen medios económicos para acceder a medicina paliativa debieran contar con medidas analgésicas apropiadas como una expresión mínima de la protección médica que todo ciudadano merece. Para la bioética es crucial distinguir dolor de sufrimiento. El sufrimiento no es, en sí, una vivencia orgánica, aunque puede ser acompañante indeseado del dolor. El sufrimiento no es primario, como el dolor, sino que se presenta con reflexiones, búsquedas de sentido, intentos de explicación. El dolor inunda al ser, el sufrimiento lo enfrenta. El sufrimiento puede dotarse de sentido, pero tal elaboración solo puede provenir del sufriente. El carácter concreto del dolor hace asequible la vivencia y facilita la acción terapéutica. El sufrimiento, en cambio, se expresa en forma oscura y su núcleo íntimo queda en tinieblas, incluso para el que padece, lo cual limita las posibilidades de acompañamiento y bloquea los intentos terapéuticos, que no pueden modificar las circunstancias que motivaron el sufrimiento ni evitar la aparición de este, quedando relegados a intentos sintomáticos insuficientes. El médico cae a menudo en la incompreensión de desconocer el sufrimiento que viene con la enfermedad que puede llevar al paciente a tomar decisiones al parecer irracionales o al menos médicamente erróneas, porque encuentra más intolerable la desesperanza del sufrimiento que el dolor. Una paraplejia no duele, tampoco una disnea severa, pero el paciente puede estar padeciendo más allá de lo tolerable. La medicina asistencial pública carece de los recursos, pero también de la vocación, para disponerse a combatir y paliar los dolores que las personas sufren. Y en cuanto al sufrimiento, si bien no es tarea de la mano pública reducirlo, esta deja, sin embargo, que sucedan situaciones evitables cuya resolución ahorraría muchos sufrimientos. Se trata, en general, de coartaciones al ejercicio de la autonomía, lo cual impide a las personas tomar medidas o acciones que aliviarían sus sufrimientos. Las desigualdades sociales que caracterizan a las sociedades latinoamericanas se reflejan penosamente en la actitud frente al dolor y el sufrimiento. En la medida que la atención médica se privatiza y la medicina asistencial pública se desmantela, se produce desigualdad creciente y éticamente injustificable entre el desamparo de los desposeídos y los esfuerzos paliativos frente al

dolor y el sufrimiento que se despliegan en beneficio de los pudientes.

#### Referencias

D. Gracia, "Hard Times, Hard Choices: Founding Bioethics Today", *Bioethics* 9:192-206, 1995. - M. Kottow, "Should medical ethics justify violence?", *Journal of Medical Ethics*, 32:464-467, 2006. - C. S. Lewis, *El problema del dolor*, Santiago de Chile, Ed. Universitaria, 1990. - J. Mayerfeld, *Suffering and moral responsibility*, New York, Oxford University Press, 1999. - E. D. Pellegrino, "Toward a reconstruction of medical morality: The primacy of the act of profession and the fact of illness", *The Journal of Medicine and Philosophy* 4:32-56, 1979. - R. Rohdes, "Rethinking research ethics", *The American Journal of Bioethics*, 5:7-28, 2005. - R. M. Veatch, "Resolving conflicts among principles: Ranking, balancing and specifying", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5:199-218, 1995.

### Antropología del dolor

Reinaldo Bustos (Chile) - *Universidad Alberto Hurtado*

*Los significados del dolor.* La vivencia más primaria que une las nociones de corporeidad, cuerpo vivido y medicina es el *dolor* (Kottow y Bustos, 2005). Referencia central en la actividad médica, es sin embargo descuidada en su contextualidad debido quizás a cierta rigidez en la enseñanza de la medicina o a una manera fragmentada de pensar propia de un paradigma científico-positivista, que domina el "mundo médico" hasta nuestros días. Sin embargo, la Asociación Internacional de Estudio del Dolor, en 1986 definió el dolor como "una experiencia sensorial desagradable, asociada a una lesión tisular, real o potencial, o descrita en términos que evocan tal lesión", con lo cual rompe el vínculo exclusivo entre dolor y estímulo periférico que perduraba desde Descartes, padre epistemológico del modelo médico (Bustos, 1998). Con ello, le da credibilidad a las manifestaciones dolorosas vividas por los pacientes aun en ausencia de lesiones, y asimismo a la expresión diferenciada al *rostro del dolor*, siempre personal aunque su manifestación sea cultural (Zborowski, 1952). En efecto, a lo largo de la historia, los hombres han tratado de interpretar la significación y la justificación del dolor (y del sufrimiento) a través de recurrir a los dioses, los ritos o las religiones, incluyendo a la medicina moderna que ha transformado la experiencia del dolor, convirtiéndolo en un problema técnico, en un sinsentido. Nada más falso, dice Le Breton, para quien el dolor es un hecho personal, encerrado en la concreta e irrepetible interioridad del hombre, censurando de este modo el organicismo dualista de nuestra tradición occidental que reduce el dolor a una mera disfuncionalidad de la maquinaria corporal (Le Breton, 1999). De hecho, ninguna ley fisiológica puede dar enteramente

cuenta de esta "experiencia múltiple", que es a la vez hecho de la naturaleza y experiencia altamente simbólica: garantía de reivindicación, sustituto de amor para paliar la ausencia, modo de expiación, medio de presión, etc., hasta alcanzar a veces ser un eficaz instrumento de sostén de la identidad personal. Pero como también el cuerpo y el dolor participan de la condición característica de lo humano como construcción cultural y social al interior de infinitas variedades, el dolor del cuerpo y el sufrimiento del hombre no escapan a la eficacia simbólica en medicina del efecto placebo, testimonio evidente de que la realidad corporal se arraiga en el corazón de un mundo simbólico y cultural.

*El dolor y el mal.* La relación entre el mal y el dolor encontrada en todos los relatos religiosos impone su marca en el comportamiento y valores de los individuos a la manera de un inconsciente colectivo de naturaleza cultural. No ocurre solo con el Cristianismo: para los cristianos la muerte de Jesús en la cruz es un relato de redención, modelo que posibilita a los creyentes participar del sufrimiento de Cristo acercándose a él con su propio sufrimiento; sino también con el Islam: los musulmanes no se revelan frente al dolor o al sufrimiento, no se confrontan como los católicos a la paradoja del justo sufriente, ellos entienden que el dolor es el castigo que será reservado en el más allá a los ateos y a los hipócritas. El dolor como figura del mal vinculando enfermedad y culpa y recordándonos nuestra precariedad humana se traduce también en el mundo moderno en que el imaginario del sida recoge lo mismo: una carne sufriente es una carne en falta. No en vano aquellos infectados a través de transfusiones sanguíneas se sienten y son percibidos como "inocentes". Y es que la atribución subjetiva es la que reviste de sentido a su dolor y le permite una coherencia en su mundo de valores, rechazando así el miedo y manteniendo su identidad. La integración del dolor en una cultura que le da sentido y valor es para los individuos un soporte simbólico que le otorga consistencia a su capacidad de resistencia: todas las sociedades al definir implícitamente una legitimidad para el dolor están indicando lo esperado o lo esperable. Así se explica la variabilidad de respuestas frente al dolor, su dramatización, como en el caso de judíos e italianos estudiados por Zborowski y más tarde por Zola, a diferencia de los irlandeses y americanos de viejo cuño, quienes vivían su dolor en consonancia con que la vida es dura y difícil testimoniando un nivel de resistencia ante una molestia más que un síntoma de una enfermedad. El ámbito cultural, en tanto entidad compleja que contiene el conjunto de usos, costumbres y convicciones más o menos compartidos por todo un grupo social, no solo proporciona la gramática y la técnica,

los mitos y los ejemplos de un arte de “bien sufrir” (Illich, 1978), sino también las instrucciones de cómo llenar ese repertorio. La crítica de Illich a la medicalización del dolor es que esta ha fomentado la hipertrofia de uno solo de estos modos –su manejo por medio de la técnica–, reforzando la decadencia de todos los demás y, sobre todo, que la medicina ha hecho incomprensible o escandalosa la idea de que la habilidad en el arte de sufrir pueda ser la manera más eficaz y universalmente aceptable de enfrentar el dolor. Con ello nos dice que el dolor y el sufrimiento deben tener una misión o un sentido que es necesario desentrañar. Responder a la pregunta de para qué sirve el dolor ayudará también a responder a la inquietud de qué hacemos frente a él. Más allá de la constatación de que el dolor como el miedo son señales de alarma que permiten al individuo defenderse frente al peligro, la experiencia dolorosa constituye un “hecho total” que se instala en todo nuestro ser, susceptible como tal de cumplir variadas “funciones” psicosociales. Así sucede en los pacientes hipocondríacos, dotados de una identidad provisional donde el dolor supone un camino de acceso al ser, una ayuda para instalarse físicamente en el mundo. También en aquellos casos más extremos donde el dolor es el sostén de la subjetividad, sin el cual sería difícil la existencia personal o mantener su lugar en el seno del grupo social. El dolor y el sufrimiento serían en esos casos la moneda para pagar el precio de la pena, la privación o la aprehensión, que evita exponerse así a situaciones más difíciles, satisfaciendo en parte la defensa de sí mismo.

*Pragmática del dolor.* En relación con la demanda de eutanasia por parte de muchos sufrientes, Le Breton señala que a menudo esta nace de la renuncia vital de un enfermo cuyos últimos días carecen de significado, privado de reconocimiento de los otros, enfrentado a la indiferencia o reprobación del personal sanitario, sin que su dolor sea tenido en cuenta suficientemente. Nada otorga valor a una existencia que el enfermo considera residual y hasta indigna. La inminencia de la muerte es una experiencia dura, pero humana, que consume la economía vital y vincula de modo más estrecho a todos aquellos que la viven y que requiere ser vivida con el mismo valor que el resto de la vida. Por ello, cuando el enfermo es acompañado, escuchado y contenido en su dolor y sufrimiento, se le restituye su control moral frente a lo incierto y se le permite ensanchar su mirada, recordar el precio de su existencia, restituir su dignidad. La demanda de eutanasia como de analgésicos disminuye considerablemente. Por tanto, ¿qué hacer frente al dolor? Un recorrido por el texto nos permite diferenciar dos grandes épocas históricas: 1) la

premoderna, en que las divinidades y los dioses eran las referencias últimas frente a la enfermedad, el sufrimiento y la muerte y la pluralidad de significados atribuidas a estas experiencias eran paliativos eficaces, creadores de sentido al servicio de la vida con conciencia clara de finitud, y 2) la época moderna, en la que la medicina después de la Revolución Francesa empieza a erigirse como un principio de certidumbre al servicio del orden social capaz de desterrar aquella parte del caos que puede implicar para la convivencia humana la presencia de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. La evolución reciente de la medicina tecnológica es testimonio evidente de este sueño del progreso de desterrar para siempre estas manifestaciones ruidosas insoportables para el funcionamiento social. En lo que atañe al dolor y el sufrimiento, estos son vividos en el mundo actual, de acuerdo con Le Breton, como un sinsentido absoluto, aún más inexplicable que la muerte, un anacronismo absoluto, no solo cruel sino un equivalente moral de una tortura inaceptable, que la medicina se siente llamada a desterrar. Illich, por su parte, en una visión macrosocial, dice que en la actualidad el dolor es concebido como una maldición social, y para impedir que las masas maldigan a la sociedad cuando están agobiadas por el dolor, el sistema industrial les despacha matadores médicos. Así, el dolor se convierte en una demanda creciente de más drogas, hospitales y servicios médicos y otros productos de la asistencia impersonal, corporativa, y en el apoyo lícito para un ulterior crecimiento corporativo, cualquiera que sea su costo humano, social o económico. La sociedad anestesiada mediada por la medicina es la respuesta a esta evolución, pero sin que tengamos una lúcida conciencia de sus efectos finales de drogas, violencia social y horror como los únicos estímulos que todavía puedan despertar una experiencia del propio yo. Para Le Breton no sería diferente el desenlace de la fantasía de una supresión radical del dolor por parte de la medicina: sería una imaginación de muerte, un sueño de omnipotencia que desemboca en la indiferencia de la vida. Precisamente el gran aporte de la Antropología a la Medicina es re-humanizarla para dignificar la vida.

#### Referencias

- R. Bustos, *Las enfermedades de la Medicina*, Santiago de Chile, Cesoc, 1998. - I. Illich, *Nemésis médica*, México, Ed. J. Mortiz, 1978. - M. Kottow, R. Bustos, *Antropología médica*, Santiago de Chile, Mediterráneo, 2005. - D. Le Breton, *Antropología del dolor*, Barcelona, Seix Barral, 1999. - M. Zborowski, “Cultural components in response to pain”, *Journal of Social Issues*, N° 8, pp. 16-30, 1952.