





Esta es una publicación realizada por la Sala de Epidemiología Hospitalaria conjuntamente con el Área de Comunicación

Año 2 Nº 8 Septiembre/Octubre 2018

-  **SECCIÓN EPIDEMIOLOGÍA:** Editorial
-  Canasta básica de salud y freno al sobrediagnóstico y sobretratamiento.
-  Medicalización como instrumento del Modelo Médico Hegemónico.
-  **GACETILLA PARA LA COMUNIDAD:** Lavado y desinfección de manos

SECCION EPIDEMIOLOGÍA

EDITORIAL

Los profesionales del “arte de curar” no siempre somos consientes de nuestras acciones. Recuerdo un relato que me contaron cuando me iniciaba en la actividad preventiva, que voy a intentar resumir brevemente.

“Un multimillonario estaba empeinado en vivir 100 años. Para lograrlo consulta a uno de los mejores epidemiólogos del mundo, el cual le prescribe una gran cantidad de indicaciones sobre las conductas que debería seguir y los controles médicos periódicos que correspondería efectuarse.

Entre las primeras había dietas estrictas, prohibición de tóxicos como el alcohol, el tabaco y otras drogas. El cambio de hábitos como limitar la nocturnidad, las recomendaciones para evitar accidentes tanto de tránsito como deportivos. A su vez la realización de actividades físicas regladas. Los cuidados y las restricciones en temas sexuales, entre otras muchas sugerencias.

En referencia a los controles estaban incluidos rutina de laboratorio, evaluaciones cardiológicas, de tiroides, colonoscopia, prostáticas, vacunas que debe recibir y medicaciones preventivas de entre otras déficit vitamínicos, osteoporosis, aspirinas, etc., etc.

El paciente se abruma con tantas indicaciones y le dice al profesional que está dispuesto a cumplirlas a pesar de lo difícil y riguroso de las mismas, siempre y cuando le garantice que va a vivir más de 100 años.

A lo que el epidemiólogo le responde: -La verdad que no puedo garantizarle eso. Pero lo que sí puedo garantizarle es que si usted cumple estrictamente con todo lo pautado lo que viva le va a parecer mucho más de 100 años”.

Esto trae a discusión hasta donde el equipo de salud debe solicitar pruebas diagnósticas cruentas o irradiantes, indicar terapéuticas, proponer intervenciones quirúrgicas, forzar conductas, generar

consejos, invocando posibles riesgos de males que a ciencia cierta no sabemos si realmente los van a padecer. Lo que causa que factores de riesgo pasen a ser entidades nosológicas.

Aquí entra en juego una expresión relativamente nueva que es la "PREVENCIÓN CUATERNARIA", definida como el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y/o paliar el daño provocado en los pacientes por la intervención médica. O sea, pretende reducir la iatrogenia, al evitar la intromisión innecesaria del médico, y paliar los efectos adversos de las participaciones necesarias. Una publicación de JAMA del año 2000 hace referencia que la injerencia del sistema sanitario termina siendo la 3º causa de muerte en EEUU.

Esto va de la mano de la **medicalización de la vida**, que es determinar cómo problemas de salud, o sea, susceptibles de tratamiento, a características biológicas o a eventos vitales que son normales, con restricción de los límites de normalidad. Sin tener en cuenta la historia natural de la enfermedad y como se modifican sus límites muchas veces hasta extremos ridículos. Es trascendental reflexionar sobre la normalidad en salud y la importancia de la variabilidad, en busca de una actitud prudente.

Toda decisión clínica conlleva simultáneamente beneficios y perjuicios. Hay que hacer un sensato balance y evaluar correctamente propuestas influenciadas por cuestiones no sanitarias, en algunos casos por razones mercantilistas. Hay que tener en claro que la prevención no es inocua y tener siempre presente el principio de "primum non nocere", que no implica simplemente dejar de hacer, que solo evitaría los efectos por acción, pero no los de omisión. Conlleva evitar el consumo inapropiado, lo innecesario y limitar los daños de lo ineludible.

Hoy tal vez haya que modificar el viejo axioma de prevenir es mejor que curar por el de: "**Prevenir es mejor que curar, cuando prevenir hace menos daño que curar**", teniendo en cuenta que lo importante es la calidad de vida.

Este número del Epi San Juan está dedicado a estos temas con dos trabajos que nos parecieron interesantes difundir. Creemos que se va a generar controversia y bienvenida sea.

Oscar Fernández
A cargo del
Área de Epidemiología Hospitalaria

CANASTA BÁSICA DE SALUD Y FRENO AL SOBREDIAGNÓSTICO Y SOBRETREATAMIENTO

Aldo Cesar Barsanti. Médico especialista en Medicina Interna. Profesor, UBA; Consultor, Departamento de Medicina Interna; Miembro, Comité de Docencia e Investigación, Sanatorio Güemes. Médico, UBA.

Durante siglos la medicina fue conquistando progresivamente la enfermedad. Esto permitió que, con los avances fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos, fuésemos capaces de diagnosticar y tratar exitosamente un gran número de enfermedades.

Sin embargo a partir de 1980 en adelante, la medicina fue incurriendo subrepticiamente en la detección precoz de enfermedades en pacientes asintomáticos. La población fue convencida a través de la difusión mediática que para mantener la salud debían someterse a una enorme cantidad de controles médicos, exámenes de laboratorio y procedimientos de imágenes. Estos permitirían detectar precozmente enfermedades asintomáticas disminuyendo así la potencial morbilidad y mortalidad de las mismas. Si bien esto fue cierto en un número reducido de situaciones (detección precoz de hipertensión arterial y diabetes, hipercolesterolemia en pacientes con alto riesgo cardiovascular, cáncer de cuello uterino, cáncer de colon y cáncer de mama), en la gran mayoría de los casos se produjeron daños. Estos daños estuvieron vinculados a:

Generación de cáncer por radiación ionizante de baja dosis. Los médicos solicitan cada vez mayor número de estudios de imágenes que involucran radiación (tomografía computada, estudios con radioisótopos, etc.), calculándose que hasta el 2 % de los cánceres de los Estados Unidos son producidos puramente por este tipo de estudios.

Diagnóstico de cánceres tempranos que nunca causarán síntomas o muerte. Contrariamente a la noción popular que los cánceres son universalmente dañinos y finalmente fatales, algunos tumores retrogradan, no progresan, o lo hacen tan lentamente que no generarán daño antes que el portador muera por otras causas. Estudios de autopsia muestran un gran reservorio de enfermedades subclínicas en la población general. Estas incluyen varios tumores, especialmente de próstata, mama y tiroides, la mayoría de los cuales no habían generado daño en el momento de la muerte.

El uso de tecnologías cada vez más sensibles y sofisticadas. Estas permiten identificar anomalías mínimas que permanecerán indefinidamente asintomáticas.

Ampliación de criterios de diagnóstico de diversas enfermedades. Este hecho hace que pacientes con cada vez menos riesgo reciban etiquetas médicas y tratamientos de por vida que no beneficiarán a la mayoría.

Resumiendo: la capacidad tan alabada de la medicina para ayudar a los enfermos, está siendo rápidamente desvirtuada por su progresiva tendencia a dañar a los sanos. A esta situación se suma el problema económico. Se estima que actualmente en los Estados Unidos son malgastados cada año, más de USD 200.000.000 en estudios y tratamientos innecesarios, que no serán utilizados en la prevención y tratamiento de enfermedades genuinas.

Una creciente literatura médica especialmente a partir de fines de la década del 2000, alimenta la preocupación que mucha gente es sobre diagnosticada, sobre tratada y/o sobre dosificada. El sobre diagnóstico, definido concisamente, ocurre cuando gente asintomática es diagnosticada con una enfermedad que finalmente no producirá síntoma alguno o muerte temprana. Se refiere a los problemas

relacionados a la disminución de los umbrales para la intervención médica, la sobre medicalización y el subsecuente sobre tratamiento.

La preocupación acerca del sobre diagnóstico y sobre tratamiento llevó, en septiembre de 2013 a la realización en los Estados Unidos, de una conferencia científica internacional auspiciada por el Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice. También generó la aparición de numerosas campañas para reducir el número de estudios y tratamientos en pacientes asintomáticos. Se destacan las del American Board of Internal Medicine (ABIM) Choosing Wisely; American Medical Association (AMA) Less Is More y United States Preventive Services Task Force (USPSTF), en concordancia con normativas de la Canadian Task Force on Preventive Health Care y del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) británico.

Sólo a modo de ejemplo citaremos algunos de los numerosos consejos de dichas organizaciones para reducir la realización de estudios y tratamientos innecesarios y los daños y costos inútiles que de ellos devienen:

1. No hacer screening de estenosis carotídea asintomática, ya que esto puede derivar en cirugías no indicadas que podrían resultar en serios daños, incluyendo accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio y muerte.

2. No realizar estudios de imágenes cardíacas de esfuerzo (ecoestrés, perfusión miocárdica con radioisótopos), ni imágenes cardíacas avanzadas no invasivas (angiotomografía coronaria, RNM cardíaca) en pacientes asintomáticos y de bajo riesgo cardiovascular. Estas imágenes constituyen el 45 % de screening innecesario y sólo podrán ser consideradas en pacientes asintomáticos de alto riesgo cardiovascular (diabéticos de más de 40 años de edad, presencia de enfermedad arterial periférica o más de 20 % de riesgo de padecer eventos vasculares en los próximos 10 años).

3. No realizar rutinariamente detección precoz de cáncer de próstata en pacientes asintomáticos y sin antecedentes familiares con PSA (Antígeno Prostático Específico). Alrededor de 1.000 pacientes deberán realizar determinación de PSA para salvar una vida por cáncer de próstata. La gran mayoría de los pacientes diagnosticados optarán por tratamientos invasivos que tendrán como secuela disfunción sexual e incontinencia urinaria, muriendo finalmente por otra causa.

4. No realizar detección precoz de carcinoma de ovario con ecografía transvaginal y CA 125 ya que el porcentaje de carcinoma de ovario avanzado detectado, será igual que con examen ginecológico usual.

5. Realizar densitometría ósea en mujeres mayores de 65 años con riesgo promedio de padecer osteoporosis. No comenzar, en ellas, la realización de densitometría a los 50 años, ya que esto generará el tratamiento innecesario de gran cantidad de osteopenias de bajo riesgo.

6. Realizar detección precoz de carcinoma de cuello uterino con citología exfoliativa (Papanicolaou) en mujeres entre 21 a 65 años y cada 3 años, si los resultados fueron normales y tienen riesgo promedio de padecer la enfermedad. En este grupo de pacientes es innecesario el control anual.

7. Detección precoz de cáncer de mama con mamografía cada 2 años, entre los 50 y 74 años, en mujeres con riesgo promedio de padecer la enfermedad. Este intervalo mantiene los beneficios de la realización de mamografía anual y disminuye los daños producidos por la ocurrencia de falsos positivos.

8. No realizar detección precoz de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en pacientes asintomáticos con imágenes ni espirometría.

9. No pedir imágenes en pacientes con lumbalgia de duración menor de 6 semanas en ausencia de signos de alarma en análisis de sangre, presencia de fiebre o evidencia de enfermedad maligna.

Estos son algunos pocos ejemplos de las normativas actuales que son violadas sistemáticamente por los médicos, sea por ignorancia o en ejercicio de medicina defensiva.

Si bien la revolución médica con respecto a la percepción del sobre diagnóstico y sobre tratamiento comenzó en los últimos 10 años, ya dos “think tanks” de la Medicina, en la década de 1990, habían publicado sendas editoriales sobre su preocupación al respecto. Primero el Dr. Alberto Agrest en la Argentina escribió una editorial en 1992 titulada “De MD Medical Doctors a MD Medicine Dealers” donde señalaba la creciente tendencia a la medicalización de hechos normales y a confundir riesgos poco significativos, con enfermedades, que deberían ser diagnosticadas precozmente y tratadas, iniciando así lo que llamó la “Patraña Preventiva”. Dos años más tarde Clifton Meador, en Harvard, escribe su célebre editorial: “La última persona sana” con su inolvidable pronóstico, en el que a la luz de los procedimientos diagnósticos que se utilizan en la actualidad en pacientes asintomáticos, ocurriría “La Desaparición de los Sanos” y sus definiciones “Un sano es un enfermo pobremente estudiado” y “Escapar a la enfermedad en 1990 es una tarea muy complicada”.

¿Qué ocurre en nuestro país?

Hay un grupo de población de más altos recursos económicos atendidos en los denominados servicios de medicina prepaga, que presentan los mismos problemas de sobre diagnóstico y sobre tratamiento de los países desarrollados, aunque con menor cantidad, calidad y eficiencia de los recursos utilizados. La mayor parte de estos pacientes están sometidos progresivamente a menor tiempo de interrogatorio y examen físico y a la realización de enorme cantidad de estudios innecesarios. Sumado a esto, han tomado auge los llamados chequeos de prevención en salud, donde se realizan, en pacientes asintomáticos, en un día e indiscriminadamente, una gran mayoría de los estudios desaconsejados actualmente por las organizaciones internacionales de prevención en salud. Estos “Periodic Health Checks” son llamativamente solventados por las organizaciones de medicina prepaga,

aun cuando estudios contundentes han demostrado que estas prácticas no disminuyen la mortalidad cardiovascular, oncológica, ni total.

En nuestro caso el tener un país con 30 % de pobreza estructural y cerca de la mitad de los niños y adolescentes por debajo de la línea de pobreza, convierte en obscuro el derroche de recursos médicos en gran parte de la población. Mientras tanto un enorme porcentaje de argentinos se encuentra desprovisto de los recursos mínimos y racionales para prevención y tratamiento médico. Este preocupante cuadro de situación hace necesario reconstruir el sistema de salud desde sus bases, especialmente para los más necesitados. Se debe planificar una medicina sustentable y eficaz para que los individuos en situación de pobreza logren un “catch up” en su situación sanitaria. Una buena manera de comenzar sería implementando lo que el Dr. Alberto Agrest llamó Canasta Básica de Salud.

Ésta consistiría en:

1. Lucha contra la pobreza (causante de la desnutrición y la pérdida de circuitos de gratificación esenciales para el desarrollo del capital mental de una población) y la corrupción que la perpetúa desde hace décadas.
2. Recursos sanitarios: agua potable y cloacas para el 100 % de la población. Control ecológico.
3. Recursos higiénicos: lavado de manos, de dientes e higiene corporal. Exámenes y prevención odontológica.
4. Recursos nutricionales: dieta suficiente en proteínas, calorías y vitaminas.
5. Recursos de controles de crecimiento ponderal e intelectual en infantes, niños y adolescentes. Accesibilidad a pediatras y psicólogos.
6. Recursos recreativos físicos e intelectuales controlados por especialistas en medicina deportiva y educadores.
7. Recursos de incentivación de modificación de estilos de vida perniciosos (tabaquismo, ingesta excesiva de alcohol, sedentarismo y obesidad). Educación sexual.
8. Recursos preventivos de transmisión de enfermedades infecciosas y de transmisión sexual. Calendario obligatorio de vacunaciones.
9. Detección precoz de hipertensión arterial y diabetes. Exámenes ginecológicos periódicos.

MEDICALIZACIÓN COMO INSTRUMENTO DEL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

Conferencia ofrecida en el aula Magna del Hospital de niños Ricardo Gutiérrez (noviembre 2011)

Dr. Francisco Maglio.

La primera vez que escuché hablar de medicalización no me gustó porque me parecía que hablaban sólo para médicos. Primero, no somos los médicos hegemónicos, es la articulación del poder (de la superestructura) del poder económico con el político y muchas veces con el religioso, cuyo objetivo es

el control social. Es la primera vez que en la historia de la medicina, médicos y pacientes somos dos co-sufrientes de este modelo. Este poder subordina a los otros saberes; hay otros modelos hegemónicos que no son médicos por ejemplo: el modelo familiar, el jurídico, el político. Y en nuestro caso hace que nos subordinemos a una medicina deshumanizada, biologicista. Así es como nos obligan a atender en 15 minutos.

En uno de los capítulos del libro “La dignidad del otro”, el titulado “Los pacientes me enseñan”. “Del interrogatorio al escuchatorio”; expreso como me pasé años oyendo a los pacientes pero no los escuchaba. Y en el escuchatorio está la narrativa que es la subjetividad. Esa narrativa es la explicación y el sentido de la enfermedad. Para atender a los pacientes hay que pasar del interrogatorio al escuchatorio. La medicina no es una ciencia, es un arte.

Espinosa dice que cuando tenemos una idea cabal de por qué sufrimos, el sufrimiento desaparece. Continúa el dolor físico, pero el sufrimiento desaparece. Dejamos de sufrir cuando aparece el significado del sufrimiento.

Por ejemplo, las mujeres durante el trabajo de parto, sufren y ese sufrimiento desaparece cuando escuchan el llanto del bebé, dejan de sufrir porque aparece el significado, el objeto que es el hijo. El dolor físico persiste pero el sufrimiento desaparece.

Por eso la narrativa del sufrimiento es tan importante. Cuando le pregunté una vez a Gianantonio cómo hacía para interpretar el sufrimiento de los chicos, me contestó: “miré Paco una de las claves de la pediatría es saber traducir lo no verbal del sufrimiento humano”. La medicalización es un requisito funcional del sistema y es un instrumento del modelo médico hegemónico (MMH) para el control social.

La medicalización hace que la medicina se apropie de áreas que no le son totalmente propias con función de: normatización social, disciplinamiento y estigmatización.

Esto es el control social. Nosotros le decimos lo que debe hacer: normatización. Y lo que tiene que hacer: disciplinamiento. Si no lo hace la culpa es suya: estigmatización.

Cualquier factor de riesgo nunca es exclusivamente individual ya que está condicionado por la cultura, y estructurado por el mercado. Por ejemplo, vean ustedes la propaganda de una cerveza por TV. un muchacho busca una cerveza va a un bar y ve una chica bonita. Un amigo que lo ve entrar le tira la chica pero ésta lo rechaza (no tiene la cerveza) en cambio cuando él consigue la cerveza y al tomarla le queda una espuma en la boca la chica se acerca para con un beso limpiarle esa espuma... consiguió a la chica porque la cerveza le dio el poder de atraerla.

Nosotros mismos nos rasgamos las vestiduras para que los chicos jueguen al futbol y les señalamos los buenos jugadores... que llevan en su camiseta una propaganda de cualquier producto que hay que consumir. Esto se llama criminalización de la víctima. En una entrevista a Maradona éste decía: “me



Publicación realizada por la
Sala de Epidemiología Hospitalaria
conjuntamente con el
Área de Comunicación
y la Técnica en Estadística
Sra. Adriana Pelassini
episanjuan27y70@gmail.com



SAN JUAN DE DIOS
HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO
DE AGUDOS Y CRÓNICOS
Calles 27 y 70. La Plata. Prov BA. Argentina

acosté en Villa Fiorito comiendo un sándwich de mortadela y me desperté en París comiendo caviar. Nadie me preparó para eso...”

Ahora también se medicaliza la sexualidad. Una sociedad científica que se ocupa de la sexualidad me convocó como Asesor Emérito, por eso lo primero que hice fue remarcar los cambios que las antes denominadas enfermedades venéreas habían tenido en la historia gracias a los movimientos feministas que pasaron a revolucionar la sexualidad.

Los convoqué a reivindicar la sexualidad, esa extrema plenitud como reflejo del goce infinito de Dios, en palabras de Santo Tomás Aquino en la Suma Teológica.

Acertadamente expresaba Wilhelm Reich que el acto amoroso es como un camino a la libertad, fuente de felicidad, más aún un rea-seguro contra el poder. Porque una persona feliz está liberada de las ansias de poder.

Por el contrario, la medicalización de la sexualidad reduce el acto sólo a un número de contactos, al riesgo de enfermar, de transmitir la enfermedad y al número de embarazos. La descontextualiza de la cultura y lo que es peor, la descontextualiza de ese abrazo amoroso que invocaba antes.

Una epidemiología intervencionista moderada hegemónicamente por un discurso pedagógico disciplinario, la convierte en un instrumento de control y de normatividad social con las consecuencias de discriminación y estigmatización que todos conocemos.

Con este modelo, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son construidas como enfermedades de transgresión moral.

Por otra parte, si nos atenemos a la realidad científica, la verdadera transmisión se produce en los contactos genitales no protegidos adecuadamente. No en la sexualidad.

Si se opera de esta forma, pasamos a contextualizar a las enfermedades transmitidas por la palabra como las enfermedades transmitidas por la vía aérea. Por eso pro-puse cambiar el nombre a la ETS por enfermedades de transmisión genital. Porque la sexualidad solo transmite placer, sólo transmite amor.

La enfermedad se deconstruye socialmente, se ideologiza, se naturaliza y por eso no se problematiza. Esa naturalización hace que el Estado se despreocupe y la salud entra en el campo del mercado. Decía Kenneth Arrow, premio Nobel de Economía, que la sola aplicación de la ley de mercado hace a los enfermos más enfermos. Y yo digo: y a los trabajadores de la salud menos trabajadores de la salud, porque eso de atender un paciente cada 15 minutos (taylorismo) mercantiliza la medicina.

Y hay una tendencia que les quiero advertir y que es actualmente la genetización de la salud, que es cuando todo pasa por la genética. Se sabe que el 0,4% de los genes son determinantes y el 90% corresponden a condicionantes, entonces dependerá de lo que pase con ellos si se desarrolla la enfermedad.

Un médico mediático decía que se había encontrado el gen del orgasmo y de esa forma se podría tratar la frigidez. Yo digo que la frigidez no es una enfermedad, es un trastorno padecido por la mujer y transmitido por el hombre. Estas son las consecuencias que como co-sufrientes nos ocurren. Se culpabiliza a la víctima (al enfermo). No es la medicina científica, no somos los médicos, es el poder médico. Esto controla también al médico y al paciente co-sufrientes de este modelo. Los conflictos sociales se convierten en patologías individuales que hay que tratar y controlar.

Por eso la medicalización nos afecta a todos. Decía Orgaz, humanista y médico: “la medicina tiene un destino ingrato: documentar la inexistencia del hombre sano”. Seguro que si insistimos con estudios algo vamos a encontrar en una persona... y si esos estudios son normales le decimos: “mi-re por ahora, todo es normal... pero vuelva en unos meses que algo encontraremos...”

Remarcamos la frase del personaje de Jules Romain: “un sano es un enfermo insuficientemente estudiado”. Los únicos que saben qué hacer con la salud son ustedes, los pediatras: consultorio de Niños Sanos, ¿alguna vez vieron consultorios de adultos sanos? Se prefiere invertir en tecnología en vez de invertir en programas de Atención Primaria, pero en realidad todos sabemos que los informes de la alta tecnología solicitada son en un 85% normal.

Tenemos que asumir que se está medicalizando la vida: se medicalizan los problemas sociales, se aumentan los estándares para medicalizar. Aquí es necesario rescatar la frase que dice: “tengo miedo de los médicos que sólo medicina saben, porque el que sólo medicina sabe, ni medicina sabe”.

En este sentido es notable la vigencia de los versos de Benedetti:

En tiempos de las bárbaras naciones, colgaban de las cruces los ladrones. Mas ahora, en el Siglo de las Luces, del pecho del ladrón cuelgan las cruces.

Por el contrario, la participación comunitaria es un reaseguro contra el MMH. Pero participación comunitaria en las decisiones, no “hay que hacer lo que yo digo”. Carrillo proponía preguntarle a la gente si estaba de acuerdo o no (Leer el libro “La verdad de la industria farmacéutica”).

Los grandes problemas sociales los soluciona la gente, el alcoholismo, la obesidad, etc. Por ejemplo en una villa miseria (y no digo barrio de emergencia porque la emergencia es transitoria y estos barrios están instalados); decía en esa villa se les preguntó a las madres cual era la prioridad a mejorar del barrio y respondieron un programa de odonto-pediatría. Eso es participación en las decisiones en salud y no encuesta de satisfacción.

Uno de los mejores sistemas sanitarios es el canadiense. Allí se resuelven los problemas sanitarios en conjunto: los gobernantes con los representantes de la comunidad.

Si no hay decisiones políticas de promover la participación comunitaria se continúa con el MMH cuyos fines son:

- Control social por especialistas.

- Legitimación de la subalternidad: son tan pobres que no tienen derecho a opinar.
- Función de normatización.

Utilizar la solidaridad como antídoto contra la medicalización hegemónica. Solidaridad que a nivel macro es una estrategia política que implica tomar decisiones tales como instalar impuestos progresivos diferenciales de bienes (que paguen IVA más caro los productos suntuosos y más barato los artículos de primera necesidad).

Redes solidarias como la Madre Teresa de Calcuta a quien le dijeron: “pero Madre lo que Ud. hace es como una gota en un océano” y ella respondió “sí pero ese océano ya es otro con esa gota”.

Una estrella transforma la noche en cielo. Esos son los pequeños gestos que cambiarán al mundo.

En un convento, un novicio le pregunta a un monje muy anciano por qué plantaba un árbol si no lo iba a ver crecer y el monje le respondió no lo planto para verlo, lo planto para que crezca. Eso es solidaridad. La solidaridad no es la gauchada, la gauchada es con el amigo. La solidaridad es con todos. Y esa maravillosa poesía de Martí:

*Cultivo una rosa blanca en Junio como en Enero,
para el amigo sincero, que me da su mano franca.
Y para el cruel que me arranca el corazón con que vivo,
cardo ni ortiga cultivo
cultivo una rosa blanca.*

José Martí

Si un ministro de salud quiere hacer un plan de salud primero, que se encarne en él la solidaridad de cómo conseguirlo, después lo demás es secundario: primero la solidaridad y después la técnica, porque si primero viene la técnica y después la solidaridad, se termina en individualismo.

¿Saben cuál es la bebida más solidaria?

El mate, porque no se puede compartir si uno está enojado. El mate es increíblemente conciliador. Son las dos manos que se unen para compartir algo. El mate se toma con amigos y “un amigo –decía Atahualpa– es uno mismo con otro cuero”. Las personas somos ángeles con una sola ala para volar, la única manera es abrazándose.