Pedro Laín Entralgo

Biblioteca
para el Hombre
Actual

# El médico y el enfermo

## Biblioteca para el Hombre Actual

Cada generación tiene su mentalidad y su postura ante la vida.
Necesita, por lo tanto, su especial biblioteca.
Esta, que ahora iniciamos, será la *Biblioteca para los hombres de la Era atómica*. Todos los volúmenes han sido escritos para ella por especialistas con un afán vulgarizador, para que los conocimientos más abstractos sean asequibles a las grandes masas.
Todos ellos irán ampliamente ilustrados para amenizar su lectura y facilitar al lector su comprensión.
Con esta Biblioteca tendrá toda persona culta cuanto necesite para estar al corriente de lo que hoy ocurre en las Letras, las Artes y la Ciencia.
Se publica en inglés, español, francés, alemán, holandés, italiano y sueco.

Pedro Laín Entralgo

# El médico y el enfermo

Biblioteca para el Hombre Actual
Ediciones Guadarrama, S.A.
Lope de Rueda, 13 - Madrid

© Copyright para todos los países de lengua española en
EDICIONES GUADARRAMA, S.A. - MADRID, 1969
Printed in Italy by Officine Grafiche Arnoldo Mondadori, Verona

# Indice


Introducción 9

**Primera Parte:**

**Historia de la relación entre el médico y el enfermo**

1 El médico y el enfermo en la Grecia clásica 15

2 El médico y el enfermo en la Edad Media 53

3 El médico y el enfermo en la sociedad burguesa del siglo XIX 101

**Segunda Parte:**

**La relación entre el médico y el enfermo en el mundo actual**

4 Fundamento de la relación entre el médico y el enfermo 149

5 Estructura de la relación entre el médico y el enfermo 177

6 Formas actuales de la relación entre el médico y el enfermo 223

7 Conclusión 243

Notas 245

Bibliografía 247

Nota de agradecimiento 252

Indice onomástico 253

«¿Por qué al médico y al preceptor les soy deudor de algo más? ¿Por qué no cumplo con ellos con el simple salario? Porque el médico y el preceptor se convierten en amigos nuestros y no nos obligan por el oficio que venden, sino por su benigna y familiar buena voluntad. Así, al médico que no pasa de tocarme la mano y me pone entre aquellos a quienes apresuradamente visita, prescribiéndoles sin el menor afecto lo que deben hacer y lo que deben evitar, nada más le debo, porque no ve en mí al amigo, sino al cliente... ¿Por qué, pues, debemos mucho a estos hombres? No porque lo que nos vendieron valga más de lo que les pagamos, sino porque hicieron algo por nosotros mismos. Aquél dio más de lo necesario en un médico: temió por mí, no por el prestigio de su arte; no se contentó con indicarme los remedios, sino que me los administró; se sentó entre los más solícitos para conmigo, y acudió en los momentos de peligro; ningún quehacer le fue oneroso, ninguno enojoso; le conmovían mis gemidos; entre la multitud de los que como enfermos le requerían, fui para él primerísima preocupación; atendió a los otros en cuanto mi salud lo permitió. Para con ése estoy obligado, no tanto porque es médico, como porque es amigo.»

SENECA, *de beneficiis*, VI, 16

# Introducción

Para el hombre, ¿cuándo una cosa es importante? Indudablemente, cuando puede dolerle. Nos muestra nuestro cuerpo su importancia cuando nos duele; y una amistad o un amor valen cuando pueden ser causa de dolor, y sólo entonces. ¿Será exagerado decir que a la humanidad actual le duele la relación entre el médico y el paciente? Hasta bien entrado nuestro siglo, sólo excepcionalmente presentaba problemas esa relación: cuando el médico faltaba a las reglas de juego o cuando el enfermo, por una razón o por otra, llegaba a perder la confianza en el hombre que le atendía. Pero desde hace algunos decenios, no parece exagerado decir que se han invertido las cosas, y que la normalidad misma de la relación entre el paciente y su médico posee, en una u otra medida, algún carácter conflictivo. Varias son las razones del cambio; por lo menos, las siguientes:

1 La tecnificación extremada del diagnóstico y el tratamiento —radiografías, análisis químicos, trazados gráficos, etc.—impide con frecuencia que entre el médico y el enfermo se establezca un contacto suficientemente «humano».

2 La práctica de la psicoterapia —o, más simplemente, la relación terapéutica con la «persona» del enfermo— da lugar en otros casos a la producción de fenómenos de transferencia, en el sentido con que los psicoanalistas usan esta palabra, y tales fenómenos son siempre ocasión de conflicto.

3 La creciente socialización de la asistencia médica y su consecutiva masificación despersonalizan con frecuencia la relación entre el médico y el enfermo, acentúan su carácter contractual y limitan abusiva y perturbadoramente el tiempo que aquél puede dedicar a éste.

4 Ilustrado por los recursos de la llamada «cultura de masas» —en la cual tanta importancia tiene la propaganda de los productos farmacéuticos—, el enfermo suele intervenir en su tratamiento, no pocas veces en colisión con el médico.

Juntas todas estas causas, la relación entre el paciente y el médico ha perdido la naturalidad —si es que se puede decir así— que durante siglos tuvo o pareció tener; con lo cual ha venido a demostrar la importancia que posee para un correcto ejercicio de la medicina. Un buen diagnóstico y unas prescripciones terapéuticas correctamente establecidas son la condición necesaria de un buen tratamiento, pero no son su condición suficiente. Esta exige, en efecto, que la relación entre el enfermo y su médico —el primero de los medicamentos, según la ya tópica expresión de Bálint— sea satisfactoria.

Vamos a estudiar histórica y sistemáticamente lo que ha sido, lo que es y lo que debe ser esa relación. Creo, sin embargo, que no debe comenzarse ese doble estudio sin exponer de manera concisa y sinóptica la consistencia y la estructura fundamental del acto médico. Llamo así a todo contacto técnico entre el médico y el paciente —sea diagnóstica o terapéutica su índole—, y pienso que su consistencia y su estructura pueden quedar inicialmente expresadas en los siguientes puntos:

1.º Genéricamente considerado, el acto médico es un *encuentro* entre dos hombres, determinado en su contenido, en su figura y en su curso por la intención consciente e inconsciente de uno y otro en el momento de encontrarse. Para que la relación entre ambos llegue a ser satisfactoria es preciso que la intención principal del médico sea la voluntad de ayuda técnica, y la intención principal del enfermo, la voluntad de curación; pero, como veremos, no siempre es éste el caso.

2.º El mutuo engarce real de la intención del médico y la intención del enfermo determina el *fundamento* del acto médico, y sobre tal fundamento se constituyen, expresándolo y dándole realidad concreta, sus cuatro momentos principales: *a)* el *momento cognoscitivo*, técnicamente especificado como «diagnóstico»; *b)* el *momento operativo*, al cual solemos dar el nombre de «tratamiento»; *c)* el *momento afectivo*, entiéndase como «amistad», a la manera de los antiguos griegos, o como «transferencia», según la doctrina de los actuales psicoanalistas, y *d)* el *momento ético-religioso*, configurado en cada caso por los hábitos y las creencias vigentes en el mundo a que el médico y el enfermo pertenecen.

3.º El acto médico posee un carácter a la vez *personal* y *social*. Es personal, en cuanto que acontece entre dos personas. Es social, en cuanto que la persona del enfermo y la del médico existen en el seno de una sociedad que en muy buena medida condiciona su modo de serlo y de encontrarse. Sin tener en cuenta este doble carácter, no podrá ser rectamente entendida la relación entre el médico y el paciente.

Veamos ahora cómo este esquema se ha ido realizando en la historia y cómo se realiza en la actualidad [1].

# Primera Parte:

# Historia de la relación entre el médico y el enfermo

Hasta que en la antigua Grecia comenzó a entenderse como *tékhne iatriké* la asistencia al enfermo, la medicina había sido empírica y mágica. Con toda su finura y riqueza, ni siquiera la medicina del antiguo Egipto hizo excepción a esta regla. Admitiendo que sobre el planeta existen hombres desde hace un millón de años, puede decirse que durante 997.500 años la asistencia al enfermo ha sido una combinación de empirismo y magia, con un predominio más o menos acusado de aquél o de ésta. Pues bien, a partir del tan decisivo giro que inician Alcmeón de Crotona en la Magna Grecia e Hipócrates en las islas y las costas de Jonia, tres van a ser —no contando la actual— las principales situaciones históricas de la relación entre el médico y el paciente: la Grecia clásica, la Edad Media y la sociedad burguesa del siglo XIX y los primeros lustros del XX. Vamos a estudiarlas sucesivamente.

# 1 El médico y el enfermo en la Grecia clásica

Antes de Alcmeón de Crotona e Hipócrates, la medicina en la antigua Grecia fue, como en el resto del planeta, una combinación de empirismo y magia helénicamente configurada. Empíricos más o menos hábiles fueron los cirujanos militares de la *Ilíada* y los terapeutas sedentarios o ambulantes —periodeutas y rizotomas— de la medicina prehipocrática; y en el resto de las prácticas curativas —incubación en los templos de Asclepio, ensalmos mágicos, mántica medicinal, ritos catárticos, etc.— no podía ser más patente la mentalidad mágica. Así, hasta el siglo V antes de J. C.

A lo largo de este siglo, y en virtud de razones que ahora no importan, los hombres de las ciudades coloniales —Crotona, Agrigento, Cos, Cnido, etc.— van a inventar un modo nuevo de entender la ayuda al enfermo. La empiria consiste en repetir la práctica que en un determinado caso se ha mostrado favorable; la magia es la pretensión de manejar mediante determinados ritos fuerzas superiores al poder humano. Apartándose resueltamente de una y otra, la naciente técnica —en el caso de la medicina, la *tékhne iatriké* o «técnica médica»— consistirá en hacer algo sabiendo con alguna precisión científica *qué* se hace y *por qué* se hace aquello que se hace. La técnica, en suma, es un saber hacer según el *qué* y el *por qué*.

Con Alcmeón de Crotona e Hipócrates, y desde ellos hasta hoy, el médico «técnico» necesitará para serlo tres órdenes de saberes: habrá de saber qué es la enfermedad, y por tanto qué es el hombre en tanto que enfermo; qué es el remedio utilizado para la curación; por qué tal remedio actúa curativamente en tal enfermedad y no en otras. Apoyadas intelectualmente en la *physiología* o ciencia general de la naturaleza que poco antes han elaborado los filósofos presocráticos —Pitágoras, Empédocles y Demócrito, ante todo—,

surgirán una *physiología* humana (anatomía y fisiología, en el sentido actual de estas palabras), una *pharmakología* o ciencia natural de los remedios, una *pathología* o ciencia natural de los modos de enfermar y una *tékhne therapeutiké* o doctrina científica del tratamiento. Frente al empírico, al ensalmador, al catarta y al sacerdote de Asclepio aparecerá —aunque sin desplazarlos totalmente— el asclepíada técnico, y la medicina será, en cierto modo para siempre, el arte de curar que enseñan los diversos escritos del *Corpus Hippocraticum*.

¿Quiere esto decir que, dentro de esa concepción técnica de la medicina, la relación entre el médico y el enfermo tuvo en la antigua Grecia un carácter uniforme? Así parecen darlo a entender las habituales exposiciones históricas; pero el examen detenido de las fuentes —en este caso, los diálogos platónicos— muestra una realidad muy diferente, porque el modo de esa relación difería mucho según el enfermo fuese libre y rico, libre y pobre o esclavo. Hecha tal reserva, comenzaré exponiendo lo que podemos considerar el canon del acto médico griego, cuando éste tenía como protagonistas un paciente ilustrado y un asclepíada técnico.

I Imaginemos un acto médico ejemplar. Más allá de su interés económico-profesional, el médico es en tal caso movido por su voluntad de ayuda técnica al enfermo. El enfermo, a su vez, acude al médico animado en primer término por su voluntad de curación. Pues bien: pese a la evidente diferencia entre uno y otro motivo, el genio griego tuvo el penetrante acierto de bautizarlos con un mismo nombre: a uno y a otro les llamó genéricamente *philía*, «amistad». «El enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad», dice Platón en el *Lisis* (217 a). «Donde hay *philanthropíe* (amor al

hombre en cuanto hombre), hay también *philotekhníe* (amor al arte de curar)», proclama una famosa sentencia, helenística ya, de los *Praecepta* hipocráticos (L. IX, 258). Antes que ayuda técnica, antes que actividad diagnóstica y terapéutica, la relación entre el médico y el enfermo es —o debe ser— amistad, *philía*. Para los antiguos griegos, ésta, la *philía* constituye el fundamento de tal relación.

Mas no entenderíamos plenamente el sentido de esos dos asertos, el platónico y el hipocrático, si no tuviésemos una clara y precisa noción de lo que la amistad fue para los griegos. Fuesen éstos filósofos u hombres de la calle, ¿qué pensaban al pronunciar la palabra *philía?*

Los tres máximos pensadores del mundo helénico, Sócrates, Platón y Aristóteles, vieron en la amistad un sugestivo tema de meditación. Nada habría importado a Sócrates tanto como la amistad. Conversando un día con Lisis y Menéxeno en la palestra de Miccos, dice a sus interlocutores en un rapto confesional: «Una cosa he deseado siempre. Cada hombre tiene su pasión: unos los caballos, otros los perros, otros el oro o los honores. En cuanto a mí, todas esas cosas me dejan frío; en cambio, deseo apasionadamente adquirir amigos, y un buen amigo me contentaría infinitamente más que la codorniz más linda del mundo, que el más hermoso de los gallos e incluso —Zeus es testigo— que el mejor de los caballos o de los perros. Podéis creerme que preferiría un amigo a todos los tesoros de Darío. Tan grande es mi avidez de amistad» (*Lisis*, 211 e). Fiel en esto a su maestro, Platón meditará reiteradamente acerca de la *philía*. Y Aristóteles no se conformará sino diciendo que la amistad es «lo más necesario para la vida» (*Eth. Nic. VIII*, 1155 a 4).

Pero, a todo esto, ¿qué fue la amistad para Sócrates, Platón y Aristóteles? Hay textos platónicos —en el *Banquete*, en el *Fedro*—

en los cuales su autor establece una clara diferencia entre la amistad *(philía)* y el amor en sentido estricto *(éros);* pero otros más decisivos afirman sin rodeos la esencial conexión entre uno y otra. «Llamamos por una parte amigo —dice un pasaje de las *Leyes*— a lo que se asemeja mutuamente en virtud, a lo que es igual a su igual; mas también es posible ser amigo del rico y del pobre, aunque éstos sean de género contrario; y cuando uno o el otro de estos sentimientos se hace vivo, entonces le llamamos amor» (837 b). El amor erótico sería, según esto, una amistad especialmente viva. No olvidemos la ambitendencia sexual del *éros* en la Grecia antigua y la plena vigencia social de la homosexualidad viril en la Atenas de Platón y en toda la obra platónica.

Esta esencial conexión entre la *philía* y el *éros* nos permite entender con suficiencia la teoría de la amistad expuesta en el *Lisis,* uno de los diálogos juveniles de Platón. La amistad, enseña el filósofo, tiene su fundamento en una secreta relación de parentesco o de familia *(to oikeion)* que enlaza entre sí a los amigos; la cual, a su vez, se funda en la naturaleza *(physei).* Pero la amistad no se realiza íntegramente en un solo amigo, ni en el conjunto de todos ellos, porque siempre podemos tener amigos nuevos; lo cual nos obliga a admitir que un amigo lo es en cuanto individualmente participa de una realidad originaria y radical, el *proton philon* (lo protoamistoso o protoamable, si vale decirlo así): algo perteneciente a la raíz última de la naturaleza del hombre, y por tanto a la naturaleza universal (la *arkhaía physis* o «naturaleza originaria» de que se habla en el *Banquete,* 193 c).

De aquí que la relación del alma con el *proton philon* tenga un doble sentido. En su apariencia sensible, esa relación es un arrebato ascendente del no ser al ser, de la privación a la pleni-

tud; y en su realidad profunda, un retorno del alma a su «naturaleza originaria». Así puede entenderse que el *éros* engendre *philía* y que la *philía* pueda convertirse en *éros*. El originario impulso hacia la perfección y el bien en que el *éros* consiste, late y opera en la raíz misma de la *philía*. Con otras palabras: para Platón, la meta de la amistad es *la perfección de la naturaleza humana —y, por tanto, de la naturaleza universal— en las realizaciones individuales de esa naturaleza que son los amigos*.

También Aristóteles comienza distinguiendo entre el *éros* y la *philía*. El *éros*, nos dice, tiene su principio en el placer visual y la *philía* en la benevolencia *(Eth. Nic.* 1167 a). Para los amantes, el sentido más precioso es la vista; para los amigos, en cambio, lo preferible a todo es la convivencia (1171 b). La vista, según esto, sería el sentido más propio de la *theoría* y del *éros*, y el oído, el sentido de la ética y la amistad. Pero una lectura más atenta nos obliga a rectificar esa primera impresión. El *éros*, dice por dos veces Aristóteles, es un grado extremo, una exageración *(hyperbolé)* de la *philía* (1158 a, 1172 a). El *éros* vendría a ser, en suma, una amistad especialmente intensa a la que se añade un componente homo o heterosexual.

¿En qué consiste, pues, la amistad? La respuesta de Aristóteles tiene claras resonancias platónicas. La idea de una relación de «familiaridad» o radical «parentesco» *(oikeion)* entre los amigos surge impensadamente en su apretada prosa (1155 a) y permite entender con precisión su idea de la amistad perfecta.

En la amistad imperfecta —aquella cuyo móvil es la utilidad o el placer—, uno busca lo que el amigo tiene o lo que el amigo hace; la amistad perfecta, en cambio, se funda sobre lo que el amigo es, sobre su individual carácter o *éthos*. Pero, bien miradas,

algo tienen de común las tres especies aristotélicas de la amistad: el hecho de que, para Aristóteles, tal relación depende siempre de un «lo que». Yo no sería amigo de mi amigo por ser él *quién* es o *el que* es, sino por ser él *lo que* es. Aristóteles —como Platón, como todos los griegos— no sabe ver el ser personal, y así el *quién* de la persona queda reducido en su mente al *qué* unitario de la condición natural de cada individuo humano (el hecho de que éste pueda responder «Hombre» a la pregunta «¿Qué eres tú?») y a los diversos *qués* (alto, bajo, rubio, moreno, inteligente, torpe, etc.) en que ese *quién* se realiza. La naturaleza de una cosa es *lo que* en ella la hace ser como es; y tal es la razón por la cual Aristóteles, bien significativamente, afirma que «el buen amigo es deseable por naturaleza» (1170 a).

En suma: como la platónica, *la amistad aristotélica consiste en querer y procurar el bien del amigo, entendido éste como una realización individual de la naturaleza humana.* La meta de la amistad sería la perfección de la naturaleza. La idea platónica de la amistad pervive ocultamente en las páginas de la *Etica a Nicómaco.*

El pensamiento helénico no pudo pasar de ahí. Es cierto que el estoicismo inventará más tarde el término *philanthropia* y afirmará que el hombre debe ser en principio amigo de cualquier hombre; pero la razón de tal amistad seguirá siendo la perfección de la naturaleza humana en cuanto tal. Para la mente griega, la amistad y la *philanthropía* fueron siempre *physiophilía*, amor a la naturaleza universal, en cuanto que especificada como «naturaleza humana». El asclepíada hipocrático —el propio Hipócrates, tal vez— que compuso el libro I de las *Epidemias* diría que la perfección de la naturaleza de cada cosa conspira a la

perfección de la común naturaleza de todas cosas. A la voluntad habitual de participar en esa conspiración es justamente a lo que los griegos dieron el nombre de *philía*, amistad.

II La amistad, modo genérico de la relación interhumana, fue para los griegos el fundamento de la relación entre el médico y el enfermo especificada como «amistad médica»; iatrificada, si vale decirlo así. ¿Cómo entendieron el asclepíada hipocrático y el enfermo de la antigua Grecia esa «iatrificación» de la amistad?

1 Consideremos en primer término el punto de vista del médico. Para éste, su amistad con el enfermo consistía en la recta articulación entre la *philanthropía* (el amor al hombre en cuanto hombre) y la *philotekhnía* (el amor al arte de curar). El médico es amigo del enfermo siendo a la vez «tecnófilo», amigo de la medicina, y «antropófilo», amigo del hombre [2].

Sabemos ya con alguna precisión lo que para el griego antiguo, médico o no, fue la *philanthropía*. Tratemos ahora de entender lo que para un asclepíada pudo ser la *philotekhnía;* por lo tanto, su amor al arte que como médico ejercitaba.

¿Qué fue la *tékhne* para los griegos? Ninguno de ellos supo decirlo con tanta precisión como Aristóteles. Frente al «empírico» *(empeirós)*, limitado a saber hacer una cosa a fuerza de repetirla, el «artista» o «técnico» *(tekhnítes)* hace lo que hace sabiendo el *qué* y el *por qué* de su acción; y eso que hace el técnico puede ser, según los casos, una imitación *(mímesis)* de lo que por sí misma hace la naturaleza o la producción *(poíesis)* de algo que antes no existía en la naturaleza, pero en la línea en que ésta por sí misma opera. Habría según esto artes preponderantemente imitativas, como la pintura y la música, y artes preponderantemente

productivas o innovadoras, como la arquitectura, la política y la medicina.

Así entendida, la *tékhne iatriké* es el hábito imitativo y productivo de ayudar a la naturaleza en la tendencia de ésta a la curación; hábito iluminado por la ciencia (por la «razón verdadera», *alethés lógos*, dice Aristóteles en su *Etica a Nicómaco)* y fundado, por tanto, sobre una *physiología*, sobre un conocimiento científico de la naturaleza misma. En cuanto hábito «productivo», el médico puede lograr la curación de enfermos que abandonados a sí mismos nunca sanarían; en cuanto hábito «imitativo», la medicina es fiel a la naturaleza, y las curaciones «según arte» que el médico logra no difieren en nada de las puramente naturales. El médico, enseña el libro I de las *Epidemias*, es «servidor del arte»; y a través de este servicio a su arte, servidor de la naturaleza.

En tal caso, ¿qué pudo ser para un médico griego la *philotekhnía*, el «amor al arte»? La respuesta salta a la pluma: para él, la *philotekhnía* fue un amor a sus saberes técnicos, en cuanto éstos le permitían ayudar a la naturaleza del enfermo en su tendencia a la curación; es decir, en cuanto le permitían perfeccionar una naturaleza azarosamente alterada. En el médico «tecnófilo» hay a la vez *philía*, *lógos* y *éros*. Hay en él *philía*, porque es amigo del enfermo y del arte de curar; hay también *lógos*, porque su arte actúa sobre el fundamento de una *physio-logía* y porque, como dice una vez Aristóteles, la medicina es el *lógos* de la salud *(Metaph. XII*, 1070 a); hay, en fin, *éros* porque en el seno mismo de la *philotekhnía* late un vigoroso impulso hacia la perfección de la naturaleza, ese al cual se refería Platón diciendo que la medicina es «la ciencia de las cosas pertinentes al amor al cuerpo» *(Banquete*, 186 e).

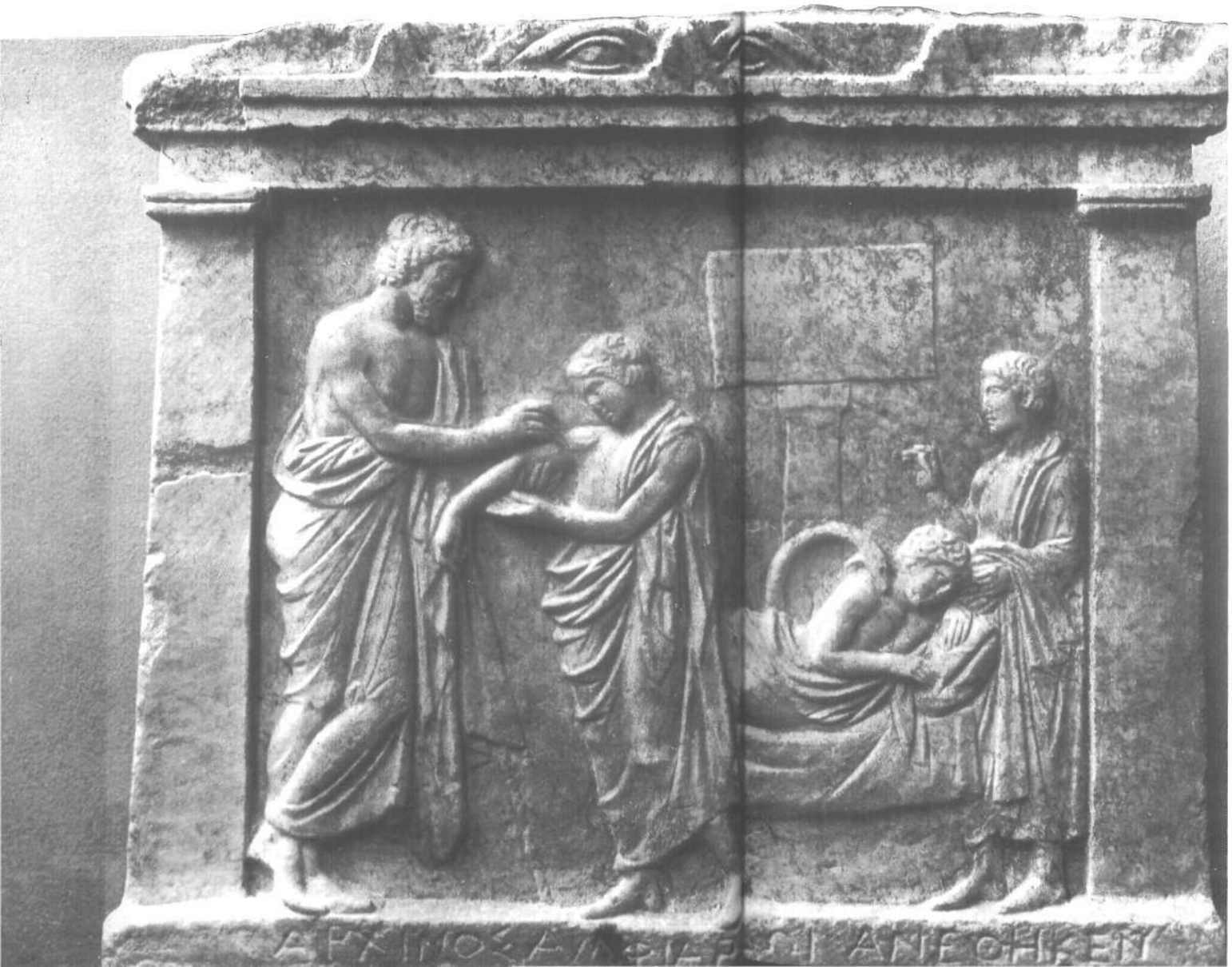
La amistad del médico hipocrático con el enfermo, resultado de la articulación entre su *philanthropía* y su *philotekhnía*, fue en definitiva un amor a la perfección de la naturaleza humana, individualizada en el cuerpo del paciente; amor gozosamente venerativo hacia lo que en la naturaleza es bello (la salud, la armonía) o conduce a la belleza (la natural fuerza sanadora del organismo), y resignadamente venerativo frente a las oscuras y terribles forzosidades con que la naturaleza impone la condición mortal o incurable de tal o cual enfermedad.

2 El enfermo, por su parte, ¿cómo es amigo del médico? Genéricamente considerada, en tal amistad se funden dos momentos distintos: por una parte, la confianza del enfermo en la medicina, y por tanto en el médico en cuanto tal; por otra, la confianza del enfermo —y llegado el caso, su agradecimiento— en el médico que le está tratando.

La confianza del paciente helénico en el arte de curar tuvo su fundamento último en el prestigio religioso, sacral, que en la sociedad de la antigua Grecia rodeó a las diversas artes, a las *tékhnai*. El pensamiento mítico de los griegos vio el origen de las artes como un rapto a los dioses (mito de Prometeo) o, en el caso de la medicina, como una benéfica enseñanza divina, la que Asclepio, hijo de Apolo, recibió del Centauro Quirón. Y cuando esa doctrina se desmitificó, no por ello fue menor —léase el escrito *de prisca medicina*— el prestigio social de los «primeros inventores».

Pero esa confianza no podía ser ilimitada, porque la *tékhne* del médico hipocrático no era un poder mágico, ni el *tekhnítes* o «artista» un hechicero capaz en principio de todo. El poder de

Relieve votivo de Arquino, dedicado al dios oráculo Amphiarao en Oropos (Atica), en que están representadas las diferentes esperanzas de curación del devoto que lo encargó.
El efecto es simultáneo, ya que éste aparece tumbado lamiéndole una serpiente, mientras que en primer término sueña de pie que el dios está actuando sobre él. Siglo IV a. C. Museo Nacional, Atenas.



la *tékhne* tiene límites invariables, y nunca dejó de pensarlo así el pueblo griego.

La confianza helénica en el poder de la medicina se halló fundamentalmente limitada por la creencia —religiosa, a la postre— en la existencia de forzosidades inexorables *(anánkai)* en el seno de la naturaleza. Hay enfermedades mortales o incurables por necesidad *(kat'anánken)*, y frente a ellas nada podría el arte del médico. Mas no sólo por esto tuvo límites la fe del enfermo griego en las posibilidades de sus médicos. El estrato más ilustrado y crítico de la sociedad ateniense expresó más de una vez cierta insatisfacción respecto a tales posibilidades. El segundo *Pluto* de Aristófanes deja entrever la ironía con que los grupos cultos de Atenas hablaban de la técnica de sus terapeutas. Y en una página del *Cármides* platónico (156 b-157 a), Sócrates denuncia la incapacidad de la medicina hipocrática para conocer el papel del alma en las enfermedades humanas y proclama la superioridad de los médicos tracios, a este respecto, sobre los médicos atenienses. Además de ser limitada la *tékhne iatriké*, los asclepíadas no habrían sido capaces de utilizar todas las posibilidades que ella les brindaba.

La suficiencia técnica fue el principal recurso del asclepíada hipocrático para lograr la confianza y la amistad del enfermo, pero no fue su recurso único. Dos de los más tardíos escritos del *Corpus Hippocraticum (Sobre el médico* y *Sobre la decencia)* describen con minucia los expedientes extracientíficos a que el médico debe recurrir para la conquista de esa confianza. Vestirá con decoro y limpieza y se perfumará discretamente, «porque todo esto complace a los enfermos»; será honesto y regular en su vida, grave y humanitario en su trato; sin llegar a ser jocoso y sin dejar de ser justo, evitará la excesiva austeridad; quedará siempre dueño

Relieve votivo dedicado a Asclepio.
Un hombre y un joven sacrifican un cerdo
al dios entronizado y a la diosa Higea.
Trescientos años a. C. Museo Nacional, Atenas.

de sí (L. IX, 204-206). Aún son más detallados los consejos en el segundo de los escritos antes mencionados. El médico, según él, ha de ser «serio sin rebuscamiento, severo en los encuentros, pronto en la respuesta, difícil en la contradicción, penetrante y conversador en las concordias, moderado para con todos, silencioso en la turbación, resuelto y firme para el silencio, bien dispuesto para aprovechar la oportunidad...; y hablará declarando con su discurso, en cuanto sea posible, todo lo que ha sido demostrado, usando el buen decir... y fortificado por la buena reputación que de ello resulte» (L. IX, 228). Entrando en la cámara del enfermo, el médico deberá «recordar la manera de sentarse, la continencia, el indumento, la gravedad, la brevedad en el decir, la inalterable sangre fría, la diligencia frente al paciente, el cuidado, la respuesta a las objeciones» (L. IX, 238-240). Completando la sentencia platónica, según la cual el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad, el asclepíada hipocrático nos dice que —en los casos favorables— el enfermo es amigo del médico a causa del médico mismo.

III La amistad entre el médico y el enfermo se hacía realmente «técnica» cuando aquél sabía realizarla correctamente en sus diagnósticos, sus pronósticos y sus tratamientos. No debo exponer aquí la estructura de estos tres esenciales momentos de la asistencia médica. Pero sí quiero mostrar con cierto pormenor cómo tal asistencia se realizó dentro de la sociedad helénica.

Muy poco enseña el *Corpus Hippocraticum* acerca de los aspectos sociales de la medicina griega. Sus diversos escritos nos permiten conocer la clínica, los saberes anatómicos, fisiológicos y patológicos y la ética del médico hipocrático, pero no la medi-

cina social de la *polis*. Para descubrir ésta hay que recurrir a otras fuentes, y muy especialmente a la obra de Platón. Movido por temas intelectuales ajenos al saber médico y a través de textos diseminados en los más diversos diálogos —*Cármides, Gorgias, República, Político, Timeo, Leyes*—, Platón diseña un cuadro muy completo y animado de lo que en las ciudades griegas fue el ejercicio de la medicina. Este se acomodó a la estructura social de la *polis* clásica y se diversificó en tres modos principales, que vamos a examinar separada y sucesivamente: la asistencia médica a los esclavos, el tratamiento de los hombres libres y ricos y el cuidado terapéutico de los enfermos libres y pobres.

1 Una página de las *Leyes* describe sucintamente el tratamiento médico de los esclavos en la Atenas platónica: «Hay, pienso, médicos y servidores de médicos, a los que indudablemente también llamamos médicos... Pueden (los médicos) ser, pues, ya libres, ya esclavos, y en este caso adquieren su arte según las prescripciones de sus dueños, viéndoles y practicando empíricamente, pero no según la naturaleza, como los médicos libres por sí mismos lo aprenden y lo enseñan a sus discípulos... Y siendo los enfermos en las ciudades unos libres y otros esclavos, a los esclavos los tratan por lo general los esclavos, bien corriendo de un lado para otro, bien permaneciendo en sus consultorios; y ninguno de tales médicos da ni admite la menor explicación sobre la enfermedad de cada uno de sus esclavos, sino que prescribe lo que la práctica rutinaria le sugiere, como si estuviese perfectamente al tanto de todo y con la arrogancia de un tirano, y pronto salta de allí en busca de otro esclavo enfermo, y así alivia a su dueño del cuidado de atender a otros pacientes» (720 a c).

Nos hace ver Platón, en suma, que el tratamiento médico de los esclavos griegos difería esencialmente del que en Atenas recibían los hombres libres, y cifra esa diferencia en tres notas principales:

*a)* A los esclavos no los atendían por lo común médicos propiamente dichos, asclepíadas técnicamente formados en las escuelas médicas de Cos, Cnido, Cirene o Sicilia, sino rudos empíricos que al lado de algún médico, casi siempre como esclavos suyos, habían aprendido la rutina externa del arte de curar.

*b)* La comunicación verbal entre el terapeuta y el paciente era mínima. De acuerdo con lo que acerca del ser del esclavo se pensó en la Grecia clásica, la medicina que con él se practicaba era una suerte de «veterinaria para hombres».

*c)* Era también mínima, por tanto, la individualización del tratamiento. El enfermo quedaba sometido sin discriminación al rasero igualitario de la norma general; y a la manera de un tirano —«como un hombre orgulloso e ignorante, que a nadie consiente hacer nada contra su propio dictamen, ni deja que nadie le pregunte» *(Político,* 294 c)—, el terapeuta trataba de gobernar con sus prescripciones el curso de la naturaleza. Una tosca estimación meramente cuantitativa —niño, adulto, grande, pequeño— debía de ser en tal caso el único criterio para la individualización del tratamiento.

No puede extrañar que el estamento servil de la sociedad ateniense fuese parte no pequeña de la clientela de los templos de Asclepio. A ello le empujaban de consuno razones de orden económico (la pobreza) y motivos de carácter religioso e intelectual (religiosidad menos ilustrada y más supersticiosa).

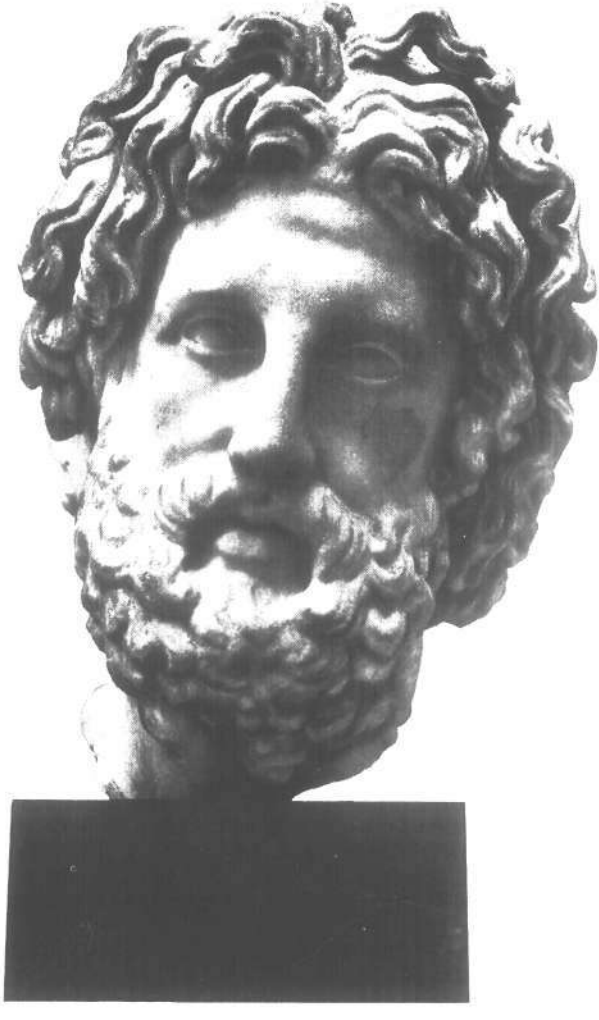
2 Bien distinta era la conducta del médico en el caso de los enfermos libres y ricos. También éstos recurrían en ocasiones a la incubación en el templo. Pero cuando no era así y buscaban genuina asistencia médica, la individualización más exquisita del tratamiento se constituía en norma principal. Así nos lo hace ver Platón.

Dos problemas teóricos llevaron la atención del filósofo hacia el espectáculo de la asistencia médica: la vigencia efectiva de la ley justa y la eficacia real de las reglas generales de las *tékhnai* en cada caso particular. ¿Cómo las artes podrán adquirir auténtica perfección, si cada hombre y cada caso son distintos entre sí? ¿Cómo las leyes, por definición generales y obligatorias, pueden ser eficaces en su aplicación casuística? El problema de la relación entre *nomos* (ley) y *physis* (naturaleza), tan vivo entre los sofistas, cobra en Platón figura nueva y se resuelve en dos: la relación entre la ley y el arte y la posible perfección de sus operaciones respectivas.

En el caso del arte de curar, la perfección se lograría, según Platón, individualizando razonablemente el diagnóstico y el tratamiento del enfermo; esto es, procediendo como en Atenas procedían los médicos libres —los verdaderos técnicos de la medicina— cuando trataban a pacientes libres. Tres recursos principales les permitían esa fina individualización: la ilustración médica del enfermo, la persuasión verbal y la adecuación biográfica.

La *ilustración médica* del enfermo servía para individualizar el diagnóstico y para aumentar la eficacia del tratamiento. «El médico —escribe Platón— comunica sus impresiones al enfermo y a los amigos de éste, y mientras se informa acerca del paciente, en cuanto puede, le instruye» *(Leyes,* 720). Más explícita todavía es otra página del mismo diálogo: «Si uno de éstos (los médicos

Busto de Asclepio, siglo IV a. C., encontrado en Melos
Platón le consideraba tan buen médico como buen político
y pensaba que el médico no debía prolongar la vida
«a las personas minadas por males internos», puesto que
no eran útiles para el Estado. British Museum, Londres.

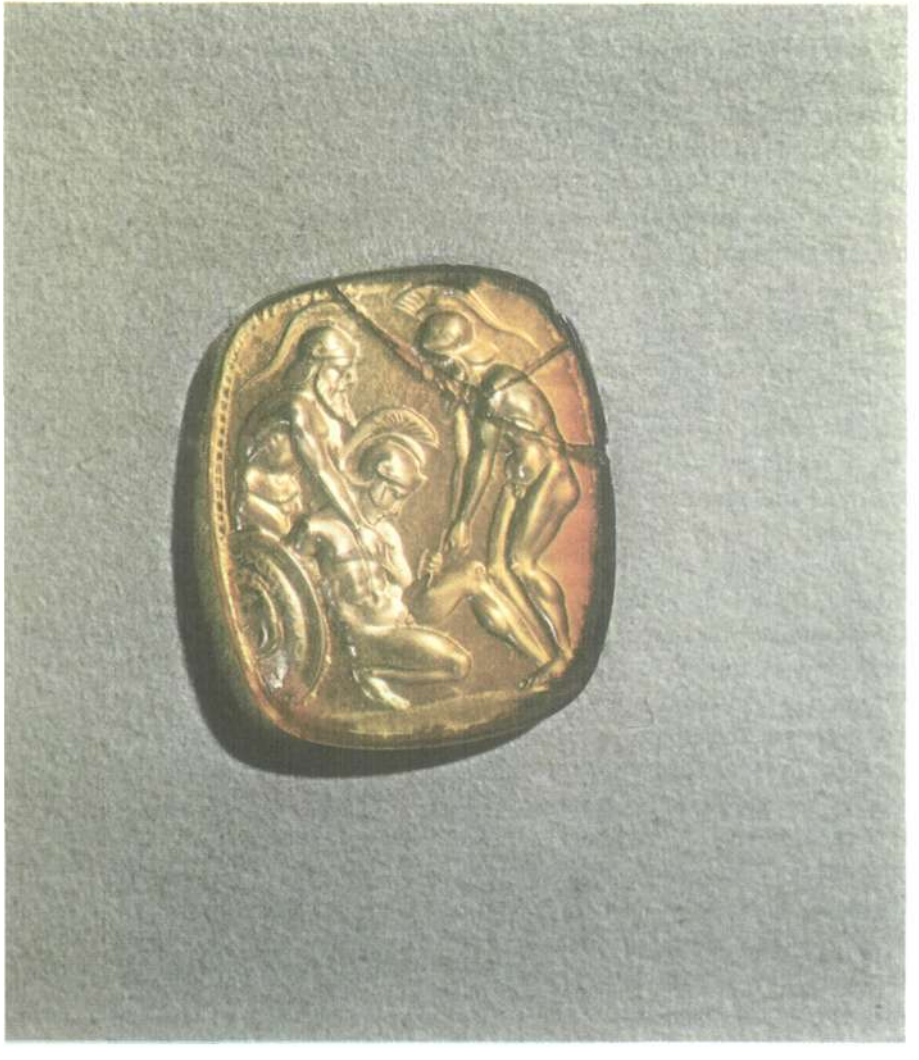


de esclavos) oyese hablar a un médico libre con pacientes libres en términos muy semejantes a los de las conferencias científicas, exponiendo cómo concibe la enfermedad en su origen y remontándose a la naturaleza de todos los cuerpos, se echaría a reír y diría lo que la mayoría de los llamados médicos replican de inmediato en tales casos: Lo que haces, necio, no es curar a tu paciente, sino enseñarle, como si tu misión no fuese devolverle la salud, sino poco menos que hacerle médico» (857 c d).

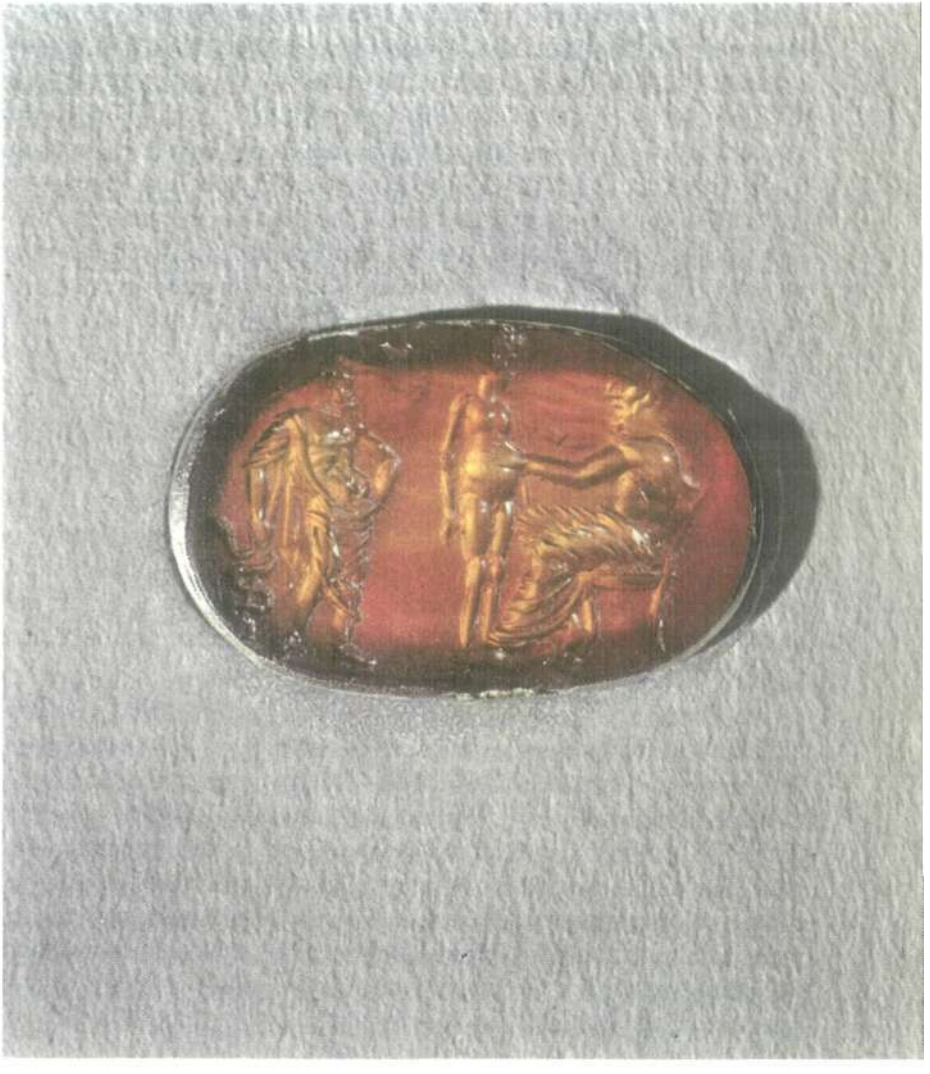
Con esta vivaz descripción platónica coinciden dos significativos textos del *Corpus Hippocraticum*, uno del escrito *Sobre la medicina antigua*, y otro del tratadito *Sobre la decencia* que antes mencioné. «Los ignorantes en medicina —dice el primero— no pueden saber, en sus enfermedades propias, ni cómo éstas nacen y terminan, ni por qué causas crecen y disminuyen; pero si los que han descubierto estas cosas se las explican, les será fácil instruirse en ellas; porque entonces no se trata para ellos más que de recordar, escuchando al médico, lo que ellos mismos han experimentado. Si el médico no llega a hacerse comprender de los profanos y no pone a sus oyentes en esta disposición de espíritu, no alcanzará (a conocer) lo que las cosas son» (L. I, 572-574). La concordancia entre el saber del médico y el recto saber del enfermo acerca de sí mismo perfecciona el diagnóstico y es garantía de su acierto. Y ésta es sin duda la razón por la cual el escrito *Sobre la decencia* aconseja al médico hablar «declarando con su discurso, en cuanto sea posible, todo lo que ha sido demostrado». Una cierta ilustración médica, nos dice W. Jaeger, era parte de la educación o *paideia* del ciudadano culto.

El recurso supremo para suscitar la confianza del paciente en el médico y para individualizar el tratamiento fue la *persuasión verbal*. El buen médico no prescribe nada al enfermo —dice

La *Ilíada* trata con gran respeto a los cirujanos militares y a su arte. Los dos hijos de Asclepio, Podalirio y Macaón, eran médicos del Ejército griego y hay un pasaje en el que se describe a Macaón como si fuera un Dios.



Un médico asistiendo a un enfermo.
Gema greco-romana del siglo I.
La de la página anterior, del siglo II a. C.
Museo Británico, Londres.



Platón— «mientras no le ha convencido (de la eficacia de su tratamiento); y sólo entonces, teniéndole ya ablandado por la persuasión, trata de llevar a término su obra restituyéndole la salud» *(Leyes,* 720 d). Esto mismo había enseñado no pocos años antes la página del *Cármides* en que un discípulo de Zamolxis descubre a Sócrates la eficacia terapéutica de los «bellos discursos» (157 b). Como el preámbulo de la ley justa convence al ciudadano de la justicia del texto legal e individualiza el cumplimiento de éste *(Leyes,* 722 c-723 a), así el «bello discurso» persuade al enfermo de que el remedio que se le va a administrar es el mejor para él, hace máxima la eficacia sanadora de ese remedio e individualiza exquisitamente el tratamiento.

Los asclepíadas hipocráticos no supieron utilizar esta fecunda intuición médica de Platón. Si hubiesen sabido hacerlo, acaso hubiera sido otra la estructura de la medicina occidental, hasta Freud[8]. Pero tanto el indudable aire descriptivo que tienen los textos platónicos de las *Leyes,* como el fragmento del escrito *Sobre la decencia* antes transcrito, permiten concluir que la persuasión verbal fue práctica habitual en la antigua Grecia frente a los enfermos libres y ricos.

La ilustración y la persuasión del enfermo ganaban su máxima eficacia merced a la *adecuación biográfica* del tratamiento. Desde fuera de la medicina, tanto Platón como Aristóteles postulan la necesidad de atemperar el tratamiento médico a la biografía del enfermo y al curso temporal de la enfermedad, y según esta regla procedieron los médicos hipocráticos; baste recordar la importancia que en el *Corpus Hippocraticum* se atribuye a la oportunidad *(kairós)* de las intervenciones del médico. Pero una asistencia médica atenta a la más leve dolencia y a la más tenue peculiaridad de la constitución y la biografía del en-

fermo, ¿no será, a la postre, indigna de un verdadero ciudadano y perjudicial para él y para la *polis?* Así lo afirma Platón en una página de la *República* (III, 405 c-d). Frente a la medicina que él juzga sana y tradicional, el artificio y la molicie de los hombres han construido, dice, una medicina «pedagógica», cuya norma es seguir hora a hora el curso vital del posible enfermo, a la manera como el pedagogo va siguiendo los pasos del niño que cuida. Heródico de Selimbria, un viejo profesor de gimnasia, habría sido su inventor *(Rep.,* III, 406 a b).

¿Será necesario decir que sólo las personas ricas pueden permitirse el lujo de emplear para sí mismas esa exigente «terapéutica pedagógica»? Un significativo pasaje del *Timeo* (89 b c) nos dice que tal proceder terapéutico no sería posible sin cierta *skholé* (sin cierto ocio). En efecto: sólo abandonando sus quehaceres habituales podrá el paciente consagrarse a los que necesariamente ha de imponerle esa continua atención a su salud; lo cual no sería posible si la holgura del enfermo no fuese, ante todo, económica.

3 Entre la «tiránica» asistencia médica a los esclavos y el exquisito tratamiento curativo y dietético de los hombres libres y ricos, hallábase el cuidado «resolutivo» que en caso de enfermedad recibían —y aún requerían— los ciudadanos libres y pobres. Por ejemplo, aquel animoso carpintero de que habla la *República:* «Cuando está enfermo un carpintero, pide al médico que le dé un medicamento que le haga vomitar la enfermedad, o que le libre de ella mediante una evacuación por abajo, un cauterio o una incisión. Y si le va con las prescripciones de un largo régimen, aconsejándole que se cubra la cabeza con un gorrito de lana y haga otras cosas por el estilo, pronto saldrá diciendo que ni tiene

tiempo para estar malo, ni vale la pena vivir de ese modo, dedicado a la enfermedad y sin poder ocuparse del trabajo que le corresponde. Y muy luego mandará a paseo al médico y se pondrá a hacer su vida corriente; y entonces, una de dos: o sanará y vivirá en lo sucesivo atendiendo a sus cosas o, si su cuerpo no puede soportar el mal, morirá y quedará libre de preocupaciones» (III, 406 d-e).

Tan expeditivo proceder terapéutico tiene para Platón una evidente justificación social: «He ahí —dice Glaucón comentando esas palabras— el género de medicina que parece adecuado para un hombre de esa clase.» Cualquier griego de los siglos V y IV hubiese dicho lo mismo. La estructura social de la *polis* y el general sentir helénico acerca de la «naturalidad» de las clases sociales existentes en ella hicieron tópica esa opinión, pese al esfuerzo dialéctico de quienes en Atenas discutían la relación entre la ley *(nomos)* y la naturaleza *(physis)*. Platón, sin embargo, llega a decir más. A su juicio, ese modo de tratar a los enfermos es el que conviene al bien de la *polis* y, por tanto, el objetivamente preferible.

Creo no traicionar el pensamiento platónico acerca de la asistencia médica reduciéndole a los siguientes puntos:

1.º El tratamiento de las enfermedades agudas de los hombres libres era en la Atenas platónica aproximadamente igual en todos los casos, y siempre resolutivo, en el sentido en que antes usé esta palabra.

2.º Las enfermedades crónicas, en cuya génesis tanta parte tiene el régimen de vida del paciente, exigen un método terapéutico más individualizado y biográfico. De él cabría hacer un uso

y un abuso. Usarían rectamente de él los médicos que saben «gobernar» los estados de enfermedad según las sucintas reglas apuntadas en el *Timeo*. Abusarían de él, convirtiéndole en «terapéutica pedagógica», los médicos y los enfermos a quienes conviniera la caricaturesca descripción diseñada en la *República*.

3.º El empleo abusivo del método «pedagógico» es perjudicial para un enfermo que como hombre y ciudadano aspire a la eficacia y para una *polis* vocada a la perfección.

No puede extrañar, pues, la conducta de Asclepio, tan buen médico como buen político en su invención del arte de curar. Asclepio, dice Platón, «dictó las reglas de la medicina para su aplicación a aquellos que, teniendo sus cuerpos sanos por la acción conjunta de la naturaleza y el régimen de vida, han contraído determinadas enfermedades, y quiso hacerlo únicamente para estos hombres... En cambio, con respecto a las personas crónicamente minadas por males internos, no se consagró a prolongar y amargar su vida con un régimen de paulatinas evacuaciones e infusiones» (407 c e). Más concisamente: Asclepio ideó y enseñó a sus hijos —Macaón y Podalirio, los médicos del ejército sitiador de Troya— el método terapéutico resolutivo; y si se abstuvo de practicar y enseñar el método «pedagógico» que más tarde había de inventar Heródico de Selimbria, no fue por ignorancia, sino porque sabía dar al bien de la *polis* toda la importancia que realmente tiene.

No sabemos lo que los asclepíadas hipocráticos pensaron acerca de la sociología médica y la medicina política de Platón. Nada nos dicen de una y otra los escritos del *Corpus Hippocraticum*. Puede afirmarse, sin embargo, que la sociología médica implícita en ellos es más bien «física», y la de Platón más bien

«política». Todos los griegos pensaron que la particular *physis* del individuo humano se relaciona con la materna *physis* universal tanto directamente (generación, alimentación, respiración, etc.) como a través de la sociedad o *koinonía* en que por naturaleza el hombre se halla inscrito; por tanto, a través de la *polis*. No pudieron ser ajenos los médicos hipocráticos a este sentir de su pueblo. Pero dentro de él es posible dar mayor o menor importancia al momento «político» de la relación entre la *physis* individual y la *physis* cósmica, y es evidente que Platón, por razones a la vez personales e históricas, se la concedió máxima [4]. El asclepíada hipocrático se sentía amigo del enfermo *sobre todo* en cuanto éste era simple hombre, y por tanto hermano en la común filialidad de todos los hombres respecto de la *physis;* al paso que el médico ideal fingido por la mente platónica debía sentirse amigo del enfermo, *sobre todo* en cuanto éste era miembro de la comunidad humana —la polis—, a cuyo servicio gana pleno sentido y suma dignidad la naturaleza del hombre. Dos modos de sentir y concebir la «amistad médica» que, bajo formas distintas, van a repetirse más de una vez a lo largo de la historia.

IV En cuanto acto humano, la relación entre el médico y el enfermo tiene un carácter ético; pero su modo de tenerlo cambia con las creencias religiosas y morales de la sociedad en que se produce. Aun cuando sea posible construir una «ética médica natural», algo hay en el aspecto médico de la relación médico-enfermo que va cambiando a lo largo de la historia.

La ética de los asclepíadas hipocráticos fue, naturalmente, la que correspondía a su condición de médicos griegos; pero la «helenidad» fue modulándose en el curso de su existencia histórica. Algo de común hay, por el hecho de ser griego, entre un augur

de la época homérica y un sofista del siglo v; algo distinto hay también entre ellos. Pues bien: los asclepíadas hipocráticos fueron griegos como tenía que serlo un *tekhnítes* y un *physiologos* de los siglos v y iv, y tanto en orden a su pensamiento (teoría de la *physis* del hombre, saber patológico y terapéutico) como en orden a su conducta profesional (política y deontología del ejercicio médico).

La ética de los médicos hipocráticos fue formalmente religiosa. La interpretación positivista de la cultura griega se ha complacido presentando la medicina hipocrática como una suerte de «secularización científica» de la medicina religiosa anterior a Hipócrates. No puedo compartir ese juicio. La hazaña de los fundadores de la *tekhne iatriké* tuvo como último fundamento, es cierto, un cambio en la actitud religiosa del hombre griego; pero este cambio no fue tanto una «secularización» como una «reforma»: junto a la vieja *religiosidad cultual*, olímpica, dionisíaca u órfica, apareció en determinados círculos una *religiosidad ilustrada*, cuyo nervio más íntimo consistió en subrayar intelectualmente el carácter divino de la *physis*. Lo divino es para estos hombres la *physis*, la naturaleza universal y materna; Zeus, Poseidón, Deméter y Dionisos no serían sino figuraciones populares de esa radical y unitaria divinidad. El naturalismo, carácter fundamental de la cultura griega, se hace doctrina religiosa y filosófica. Tales, Anaxímenes, Anaximandro, Pitágoras, Empédocles y los restantes filósofos presocráticos son a la vez «fisiólogos» y «teólogos» (Jaeger); y así sienten y piensan los médicos que intelectualmente se apoyan en ellos.

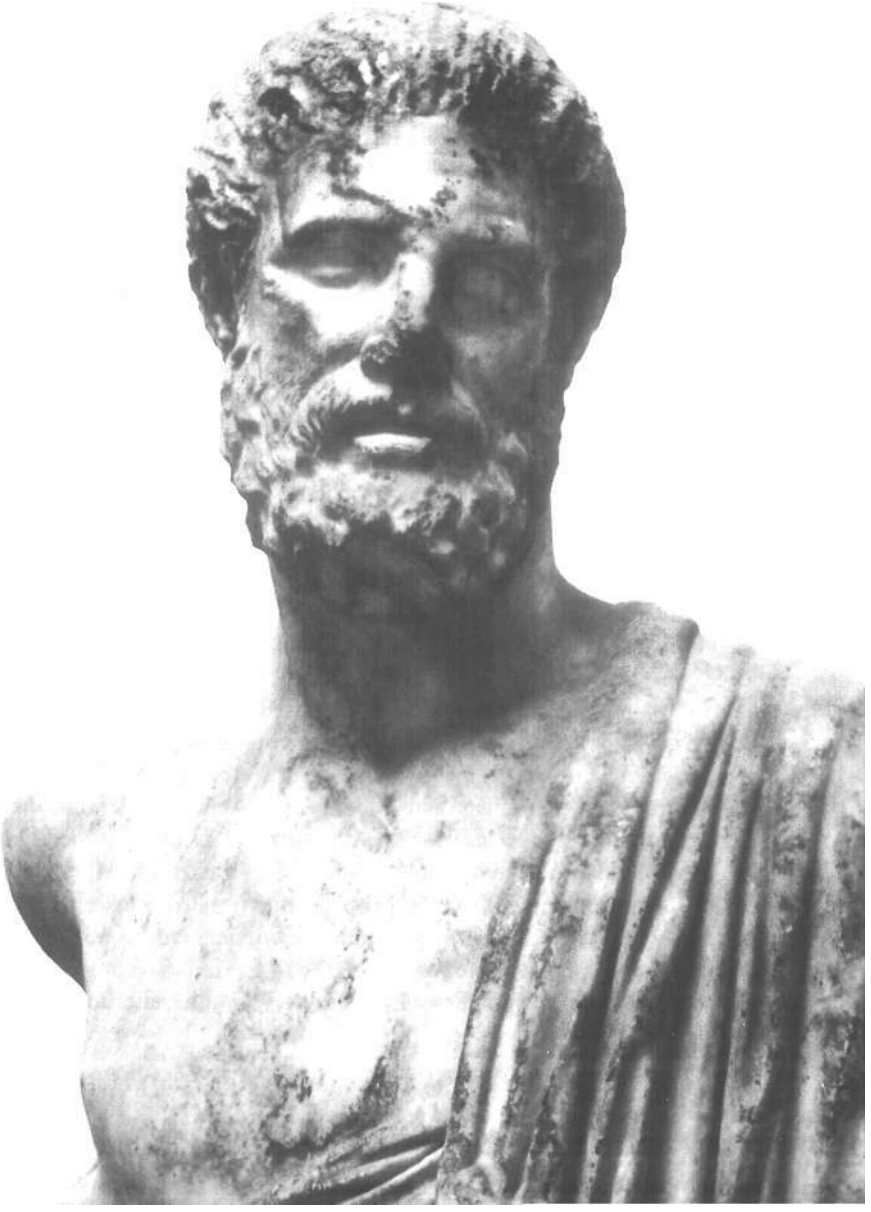
La deontología hipocrática se funda, pues, en una religiosidad muy determinada y explícita, que a los ojos del historiador aparece como una suerte de oscilante compromiso entre la vieja «pie-

dad cultual» y la nueva «piedad fisiológica». Aquélla se hace especialmente visible en el arranque mismo del *Juramento* —«Juro por Apolo médico, por Asclepio, por Higea y Panacea, por todos los dioses y diosas...»—; esta otra, en los escritos *Sobre la enfermedad sagrada, Sobre los aires, las aguas y los lugares. Sobre la dieta,* la *Ley,* el *Pronóstico,* etc. La piedad *(eusébeia)* que tan enérgica y reiteradamente proclama el autor de *Sobre la enfermedad sagrada* es, sin duda alguna, la suma del tradicional culto a los dioses y la nueva «piedad fisiológica» de los pensadores presocráticos; condena, es cierto, las purificaciones y los encantamientos con que la superstición antigua trataba de combatir el mal epiléptico, pero recomienda combinar las prácticas de la religiosidad consuetudinaria (el sacrificio ritual, la plegaria a los dioses en el templo) con los recursos terapéuticos «naturales», últimamente basados en la condición divina de la *physis.*

¿Quiere esto decir que la ética médica posee una figura y un contenido uniformes en todos los escritos del *Corpus Hippocraticum?* Tal ha sido la opinión de algunos. Frente a ese criterio, L. Edelstein ha demostrado que ni siquiera el más venerado y central de los documentos de la ética hipocrática, el *Juramento,* fue aceptado como dogma intocable por todos los médicos de la Antigüedad clásica. «El *Juramento* hipocrático —concluye este autor— es un manifiesto pitagórico, y no la expresión de un canon absoluto de la conducta del médico.»

Con Edelstein y tantos otros, pienso que hoy no es posible estudiar con rigor el *Corpus Hippocraticum* sin distinguir —si ello es posible— la escuela y la época a que perteneció el redactor del escrito considerado. Ello, sin embargo, no pude impedir que todos los autores de esos escritos coincidan entre sí en ser griegos, técnicos y médicos; lo cual obliga a completar ese estudio discrimina-

Según Hipócrates, el médico debía prestar atención,
no a la teorización plausible, sino a la razón y a la experiencia.
Escultura del siglo IV a. C. hallada en Cos
y que actualmente se encuentra en el Museo Arqueológico de Rodas.



dor con otro comparativo o sistemático, enderezado a mostrar lo que por debajo de las diferencias de época y de escuela —Cos o Cnido, humoralismo o neumatismo; Grecia de Pericles o helenismo tardío— hace comúnmente griegos los escritos del *Corpus Hippocraticum*. Salvo matices de escasa monta, cuanto hasta ahora he dicho es válido para todos los tratados clínicos o doctrinales del *Corpus*. Preguntémonos, pues: en lo tocante a la relación entre el médico y el enfermo, ¿cuáles fueron los rasgos y los preceptos principales de la ética médica hipocrática? ¿Cómo se expresó éticamente la «amistad médica» de los asclepíadas griegos?

La respuesta debe ser ordenada, a mi juicio, en tres puntos: tecnificación del instinto de auxilio, concepción ética —no sólo técnica— de la limitación del arte de curar y actitud del médico frente a la retribución económica de su actividad.

1 En la naturaleza del hombre opera un «instinto de auxilio» que le mueve a prestar ayuda al enfermo; instinto que sólo llega a ser eficaz cuando el individuo —que libremente puede rechazarlo, como el sacerdote y el levita de la parábola del Samaritano— lo acepta y cumple de un modo personal. Pues bien: el rasgo más central y meritorio de la ética médica hipocrática consistió en *aceptar, interpretar y potenciar técnicamente ese instinto de auxilio al semejante enfermo*. Hay artes, dice el autor del escrito *de flatibus* «que son benéficas para los que de ellas se sirven, pero penosas para quienes las poseen», y entre ellas está la medicina. El médico «tiene la vista contristada y el tacto ofendido, y en los dolores ajenos sufre penas propias, mientras que los enfermos, por obra del arte, escapan a los mayores males, enfermedades, sufrimientos, penas, muerte» (L. VI, 90). El famoso principio de «favorecer y no perjudicar» (L. II, 634) y la tan reiterada obliga-

ción del médico de consagrarse con ahínco y decoro al bien del enfermo hasta lograr, no sólo la salud de éste, sino incluso su «buena apariencia» —el médico debe actuar «por causa de la buena salud y la buena apariencia» del que le llama (L. IX, 258)—, son la expresión más inmediata de esa noble actitud moral.

Este proceder tuvo su fundamento en la *philanthropía* del médico, en su amor al hombre en tanto que hombre. Cuando moralmente era lo que debía ser, el asclepíada hipocrático amaba a su arte a través de su amor al hombre, y al hombre —al enfermo— a través del amor a su arte. Es cierto, como dije, que tal mandamiento procede de un escrito redactado muy tardíamente, cuando ya los filósofos estoicos habían difundido en el mundo helenístico la idea y la palabra de la *philanthropía*. Pero ya hice notar que la estimación intelectual y ética de la «naturaleza del hombre», latente en el *Corpus Hippocraticum* desde sus documentos más antiguos, preludia o incoa esa *philía* hacia el hombre en cuanto tal. A su manera médica y helénica, Hipócrates fue un «filántropo» *avant la lettre*.

2 Esta nobilísima faena de aceptar, interpretar y potenciar el instinto de auxilio al hombre enfermo tuvo, en efecto, un doble condicionamiento: fue, por una parte, técnica, y de ahí su imperecedera influencia sobre todos los médicos que han heredado el mensaje griego; se ajustó, por otra parte, a la concepción griega de la amistad y de la técnica. Ahora bien: médica o no, la amistad *(la philía)* fue siempre para los griegos *physiophilía*, amor a la naturaleza, y la técnica (la *tékhne*, el arte), un saber hacer racionalmente lo que la naturaleza consiente hacer. Y puesto que la *physis* era para él «lo divino», el médico hipocrático se sintió íntima y espontáneamente obligado a *considerar como un impe-*

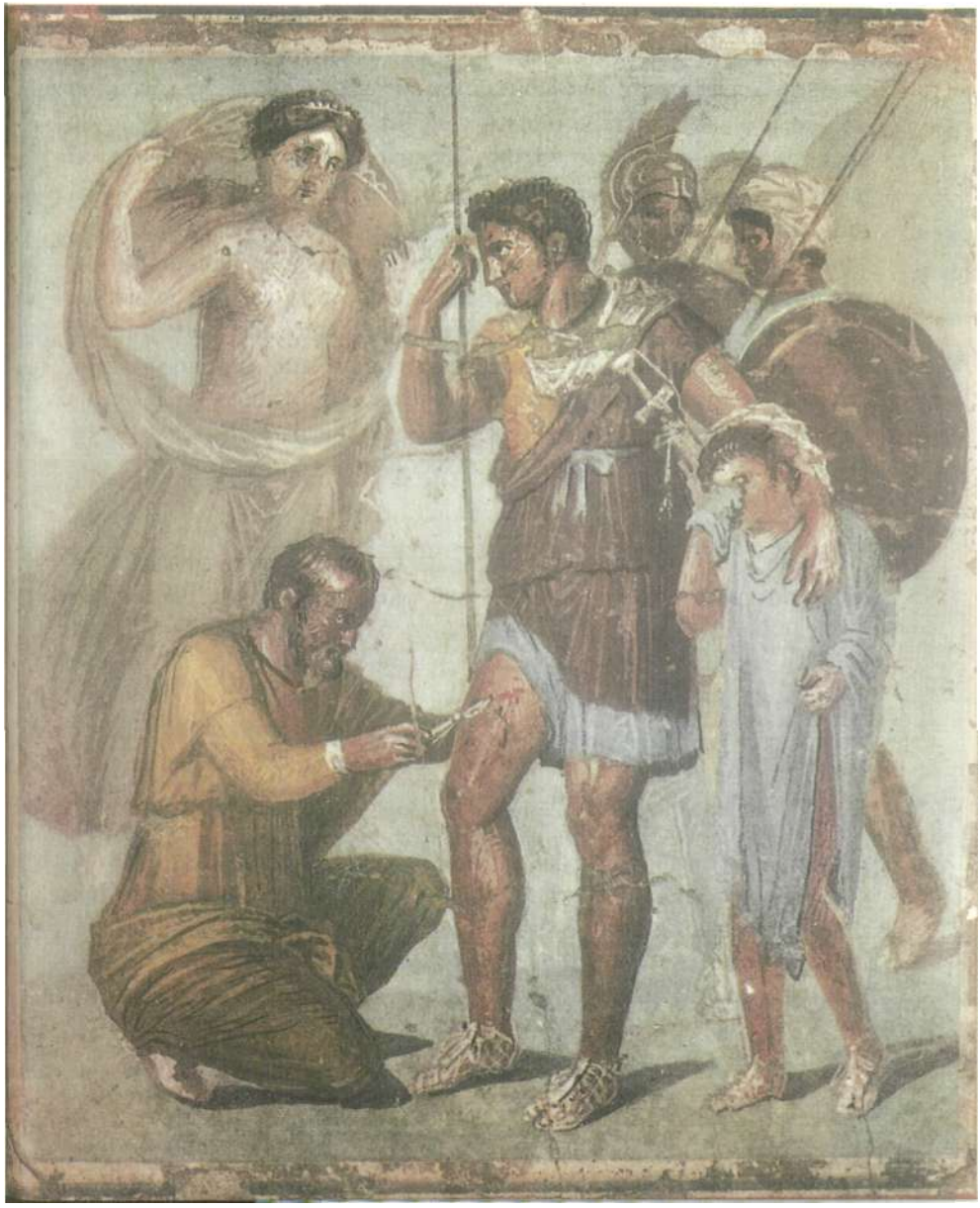
*rativo religioso y ético el respeto a la limitación del arte:* en definitiva, su abstención como terapeuta frente a lo que la «necesidad de la naturaleza» (la *anánke physeos)* no le permitía alcanzar.

Nada más significativo a este respecto que la definición de la *tékhne iatriké* en el escrito *de arte:* «Pienso que la medicina tiene por objeto librar a los enfermos de sus dolencias, aliviar los accesos graves de la enfermedad y abstenerse de tratar aquellos enfermos que ya están dominados por la enfermedad, puesto que en tal caso se sabe que el arte no es capaz de nada» (L. VI, 4-6). La frecuencia y la severidad con que este imperativo de la abstención terapéutica es formulado en el *Corpus Hippocraticum (Lex.* L. IV, 638-640; *de morbis* I, L. VII, 640; *Prorrético* II, L. IX, 26), indican muy claramente que no se trata de un simple consejo técnico, sino de un mandamiento religioso y ético. Regido por sus creencias acerca de la naturaleza, el hombre y el arte, el médico griego entendió como un deber suyo abstenerse de tratar a los incurables y a los desahuciados; mejor dicho, a los enfermos que su discriminación técnica entre «enfermedad forzosa» *(nosos kat'anánken)* y «enfermedad por azar» *(nosos kata tykhen)* hacía considerar incurables o desahuciados por un inexorable mandato de la divina Naturaleza. Todavía en el siglo III de nuestra era podía hablar Orígenes, polemizando contra Celso, de «enfermos tan corrompidos ya y con tan mal sesgo en su dolencia, que un médico entendido —esto es, uno de los asclepíadas de la Grecia pagana— tendría escrúpulo en tratarlos» *(contra Celsum,* III, 25).

Trátase, en fin de cuentas, de una actitud ética común a todo el pueblo griego. Ella es la que determina el elogio platónico de la «medicina resolutiva» que ya conocemos. En ella se funda asimismo el juicio de Pausanias en el *Banquete* a propósito de la prestación de favores («Es bello hacer favores a los hombres vir-

Cirujano asistiendo a Eneas.
De un fresco pompeyano.
Museo Nacional, Nápoles.





tuosos, y feo hacérselos a los viciosos») y la ulterior aplicación a la medicina que Erixímaco hace de esa regla (es feo para un médico tratar de curar lo que «por naturaleza» es malo; *Banquete*, 186 b c). A ella debe referirse, en fin, el consejo aristotélico de abandonar, por su irremediable incapacidad para la amistad, al hombre cuya maldad se reputa incurable *(Eth. Nic.*, 1165 b). El radical naturalismo del pensamiento helénico y su consiguiente concepción de la *philanthropía* como *physiophilía* habían de expresarse así, y ver las cosas de otro modo sería incurrir en delito de *hybris*, pecar de desmesura contra la inapelable divinidad de la *physis*. En suma: el médico hipocrático era «amigo del enfermo» en cuanto que, más radicalmente, era «amigo de la naturaleza», y «amigo del arte» —del arte de curar, en su caso—, en cuanto que éste le permitía ser, respetuosa y venerativamente, «fisiólogo».

3 Suele decir nuestro pueblo que la caridad bien entendida empieza por uno mismo; sentencia que puede tener tanto un sentido noble (cuando uno demuestra amarse a sí mismo dándose a los demás) como un sentido bellaco (cuando el amor de sí mismo consiste en negarse a los demás o en buscar ante todo el provecho propio). Con igual razón cabría decir que el bien entendido amor a la naturaleza —la «fisiofilía»— debe comenzar por la de uno mismo, y que de esta máxima cabe una versión noble (la del *philautos* aristotélico: el hombre que demuestra amarse rectamente a sí mismo sacrificándose con alegría por los amigos) y otra menos noble y hasta detestable (la de quien, en su trato con los demás, busca ante todo la fama y el provecho propios). Esta última debió de ser, por lo general, la versión a que ajustó su conducta el asclepíada helénico, a juzgar por lo que el *Corpus Hippocra-*

*ticum* enseña acerca de los honorarios del médico y por lo que la sociedad griega dijo a veces sobre el tema. La realidad —en Grecia y por doquiera—siempre es notoriamente inferior al ideal y al mito.

Si nos atenemos a los textos del *Corpus Hippocraticum*, la relación económica entre el asclepíada griego y el paciente se ajustó a los siguientes principios:

1.° El médico debe ser ante todo «servidor de su arte» (L. II, 636), y a través de su servicio al arte, servidor de la Naturaleza. Sus honorarios, por consiguiente, quedarán éticamente justificados cuando con su conducta profesional procure su perfección en el arte que practica. «No se piense en el salario sin el deseo de buscar instrucción», dice una sentencia de los *Praecepta* (L. IX, 258). El buen médico debe ser siempre aprendiz de lo que la naturaleza le enseña a través del arte y de lo que el arte le enseña acerca de la naturaleza.

2.° En su ejercicio profesional, el médico debe tener en cuenta la situación económica del paciente; y no sólo porque hay una medicina «para ricos» y otra «para pobres» *(de diaeta*, III, L. VI, 594-606), sino también para graduar la cuantía de los honorarios. «Considérense las riquezas y los recursos del enfermo», recomiendan expresamente los *Praecepta;* aunque, desde luego, sin abusar en la exigencia, sin «inhumanidad» (L. IX, 258).

3.° A veces, el médico prestará sus servicios gratuitamente, en recuerdo de un favor recibido o por conseguir buena fama; lo cual acontecerá, ante todo, cuando el enfermo sea extranjero y pobre. Porque —tal es es el pasaje en que por vez primera apa-

Alejandro Magno y su médico. Se cuenta que estando enfermo el emperador, Parmenio le comunicó que su médico le iba a envenenar. A pesar de esto Alejandro se bebió la copa que el médico le ofrecía y le entregó la carta de Parmenio. La recuperación del enfermo reivindicó al médico. Este episodio se utiliza en un texto del siglo XVIII para sacar la moraleja de que las almas grandes no desconfían del prójimo.

rece la famosa sentencia— donde hay amor al hombre hay también amor al arte (L. IX, 258).

La asistencia gratuita al enfermo tuvo para el asclepíada hipocrático dos motivos principales: uno inmediato e interesado, el ansia de fama; otro remoto y noble, el amor al hombre y, a través de éste, el amor a la Naturaleza; en definitiva, su «filantropía fisiofílica». Pero no parece que este último mandamiento tuviese mucha fuerza social, al menos en la Atenas de Aristófanes. En el segundo *Pluto*, el gran cómico presenta a Cremilo, campesino pobre que por mandato de un oráculo de Loxias trata de curar al dios de las riquezas de la perturbadora ceguera que éste padece. Busca para ello un médico competente, y da cuenta al público de su fracaso con estas significativas palabras: «¿Cómo hallarlo? Porque donde no hay recompensa, no hay arte.» Los asclepíadas atenienses del siglo v distaban mucho de sentir en sus almas el mandamiento que muchos años después, movido por una sensibilidad nueva, había de dar a la posteridad, a través de la letra de los *Praecepta*, otro griego de su mismo oficio.

# 2 El médico y el enfermo en la Edad Media

Desde la antigua Grecia hasta hoy mismo, la relación ideal entre el médico y el enfermo tiene como fundamento la amistad entre ellos; más precisamente, la especificación médica del modo de la relación interhumana a que damos el hermoso nombre de «amistad». Prescindamos otra vez de los numerosos casos en que ese ideal no se cumple o se cumple deficientemente, y veamos lo que con la amistad médica acontece durante la Edad Media.

I Algo es preciso decir, antes de entrar en el tema. Entre la Grecia hipocrática y la Edad Media europea se ha producido una novedad de enorme importancia, el nacimiento y la difusión del cristianismo, y con ella un cambio radical en la idea y en la práctica de la relación entre hombre y hombre; por tanto, en la idea y en la práctica de la amistad. Cuatro me parecen ser los motivos principales de la nueva actitud:

1 En la relación de benevolencia entre hombre y hombre hay que distinguir dos modos básicos, la projimidad y la amistad. La *projimidad*, la condición de ser «prójimo» de otro hombre, consiste en procurar su bien sólo por el hecho de que él es hombre; por tanto, sin necesidad de conocerle y tratarle como persona individual. Así procedió el Samaritano con el herido [5]. La *amistad*, en cambio, consiste en procurar el bien del amigo por ser él la persona que es. El prójimo atiende a su prójimo en cuanto la persona de éste se realiza como naturaleza humana; el amigo, en cambio, atiende a su amigo por lo que la persona de éste es en sí misma, por ser él quien es. De ahí que la amistad exija la acepción de personas y que la projimidad la excluya del modo más radical. El otro, en suma, *puede ser* amigo, pero *debe ser* prójimo.

Frontispicio del siglo VIII de la *Therapeutica* de Alejandro de Tralles. (La más antigua traducción latina de este tratado griego del siglo VI.)

2 En la benevolencia respecto del amigo hay que distinguir el bien de su naturaleza y el bien de su persona, y éste, según el cristianismo, tiene su término real más allá de la muerte y del mundo. El bien de la naturaleza (la salud somática y mental, la belleza del cuerpo, el bienestar, etc.) es condición eficaz para el bien de la persona (la perfección espiritual, en el sentido cristiano de estas palabras), pero no es condición necesaria de él, porque cabe una alta perfección espiritual con una detestable salud física (Santa Teresa de Jesús, Santa Teresita de Lisieux). De lo cual se sigue que en ocasiones haya conflicto entre la procura del bien de la naturaleza de un hombre y la procura del bien de su persona.

3 Junto a la concepción griega del amor (el amor como *éros)* surge ahora, complementariamente, una concepción nueva (el amor como *agápe).* El *éros* es el universal impulso ascendente de la naturaleza hacia su perfección. El *agápe* o *caritas* es la libre y activa efusión de la persona hacia la realidad y el menester de las demás personas, sean éstas verdaderos amigos o simples prójimos; efusión que será formalmente cristiana cuando el amante actúe personalmente instalado en Dios; cuando se halle de algún modo «deificado».

4 Para la benevolencia no puede haber «límites naturales». Aunque las posibilidades para el gobierno técnico de la naturaleza sean limitadas, siempre será posible hacer algún bien a la persona del amigo o del prójimo y, por tanto, siempre deberá hacérsele ese bien. Para el griego, ir más allá de las posibilidades del arte sería un pecado de *hybris;* para el cristiano, en cambio, rebasar los límites del arte con la caridad es un imperativo

ALEXANDERSA SCIA NCIA
PENS CRUX PSAL
MEDE UIANS QUIA
EPO PER TAS
SUI DESU SACRO
UNC SCO SANCI
TRE NAE REDI
UM MET HOS
ARTESMEDENAE

moral —un «mandamiento»— sólo condicionado por la delicadeza; en definitiva, por la condición últimamente misteriosa y respetable de la persona del otro.

Estos cuatro motivos de la nueva actitud frente a la relación interhumana —válidos, en cuanto principios, para todas y cada una de las situaciones históricas del cristianismo— llevan necesariamente consigo un cambio importante en la concepción y en el ejercicio de la «amistad médica». En torno al año 350, Basilio de Cesárea escribía a su médico Eustacio: «En ti la ciencia es ambidextra, y dilatas los términos de la *philanthropía*, no circunscribiendo a los cuerpos el beneficio del arte, sino atendiendo también a la curación de los espíritus» (*Epist.* 189, n. 1). Como si su autor hubiese leído los *Praecepta* hipocráticos, ese texto revela que el cristiano antiguo tenía la clara convicción de haber rebasado muy fundamentalmente la idea griega de la «amistad médica». Tanto el amor al hombre (la *philanthropía)* como el amor al arte (la *philotekhnía)* cobran ahora una realidad nueva: aquél, por las razones dichas; éste, porque el «arte» —la técnica del médico— debe llevar consigo y sobre sí, bajo forma de consuelo, en el peor de los casos, la atención al bien espiritual del paciente. Lo cual determina la aparición de las siguientes novedades en la estructura de la relación entre el médico y el enfermo:

1.ª *La condición igualitaria del tratamiento.* Respecto de la asistencia médica ya no hay diferencia entre griegos y bárbaros, ni entre hombres libres y esclavos. Nada más elocuente, para mostrar esta novedad, que las palabras con que Juliano el Apóstata elogia el modo cristiano de asistir a los enfermos y trata de incorporarlo a su proyecto de neopaganismo: «Vemos lo que hace tan

fuertes a los enemigos de los dioses: su filantropía frente a los extraños y los pobres... Es vergonzoso (para nosotros) que los galileos no ejerciten su misericordia solamente con sus iguales en la fe, mas también con los servidores de los dioses».

2.ª *La valoración terapéutica y moral de la convivencia del dolor.* Describiendo la vida en la ciudad hospitalaria de Cesárea, dice San Gregorio Nacianceno: «La enfermedad era allí pacientemente sobrellevada; considerábase dichosa la desgracia y se ponía a prueba la compasión ante el sufrimiento ajeno».

3.ª La asistencia médica más allá de las posibilidades del arte; por lo tanto, *la incorporación metódica del consuelo a la operación del médico y el cuidado de los enfermos incurables y moribundos.* Dramática y elocuentemente nos lo hacen ver los relatos de Dionisio de Alejandría y de Cipriano de Cartago acerca de la gran peste que asoló la cuenca del Mediterráneo entre los años 251 y 256.

4.ª La *asistencia gratuita,* sólo por caridad, al enfermo menesteroso. En su escrito polémico contra el pagano Celso, Orígenes vitupera a los médicos «que sólo atienden a las clases elevadas y menosprecian al hombre vulgar». Recuérdese el «donde no hay recompensa, no hay arte» del *Pluto* de Aristófanes.

5.ª La *incorporación de prácticas religiosas cristianas* —la oración, la unción sacramental— al cuidado de los enfermos.

Ahora bien, estas permanentes reglas han sido diversamente cumplidas en cada una de tales situaciones. Cuatro parecen ser

Variedad de amapola,
de un manuscrito del siglo XVI
del herbario de Dioscórides.

las principales: el cristianismo primitivo o preconstantiniano, el cristianismo medieval, el cristianismo postmedieval o «moderno» y el incipiente modo de la vida social del cristiano a que, en relación con el Concilio Vaticano II, suele darse ahora el nombre de «postconciliar». De acuerdo con el epígrafe de este capítulo, voy a estudiar con algún pormenor la relación entre el médico y el enfermo en el mundo cristiano medieval.

II El cristianismo medieval europeo se constituye históricamente en virtud de dos procesos, uno de continuidad, la perduración, todo lo quebrantada que se quiera, del cristianismo de la antigua Roma, y otro de innovación, la cristianización de los pueblos germánicos que han invadido el Imperio romano de Occidente; cristianización, como es sabido, harto influida a veces por motivos políticos.

Esto obliga a distinguir en la realidad histórica de ese cristianismo dos componentes muy distintos entre sí. Por una parte, las estructuras, instituciones, invenciones personales y costumbres *creadas* por la Iglesia medieval desde dentro de sí misma: la teología y la liturgia, las formas «nobles» de la piedad religiosa (benedictina, cluniacense, cisterciense, franciscana, dominicana), el monasterio, la catedral, el derecho canónico. Por otro lado, las estructuras, instituciones, invenciones personales y costumbres *recibidas* por la Iglesia del mundo que se cristianiza, y por ella más o menos gustosamente *aceptadas:* el derecho germánico, el orden feudal de la sociedad, el combate judicial, la ordalía, la esclavitud, las supersticiones populares. La vida religiosa de la Edad Media fue el resultado de la fusión o la yuxtaposición, según los casos, de esos dos componentes. Ninguna de las expresiones del cristianismo medieval —vida política y económica, ordenación de la

sociedad, saber científico, filosófico y teológico, arte, religiosidad popular, etc.— podría ser rectamente entendida sin discernir en ella las partes más o menos cristianamente «creadas» y las partes más o menos cristianamente «aceptadas».

No pudo ser excepción a esta regla la asistencia médica al enfermo. Si a un médico de la Edad Media europea, clérigo o seglar, le hubiesen interrogado acerca del fundamento «humano» de su actividad terapéutica, es seguro que —trascendiendo las probables corruptelas de su personal ejercicio— habría hecho suyas estas hermosas palabras de la Regla benedictina: «La asistencia médica debe ser prestada a los enfermos como si en verdad se prestase al mismo Cristo». La razón primera de la actividad curativa del médico sería, pues, una *philanthropía* cristianamente interpretada. Pero en la ejecución práctica de ese precepto hubo durante la Edad Media dos modos netamente distintos entre sí: uno más puramente cristiano, la medicina monástica; otro más secularmente medieval, la práctica médica en las ciudades.

No faltaron durante la Alta Edad Media los médicos seglares. La grandilocuente fórmula que expresa los deberes del *Comes archiatrorum* —institución heredada de la administración del Imperio romano— revela la existencia de una clase médica relativamente autónoma y organizada en la Italia de Teodorico. Esta organización de la asistencia médica va hundiéndose, hasta desaparecer por completo, con motivo de las guerras entre ostrogodos y bizantinos, y luego con la invasión de los longobardos. Pese a todo, perduran entre éstos los médicos seglares: un Guidoaldo (727), un Fredo (748), un León (777), según documentos del siglo VIII procedentes de Lucca y Pistoia; y un manuscrito de Milán nos habla de lecciones de Rávena, a fines de ese mismo

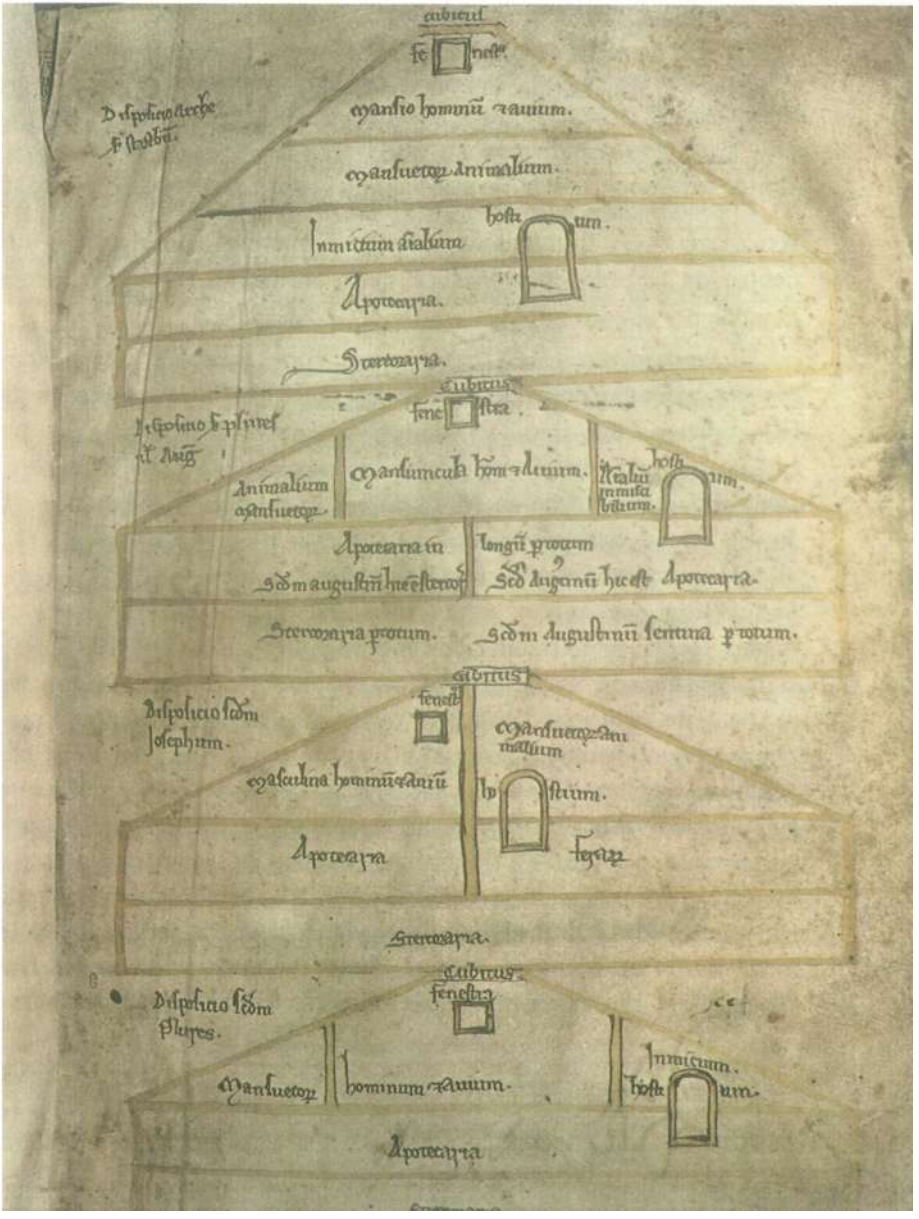
siglo, en que eran mencionados Hipócrates y Galeno. En España, los visigodos arruinaron sin tardanza la organización médica de la Hispania romana; pero las *Leges Wisigothorum* atestiguan sin lugar a duda la existencia de profesionales seglares de la medicina. También en las Galias fueron prontamente destruidas —ya a finales del siglo VI— las brillantes escuelas médicas de Marsella, Tolosa, Lyon y Arles, y el nivel de la asistencia al enfermo desciende lamentablemente. Las crónicas de Gregorio de Tours y Fredegario nos hacen saber, sin embargo, que bajo los merovingios pervive la arquiatría y prestan servicio diversos médicos seglares, ya francos, como Reoval y Marileif, ya bizantinos, como un Petrus y cierto Paladio. Algo semejante podría decirse respecto de la Inglaterra y la Alemania de la Alta Edad Media.

Van a cambiar las cosas en la primera mitad del siglo VIII. A partir de entonces, la asistencia médica pasa rápidamente a las manos de los sacerdotes, tanto del clero secular como del regular. Tal práctica se había iniciado, en rigor, en los decenios centrales del siglo VI. En Italia, los nacientes monasterios benedictinos —fundación de Monte Cassino: año 529— comienzan a recibir y atender enfermos. «Aprended a conocer las plantas medicinales... Leed a Dioscórides, leed a Hipócrates, a Galeno, a Celio Aureliano», recomienda Casiodoro (490-583) a los monjes de Occidente. En España, Pablo, obispo de Mérida entre los años 530 y 560, no vaciló en tomar el cuchillo para practicar por su mano una operación cesárea. Otro obispo emeritense, Masona, funda el año 580 un hospital seguramente atendido por clérigos. Y aunque no parece probable que San Isidoro († 636) practicase personalmente la medicina, es seguro que los libros IV y XI de sus *Etimologías* ejercieron considerable influencia sobre muchos

clérigos europeos consagrados a la actividad terapéutica. Pronto, a partir de entonces, se harán más y más frecuentes las personas y las instituciones que enlazan el sacerdocio con la medicina, y la figura del sacerdote médico será la dominante en el ejercicio del arte de curar. He aquí unos cuantos nombres: la *Instructio* de San Columbano, el Monasterio de San Gall (desde comienzos del siglo VII), Beda el Venerable (674-735), el arzobispo de Milán Benedicto Crispo († 725), la cadena áurea de los monasterios europeos (aparte Monte Cassino y San Gall, Poitiers, Lisieux, Soissons, Lyon, Reims, Fulda, Reichenau, Bobbio, Cremona, Vicenza, Silos, tantos más), la Escuela de Chartres, etc.

Incipientemente en el siglo XII, resueltamente en el XIII, tres importantes sucesos van a determinar la ingente transformación que en la Baja Edad Media europea experimenta el ejercicio médico. Por una parte, la influencia renovadora de la escuela de Salerno —ya existente, con toda probabilidad, en el siglo X—, con su carácter puramente médico y preponderantemente secular; influencia pronto ampliada por otra de los traductores de Toledo y los demás centros de penetración de la ciencia greco-arábiga. En segundo lugar, la acción ejemplar de la ordenanza de Federico II Barbarroja en 1231 —precedida por la menos eficaz de Rogerio de Sicilia en 1140—, estableciendo la obligatoriedad de un título oficial para el ejercicio de la medicina. Y por fin, la cada vez más frecuente fundación de Facultades médicas en las nacientes Universidades: Montpellier, Bolonia, París, Oxford, Salamanca. Lentamente, porque la institución de la medicina monástica estaba muy arraigada en la sociedad medieval, va desapareciendo la figura del sacerdote médico. Obvias razones disciplinarias y morales obligan a la Iglesia a prohibir una y otra

Plano de un monasterio, con una *apotecaria* en cada piso, de una biblia inglesa del siglo XIII. La asistencia médica dispensada a los enfermos por los monjes era, en muchas comunidades medievales, el máximo exponente del antiguo ideal médico de igualdad y caridad cristiana, y durante el tratamiento el amor compensaba la falta de recursos.



vez a los clérigos la práctica de la medicina, y la insistente reiteración del mandato —concilios de Clermont (1130), Reims (1131), Londres (1138), Letrán (1139), Montpellier (1162 y 1195), Tours (1163), París (1212)— prueba con claridad insuperable esa honda vigencia popular de la medicina sacerdotal.

Prescindamos, como de costumbre, de las corruptelas —no fueron escasas—, y tratemos de conocer lo que en su forma ideal fue, dentro de la práctica monástica de la medicina, la relación entre el médico y el enfermo.

El fundamento de esa relación era, como sabemos, una *philanthropía* cristianamente entendida. El sacerdote médico realizó la idea cristiana del amor al hombre —o no la realizó— según los quilates de su virtud personal y a través de los hábitos mentales y operativos que su formación y su mundo imprimían en él. En no pocos casos, el sanador se acercaba al enfermo movido por el más puro amor cristiano. Recuérdese el texto de la Regla de San Benito que antes cité. El *cellerarium*, dice en otro lugar la misma Regla, debe tratar a los enfermos «con todo cuidado, como si fuese su padre». Masona, el obispo de Mérida, quería que los médicos de su hospital tratasen a cada uno de sus pacientes «preparándoles alimentos delicados y limpios, hasta que, con la ayuda de Dios, recobre el enfermo la salud primitiva»; y es seguro que con este espíritu fueron atendidos muchos enfermos en los monasterios medievales. El tratamiento médico era ante todo un acto de amor, y con textos genuinamente cristianos fue defendida por los clérigos de la Alta Edad Media su frecuente dedicación a la medicina. Tan hermosa actitud debió de corromperse con frecuencia; así lo demuestra la tan reiterada prohibición eclesiástica

del ejercicio clerical de la medicina, a partir del concilio de Clermont.

Entre los asclepíadas griegos, la *philanthropía* se hacía «amistad médica» a través de la *philotekhnía*, del amor al arte. ¿Qué pudo ser el amor al arte de curar en los monasterios de la Alta Edad Media? Si se quiere entender con algún rigor etimológico e histórico la palabra «arte» —*ars* fue la traducción latina de la *tékhne* griega—, es preciso decir que durante la Alta Edad Media no pudo haber amor al arte de curar, porque la asistencia al enfermo no era todavía «arte», *ars* o *tékhne*. Punto menos que olvidado el saber médico de los griegos, desconocida todavía la elaboración que de él estaban haciendo los médicos árabes, la asistencia monástica al enfermo —y toda la medicina medieval, hasta los decenios centrales del siglo XII— tuvo un carácter «pretécnico». Más que un «arte», más que un saber rigurosamente «técnico», la medicina es entonces un «oficio» caritativo o profesional. Se practica el «oficio de curar» y no el «arte de curar», por la razón potísima de que la noción de *ars* o *tékhne* no ha cobrado todavía vigencia social. La idea de que las cosas actúan necesariamente por obra de las «propiedades» o «virtudes» que por naturaleza les corresponden —gloriosa conquista de la mente helénica y fundamento de toda ciencia natural y toda técnica— había sido prácticamente olvidada en los primeros siglos del Medioevo. Por lo menos, no era del dominio común, no constituía un hábito mental de la sociedad. Así lo demuestran, entre tantos otros, dos significativos hechos sociales: la práctica de la ordalía y la contraposición entre el remedio natural y el remedio sobrenatural.

¿Qué lleva en su entraña la vigencia social de la ordalía? In-

dudablemente, una creencia inconciliable con la mentalidad que da fundamento a la ciencia y la técnica: la convicción de que el curso regular de los fenómenos naturales puede ser preternaturalmente abolido o alterado en cualquier momento. Si yo no soy culpable del crimen que se me imputa, y para demostrar mi inocencia pongo mi mano sobre el fuego, el fuego no quemará mi mano. Reaccionando sensata y socarronamente contra esta creencia, tan difundida en la Europa anterior al siglo XIII, el pueblo español dirá:

*Vinieron los sarracenos*
*y nos molieron a palos,*
*que Dios ayuda a los malos*
*cuando son más que los buenos;*

porque aun cuando Dios no ayude a los malos, lo cierto es que en la naturaleza cósmica y en la vida del hombre sucede en principio lo que es natural que suceda, y «natural» es que los muchos, puestos a luchar, puedan con los pocos y les muelan a palos, si tal es su gusto.

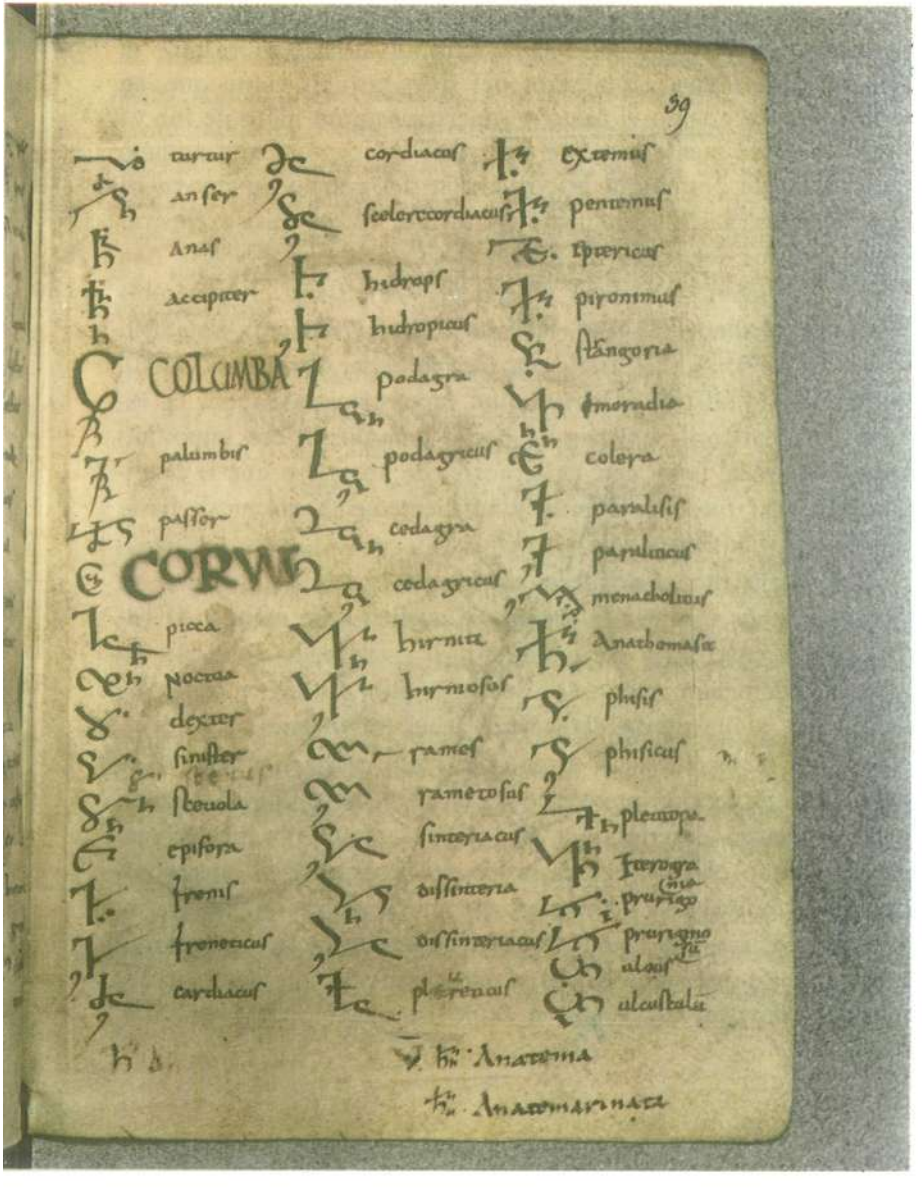
Y, por otra parte, ¿pueden existir la ciencia y la técnica cuando se cree que la eficacia sobrenatural y gratuita de una práctica religiosa hace ociosos los remedios de carácter natural y debe ser a ellos preferida? Desde que el cristianismo comparece en el mundo antiguo, y a pesar de los intentos antihelénicos de Tertuliano y Taciano el Asirio, los cristianos no supersticiosos saben muy bien que la relación entre la acción natural del fármaco y la posible eficacia sobrenatural de la práctica religiosa no es y no puede ser la oposición.

No pudo, pues, existir, y no existió socialmente una mentalidad «técnica» en la Edad Media europea hasta bien entrado el siglo XII, acaso hasta comienzos del siglo XIII. Es cierto que, en el seno de ese mundo violento y supersticioso, un hilito de luz va a transmitir de mente a mente los restos del pensamiento antiguo que más tarde permitirán la conversión del «oficio de curar» en «arte de curar». Es igualmente cierto que fueron casi exclusivamente clérigos regulares o seculares —Casiodoro (490-583), San Isidoro (570-636), Benedicto Crispo († 725), Beda el Venerable (674-735), Alcuino (735-804), Rabano Mauro (780-856), Walahfrid Strabo († 849), Notker (siglo X), Gerberto de Aurillac († 1003), Heribrando († 1028), el *scriptorium* monástico de Ripoll, la escuela de Chartres— quienes de hecho cumplieron ese importantísimo menester. Pero, con todo, no puede afirmarse que la medicina medieval fuese deliberada y suficientemente «técnica» hasta el orto del siglo XIII.

Como cristiano oficio de curar fue practicada la medicina en los monasterios medievales. El monje médico solía atender al paciente en la enfermería del monasterio o —excepcionalmente— en su propio domicilio; y en uno o en otro sitio, tal atención llevaba consigo un rudimentario diagnóstico y un tratamiento.

¿Cómo se hizo «juicio diagnóstico» esa cristiana voluntad de ayuda? En el período pretécnico de la medicina medieval, cuando la asistencia al enfermo era un oficio caritativo o profesional apenas vestido con los pobres restos del saber antiguo que sobrevivieron a la invasión germánica, ese juicio no pasaba de ser un nombre helénico bárbaramente latinizado o un incipiente nombre latino, con los que se designaba el síntoma dominante en el cuadro morboso. Bastará mencionar, a título de ejemplo, la *pestilentia*,

*Abajo:* Taquigrafía «tironiana». Manuscrito francés del siglo IX en que aparecen los términos médicos y sus símbolos correspondientes. *Derecha:* Página de un herbolario del siglo XII. El *Hortus medicinalis* era comúnmente una amalgama de los conocimientos médicos generales de los escritores antiguos, transmitidos por la tradición, y de los remedios considerados eficaces localmente.



hoc est artemesię numcupauit.

Romani: Rumicem uocant. Prophe-
ematy finos. Egyptij aetit⁹. Punici. Ro
micem dicunt. Nascit⁹ locis sabulosis.
raggeribꝫ ut aquosis. ut c̄ca fossas.
Nomen herbe lapatium.

la *dysenteria* y la *phrenesis* de San Isidoro o —siglos más tarde— el parvo saber médico a que aluden los *prognostica morborum* y la *simplex aegritudinum cognitio* de Heribrando, según las *Historiae* de Richer de Reims; o bien, ya en una línea más directamente práctica y profesional, las rudimentarias descripciones nosográficas de los trataditos clínicos y patológicos anteriores al siglo XIII. El médico se acercaba al enfermo, le interrogaba acerca de su dolencia, exploraba su pulso y su orina y rotulaba sintomáticamente la afección morbosa.

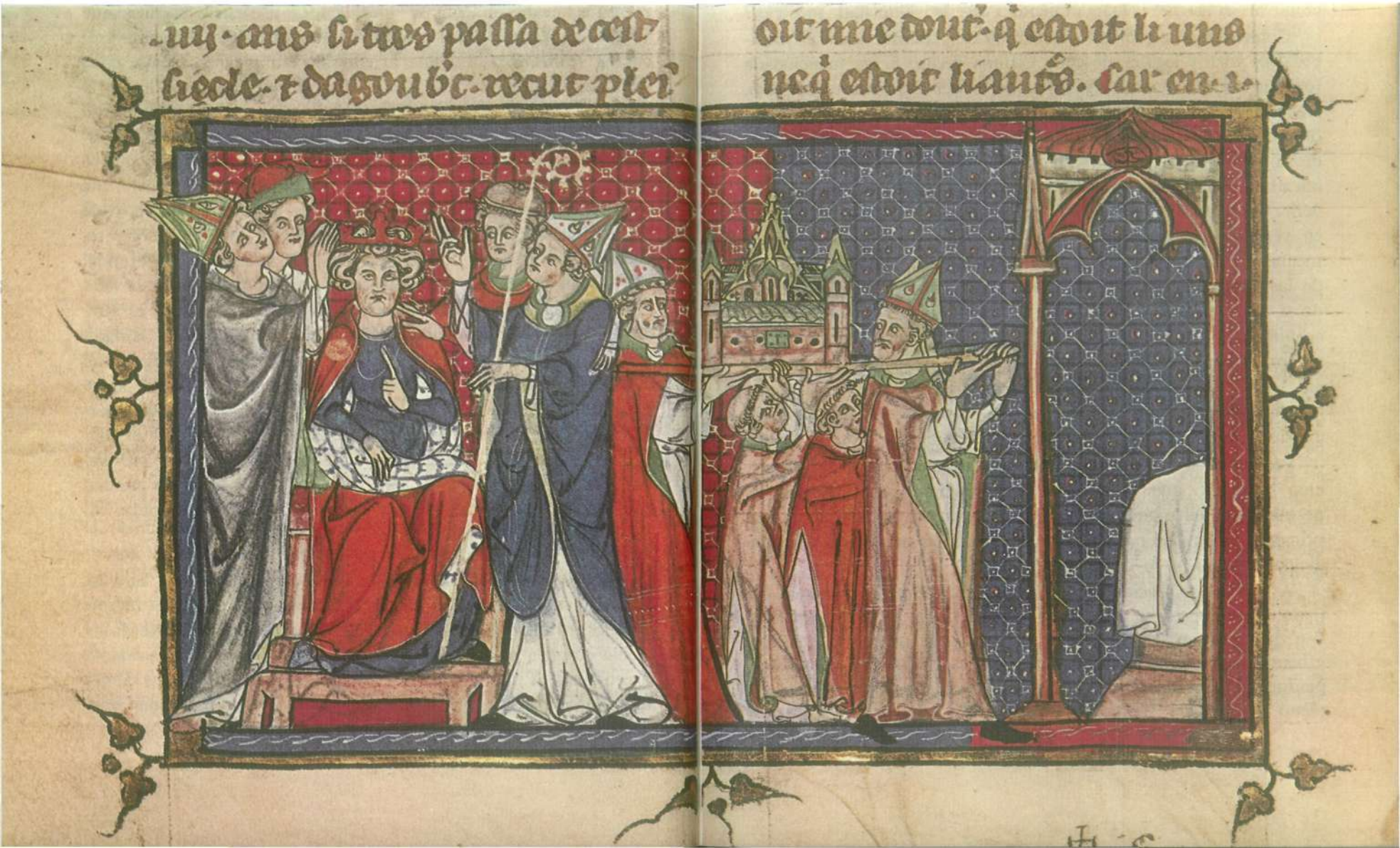
Con ello, el médico podía pasar a la institución del tratamiento. Tres hábitos principales inspiraron —con predominio cambiante de uno o de otro— la asistencia al enfermo en los monasterios de la Alta Edad Media: el empirismo terapéutico, la caridad cristiana y la superstición milagrera. Más o menos apoyado en los escasos restos del saber terapéutico de la Antigüedad que su biblioteca conservaba, el monje médico prescribía hierbas medicinales, de ordinario procedentes del *hortus medicinalis* del propio monasterio, y reglas dietéticas, sangrías o baños. La caridad constituyó, desde luego, el móvil primero de la medicina monástica, y es seguro que con gran frecuencia informó, bajo forma de consuelo espiritual o psicoterápico, la conducta del terapeuta. Pero la mentalidad de la época añadía muchas veces prácticas más o menos supersticiosas —aplicación de reliquias, ritos diversos— al ejercicio puramente sacramental o misericordioso de la caridad.

No trato de idealizar la Alta Edad Media. No quiero disimular su ignorancia y su barbarie. Pero, a juzgar por los documentos de que disponemos, el tratamiento de los enfermos en los monasterios del Alto Medioevo, tan rudimentario desde un punto de vista técnico, tan próximo a ser puro empirismo de herbolario,

realizaba medievalmente el ideal de la asistencia médica que apuntó en las primitivas comunidades cristianas, o al menos procuraba realizarlo. La ayuda al enfermo cumplía, en efecto, estas tres condiciones: 1.ª Hallábase directamente promovida por la caridad: con su indudable tosquedad pretécnica, el tratamiento médico era la expresión operativa de una verdadera *amicitia christiana* hacia la persona del enfermo. 2.ª Era igualitaria: dentro de la enfermería monástica, todos los pacientes eran igualmente tratados. 3.ª En el sentido etimológico de la palabra, y dentro de las posibilidades económicas del monasterio, era exquisita: recuérdese la regla del obispo Masona para el hospital de Mérida. Intelectualmente rudo y vitalmente tosco, el monasterio de la Alta Edad Media fue una isla de auténtica vida cristiana en el seno de una sociedad cuyo indudable cristianismo se hallaba bárbara y abigarradamente mezclado con los intereses de la sangre y el mundo. Por lo menos, en los casos próximos a la norma ideal. En cuanto a los demás, dejemos que hablen con su incuestionable autoridad, las razones de la prohibición decretada por el concilio de Clermont: *gratia lucri medicinam addiscunt...; pro detestanda pecunia sanitatem pollicentes...* No, no fue todo caridad cristiana en la medicina de los monasterios y en las escuelas capitulares de la Edad Media.

III Escasos hasta la mayoría de edad de la escuela de Salerno, cada vez más frecuentes desde entonces, hasta acabar, durante el siglo XIII, dominando la escena, los médicos seglares de la Edad Media europea unieron totalmente en su práctica el cristianismo y la profesión. A través de los documentos de la época, ¿qué podemos decir de su relación con el enfermo? ¿Cómo dieron realidad con-

Dagoberto, después de aparecérsele San Dionisio, es coronado rey y las santas reliquias son llevadas por las calles. El santo, que según la tradición es el apóstol de Francia, fue decapitado por el gobernador romano a finales del siglo III.
Las leyendas sobre él son numerosas pero tienen poco fundamento histórico; más tarde se le confundió con Dionisio el Areopagita que se unió a San Pablo (Hechos, 17). De un manuscrito francés del siglo XIV.



creta al constante mandamiento de la «amistad médica»?

Comencemos estudiando la actitud del enfermo ante el médico. Dos textos legales de muy distinta fecha, la ya mencionada fórmula de los derechos y los deberes del *Comes archiatrorum*, en la Roma de Teodorico, y la ordenanza de Federico II acerca de la titulación obligatoria del médico, revelan una alta estimación de la medicina e indican, por consiguiente, la existencia de una inicial confianza del enfermo medieval en quien había de atenderle. Esta previa actitud del ánimo se trocó no pocas veces en verdadera amistad, y de ello hay frecuente constancia documental. El autor de la *Vita Caroli* (Eguinardo, Einhard) nos habla de las amistosas disputas de Carlomagno con sus médicos acerca de si el emperador había de comer la carne asada, como era su costumbre y gusto, o cocida, como los galenos le aconsejaban. No menos patente fue, a fines del siglo XIII, la amistad entre Bonifacio VIII y su médico Arnaldo de Vilanova. Y la extensa literatura consiliar de la Baja Edad Media atestigua con frecuencia la amistosa relación entre el terapeuta y el paciente.

Pero esta básica amistad del enfermo medieval hacia el médico había de quedar histórica y socialmente matizada por la peculiaridad del mundo en que se expresó; un mundo cuyas tres primeras notas descriptivas son su condición occidental, su condición cristiana y su condición medieval.

A la vida de Occidente pertenece, desde Grecia, la ironía. No pudo ser excepción a esta regla la actitud del enfermo medieval —o del sano, en cuanto posible enfermo— frente a sus médicos, y bien claramente lo demuestran las *sátiras medievales del médico*, perduración inconsciente de la vieja tradición aristofanesca. En pleno siglo XII, el *Metalogicus* de Juan de Salisbury vitupera con

humor y sarcasmo las disputas entre los galenos, la presuntuosa hinchazón de sus términos técnicos, su codiciosa sed de lucro: «Hacen ostentación de Hipócrates y de Galeno, profieren palabras nunca oídas, leen para todo sus Aforismos, y rellenan las mentes humanas de nombres inauditos, dejándolas como henchidas de truenos...». Dos siglos más tarde, Petrarca seguirá en la brecha: *latina mors cum graeco velamine*, llamará en sus *Invectivae*, con incisiva frase moderna, a la entonces tan frecuente latinización de los términos médicos griegos.

No sólo fue satírico el condicionamiento medieval de la relación del enfermo con el médico; esa relación —ya no amistosa— recibió también la impronta de la situación feudal en que nacía y de la *mentalidad ordálica* vigente en aquella sociedad. Sobre todo, durante la Alta Edad Media. Aun siendo un hombre libre, el médico se halló con frecuencia duramente supeditado a la potestad y al capricho de su señor. Nada lo demuestra con tan bárbara elocuencia como la conducta de Austriquilda, esposa del rey Gontrán, con sus médicos Nicolás y Donato. El año 580 cayó enferma Austriquilda; y sintiéndose próxima a morir, pidió a su marido que ordenase decapitar a los dos médicos que la habían asistido, porque los remedios por ellos prescritos se habían mostrado ineficaces. El deseo de la moribunda fue fielmente cumplido —dice la crónica—, a fin de que la señora no entrase sola en el reino de la muerte (Gregorio de Tours, *Hist. Franc.*, V, 36). ¡Dulce, delicada Austriquilda! A su lado casi resulta clemente el rey Chilperico, que por razones análogas mandó azotar al arquiatra Marileif, desposeerle de sus bienes y entregarlo como siervo a la Iglesia. No resulta difícil percibir la mentalidad que antes he lla-

Un médico aconseja a un rey. En la sociedad medieval el médico podía verse en una situación delicada a causa de la confusión existente entre sus deberes civiles y religiosos en cuestiones tales como la confesión de un enfermo y el volumen de sus honorarios. Dante piensa que el derecho del Imperio a existir y a gobernar no emana de la Iglesia, sino de la ley natural

y como ésta expresa la voluntad de Dios,
de Dios proceden los poderes
del Estado, lo cual disminuiría la influencia de la Iglesia.
Esto quizá facilitase la tarea a los médicos reales, aunque los reyes
y los príncipes no eran los únicos enfermos.
*De secretis Secretorum Aristóteles* del siglo XIV.

mado «ordálica» —«Si tu cuello no resiste al hacha, es que eres culpable»— en tan expeditivo proceder.

La paulatina racionalización jurídica de las relaciones humanas dio pronto un *giro contractual* a la confianza —o a la desconfianza— del enfermo en el médico. Por amistosa que sea, la relación médica es un contrato. Así lo entendió muchas veces la sociedad medieval. Las *Leges Wisigothorum*, por ejemplo, regulan con gran minucia las eventuales sanciones que podían caer sobre los médicos. Antes de emprender el tratamiento, el médico debía convenir sus honorarios y depositar fianza. Si el enfermo moría, el médico no tenía derecho a honorario alguno, pero podía retirar su fianza. Los errores técnicos eran castigados con diversas penas: por una sangría mal hecha, multa de 150 sueldos; por la muerte de un siervo, la entrega de otro; por la muerte de un hombre libre, la pena de ser entregado al arbitrio de la familia; por la práctica de la sangría de una mujer libre, sin que estuviesen presentes siervas o esclavas, multa de 10 sueldos, porque en tales casos —dice el texto de la ley— *difficillimum non est, ut interdum ludibrium adhaerescat*. Sueltas debían de ser las lenguas y quebradiza la honra de las damas, entre los visigodos. El Fuero Juzgo y las Partidas recogerán estas disposiciones. No era suave cosa, ciertamente, el ejercicio de la medicina en la Edad Media.

Debo mencionar, en fin, la *pugna entre la práctica supersticiosa y la práctica médica;* esto es, la presunta oposición entre el remedio natural y el remedio sobrenatural, en detrimento de aquél. Defendiendo las curas milagrosas de San Martín, escribe el Turonense en la segunda mitad del siglo VI: «¿Qué logran los médicos con sus instrumentos? Más pertenece a su oficio procurar el dolor que aliviarlo. Cuando abren de par en par el ojo (del

enfermo) y cortan con sus afiladas lancetas, más bien hacen aparecer ante ese ojo los tormentos de la muerte, que le ayudan a ver... Nuestro amado santo, en cambio, sólo un instrumento de acero posee, su voluntad, y sólo una pomada, su virtud sanadora.» El mismo sentido tiene la narración del encuentro entre Donnolo (el médico judío Sabbatai ben Abraham) y el que luego había de ser San Nilo. Donnolo (913-965), que ejerció su profesión con gran prestigio en distintos lugares de la Italia meridional, fue en su juventud buen amigo del santo. He aquí lo que los *Acta sanctorum* nos cuentan del nuevo encuentro entre ambos: «Cuando el santo varón entraba en la ciudad, se le acercó cierto judío llamado Donnolo, al que conocía desde joven, hombre muy estudioso y de pericia no común en el arte de curar. El cual comenzó a decir al padre: «He oído hablar del áspero género de vida que practicas y de tus grandes abstinencias, y no me sorprenderá, conociendo como conozco la complexión de tu cuerpo, que llegues a padecer epilepsia. Así, pues, si te parece bien, te daré un remedio adecuado a tu temperamento, para que durante todo el tiempo de tu vida no padezcas enfermedad.» A lo cual el padre respondió: «Uno de vosotros, los judíos, me dijo: Mejor es confiar en Dios que confiar en el hombre. Por tanto, nosotros, que confiamos en Dios, nuestro médico, y en Nuestro Señor Jesucristo, no necesitamos de los remedios que tú preparas, no sea que luego te jactes de haberlos dado a Nilo.» Oídas estas cosas, el médico no respondió». La mentalidad del autor del relato es evidente.

Y en pleno siglo XII, el propio San Bernardo, movida su alma por el deseo de alabar a Dios a través de la enfermedad, se muestra resueltamente hostil contra las confecciones de los mé-

dicos y cree ser cosa de mayor perfección el dejar que Dios obre a través de la naturaleza.

El gusto por la sátira, la mentalidad feudal y ordálica, la relación contractual y la tendencia popular a contraponer el remedio natural y la ayuda sobrenatural, en detrimento de aquél, condicionaron durante la Edad Media la amistad del enfermo con el médico. Mas ya hemos visto que, a pesar de todo, esa amistad existió.

IV Examinemos ahora, en la concreta realidad de la amistad médica medieval, el movimiento recíproco del anterior: el que va del médico hacia el enfermo.

En el período pretécnico de la medicina medieval —antes, por tanto, de que en los siglos XII y XIII vaya el médico europeo haciendo suyas las nociones helénicas de *natura (physis)* y *ars (tékhne)*— el sanador era amigo del paciente en cuanto lo era de su oficio; lo cual hizo que en la estructura de tal amistad se mezclasen con frecuencia la voluntad de ayuda al enfermo y otros motivos harto menos nobles que ella. Con su cambiante contenido, así lo indican los sucesivos escritos que los médicos de la Edad Media consagraron a la política de su ejercicio profesional.

El primero de ellos —el fragmento *Quomodo visitare debes infirmum* de una breve *Summa medicinalis* de fines del siglo IX— da reglas prácticas para la recta ejecución de la visita médica. El médico debe visitar al enfermo más de una vez, interrogarle acerca de su enfermedad y de las opiniones sobre ésta que otros médicos hubiesen expuesto, explorarle el pulso, examinar la orina, preguntar por el curso del vientre y del sueño. Pero no sólo reglas pertinentes al oficio de curar debía conocer el médico; éran-

Galeno toma el pulso a una mujer
y lleva a cabo una uroscopia.
De un manuscrito flamenco del siglo xv.

le también necesarios el ingenio y el humor. Una anécdota relativa a Notker, monje de San Gall en el siglo x, da ingeniosa réplica, desde el punto de vista del médico, a la visión satírica de éste a que antes me referí. Notker, a quien sus hermanos de claustro llamaban *Piperis-Granum*, «Grano de pimienta», ejercía con mucho prestigio la medicina y era famoso por su pericia en la uroscopia. Para divertirse, el duque Enrique de Baviera le envió como

suya la orina de una embarazada; y el ladino Notker, que conocía el humor del duque no menos bien que la orina de las embarazadas, emitió como respuesta el siguiente dictamen: «Dios va a obrar un milagro inaudito. Dentro de treinta días, nuestro duque tendrá a sus pechos un hijo nacido de su propio vientre.» No sólo de técnica —o de empiria, si el saber no llega a tanto— debe vivir el práctico de la medicina.

En el tratadito *de instructione medici*, su autor, el salernitano Arquimateo (siglo XII), combina muy donosamente una rudimentaria técnica diagnóstica y la más redomada astucia [6]. Las reglas son las consabidas: interrogatorio, exploración del pulso, examen de la orina, etc. Pero el experto Arquimateo sabe muy bien que no bastan esas reglas para conquistar la buena estimación del enfermo y sus deudos. Por lo pronto, el médico debe cuidar de que su paciente se confiese o prometa confesarse desde el primer momento; mas no sólo en beneficio de su alma, sino también para evitar que tal indicación sea atribuida, si luego parece necesaria, a un giro desfavorable de la enfermedad y, por tanto, a un error del médico. Dejemos hablar al propio Arquimateo: «Antes de ir a la casa del enfermo, pregunta si manifestó su conciencia al sacerdote, y si no lo hubiese hecho, que lo haga o prometa hacerlo; porque si se habla de ello una vez visto al enfermo y luego de considerados los signos de enfermedad, pensarán que hay que comenzar a desesperar de la curación porque tú desesperas de ella.» Más aún sabe este astuto salernitano; sabe también que a veces conviene emplear tratamientos sólo aparentes: «Hay enfermos —dice— a quienes embriaga el veneno de la avaricia; los cuales, viendo que la naturaleza triunfa de la enfermedad sin ayuda del médico, qui-

tan a éste todo mérito, diciendo: ¿Qué hizo el médico? Con jarabes, unciones y fomentos, parezcamos lograr (en tales casos) la salud que da la naturaleza... diciendo luego que un nuevo ataque hubiese agravado la enfermedad, de no ser por la ayuda de la medicina, y así se atribuirá al médico lo que la naturaleza por sí misma hizo.» ¡Esto, en una lección *de instructione medici* que comienza diciendo: *Cum igitur, o medice, ad aegrotum vocaberis adiutorium sit in nomine Domini!*

Con la paulatina maduración intelectual y política de la sociedad medieval, tan esencialmente ayudada por la rápida penetración de la ciencia y la medicina greco-arábigas, va creándose en ella el clima que hará posible la resuelta conversión del «oficio de curar» en «arte de curar», y por tanto en medicina científica. Durante el siglo XII, crece el nivel intelectual de los autores y se hacen más densas e influyentes las instituciones científicas. Bastará recordar los nombres de San Anselmo, Lanfranco y Abelardo, o los escritos médicos de Santa Hildegarda y de los maestros de Salerno. La inteligencia medieval está llegando a su cima: esa que en el siglo XIII forman las nacientes Universidades, San Alberto Magno, Santo Tomás de Aquino, San Buenaventura, Duns Escoto, Rogerio Bacon y Vicente de Beauvais. Puede ya nacer una genuina ciencia natural, y la medicina de Occidente, en posesión casi plenaria del legado antiguo y de su elaboración arábiga, logra ser, en la plenitud de sentido del término, *ars medica*, «arte de curar». Taddeo Alderotti, Arnaldo de Vilanova, los grandes cirujanos del siglo XIV, Pietro d'Abano, Gentile da Foligno, Bartolomeo Montagnana, Mondino de Luzzi y tantos más lo proclamarán con su práctica y con su pluma.

Entre tantos otros de significación análoga, dos sucesos per-

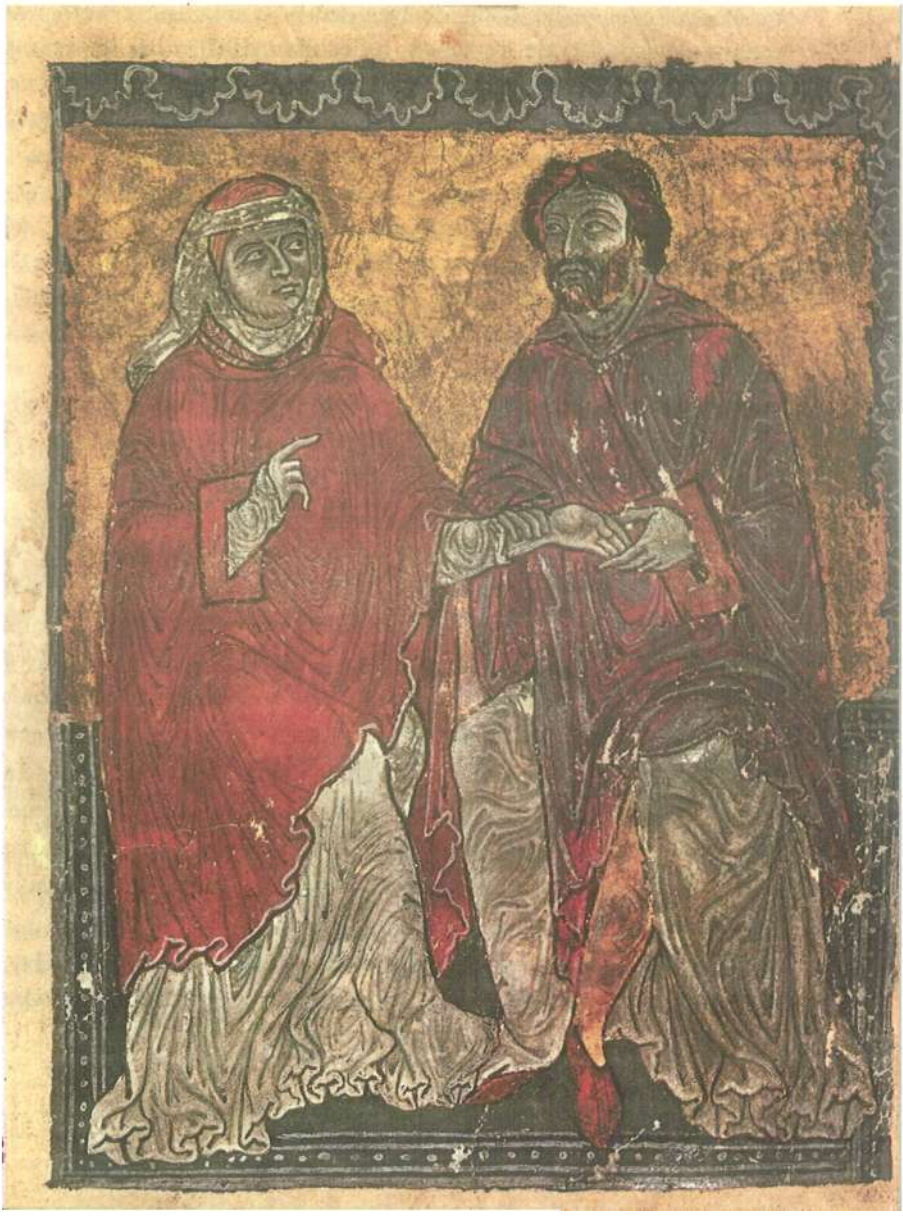
tenecientes a la vida común y profana de la sociedad muestran con gran elocuencia el cambio que a este respecto se ha ido operando en la mentalidad de la Edad Media. Atañe el primero a la práctica de la ordalía, formalmente condenada el año 1216, en el Concilio de Letrán. Pocos años más tarde, Federico II Barbarroja —no un filósofo, sino un «hombre de mundo» discretamente ilustrado— escribía: «¿Cómo puede creerse que el calor natural del hierro candente se enfríe sin causa adecuada, ni que a causa de una conciencia culpable el elemento agua rehúse sumergir al acusado?» Es el segundo la publicación del tratadito *De Monarchia*, del Dante. En él, como es sabido, se justifica la existencia del Imperio en cuanto estructura *natural* de la vida política del hombre. El derecho del Imperio a existir y a gobernar, piensa el Dante, no emana de la Iglesia, sino de la *ley natural*, según la cual el orden social requiere gobierno; y como la ley natural expresa la voluntad de Dios, de Dios proceden directamente los poderes del Estado. En suma: en el orden cósmico y en el orden social, las cosas hacen lo que *por naturaleza* tienen que hacer. El concepto de «propiedad natural», y por tanto el de *physis* o *natura*, ha penetrado resueltamente en el pensamiento de la Edad Media. Textos como el de Gregorio de Tours y el de la *Vida de San Nilo* que antes cité, apenas son concebibles en un autor culto del siglo XIII.

¿Cómo los pensadores medievales lograron cristianizar la *physis* y la *tékhne* de los griegos? ¿Cómo los médicos de la Edad Media, poco más tarde, van a hacer de la medicina una verdadera *ars medica*? ¿Cómo el pagano Galeno va a ser luz y fundamento del arte cristiano de curar, a partir del siglo XIII? En mi opinión, la mente cristiana medieval pudo hacer suya la *physiologia* heléni-

Dibujo satírico del siglo XIII en que un mono toma el pulso y realiza una uroscopia a un humano. Del Pontifical de Metz.

Un médico tomando el pulso a una enferma.
de un manuscrito inglés del siglo XIV.





ca mediante la elaboración de tres decisivos conceptos teológicos y cosmológicos: el de «potencia ordenada» de Dios, el de «causa segunda» y el de «necesidad condicionada» o *ex suppositione*.

La potencia de Dios es en sí misma infinita y absoluta; Dios puede hacer todo lo que en sí mismo no sea contradictorio pero en libérrimo uso de esa potencia absoluta, Dios ha querido crear el mundo tal como éste es. Respecto del ser y las operaciones del mundo, la potencia divina es, pues, «ordenada» *(potentia Dei ordinata)*, y así acaece que —salvo cuando extraordinaria y milagrosamente interviene en el mundo el poder infinito de Dios— la piedra no puede no pesar y el fuego no puede no calentar.

Quiere esto decir que en la causalidad de los movimientos del mundo hay dos momentos conexos entre sí: la causalidad eminente y originaria de la «causa primera» —Dios mismo, que ha querido crear el mundo y quiere mantenerlo en su ser— y la causalidad subordinada y consecutiva de las «causas segundas», esa por la cual el pesar pertenece a la naturaleza de los cuerpos materiales y el calentar a la naturaleza del fuego. Dios ha creado el mundo en tal forma, que el cuerpo material tiene que pesar y el fuego tiene que calentar. La piedra pesa y el fuego calienta «por necesidad», y así puede entenderse que en la disposición temporal de las causas segundas impere sin mengua de la omnipotencia divina, más aún, como ordenada consecuencia suya, cierta necesidad natural e inmanente: el destino o *fatum* (expresamente habla de él Santo Tomás de Aquino), versión cristiana de la *anánke physeos* de los griegos.

Pero la «necesidad» puede ser entendida de dos modos. Hay, en efecto, una «necesidad absoluta», aquella por la cual la piedra

es pesada y es caliente el fuego. Ni la piedra puede no pesar, como antes dije, ni el fuego puede no calentar. Lo cual nos hace advertir la existencia de otro género de necesidad, la «necesidad condicionada» o *ex suppositione*. El ser blanco un caballo no pertenece a su naturaleza específica, porque hay caballos negros y caballos alazanes. Mas tampoco sería lícito afirmar que la blancura real de un determinado caballo blanco haya llegado a existir *ex suppositione*. Para Dios, todo en el mundo tiene una necesidad *ex suppositione*: las cosas creadas existen y son como son porque así lo ha querido Dios; la voluntad y la inteligencia divinas son la *suppositio* de la necesidad ordenada y providencial del *fatum*. Para el hombre, en cambio, la realidad del mundo creado y ciertas determinaciones de esa realidad —que la piedra pese, que el fuego caliente— serían de necesidad absoluta; al paso que otras —por ejemplo: la habituación a tal régimen alimenticio y los caracteres biológicos que de ello resulten— sólo *ex suppositione* son necesarias; lo cual quiere decir que la inteligencia y la voluntad del hombre —en definitiva, la técnica, el «arte»— serán capaces de gobernarlas.

Basta este sumario esquema para comprender cómo la *physiología* helénica se acomodó sin violencia en el pensamiento medieval. Veámoslo, a manera de ejemplo, en el caso que más directamente nos importa: el de la *tékhne iatriké* o *ars medica*.

Al arte de curar pertenecen el remedio, la enfermedad y el médico. ¿Por qué curan los remedios? Ciertamente, porque Dios lo quiere: *omnis medela procedit a summo bono*, dirá a fines del siglo XIII Arnaldo de Vilanova. Pero lo que en rigor ha querido Dios ordenando su potencia absoluta es que los remedios curen por ser como son, por la virtud de sus propiedades naturales.

La afirmación de que el opio hace dormir porque su naturaleza posee una *virtud dormitiva* es sin duda un aserto científicamente insatisfactorio, y así lo hará ver a todos el ingenio de Molière; mas no por ello deja de ser un aserto fundamental. La doctrina helénica del fármaco queda así incorporada al pensamiento cristiano de Occidente.

Otro tanto acaece con la enfermedad. La aparición de las enfermedades y el curso de éstas tienen de ordinario para el hombre una necesidad meramente condicionada o *ex suppositione*, y de ahí la posibilidad de evitarlas o sanarlas mediante los recursos del arte. ¿Quiere esto decir que para el hombre la enfermedad pertenece *siempre* al orden de la necesidad condicionada? En cuanto heredero del pensamiento griego, el cristiano medieval —médico o no— pensará que algo en el enfermar humano es de necesidad absoluta para el hombre. Por lo pronto, la permanente posibilidad de caer enfermo: por ser como es su naturaleza, el hombre puede en cualquier momento enfermar. Mas también ciertos concretos modos de enfermar —ciertas «enfermedades»— se hallarían sujetos a la necesidad absoluta, bien en cuanto a su aparición, bien en cuanto a su curso. Al *fatum* de la naturaleza humana, diría un medieval, le pertenece misteriosamente la existencia de enfermedades mortales o incurables «por necesidad», y frente a ellas nada podría el arte del médico. Con mucha claridad lo expresará el humanista italiano Coluccio Salutati en los últimos años del siglo XIV: «Hay que reconocer que sólo en las enfermedades curables es útil y necesaria la medicina. O, si queremos juzgar más rectamente, que sólo hay necesidad de la medicina en aquellas enfermedades que difícilmente podría vencer por sí sola la naturaleza». El pensamiento de Coluccio Salutati es diáfano. Como todos los

La Comunión de los enfermos. Arquimateo de Salerno aconsejaba a los médicos que «Antes de ir a la casa del enfermo pregunte si manifestó su conciencia al sacerdote.» De un manuscrito inglés del siglo XIV.

hombres de su tiempo y como antes los griegos, este humanista de la última Edad Media discierne tres órdenes de enfermedades: las que la naturaleza cura por sí sola, las que para su curación exigen el auxilio del arte y, más allá de las posibilidades de éste, las mortales o incurables «por necesidad». La idea helénica de la *anánke physeos* perdura así en la patología y en la filosofía medievales.

¿Qué será entonces el médico, en cuanto tal médico? Como el asclepíada hipocrático fue «servidor de la Naturaleza», el galenista cristiano es un «servidor de la potencia ordenada de Dios»; y como aquél lo fue con su *lógos*, éste lo será con su *ratio*. La operación de sanar, dice Santo Tomás de Aquino, tiene en la «virtud de la naturaleza» —por tanto, en la *ordinatio* de la potencia divina— su principio interior, y en el «arte» del médico su principio exterior; el arte imita a la naturaleza y no puede pasar de ayudarla. Lo cual equivale a afirmar que las posibilidades del arte —«recta razón de las cosas *que pueden hacerse*», según la tan conocida definición escolástica— se hallan limitadas por las reglas de la naturaleza, cuando la necesidad de éstas es absoluta y no condicionada. Pues bien: poniendo en ejercicio su razón, y dentro de los límites que le impone la divina ordenación de la naturaleza, el médico inventa o aprende su arte y ayuda con él a la curación del enfermo. La *tékhne iatriké* de Hipócrates y Galeno queda así convertida en la *ars medica* del galenismo cristiano. Tal será la regla de la Europa medieval y renacentista, desde Taddeo Alderotti hasta Jean Fernel y Luis Mercado.

Volvamos ahora a nuestro problema: la amistad del médico hacia el enfermo en el período «técnico» de la medicina medieval. Desde los decenios centrales del siglo XIII, ¿cómo el amor del médico al enfermo se realiza a través del arte, y por tanto del amor al arte?

Cristianamente entendido, el amor a un hombre debe tener como objeto propio el bien y la perfección de la *persona* amada. El «amor al arte», en cambio, tiene su objeto inmediato en la perfección de la *naturaleza* que el arte puede conseguir, la curación del enfermo, cuando ese arte es el del médico. Se advierte, pues, el

problema. Dentro de una práctica ideal, ¿cómo en la «amistad técnica» entre el galenista medieval y el enfermo se articularon el «amor a la persona» —a la singular persona del paciente— y el «amor al arte»? En cuanto helenización del pensamiento cristiano, la medicina técnica medieval resolvió ese problema del único modo en que podía resolverlo: mediante una simple yuxtaposición de las prácticas derivadas del «amor cristiano al hombre» (consuelo del paciente, atención a su vida espiritual) y las prácticas correspondientes al «amor cristiano al arte» (diagnóstico y tratamiento como cooperación técnica del médico en la «potencia ordenada» de Dios). Algo trae a estas últimas, sin embargo, la despierta atención a las primeras.

Así lo muestran, si la lectura es atenta, los escritos patológicos y las reglas de política médica ulteriores a la primera mitad del siglo XIII. Destacan entre éstas las de Guillermo de Saliceto y las de Arnaldo de Vilanova. En su *Summa conservationis et curationis*, Saliceto ilustra al médico acerca de su relación con el enfermo y con quienes rodean a éste. Tomar el pulso con seriedad y atención le granjeará la confianza de uno y otros, «lo cual es sobremanera útil para una práctica conveniente de la medicina». Con fina intuición psicológica y clínica, nuestro autor atribuye al interrogatorio gran importancia terapéutica: «Por él queda confortado el espíritu del enfermo... y llega a ser más eminente la operación de los medicamentos...; y el alma del enfermo cobra tal vigor por la virtud de esta fe y esta imaginación, que actúa sobre la enfermedad más intensa, noble y sutilmente que el médico con sus instrumentos y sus medicinas». Igualmente agudas y cautas son las indicaciones del cirujano placentino acerca de la relación del médico con sus colegas y con los profanos en medicina. Más em-

Un hospital de tres camas
del siglo XV.

paque retórico y moral, y acaso más alta conciencia de la dignidad del médico tienen los preceptos de Arnaldo de Vilanova en sus *Cautelae medicorum:* «Debe el médico ser estudioso en el conocimiento, cauto y ordenado en la prescripción, circunspecto y prudente en la respuesta, ambiguo en el pronóstico, justo en la promesa; y no prometa (por sí mismo) la salud, porque entonces usurpará el oficio divino y hará ofensa a Dios. Antes prometa fidelidad y diligencia, y sea discreto en el visitar, diligente en el

Asistencia médica domiciliaria.
Unas damas atienden a la hija del príncipe de Salerno que se había envenenado por amor.
De un manuscrito flamenco.

conversar, honesto en sus afectos, benévolo con el paciente.» Bajo manto latino y cristiano, renacen el tono y el sentir de los *Praecepta* hipocráticos.

Pero ¿fue siempre tan impecable el amor del médico de la Edad Media a sus enfermos?

V Dejando aparte una descripción pormenorizada de lo que en el Medioevo fueron el diagnóstico y el tratamiento, debo exponer

ahora, siquiera sea brevemente, algunos detalles acerca de la yuxtaposición entre el «amor al hombre» y el «amor al arte» que antes he mencionado.

La conducta del médico medieval no fue, en efecto, un tardío calco latino de la que habían seguido sus maestros en el arte de curar, Galeno y Sorano en la Grecia helenística y Ali-Abbas o Avicena en el Islam asiático. Movido por su conciencia de cristiano, por el cuidado de su prestigio profesional o, como pronto veremos, por el severo imperativo de la ley, el terapeuta de la Edad Media tuvo muy en cuenta la condición personal del paciente y los deberes religiosos en ella radicados. Pero, naturalmente, esta consideración religiosa de la personal individualidad del sujeto enfermo era rigurosamente extratécnica, y —salvo el caso en que el médico fuese clérigo— tenía que correr a cargo de un sacerdote. La *individuatio naturalis* del tratamiento era exclusivamente técnica y se hallaba regida por las reglas de la *ars medica* grecoarábiga; la *individuatio personalis sive spiritualis* de la ayuda al enfermo era, en cambio, casi exclusivamente moral y religiosa.

Casi exclusivamente. Como antes dije, algo hizo el médico de la Edad Media para dar alguna unidad interna a esa simple yuxtaposición. Conducido por su propia experiencia —no creo que el *Cármides* y las *Leyes* de Platón influyeran gran cosa sobre los médicos medievales—, supo valorar la eficacia terapéutica de la comunicación verbal con el enfermo. Recuérdense los textos de Saliceto. Con este proceder el clínico iniciaba la vía para una individualización del tratamiento más satisfactoria y coherente que una simple yuxtaposisión de la *éndeixis* galénica y la piedad cristiana. No pasó de ahí, sin embargo, y la empresa de persona-

lizar técnicamente el inexcusable naturalismo de la medicina quedó inédita hasta nuestro siglo.

Pero el enfermo no es un individuo aislado, sino un miembro de la sociedad a que pertenece; en este caso, de la sociedad medieval. Hemos visto lo que desde un punto de vista social era el tratamiento en los monasterios de la Edad Media. ¿Qué pasará cuando la sociedad medieval, feudal en el campo, incipientemente burguesa en las ciudades, adquiera consistencia y estructura? ¿Cómo ese mundo expresará la condición social de la ayuda al enfermo? Fundamentalmente, de estos dos modos:

1 Regulando jurídicamente los distintos aspectos —económicos, religiosos, morales, políticos— de la vinculación entre el ejercicio médico y la sociedad. Fiel a una regla constante en la historia de la cultura occidental, la sociedad medieval admite, en principio, la «amistad médica», pero desconfía de ella y trata de someterla a la férula de la ley escrita.

2 Estableciendo tajantes diferencias sociales en el modo de tratar médicamente a los enfermos. La ordenación ternaria del tratamiento médico que descubrimos en la antigua Atenas perdura, *mutatis mutandis*, en la cristianísima sociedad de la Edad Media europea. Arnaldo de Vilanova distingue sin ambages una «medicina para ricos» y una «medicina para pobres». Perfilando algo más la realista distinción de Arnaldo de Vilanova, diremos que en la asistencia médica de la Baja Edad Media es posible distinguir tres niveles:

*a)* El nivel del «pobre estamental», fuese esclavo propiamente dicho, siervo de la gleba o pobre urbano. La forma social de la

Un consultorio. Probablemente el hospital
de un burgo medieval. Del manuscrito francés
*De proprietatibus rerum,* de Bartholomeus Anglicus.

asistencia médica era en tal caso el hospital: uno de aquellos hospitales de los burgos del Medievo, donde toda incomodidad, comenzando por las correspondientes al olfato, tenía permanente asiento.

*b)* El nivel del artesano y del naciente burgués. En tal caso, la asistencia médica era, por lo general, domiciliaria. En las ciudades de la Baja Edad Media va surgiendo la figura del «médico de cabecera».

*c)* El nivel de los poderosos: príncipes, señores feudales, magnates eclesiásticos. El paciente es atendido en su residencia por un médico principal o exclusivamente dedicado a tal menester, el *medicus a cubiculo*.

La estructura de la sociedad medieval se hizo patente en la ordenación social del tratamiento médico.

VI La sociedad de la Edad Media entendió cristianamente la relación entre el médico y el enfermo. Una versión medieval de la moral cristiana dio materia y forma al momento ético-religioso de esa relación. Y puesto que la noción de «deber» es primaria en toda moral, veamos cuáles fueron los principales deberes del médico y del enfermo en el mundo de la Edad Media.

Ante todo, los *deberes religiosos*. El médico estaba moral y socialmente obligado a cuidar con diligencia a sus pacientes y procurarles el bien del cuerpo y el del alma. La legislación medieval española regula muy taxativamente el más importante de los deberes religiosos del médico: advertir al paciente que confiese sus pecados cuando su vida se halla en peligro. «Cómo deue

el enfermo primero pensar en su alma que de melezinar su cuerpo; e qué pena meresce el físico que de otra manera le melezina», dice el título de una ley de la Primera Partida. Cuando un médico visita a un enfermo, su primer deber consiste en que éste piense en su alma y se confiese. «E después que esto oubiere hecho, deue el físico melezinarle el cuerpo e non ante: ca muchas vegadas acaesce que agravan las enfermedades a los omes más afincadamente o se empeoran por los pecados en que están». La mala conciencia del enfermo puede agravar su enfermedad. Y si el médico hiciese otra cosa, «tuvo por bien la Santa Eglesia... que fuese echado de la Eglesia, porque face contra su defendimiento».

Cuando el poder del Estado se robustezca, la pena canónica se convertirá en pena civil. Si el médico hiciere dos visitas a un paciente de enfermedad aguda sin haberle indicado la obligación de confesarse —dice una ordenanza de los Reyes Católicos—, deberá pagar multa de diez mil maravedís. La confusión entre la religión y la política tuvo así una de sus consecuencias previsibles. El deber religioso se hizo deber político y, con detrimento de la libertad inherente al acto religioso, la penitencia se convirtió a veces en prisión o en multa.

No pocos fueron en la Edad Media los *deberes civiles* del médico. Bien curiosa es, por ejemplo, la pugna que se establece entre la ley, que intenta tasar de manera uniforme los honorarios del médico, y el interés de éste, que en cada caso aspira a la retribución máxima. La ya mencionada ordenanza de Federico II (1240) es sumamente explícita a este respecto: «El médico jurará... prestar asistencia gratuita a los pobres, y visitará a los enfermos por lo menos dos veces al día, y si el enfermo lo pide, cada noche; y de éste no recibirá por día, si no se ve obligado a salir de la ciudad

o del castro, más allá de medio tarreno de oro...» El médico medieval acepta de buen grado la cristiana obligación de asistir gratuitamente a los pobres. Pero el que nada en la abundancia, ¿por qué ha de pagar una tasa fija? ¿Acaso no es penoso el ejercicio de la medicina? «No será cosa mala —escribe por todos Saliceto— pedir honorarios máximos por la asistencia médica, dando como causa el examen de las heces y de la orina.» Más crudo y expeditivo en sus consejos es Lanfranco, otro cirujano de la segunda mitad del siglo XIII: «Ayude el médico a los pobres cuanto pueda, pero no se asuste de pedir buenos honorarios a los ricos.» Algo muy constante hay en la vida de Occidente, desde las ciudades griegas hasta hoy mismo.

La autoridad civil de la Edad Media dictó medidas que regulaban no pocas de las actividades del médico: ordenanzas de carácter higiénico, responsabilidad médica, honorarios, dictámenes médico-legales, confección y precio de los medicamentos, etc. La sociedad y el Estado iban configurando más y más la relación personal entre el médico y el paciente.

# 3 El médico y el enfermo en la sociedad burguesa del siglo XIX

El más importante suceso religioso de la historia moderna ulterior a la Reforma es, sin duda, la progresiva secularización de la sociedad y la cultura occidentales. Nunca los cristianos han dejado de ser numerosos en la sociedad de Occidente; pero a partir del siglo XVIII esa sociedad ya no se llama a sí misma «cristiana», se ha secularizado.

Llamo aquí secularización, como es obvio, a la aventura histórica del hombre occidental moderno, cuando para hacer su vida ha querido atenerse exclusivamente a las posibilidades y los recursos de su propia naturaleza: a su propia razón, a su propia imaginación, a su propia voluntad. Con otras palabras: cuando ha querido eliminar de su existencia histórica todo lo que sea o pretenda ser «sobrenatural» o «revelado».

El proceso de secularización se inicia a fines del siglo XVII y progresa rápidamente durante los siglos XVIII y XIX. Es bien conocida la historia de sus formas sucesivas. Librepensador en su origen, el hombre secularizado hácese deísta o materialista en el siglo XVIII y positivista, agnóstico, anarquista o marxista en los dos siglos subsiguientes. El suceso comienza afectando a los círculos intelectuales de la aristocracia y la alta burguesía; sólo bien avanzado el siglo XIX llegarán a secularizarse las masas populares.

Vengamos ahora a nuestro problema. He aquí la sociedad burguesa de la segunda mitad del siglo XIX. En ella conviven cristianos católicos, cristianos protestantes y hombres secularizados; éstos son, sin embargo, los que dan a la vida colectiva su tono dominante. En su relación con el enfermo, ¿cuál será la actitud y el proceder del médico sólo atenido a su condición de *fils du siècle?*

I Dentro de la sociedad secularizada, un médico que se llame a

sí mismo cristiano puede conducirse profesionalmente sin otro norte que el puro afán de lucro; pero si se le interroga acerca del fundamento de su actividad, con frecuencia se sentirá obligado a afirmar hipócritamente que esa actividad suya no es tan sólo una versión profesional de la ayuda cristiana al prójimo. El, desde luego, cobra por ejercerla; pero lo hace porque «hay que vivir» y por «el prestigio de la profesión». Tácitamente fingido e idealizado, el fundamento de su quehacer sería la versión cristiana de la *philanthropía* antigua que en el capítulo anterior quedó diseñada. Sometido a la misma interrogación, ¿qué dirá un médico resuelta y consecuentemente secularizado?

Para responder con alguna pulcritud es preciso distinguir las formas éticamente más nobles de ejercer la medicina y las formas menos nobles de practicarla.

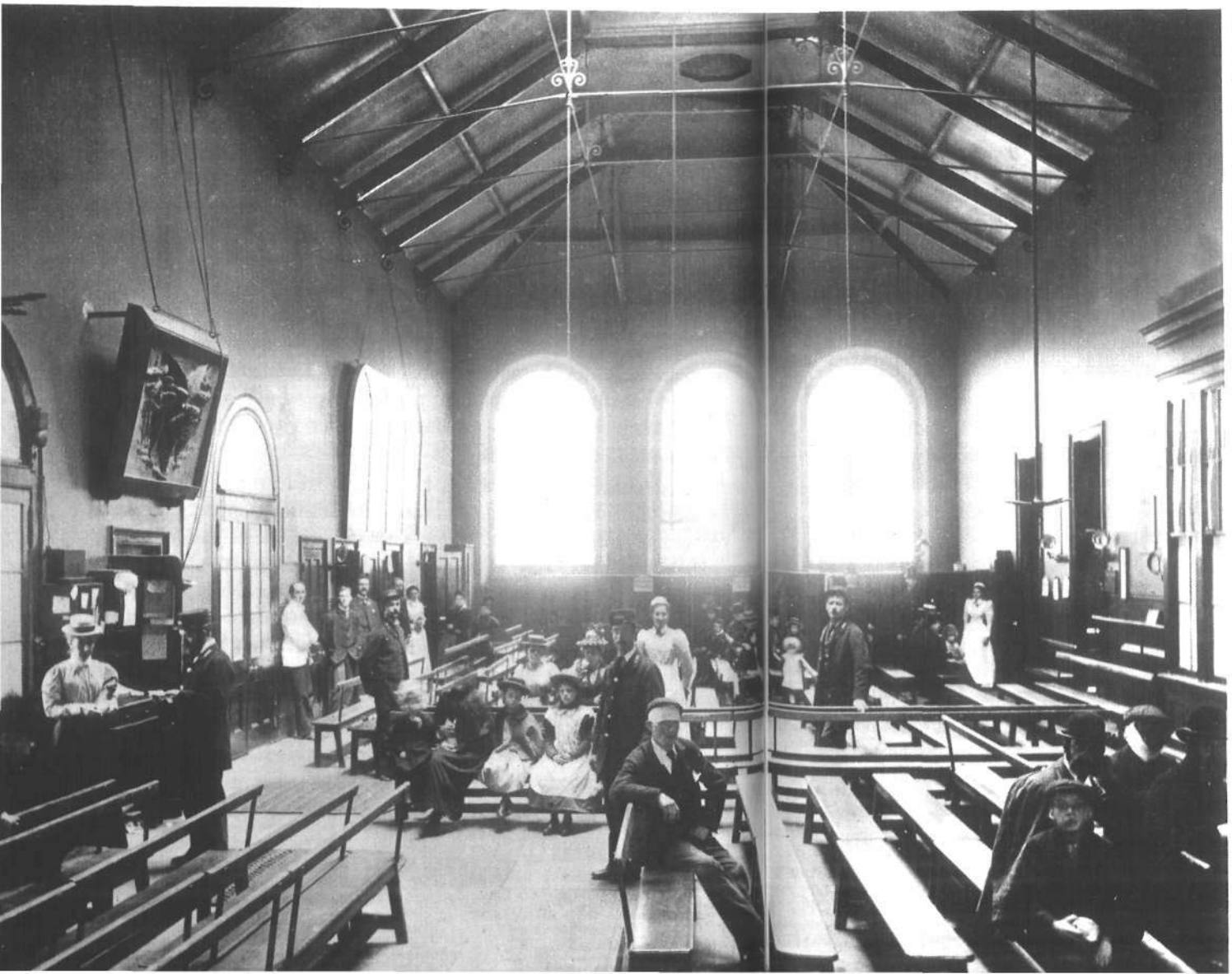
1 Estamos en la segunda mitad del siglo XIX o en los primeros lustros del XX. La medicina se ha secularizado, y con sus creencias y sus conductas así lo acreditan casi todos los médicos de Occidente, unos afirmando con toda claridad no sentirse cristianos, otros siéndolo en su fuero íntimo y en las situaciones-límite de su existencia, pero actuando médicamente según los «hábitos del siglo». ¿Cómo desconocer que entre todos ellos hay no pocos que ejercen su profesión movidos por una vocación auténtica y orientados por una ética delicada y rigurosa? Entre el doctor Golfín de Pérez Galdós y el doctor Rieux de Albert Camus, arquetipos literarios del médico práctico, pónganse cientos y cientos de médicos reales semejantes a ellos. A través de las implicaciones profesionales y económicas de la práctica de la medicina, estos hombres demuestran con su conducta que la «filantropía» —una versión secularizada del amor cristiano al prójimo, no un retorno

a la *philanthropía* del paganismo antiguo— es el fundamento humano de su actividad técnica y asistencial.

Pero en esta filantropía moderna y secularizada hay que distinguir dos modos muy distintos entre sí. Es uno el de los médicos que en su visión de la vida humana, o al menos en la determinación de su conducta, mantienen firme la concepción del hombre como *persona*. El hombre no sería pura naturaleza cósmica, sino realidad natural dotada de intimidad y libertad y capaz de apropiación personal; en definitiva, un compuesto unitario de «naturaleza cósmica» y «espíritu», aun cuando este último no sea ya cristianamente entendido. La idea kantiana del hombre —distinción entre un *homo phaenomenon* y un *homo noumenon* en la concreta realidad del individuo humano, concepción moral del «noúmeno» del hombre, atribución de fines autónomos, libremente decididos y aceptados, al centro personal o «nouménico» de nuestra vida moral— puede servir como paradigma de esa idea secularizada de la persona.

Así concebido el ser del hombre, la filantropía puede seguir siendo auténtica *amistad*, amorosa procura del bien del amigo por el amigo mismo. En la visión secularizada de la relación amistosa se acentúa muy claramente el «respeto» a la intimidad del amigo. *Res sacra homo*, habían dicho los antiguos; *res sacra unusquisque homo*, dice el personalista moderno. Pues bien; el mutuo «respeto» de la amistad secularizada —la *Achtung* de la exquisita teoría kantiana de la amistad— no es sino la secularización de la actitud cristiana ante la «sacralidad» del prójimo. La amistad secularizada viene a ser, según esto, un hábito de la vida humana en que se integran la amabilidad, la procura del bien del amigo, la confidencia y el respeto.

Veamos ahora lo que sucede en la relación de benevolencia



Enfermos externos del hospital de St. Bartholomew, Londres, probablemente hacia 1904. Para esta fecha ya hay médicos que sostienen firmemente la idea del hombre como individuo, *concepto* que incluye su «naturaleza cósmica» y (en un sentido descristianizado) su «espíritu».

cuando el hombre ha renunciado por completo a la noción de persona. A lo largo del siglo XIX se va constituyendo una antropología pura y exclusivamente naturalista. El hombre, según ella, es todo y sólo *naturaleza cósmica*. No se trata de un retorno a la *physiología* helénica; los supuestos y las formas del naturalismo han cambiado desde entonces de manera radical, y tanto los paladines de la versión científico-natural del nuevo naturalismo (Haeckel, Huxley, Lombroso, Vogt, Moleschott, Büchner, Ostwald...) como los sumos definidores de su versión dialéctico-materialista (Marx, Engels, Lenin), distan mucho de ser una reencarnación de los viejos «fisiólogos» griegos. La intimidad personal y el espíritu serían simples nombres, meras ficciones de la razón: o, como algunos dicen, «epifenómenos». Pues bien: cuando así sea concebido el hombre, ¿qué será el amor al hombre, la filantropía?

Muchos médicos han sido y son «naturalistas» teóricos y «personalistas» prácticos. En su práctica, el bien del enfermo es querido y procurado por el enfermo mismo; la benevolencia se halla ordenada al otro en cuanto tal otro, y no por el papel de éste en el mundo. Pero cuando la profesión del naturalismo antropológico es consecuente, entonces la amistad deja de existir como tal y se convierte en *camaradería*, en asociación para la conquista de un bien objetivo de carácter público o privado. La fórmula de Diomedes en la *Ilíada* cuando decide buscar compañero para su empresa —«dos marchando juntos»— es tal vez la más acabada definición de la camaradería. En ella no se procura el bien del camarada por el camarada mismo, sino tan sólo en cuanto éste es copartícipe en la conquista del bien objetivo hacia el cual la cooperación camina.

Dentro de una visión consecuentemente secularizada de la vida

humana, la filantropía puede ser, en suma, verdadera amistad o simple camaradería. Las formas éticamente más nobles de ejercer la medicina tendrán como fundamento la amistad médica, en aquel caso, y la camaradería médica, en este otro. Pronto veremos lo que una y otra son.

2 Antes, sin embargo, es preciso consignar que en la sociedad secularizada hay otros modos menos nobles de ejercer la medicina. Lo cual nos obliga a examinar sinópticamente las cuatro metas principales del interés del médico en el mundo moderno.

Debe ser mencionado en primer término el médico que, como amigo o como camarada, actúa movido ante todo por una sincera voluntad de ayuda técnica al paciente que ha recurrido a él. El yo desde el cual ese médico practica su profesión es ahora un *ego adiuvans*; y si su vocación médica y su voluntad de ayudar al enfermo con su arte son profundas y consecuentes, no le tratará última y definitivamente como a un «objeto», aunque en su relación médica con él se vea con frecuencia obligado a objetivarle, sino como a una *persona doliente y menesterosa*.

Junto a estos médicos hay otros para los cuales son fines primordiales el conocimiento científico de la naturaleza y el dominio sobre ésta que tal conocimiento concede. Instalados ante el enfermo en un «yo cognosticivo» o *ego sapiens*, se afanan ante todo por lograr un diagnóstico objetivo y riguroso; y conseguido éste creen poder y deber limitarse a tratar al paciente con remedios de eficacia «científicamente comprobada». En tal caso, el enfermo es ante todo un *objeto de conocimiento racional*.

Arrolladoramente frecuente va siendo en la sociedad actual el médico que trabaja al servicio de una institución, estatal o no, encargada de dar asistencia técnica a los enfermos; por tanto, co-

mo funcionario de esa institución. El «yo funcional» desde el que el terapeuta contempla y trata ahora a sus pacientes puede muy bien ser llamado *ego fungens* (*fungor*: desempeñar un cargo); y si no median otros intereses más profundos y personales, en el enfermo se ve ante todo su condición de *objeto operante en la sociedad*, su papel de pieza eficaz en la máquina social.

Hay, en fin, médicos cuyo interés es un mejor o peor disimulado apetito de lucro y prestigio. ¿Cómo evitar que venga a las mentes el «Donde no hay recompensa, no hay arte», del Cremilo de Aristófanes? El médico actúa ahora desde un *ego cupiens*, y ante él, el enfermo es, antes que cualquier otra cosa, *objeto de lucro*. Buena parte de las diatribas contra el médico, desde el *Metalogicus* de Juan de Salisbury hasta las recientes páginas de *La ciudadela*, pasando por Petrarca y Quevedo, tienen como objetivo esta innegable corruptela del arte de curar.

Apenas será necesario decir que en la realidad individual y concreta de cada médico se entraman casi siempre dos o tres de estos motivos, acaso los cuatro, aunque sea uno solo el que prevalezca sobre los restantes. No hay médicos «de una pieza»: ni tan inhumanos que todo en su práctica sea conocimiento científico, servicio al Estado u ocasión de lucro, ni tan angélicos que ejerzan su arte sólo por amor a éste y al enfermo. Para que la práctica de la medicina sea moralmente admisible, bastará —supuesta la suficiencia técnica— que no sean la sed de lucro, el afán de prestigio, la comodidad personal o un frío y deshumanizado apetito de saber las instancias decisivas de la conducta.

Supongamos ahora que a uno de estos prácticos sólo movidos *pro detestanda pecunia*, como ingenuamente decían los Concilios medievales, se le interroga por el fundamento de su actividad. ¿Cuál será su respuesta? Es posible que la cínica declaración de

La confianza en remedios «probados científicamente» puede llegar demasiado lejos, como en el caso del triste médico de Daumier: «¿Qué ocurre que a pesar de que mi almacén está lleno de medicamentos y purgas todos mis enfermos se mueren?»

«El escudo de un empresario de pompas fúnebres», por Hogarth, sátira de los «ineptos y brutales médicos curanderos». Cuando en una funeraria están faltos de trabajo, lo mejor es que su empresario acuda a uno de esos caballeros que aparecen en concienzuda consulta sobre el contenido de un orinal.

la verdad; pero acaso fuese más frecuente la ficción de una *última* intención filantrópica. Con lo cual vendría a producirse algo así como una secularización —porque también los vicios se secularizan— del proceder de quienes visten de amor cristiano al prójimo su nada secreto afán de lucro.

3 No entremos en ese inframundo moral de la medicina; atengámonos exclusivamente a las formas nobles de su ejercicio profesional: aquéllas en que la relación con el enfermo tiene como fundamento principal la amistad o la camaradería. ¿Cómo en estos casos la amistad ha llegado a ser amistad médica, cómo se ha hecho terapéutica la camaradería? Los griegos nos dieron la clave: el médico es amigo de su arte a través de su filantropía, y amigo del enfermo —o camarada suyo— a través de su amor al hombre y a la medicina. Se trata, pues, de saber cómo el médico moderno secularizado es amigo de la medicina, «tecnófilo».

Con el auge del voluntarismo y el nominalismo (Escoto, Ockam, Durando), en la Baja Edad Media va a iniciarse una idea de la ciencia natural y de la técnica —del «arte»— bien distinta de la que hemos visto constituirse en el siglo XIII. Lo que hace que el hombre sea imagen y semejanza de Dios —se piensa ahora— no es en definitiva su inteligencia racional, como había afirmado Santo Tomás de Aquino, sino su voluntad libre, su libertad. Cambia, pues, el modo de la relación entre el hombre y la naturaleza; porque si todas las «necesidades» de ésta son para la libre voluntad de Dios necesidades *ex suppositione*, lo mismo acontecerá, dentro de una medida humana, en el caso del hombre. El arte, la capacidad técnica del hombre frente a la naturaleza, no tendría en principio límites irrebasables, contra lo que pensaron los griegos y seguían pensando los helenizados cristianos del siglo XIII.

Germinalmente surge así en las mentes de la Baja Edad Media la conciencia de un poder humano sin límites sobre las «necesidades» o «forzosidades» de la naturaleza; en definitiva, la convicción que constituye el nervio mismo del «espíritu moderno». La utopía técnica de Roger Bacon en su *Respublica fidelium* es tal vez el primer signo visible de la nueva actitud. Y desde entonces hasta nuestros días, la idea de que mañana será posible lo que no es posible hoy —la convicción de que la historia de la técnica es un progreso indefinido— va a ser, cada vez más explícita y vigorosamente, el hilo conductor de la historia del hombre.

Pues bien: el amor del médico moderno secularizado a la medicina es el resultado de la secularización de esa ambiciosa manera de entender el «arte de curar». El médico ve ahora su saber como una constante creación de hazañas que le permiten penetrar asintomáticamente en la realidad del hombre y gobernarla técnicamente «desde arriba»; el espíritu fáustico del hombre moderno configura así la voluntad y la mente del patólogo y el terapeuta. Veámoslo en los tres momentos integrantes del acto médico: la enfermedad, el remedio y el médico mismo.

En lo tocante a la *enfermedad*, la medicina de los siglos XIX y XX lleva en su seno con creciente firmeza las tres siguientes convicciones: 1.ª No hay enfermedades mortales o incurables «por necesidad»; nada en la enfermedad poseería para el hombre una *necessitas absoluta*. Las dolencias que hoy parecen incurables, la medicina del mañana las curará. 2.ª No hay enfermedades de aparición necesaria, todas en principio son evitables. 3.ª El progreso de la técnica permite una penetración asintótica, así diagnóstica como terapéutica, en la realidad de la alteración morbosa.

En cuanto atañe al *remedio*, el terapeuta moderno ha perseguido innovadoramente el camino iniciado por Paracelso, a través

de las siguientes etapas: 1.ª Síntesis artificial de los principios activos contenidos en los remedios naturales: la química como *imitatrice et rivale de la Nature*, según la fórmula profética de Diderot. 2.ª Producción artificial y sintética de sustancias terapéuticas no existentes en la naturaleza y más eficaces que las naturales (arsenobenzoles, sulfonamidas, etc.): la química, no ya como rival, sino como superadora de la naturaleza. 3:ª Modificación artificial —en cierto modo, creadora— de la naturaleza del paciente. He aquí este significativo párrafo del biólogo Jean Rostand: «Prolongación de la existencia, elección del sexo del hijo, fecundación póstuma, generación sin padre, embarazo en matraz, modificación de los caracteres orgánicos antes o después del nacimiento, regulación química del humor y del carácter, genio y virtud por encargo...: todo esto aparece desde ahora como hazaña debida o como hazaña posible de la ciencia del mañana». El evidente aire irónico de estas líneas no debe hacernos desconocer el grave *pathos* intelectual que desde más allá de la ironía las anima.

Todo lo cual indica que el *médico* ha dejado de verse como el simple «servidor de la naturaleza a través del arte» que en sí mismos vieron los asclepíadas hipocráticos. Ahora se siente tutor, educador y escultor de la naturaleza; en definitiva, señor de ella, aunque en determinados casos se vea obligado a declarar la provisional impotencia de su arte.

Y si esto es el arte del médico, desde la segunda mitad del siglo XIX, ¿cómo será su amor al arte? ¿Cuál será hoy, junto a una genérica filantropía, el nervio más íntimo de la verdadera vocación médica? Indudablemente, el amor a un saber técnico capaz de gobernar y modelar creadoramente la naturaleza y siempre abierto al «todavía más» del futuro, tanto en lo que atañe al diagnóstico

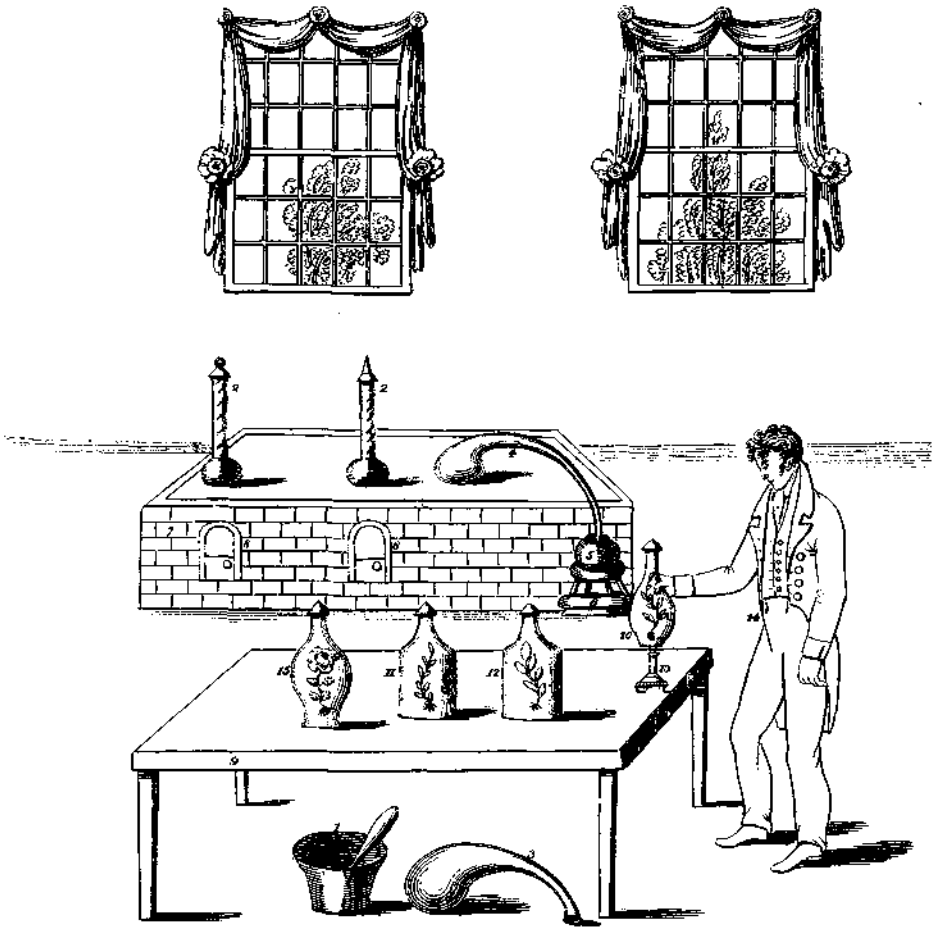
como en lo que concierne al tratamiento. En páginas ulteriores reaparecerá el tema.

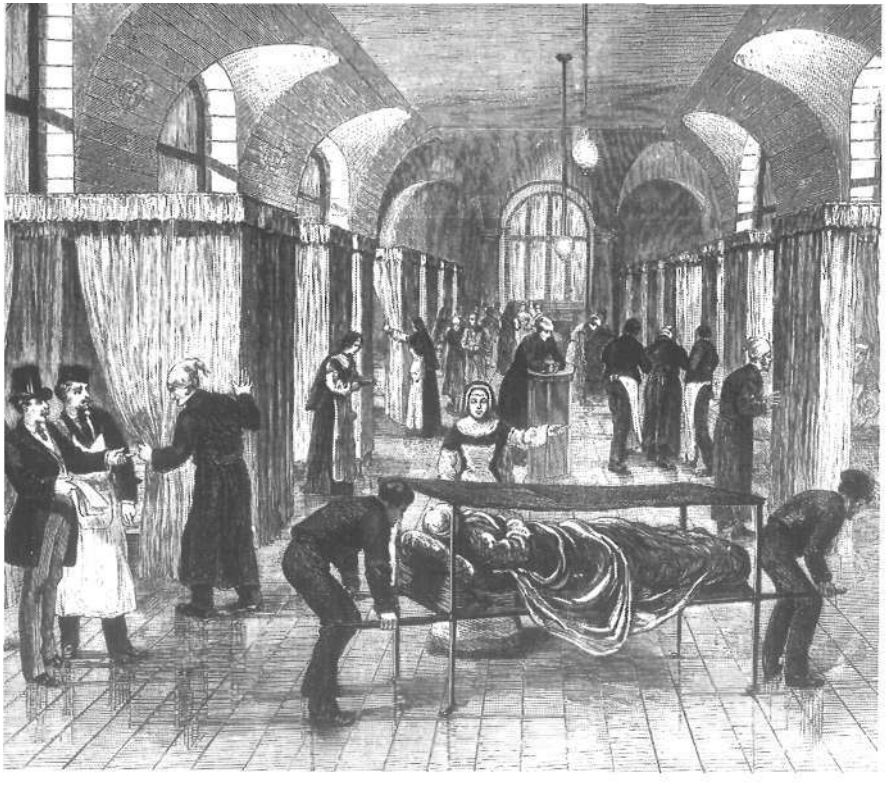
II Vamos a estudiar ahora cómo esa actitud del médico ante su quehacer se hace realidad social. Más concretamente, los tres modos cardinales de la asistencia médica en la sociedad burguesa secularizada: la asistencia hospitalaria, la práctica del médico de cabecera y la consulta privada. Como desde la Grecia clásica viene ocurriendo, la ayuda médica al enfermo se ordena socialmente en tres niveles distintos: los pobres, en el hospital; las clases medias, en su domicilio o en el de su médico de cabecera; las clases altas, en su domicilio o en el del «especialista» o el magnate de la medicina.

1 Fácil empresa, la de imaginar lo que durante el siglo XIX fue la ayuda técnica al enfermo en cualquier hospital prestigioso: el Hôtel-Dieu o la Salpêtrière, en París; la Charité, en Berlín; el Guy's Hospital, en Londres; el Allgemeines Krankenhaus, en Viena; San Carlos o el Hospital General, en Madrid.

El enfermo iba de ordinario al hospital con un ánimo en el que se mezclaban una convicción y una actitud. Hallábase convencido de que iba a recibir una asistencia médica «para pobres», integrada por estos tres ingredientes: un diagnóstico excelente, puesto que los médicos del hospital solían estar entre los mejores del país; un tratamiento necesariamente limitado por las nunca abundantes posibilidades económicas del establecimiento; una cuidadosa necropsia, si llegaba a morir. «Los enfermos vieneses —decían con irónica agudeza los pobres de Viena, allá por 1850— tenemos la gran suerte de ser muy bien diagnosticados por Skoda y muy bien autopsiados por Rokitansky». A esta convicción se

La química como «imitatrice et rivale de la Nature»:
el químico en su laboratorio, 1829.
(La Naturaleza, apenas visible, se vislumbra por la ventana).
De *Triumphal Chariot of Friction*, de William Pope.





unía una actitud por lo general resignada y aceptadora. El enfermo confiaba más en el médico que en el hospital, y se entregaba a aquél diciéndole sin palabras: «Aquí tiene usted mi cuerpo, haga de él lo que quiera» y «Vean ustedes qué enfermedad tan interesante es la mía».

Frente a esta habitual disposición del enfermo, ¿cuál solía ser la del médico? La respuesta exige discernir en el médico hospitalario del siglo XIX dos figuras típicas cardinales, que denominaré el *tipo Skoda* y el *tipo San Martín*.

Para caracterizar el *tipo Skoda*, nada mejor que una anécdota relativa a la práctica hospitalaria del egregio clínico vienés. Al

*Izquierda:* Sala del hospital Hôtel-Dieu de París, en 1877. *Derecha:* Joseph Skoda (1805-81), cuyo «nihilismo terapéutico» y exagerada preocupación por el diagnóstico le colocó en una situación diametralmente opuesta a la de un médico como Morton o el profesor San Martín.

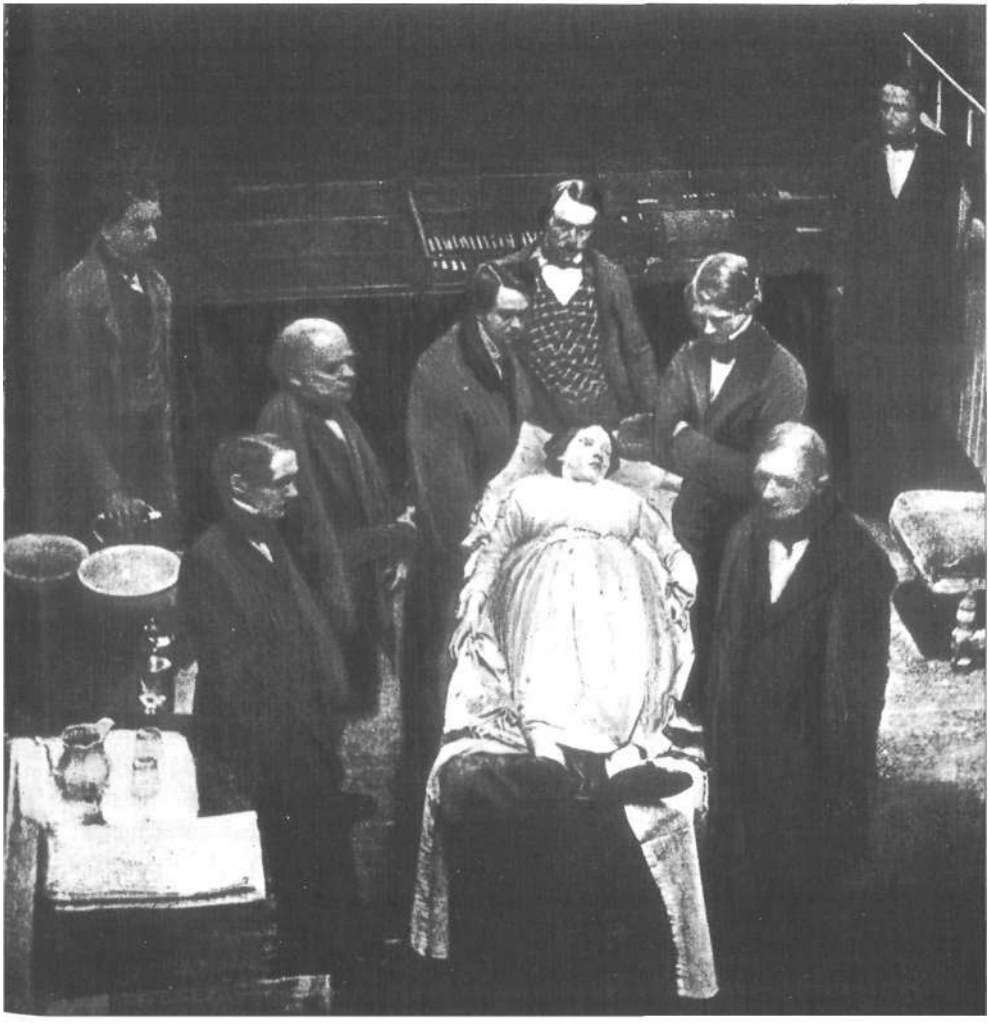
término de uno de sus espectaculares diagnósticos, Skoda no hace prescripción alguna; y a la pregunta del asistente de turno, responde: *¡Ach, das ist ja alles eins!* («Bah, todo viene a ser lo mismo»). Algo análogo hacía por esas fechas el gran Addison, en su visita hospitalaria del Guy's Hospital, de Londres. El «nihilismo terapéutico» de Skoda puede ser defendido con buenas razones; basta pensar lo que en 1840 eran los recursos medicamentosos. Por otra parte, no todo en la conducta clínica de Skoda fue puro «nihilismo» (E. Lesky). Con todo, dos cosas parecen indudables: que la atención de Skoda se halló muy preferentemente dirigida hacia los problemas del diagnóstico físico, y que faltaba en él ese «entu-

siasmo terapéutico» que hizo posibles las hazañas de Paracelso, Ambrosio Paré, Withering, Morton y Jackson; entusiasmo que procede tanto de una intensa afición deportiva a manejar y dominar la naturaleza, como de la firme voluntad de ayudar al enfermo «como sea». Para Skoda, como para tantos otros médicos de su misma contextura mental, el enfermo hospitalario era en principio la *suma de un objeto científicamente cognoscible y modificable y una persona desconocida.*

Más que «médico» en sentido estricto, el clínico a la manera de Skoda es «naturalista», hombre a quien atrae el conocimiento objetivo y científico de la naturaleza y que aspira a ser «sabio», *savant* o *Gelehrte*. Es verdad que sin ello no habría llegado a ser lo mucho que es la medicina actual; pero este brillante anverso científico de la asistencia hospitalaria, ¿no pone en ella, acaso, un sombrío y penoso reverso?

Aludo con estas palabras, por supuesto, a las tristes condiciones en que había de vivir el enfermo de hospital. Baste recordar la diaria escena de las salas de cirugía del Hôtel-Dieu de París, cuando por la mañana había de entrar el *patrón* con una esponja empapada en vinagre sobre sus narices, para evitar el terrible choque olfativo que producía el aire de la sala. Pero con la interrogación precedente me refiero más bien a las consecuencias que esa actitud mental del médico había de tener en su relación con el enfermo. ¿Podía ser ésta satisfactoria? Si la patología del médico en cuestión era la anatomoclínica, como en el caso del propio Skoda, su intención y su interés tenían su término verdadero más allá del paciente mismo, en su cadáver; un cadáver imaginado, cuando mediante el signo físico (percusión, auscultación, etc.) se diagnostican *intra vitam* las lesiones anatómicas, y un cadáver real, cuando sobre la mesa de autopsias se confirma o se rectifica el

Operación llevada a cabo en el Hospital General de Massachusetts en octubre de 1846 y en la que se utilizó el éter por primera vez. El anestesista fue William Morton. Esta no es, probablemente, la fotografía auténtica, aunque sí está tomada en la misma época, pues en realidad el enfermo en aquella ocasión era un joven.



diagnóstico clínicamente logrado. No es difícil imaginar la disposición del enfermo frente al médico, si toda su esperanza consistía en ser muy bien diagnosticado por él y muy bien autopsiado por el prosector del hospital. Algo análogo puede decirse si la patología del clínico se hallaba orientada por una mentalidad fisiopatológica. Más que en el cadáver, la intención del médico tiene ahora su término en el laboratorio. «Yo considero el hospital —decía Claude Bernard— sólo como el vestíbulo de la medicina científica, como el primer campo de observación en que debe entrar el médico; pero el verdadero santuario de la ciencia médica es el laboratorio». Y recordando lo que era la vida en un hospital alemán a comienzos del siglo XX, escribirá años más tarde Viktor von Weizsäcker: «La visita hospitalaria del asistente joven no duraba mucho; pero su trabajo en el laboratorio consumía horas y horas del día y de la noche». Lo que el médico realmente *miraba* cuando en la sala del hospital *veía* al enfermo no era la realidad somática y psíquica de éste, sino el kimógrafo o el alambique que en el laboratorio le estaban esperando.

Pero en la sociedad burguesa del siglo XIX no todos los médicos del hospital fueron a la manera de Skoda. Hubo junto a ellos, y acaso en mayor número, los pertenecientes al *tipo San Martín*. Alejandro San Martín fue un eminente profesor de cirugía en el Madrid de fines del siglo XIX. Pasando visita en su sala de mujeres del Hospital de San Carlos, vio que una de ellas, casi niña, lloraba en soledad sobre su lecho; y acercándose a ella, le dijo suavemente: «¿Por qué lloras, niña? ¿Es que no tienes nadie que llore por ti?» Poca cosa: unas cuantas palabras delicadas y compasivas. Las suficientes, en todo caso, para demostrarnos que en el siglo XIX y a comienzos del XX es posible ser médico del hospital y secuaz de la concepción científico-natural de la medicina sin ser ciego para

la condición humana y personal del pobre enfermo a quien se atiende; pensando, en suma, que el «consolar siempre» de la conocida máxima de Bérard y Gubler —*guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours*— debe ser para el clínico algo más que una bella frase. Así considerado por el médico, el enfermo hospitalario viene a ser la *suma de un objeto científicamente cognoscible y modificable y una persona doliente y compasible.* Lo cual, visto desde la terapéutica actual, no es ciertamente un *desideratum*, pero sí bastante más que la «divina rudeza» de un Schönlein, la escéptica sequedad de un Skoda y los olvidos terapéuticos de un Addison. «Al enfermo de hospital —solía decir el gran médico Gregorio Marañón— hay que tratarle como si fuese un caballero de la Tabla Redonda».

2 Debemos estudiar ahora la asistencia domiciliaria, la relación entre el enfermo y el médico «de cabecera» o «de familia». La literatura del siglo XIX —Balzac, Flaubert, Galdós, etc.,— nos ha legado la simpática estampa de este pequeño héroe de la lucha contra la enfermedad. El médico de familia conoce bien, acaso desde el nacimiento, al enfermo que ha solicitado su ayuda. El paciente, por su parte, suele considerar al doctor como «amigo de la casa». Lo cual hace que la realidad de ese enfermo aparezca ante los ojos del clínico como la *suma de un objeto científicamente cognoscible y modificable y una persona conocida y amiga.* Las exigencias de la práctica le llevarán con frecuencia a poner en conexión los dos términos de esa fórmula. Nadie lo ha expresado más clara y elocuentemente que Cl. Bernard: «El médico se ve con frecuencia obligado a tener en cuenta en sus tratamientos eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico y, por consiguiente, una multitud de consideraciones de familia o de posición social

que nada tienen que ver con la ciencia». Pero este texto de Cl. Bernard no sólo declara una verdad de hecho; declara también la limitación de la patología del genial fisiólogo y de toda la patología de su época. Los tratados de Patología general entonces más en boga a uno y otro lado del Rhin, el alemán de Cohnheim y el francés de Bouchard, ¿dicen algo que permita poner en conexión científica lo que el médico hace cuando considera al enfermo como un «objeto cognoscible» y lo que se siente obligado a hacer cuando le trata como a «persona conocida o amiga»? La práctica médica venía a ser la hábil combinación de la «verdadera ciencia» —la patología que entonces enseñaban los libros— y una «gramática parda» entre bondadosa y astuta. Quien lo dude, lea en la autobiografía de Freud la receta *off the record* que el ginecólogo vienés Chrobak creía más adecuada y eficaz para el tratamiento de las histéricas.

3 Contemplemos, en fin, la asistencia médica en el interior de un consultorio privado. Un magnate de la medicina —Charcot o Dieulafoy en Francia, Naunyn o Friedrich von Müller en Alemania, Billroth o Nothnagel en Austria, Baccelli y Murri en Italia, Rubio o Madinaveitia en España— recibe en su domicilio a cualquiera de los pacientes que aguardan su turno en la sala de espera. Médico y enfermo no se conocen entre sí. ¿Qué será ahora el enfermo para el médico?

Tres me parecen ser las principales posibilidades: 1.ª El interés dominante en el alma del clínico es el científico; antes que el interés de lucro, lo que para él cuenta es el conocimiento científico de la naturaleza. En tal caso, el enfermo será para el médico la *suma de un objeto cognoscible y modificable y una persona desconocida.* 2.ª El principal interés del médico es el económico, el

afán de lucro. El buen diagnóstico no vale en tal caso por el saber que concede, sino por la ganancia que otorga, y el enfermo viene en definitiva a ser a los ojos del clínico la *suma de un objeto precioso y una persona indiferente*; persona con la cual, porque nunca el alma del hombre es puro afán de lucro, acaso llegue a establecerse luego una amistad extraprofesional. 3.ª Junto al interés científico y al interés económico, en el alma del médico opera una genuina vocación de tal. Atrae entonces el diagnóstico en cuanto saber científico, mas también en cuanto luz de una amistad médica y camino para una ayuda terapéutica; y aunque el lucro importe, no es el afán de lucro lo decisivo. El enfermo, por tanto, es para el médico la *suma de un objeto valioso y una persona compasible y amiga*.

4 Apoyado en una antropología de suyo personalista —aunque él no lo sepa filosóficamente—, el médico por vocación realiza su filantropía como «amistad médica», y con sus recursos diagnósticos y terapéuticos procura el bien del enfermo, la salud, por el enfermo mismo. Pero si profesa una patología de carácter científico-natural, se verá conducido, casi siempre sin advertirlo, a partir al enfermo en dos mitades científicamente inconexas entre sí, lo que en el enfermo es «objeto» (el *homo phaenomenon* de Kant) y lo que en el enfermo es «persona» (el *homo noumenon* kantiano). El ámbito social en que tal partición se cumpla —el hospital, el domicilio del paciente o el consultorio privado— matizará psicológicamente ese proceso de partición, pero no lo alterará de manera esencial.

Otro es el caso cuando la antropología del terapeuta es resuelta y deliberadamente «naturalista»; esto es, cuando la filantropía se expresa como «camaradería médica». Entendida como simple

La histeria como desorden anatómico fugaz: reacción de una mujer a los estímulos mientras está en un trance hipnótico.
Fotografía de un experimento llevado a cabo por Charcot en la Salpêtrière y que es representativo de la actitud que, después de Freud, había de dar lugar a la «rebelión del sujeto».

buen orden de la naturaleza, como bien de la sociedad o como instrumento al servicio del Estado, la salud es en tal caso un bien objetivo por cuyo logro tienen que luchar juntos el médico y el enfermo. Pero la realidad es más fuerte que las tesis doctrinarias, y la realidad del hombre impone que el médico por vocación y el enfermo que en él confía sean médicamente «amigos», y no simples «camaradas» en la empresa de reconquistar la salud; con lo cual la escisión entre «objeto» y «persona» se producirá de hecho cualquiera que sea el nombre que se quiera dar a la condición personal del paciente. Y el enfermo, cualquiera que sea su ideología política y social, ¿llegará a sentir de veras que *su* salud no es sino «buen orden de la naturaleza», «bien de la sociedad» o «instrumento al servicio del Estado»?

Dos razones concurrentes iban a hacer insostenible este sesgo de la relación entre el médico y el enfermo. Una, de carácter clínico; otra, de índole social. Fue aquélla la colisión entre una patología que postulaba la metódica reducción del enfermo a la condición de puro «objeto natural» y una práctica —léase de nuevo el texto de Cl. Bernard antes transcrito— que exigía la utilización de datos psicológicos y sociales tocantes a la realidad del enfermo como «persona». Tal colisión había de esperarse más visiblemente en los modos de enfermar que mejor revelan la condición personal del enfermo: las neurosis. La concepción de la histeria como desorden anatómico fugaz (Charcot, Sollier) o como alteración funcional susceptible de estudio mediante la bioquímica o los registros gráficos (Empereur, Gilles de la Tourette, Cathelineau, Sticker, Riegel), ¿podía resolver diagnóstica y terapéuticamente el problema del trastorno neurótico? [1]

Junto a estas razones de carácter clínico había otras de índole social. La tradicional distinción entre una «medicina para ricos»

y una «medicina para pobres» no era tolerable por más tiempo; tanto menos cuanto que a fines del siglo XIX y a comienzos del XX los remedios terapéuticos (fármacos diversos, intervenciones quirúrgicas) comenzaron a ser a la vez ostensiblemente eficaces y notoriamente caros. No era esto sólo. Además de ser «hospitalariamente» atendido y tratado, el enfermo de hospital se veía obligado a prestar su cuerpo viviente para la enseñanza clínica, y su cadáver para la enseñanza anatómica. En cuanto enfermaba, el cuerpo del pobre venía a ser *res publica*, o al menos *res publicanda*, frente a la inviolable condición privada del cuerpo del rico. Por razones clínicas y por razones sociales, habían de entrar en crisis la asistencia médica y la relación entre el médico y el enfermo.

III Ha escrito V. von Weizsäcker que acaso el rasgo más profundo y característico de la medicina actual sea la «introducción del sujeto» en el pensamiento y en el quehacer del médico. El enfermo ha dejado de ser mero «objeto» y —aunque ocasionalmente deba ser objetivado— es visto y tratado como «sujeto». Es verdad. Pero esa introducción del sujeto en medicina no hubiese sido históricamente posible sin la previa existencia de otro evento, la «rebelión del sujeto», en cuya estructura se integran un momento social y otro clínico. Veámoslos con algún detalle.

1 La magna revolución político-social del mundo moderno —tres fechas: 1789, 1848 y 1917— lleva en su seno, de manera más o menos visible, un esencial ingrediente médico. Ese hondo proceso revolucionario descansa sobre un fundamento general, constante a través de sus sucesivas formas históricas: la idea de que el orden político y social vigente en Europa desde la Alta Edad Media hasta 1789 no es justo ni es verdaderamente natural; iría a la vez

contra los imperativos de la justicia, sea cristiana o secularizada la idea que de ella se tenga, y contra los postulados de la naturaleza. En cuanto «naturaleza humana», ésta exige desde dentro de sí misma un orden social distinto a la vez del imperante en el *ancien régime* y del que bajo nombre de «sociedad burguesa» sustituyó en el siglo XIX a la antigua sociedad estamental.

¿Cuál debe ser ese nuevo orden social? ¿Cómo va siendo en el mundo ulterior a la Primera Guerra Mundial? No es misión de este libro indicarlo. Debo limitarme en él a señalar que ese genérico y constante fundamento de la transformación social de Occidente lleva en sí un ingrediente médico, exclusivamente occidental en sus comienzos y muy pronto universal, planetario: la rebelión del sujeto, en cuanto titular de una realidad objetiva —a la postre, de un cuerpo— injustamente tratada por las formas de la asistencia médica vigentes en el siglo XIX y en los primeros lustros del XX. Más cruda y concretamente: la rebelión de las masas proletarias contra la partición de la asistencia médica en una «medicina para ricos» y una «medicina para pobres», y por tanto contra las formas de la relación con el enfermo que ésta última llevaba consigo.

La realidad de la vida hospitalaria justificaba por sí sola la protesta. «Carne de hospital», ha llamado el pueblo español, durante muchos decenios, a la que no tiene ante sí otra esperanza que la enfermedad y la miseria. Pero tal vez no sea improcedente consignar algunos datos sociológicos.

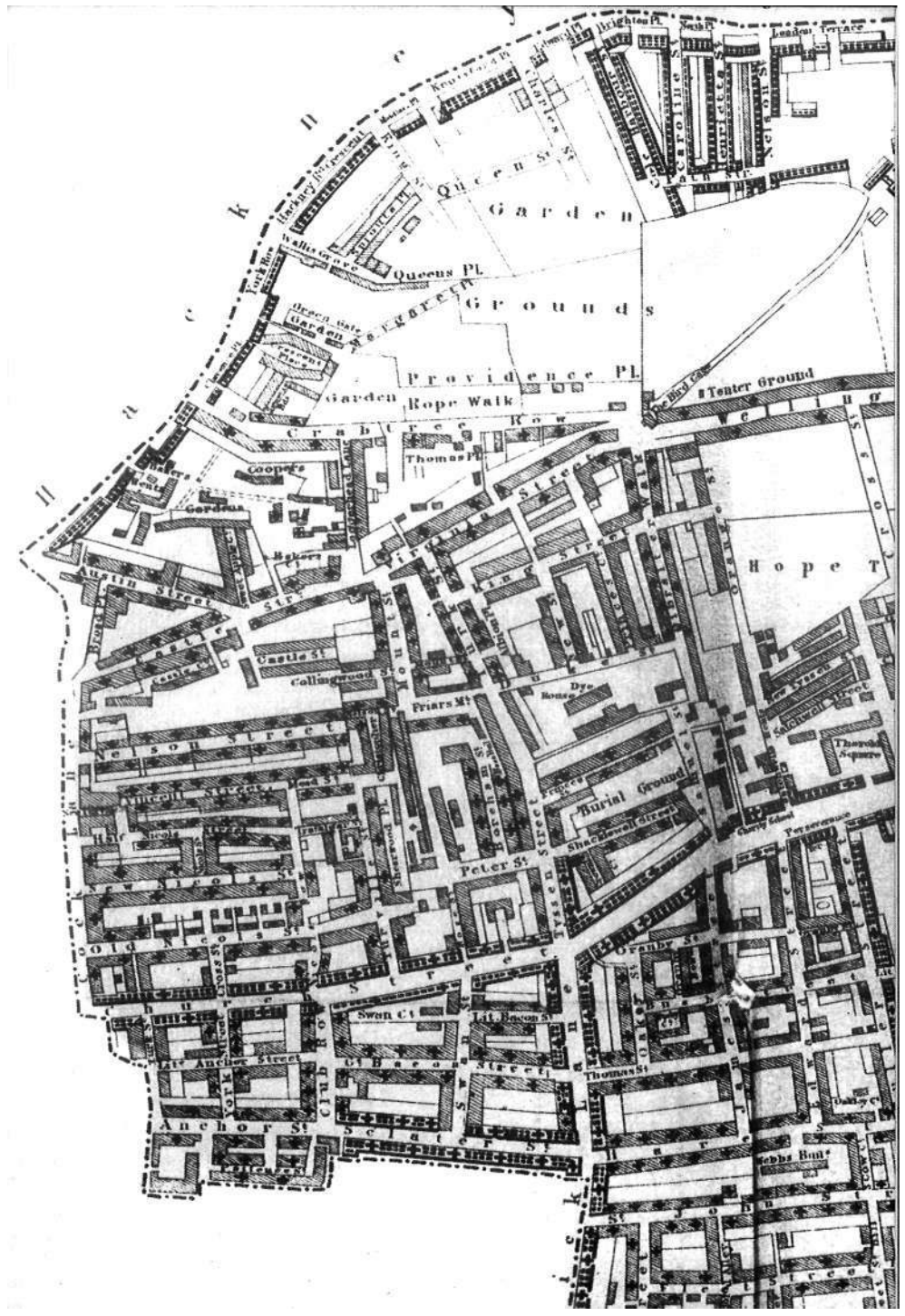
Ante todo, los relativos a las *cifras de mortalidad*. Tan pronto como la sociedad occidental se industrializa, comienza a percibirse una gran diferencia entre los índices de mortalidad de las ciudades industriales y los de las zonas rurales del país. El pionero de la medicina social, C. Turner Thackrah, hizo notar hace más de un siglo que en Leeds, ciudad industrial, hubo en 1821 un fallecimien-

Las condiciones de vida y de trabajo impuestas por la Revolución industrial pronto fueron denunciadas por los médicos.
Este detalle de un mapa de Bethnal Green, Londres, muestra la incidencia de muertes causadas por cuatro tipos de enfermedades en un barrio obrero durante el año 1838. La zona representada tiene algo menos de un kilómetro. Del informe Chadwick de 1842.

to por cada 55 habitantes, mientras que en un distrito rural vecino la proporción no pasaba del 1 por 74. «Cuando menos 450 personas murieron cada año en la ciudad de Leeds —concluía Thackrah— a consecuencia de efectos perjudiciales sufridos en las fábricas, por el hacinamiento de la población y los malos hábitos que de ello nacen... Si suponemos que 50.000 personas mueren cada año en la Gran Bretaña a consecuencia de lesiones sufridas en las fábricas, por el *status* civil y por la dureza característica de algunos oficios, tengo la seguridad de que nos quedaríamos cortos». Leeds, 1821; todavía no el Manchester que Marx y Engels contemplaran pocos decenios después.

Vengamos a nuestro siglo. En París, entre 1923 y 1926, el promedio de mortalidad por tuberculosis era cuatro veces mayor en el distrito XIII (población proletaria) que en el distrito VIII (población acomodada). En un sector de 17 manzanas con 4.290 casas y 185.000 habitantes del distrito XIII, el promedio de mortalidad llegó a 480, seis veces más alto que en el distrito VIII (R. Pierreville). No menos elocuentes son las estadísticas norteamericanas de Rollo H. Britten. En diez Estados de la Unión, la mortalidad por tuberculosis pulmonar por cada 100.000 personas de edades comprendidas entre 25 y 44 años, alcanzaba las siguientes cifras: 193,5 entre los trabajadores no especializados, 69 entre los trabajadores especializados, 28,6 entre los dedicados a las profesiones liberales. Siete veces mayor, por tanto, en aquéllos que en éstos. La mortalidad general era casi doble: 13,1 frente a 7. He aquí, en fin, los resultados de las investigaciones estadísticas de Perrott y Collins acerca de los aspectos médicos y sanitarios de la depresión económica de 1930.

1 El promedio de las enfermedades incapacitantes fue un 48 por



Hackney
Brighton Pl.
Leaden Terrace
Queen St.
Garden
Queens Pl.
Grounds
Providence Pl.
Garden
Rope Walk
Crabtree Row
Tenter Ground
Thomas Pl.
Coopers
Gardens
Austin Street
Castle St.
Collingwood St.
Friars Mt.
Dye House
Hope T
Nelson Street
Burial Ground
Shacklewell Street
Peter St.
Old Nicols St.
Granby St.
Swan Ct.
Lit. Bacon St.
Lit. Anchor Street
Anchor St.
Sclater St.
Thomas St.
Webbs Bmts
Fleet Street

El tratado de Paracelso sobre las enfermedades de los mineros, 1567. Esta obra es precursora de la denuncia social que los médicos del siglo XIX se sentían cada vez más obligados a formular. Los métodos estadísticos habían de constituir la nueva conciencia de la profesión médica.

4762

(2)

# Theophrasti Paracelsi von Hohenheim/beyder Artzney Doctor ꝛc. Von der Bergsucht oder Bergkranckheiten drey Bücher/ inn dreyzehen Tractat verfaſt vnnd beſchriben worden.

Darinnen begryffen vom vrſprung vnd herkommen derſelbigen kranckheiten/ ſampt jhren warhafftigen Preſeruatiua vnnd Curen.

Allen Ertz vnnd Bergleüten/ Schmeltzern/ Probierern/ Müntzmaiſtern/ Goldſchmiden/ vnnd Alchimiſten/auch allen denē ſo inn Metallen vnd Mineralien arbayten/hoch nutzlich/ tröſtlich vnnd notturfftig.

Mit Röm. Kay. Maieſt. freyheit.

Anno Domini 1567.

ciento mayor en las familias que no tenían empleado a ninguno de sus miembros.

2 Las familias de posición acomodada que se empobrecieron hasta necesitar socorro, dieron un promedio de enfermedades incapacitantes un 73 por ciento más alto que las familias en buena situación económica durante los cuatro años de la depresión.

3 Las familias acomodadas que se empobrecieron moderadamente tuvieron un promedio de enfermedades incapacitantes diez por ciento mayor que las familias que permanecieron en buena posición económica.

4 Las familias moderadamente acomodadas que se empobrecieron con la depresión tuvieron un promedio de enfermedades incapacitantes sólo un 17 por ciento superior al de las familias que permanecieron en situación económica aceptable.

5 El promedio de tales enfermedades en las familias ricas que bajaron hasta la pobreza fue un nueve por ciento mayor que el de las familias que siempre habían sido pobres.

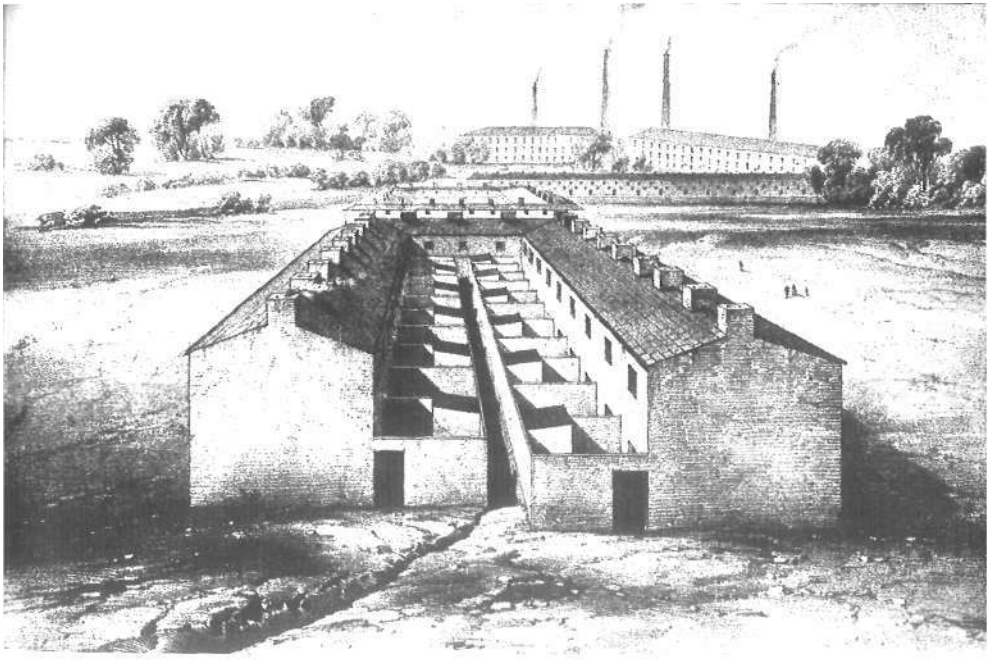
No menos elocuentes son los datos referentes a las *horas de trabajo perdidas por causa de enfermedad*. Según los datos de Pettenkofer, ya en 1873, la enfermedad hacía perder en Baviera 3.400.000 días de trabajo al año. En Nueva York, sesenta años más tarde, la enfermedad hacía perder al año 10.000 millones de dólares. En 1873 ¿qué suponía para un trabajador europeo, medida en privaciones de todo orden, la pérdida de un día de trabajo? Y las consecuencias vitales de esa fabulosa merma económica neoyorkina, ¿sobre quiénes había de recaer más inmediatamente?

Todo ello tenía que hacerse especialmente grave cuando la

Chabolas y su alcantarilla en Preston, Lancashire, en 1884. De un informe de la época.

enfermedad, bajo forma de epidemia, se convertía en azote social visible y violento. Pilar Faus ha estudiado con gran minucia las consecuencias sociales de la epidemia colérica de 1885 en la región valenciana, y sus conclusiones no pueden ser más reveladoras.

Es preciso hacer constar que el médico viene siendo el protagonista en esta obra de denuncia y protesta. Las monografías de Paracelso *(Von der Bergsucht und anderen Bergkrankheiten)* y Ramazzini *(De morbis artificum)* acerca de las enfermedades profesionales no eran solamente un documento clínico. Pero cuando la protesta del médico adquiere explicitud y gravedad, y por tanto trascendencia social, es en el siglo XIX. La industrialización de la vida hace más extremadas y patentes las diferencias entre ricos y pobres, y el rápido desarrollo de los métodos estadísticos ofrece el instrumento idóneo para estudiarlas y presentarlas con precisión. Antes mencioné la obra de Thackrah, pronto ampliada en las páginas del monumental *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, de E. Chadwick (1842). Singular relieve tuvo, tanto por la ulterior eminencia científica de su autor, como por la importancia de los hechos que describía, el informe de Rudolf Virchow acerca de la situación sanitaria de los obreros de Silesia, en 1848. Lo que el dramaturgo Hauptmann denunció en su drama famoso, ya lo había hecho público cincuenta años antes, el médico Virchow. El *rapport* de Villermé sobre el estado de los obreros en los centros de la industria textil francesa es de 1840. Un excelente estudio de J. M. López Piñero ha dado a conocer la muy honorable parte de los médicos españoles, algunos de la segunda mitad del siglo XVIII, como López de Arévalo, Masdevall y Ximénez de Lorite, otros del XIX, como Ruiz de Luzuriaga, Seoane y Monlau, en esta noble hazaña común de la medicina europea.



Era previsible la primera reacción de la sociedad burguesa ante la denuncia de los médicos. «Creen o dicen creer —escribía Thackrah, comentando las críticas de los *beati possidentes*— que estos males no pueden evitarse, y afirman que su investigación sólo produce dolor y descontento». Debe reconocerse, no obstante, que no será esa la única respuesta del mundo burgués, y que el estado sanitario y económico del obrero industrial irá mejorando progresivamente en Europa y América a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Pero lo que aquí importa no es la historia general del proceso, sino la de sus consecuencias en orden a la relación entre el médico y el enfermo. Como secuela ineludible de aquella respuesta, ¿no se altera, acaso, el fundamento mismo de esta relación?

Lo que en rigor pretende el protagonista de ese ingente movimiento de rebelión social —el proletario de los siglos XIX y XX— no es, claro está, reformar la relación médico-enfermo. Quiere tan

sólo que su cuerpo, si cae enfermo, reciba el mismo trato que el de aquellos que poseen más amplios recursos económicos: iguales medicamentos, iguales quirófanos, iguales procedimientos exploratorios, mejores hospitales que los que le esperan, compensación por accidentes de trabajo, seguros sociales diversos. Pero todo esto no podía cobrar realidad sin que se produjese un importante cambio cualitativo en el fundamento mismo de la relación médica; cambio cuyos momentos principales son, a mi juicio, los siguientes:

1.° De una entrega del propio cuerpo más o menos confiada, pero sin condiciones, pásase a una presentación del cuerpo al médico con expresa y efectiva conciencia del derecho a la asistencia que se va a recibir. Desde el comienzo de su relación con el terapeuta y desde el fundamento mismo de esa relación, el enfermo es ahora un «derecho-habiente». La ayuda médica deja de ser por tanto pura beneficencia hospitalaria y cobra un notorio cariz contractual. En el médico no se ve solamente al técnico de la curación, sino también al representante más próximo de la «sociedad», ente impersonal sobre el que recae el deber de la asistencia.

2.° De una llamada al médico limitada, por lo general, a las enfermedades graves, se pasa a una exigencia de ayuda médica que en principio se extiende a toda posible dolencia, comprendidas las leves y las «funcionales».

3.° De un modo de vivir e interpretar la enfermedad en que ésta es sólo calamidad, pásase a otro en que el accidente morboso puede ser también recurso, bajo forma de asistencia gratuita o de indemnización.

4.° La prestación automática e indiscutida del cuerpo propio para la enseñanza clínica se trueca en entrega condicionada y sus-

ceptible de veto. La posesión del cuerpo propio se privatiza, deja de ser *res publica.*

En suma: el componente social de la «rebelión del sujeto» ha traído consigo una honda crisis en la relación hospitalaria, entre el médico y el enfermo. No tardaremos en ver cuáles han sido las formas y las consecuencias de esa crisis.

2 Examinemos ahora el aspecto clínico de esa «rebelión del sujeto»: el modo como el enfermo, más o menos consciente de ello, ha pedido o exigido ser clínicamente considerado como «sujeto» —esto es, como «persona»— y no como simple «objeto» valioso o carente de valor. El rebelde social protestaba enérgica y públicamente contra el mal trato dado a su realidad objetiva. Ahora la rebeldía va a ser menos violenta y visible, más sutil. El paciente, en efecto, va a protestar contra la objetivación misma, contra el hecho de que, siendo él persona, sujeto dotado de inteligencia, intimidad y libertad, se le trate cuando está enfermo como puro objeto.

La protesta del enfermo contra esta pura objetivación tiene un nombre: es la *neurosis.* El aumento indudable de la frecuencia del fenómeno neurótico desde los últimos lustros del siglo XIX tuvo ante todo una causa histórica y social, cuyos ingredientes principales fueron, a mi juicio, dos: por una parte, la mayor exigencia habitual a que la capacidad somática y psíquica del individuo iba siendo sometida; un *stress* de carácter social; y, por otra, la crisis histórica de la cultura burguesa, incipiente en aquella época —testigos, Marx, Nietzsche, Bergson, Strindberg, Unamuno— y cada vez más notoria desde entonces. El hombre de la *belle époque* se halla sometido a un creciente *stress* social, y ya no dispone de un firme sistema de creencias históricas que le permita

Sigmund Freud
poco después
de 1901.

soportarlo sin desorden psíquico. ¿No son acaso nuestras creencias las que nos permiten hallar un sentido satisfactorio al esfuerzo y al dolor? Las «histerias» de París y de Viena, la epidemia de «colitis» que tan graciosamente describe Axel Munthe en *La historia de San Michele*, la «neurastenia», de Beard y la «psicastenia» de Janet son algunas de las primeras consecuencias clínicas del suceso. Pero junto a esta difusa causa histórica y social, otra de orden estrictamente médico condiciona ese evidente auge del fenómeno neurótico en el filo de los siglos XIX y XX: la indudable inadecuación de la medicina tradicional, fuese anatomoclínica, fisiopatológica o bacteriológica su orientación dominante, para afrontar diagnóstica y terapéuticamente la novedad de ese importante e invasor suceso clínico. Si se me admite la licencia de llamar «rebelión» al

hecho de enfermar neuróticamente, estudiaré este aspecto clínico de la «rebelión del sujeto» en el caso de la histeria.

En 1885, el joven neurólogo vienés Sigmund Freud, consigue una pensión para ampliar sus estudios en el extranjero, y decide ir a París, donde trabajará al lado de Charcot. Este, en la cumbre de su fama, consagra casi íntegramente su atención al problema de la histeria. Las histéricas llenan las salas de la Salpêtrière; y aunque el propósito inicial del recién llegado es la investigación neurológica, el prestigio de Charcot y la presión cotidiana del tema de moda no tardan en orientarle hacia éste. Ya instalado en él, ¿seguirá la vía intelectual iniciada por su reciente maestro?

La publicación del *Epistolario* de Freud nos ha permitido medir el grado de su admiración por el semidiós de la Salpêtrière. Los matizados elogios que de él hace en su tan conocida semblanza necrológica palidecen al lado de los que tan espontánea y reiteradamente le dedica en las cartas a Marta Bernays, su prometida: «Charcot, uno de los médicos más grandes que han existido y un hombre cuyo sentido común raya en el genio, está, sencillamente, destruyendo todos mis objetivos y opiniones. A veces salgo de sus clases como de Notre-Dame, con una idea nueva de lo que es la perfección», dice a Marta en noviembre de 1885. «En circunstancias favorables —le confiesa tres meses después—, podría lograr más triunfos de los que ha conseguido Nothnagel, al que yo me considero superior, y quizá pudiera llegar a la altura de Charcot». Nothnagel es por esos años la estrella de la clínica vienesa, pero el joven Freud se siente superior a él. La cima ideal, la meta punto menos que inalcanzable es Charcot, a cuya altura «quizá» pueda llegar, si las circunstancias le son favorables, este mozo que por entonces está acercándose a los treinta años.

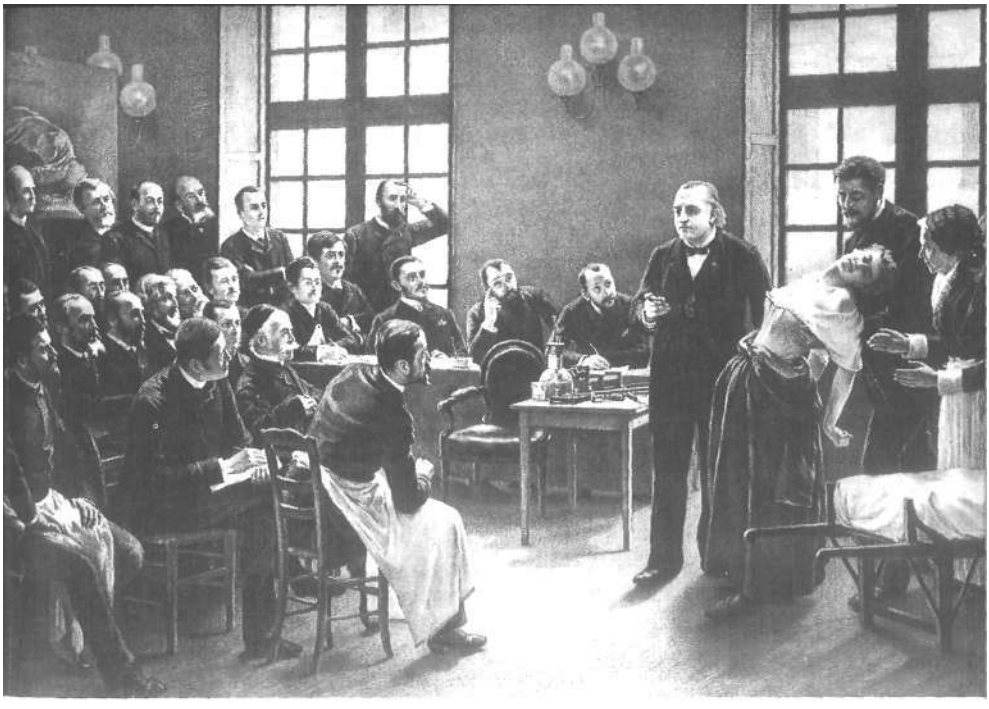
Pero la admiración no puede ser pura secuacidad, cuando el

Jean Charcot dando una lección en la Salpêtrière. Para Freud era éste «uno de los médicos más grandes», aunque reconocía que sus respectivos puntos de vista sobre la psicología de las enfermedades neuróticas eran contrapuestos.

que admira es un hombre genial. Charcot, cuya poderosa inteligencia tiene una indudable condición visiva —«*Je ne suis qu'un visuel*», solía decir a sus discípulos—, y que, por añadidura, ha sido formado en la más pura concepción anatomoclínica del saber médico, acaba de elaborar una teoría de la histeria enteramente fiel a la mentalidad que de consuno le imponen la índole de su talento y el estilo de su formación científica. Nosográfica y patogenéticamente la histeria vendría a ser, *mutatis mutandis*, una entidad morbosa semejante a la esclerosis lateral amiotrófica o a la tabes dorsal.

En efecto. Desde un punto de vista nosográfico, la «gran histeria» es para Charcot un cuadro clínico compuesto por una serie de síntomas —movimientos tónicos, movimientos clónicos, actitudes pasionales, delirio— susceptibles de observación visual y típicamente repetidos en todas las enfermas. La descripción charcotiana es como el relato visual de una secuencia cinematográfica idéntica en cada paciente. Formalmente, la especie morbosa «histeria» sería equivalente a la especie morbosa «neumonía».

A esta tipicidad sintomática correspondería una determinada «lesión», todo lo breve, fugaz y reversible que se quiera, en el sistema nervioso central. Sabe Charcot muy bien que la autopsia del cadáver de una histérica no permitirá descubrir lesiones anatómicas semejantes, en cuanto a visibilidad, a las tan perceptibles de la esclerosis lateral amiotrófica o de la tabes dorsal. Más aún, está bien seguro de no encontrar lesión alguna en la necropsia de las histéricas. Pero si una paraplejia histérica reproduce el cuadro clínico de la paraplejia espástica por lesión orgánica espinal, esto debe hacer pensar que en la médula espinal del histérico se ha producido una lesión —pasajera y capaz de total e inmediata regresión; mas no por ello menos material y menos exquisitamente



localizada— que, en lo esencial, sería equiparable a la que da lugar a la paraplejia orgánica. «*Au fond c'est le même syndrôme*», dice textualmente Charcot. El trastorno histérico tendría su causa inmediata en una representación sensorio-motriz operante sin control *(idée fixe)*, localizada en el sistema nervioso, susceptible de ser reproducida por hipnosis y actuante por las vías del movimiento y la sensibilidad que describen los tratados de Anatomía. La sintomatología y la patogénesis se conocían para hacer de la histeria, pese a su aparente carencia de lesiones anatómicas, una bien caracterizada especie morbosa anatomoclínica.

No va a ser ésta la concepción de Freud. Su personal discrepancia respecto de la doctrina del maestro, tan visible luego, se inicia muy significativamente en un minúsculo suceso de 1886. Poco antes de abandonar París, Freud propone a Charcot «el plan

de un estudio comparativo de las parálisis histéricas con las parálisis orgánicas». El maestro le oye con atención benévola, pero no sigue la fina indicación del discípulo. «No era difícil adivinar —comentará éste en su *Selbstdarstellung* años más tarde— que, en el fondo, no se sentía inclinado a profundizar en la psicología de las neurosis.» Y con penetrante claridad, añade: «Ciertamente, procedía de la anatomía patológica».

Es patente el sentido de esta leve, pero reveladora discrepancia. Como investigador y como clínico, Charcot se enfrenta con la histeria, y ve en esta afección un desorden objetivo y típico de la realidad psicosomática del enfermo. Freud, en cambio, quiere enfrentarse, más que con *la* histeria como enfermedad objetiva y típica, con lo que para el paciente, aunque éste no tenga clara conciencia de ello, es *su* histeria. Para Charcot, la localización de las parálisis histéricas tiene que ajustarse a la anatomía que enseñan los libros, esto es, a la objetiva y permanente realidad del cuerpo humano. Para Freud, esa localización debe acomodarse a la idea que el histérico tenga de su propio cuerpo: «Me proponía demostrar —escribe— que las parálisis y las anestesias histéricas de las diversas regiones del cuerpo se delimitan conforme a la representación vulgar (no anatómica) del hombre». El cuadro clínico del histérico no estaría determinado por la *anatomía objetiva* que enseñan los libros, sino por la *anatomía subjetiva*, si vale decirlo así, que como cambiante y acaso caprichoso saber vulgar hay siempre, a modo de convicción tácita, en el alma del enfermo.

Dos concepciones de la histeria, dos modos contrapuestos de referir el síntoma histérico al cuerpo del individuo que lo hace y padece. El pensamiento filosófico actual nos permite nombrarlos con toda la precisión deseable. Buen anatomapatólogo, Charcot apela, para dar cuenta científica de la histeria, al cuerpo desde

fuera (Ortega), «cuerpo-para-otro» (Sartre) o «cuerpo objetivo» (Merleau-Ponty); Freud piensa, en cambio, que para entender la patogenia de los síntomas histéricos es preciso recurrir a lo que los filósofos de nuestro siglo denominarán «intracuerpo» (Ortega), «cuerpo-para-mí» (Sartre) o «cuerpo fenoménico» (Merleau-Ponty). En el primer caso, la enfermedad no pasa de pertenecer al ámbito fenomenológico de *lo en mí;* en el segundo, de manera más o menos precisa y consciente, la enfermedad se halla inscrita en el dominio fenomenológico de *lo mío.* Lo cual nos indica que esa sutil diferencia inicial entre Charcot y Freud —enero o febrero de 1886— es el primer suceso histórico en que se hace patente la «introducción del sujeto en medicina».

La discrepancia entre el discípulo y el maestro será ostensible y definitiva pocos años más tarde, cuando Freud, de nuevo en Viena, se asocie a Breuer y dé comienzo a su obra personal. Frente a la concepción charcotiana de la histeria —visual, tipificadora, objetivante—, Freud va a proponer otra bien distinta: auditiva (basada, no en lo que el médico ve mirando el cuerpo del enfermo, *hysteria ex visu,* sino en lo que el médico oye cuando el paciente le habla de su alma, *hysteria ex auditu),* individuante (carente de verdadera tipicidad, clínica y patogenéticamente fiel a la máxima de que «cada caso es un caso») y subjetivadora (atenta a la subjetividad consciente e inconsciente del enfermo). Hasta desde un punto de vista sociológico son distintas la histeria de Charcot y la histeria de Freud: aquélla, espectacular, imitativa, colectiva, hospitalaria, proletaria; esta otra, recoleta, original, individual, doméstica, burguesa. Mida el lector la distancia sociológica entre el ambiente de la obra de Charcot y el de la obra de Freud —a un lado, una sala de la Salpêtrière llena de histéricas haciendo su *arc-de-cercle;* a otro, el consultorio de la Berggasse, de Viena—

Planche XXII.

## CATALEPSIE

PROVOQUÉE PAR UNE LUMIÈRE VIVE

Una mujer en trance cataléptico inducido por la acción de la luz. Charcot se valió de estas demostraciones para probar que la histeria y sus síntomas son un desorden objetivo y típico de la realidad psicosomática y anatómica del enfermo.



y tendrá ante los ojos, hecha plástica imagen, la gran novedad sociológica y psicológica del psicoanalista.

El fenómeno neurótico, decía yo antes, es el signo clínico de la «rebelión del sujeto» que ha precedido a la introducción de éste en la medicina. Ahora vemos que tal «rebelión» tuvo una estructura psicológica aparentemente contradictoria. Frente a la objetivación sistemática y exclusiva a que le sometía la clínica vigente a fines del siglo XIX, el neurótico, en efecto, se rebeló obedeciendo y desobedeciendo. La espectacular docilidad de las histéricas de Charcot a la sugestión, ¿qué era, sino una suerte de obediencia imitativa y morbosa al médico que las estudiaba? Y su resistencia a la curación, el contraste entre la facilidad con que sugestivamente «hacían» su enfermedad y la pertinacia con que resistían a la voluntad sanadora del terapeuta, ¿cómo puede interpretarse psicológicamente, sino como desobediencia inconsciente a una terapéutica que desconocía la índole subjetiva y personal del desorden morboso tratado? Obedeciendo a lo que las hacía enfermar, desobedeciendo lo que no podía curarlas, las histéricas de la Salpêtrière son un expresivo signo colectivo de la «rebelión del sujeto» contra la medicina sólo objetivadora del siglo XIX.

Es cierto que la medicina de Occidente ha sido objetivadora desde su nacimiento. No menos cierto es que enfermedades neuróticas —fuese éste u otro el nombre que se les diera— las ha habido siempre: véanse las cifras que da Sydenham en su disertación sobre la histeria. Pero sólo a fines del siglo XIX ha podido decirse con total seriedad «científica» lo que entonces decía un clínico tan distinguido como Leube: que el tiempo empleado por el médico para hacer un buen interrogatorio es tiempo perdido para hacer un buen diagnóstico[8]. Y, por otra parte, las causas de orden histórico y social antes apuntadas hicieron que la frecuencia de

los cuadros neuróticos creciese de un modo muy notorio a fines del siglo XIX y en todo el siglo XX. Sin proponérselo, más aún, sin advertirlo, Charcot fue el sumo detector de ese significativo suceso histórico. En suma: si la «introducción del sujeto» en medicina tuvo su primera señal en la discrepancia entre Freud y Charcot acerca de la localización de las parálisis histéricas, el fenómeno social y hospitalario de la Salpêtrière fue la primera manifestación ostentosa de la «rebelión del sujeto» a que tal «introducción» iba a dar respuesta.

No debo estudiar aquí la obra ulterior a Freud y su proyección sobre el pensamiento y la práctica del médico del siglo XX. Me conformaré mencionando la temprana consideración psicoanalítica de algunas enfermedades orgánicas por parte de varios discípulos directos de Freud (Groddeck, Ferenczi, Deutsch; 1918

a 1922), el estudio de las «neurosis orgánicas» desde el punto de vista del psicoanálisis y de la psicología individual (el libro *Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome*, dirigido por Oswald Schwarz, 1925); la «medicina antropológica» de Viktor von Weizsäcker, la «medicina psicosomática» del mundo anglosajón y, en fin, la paulatina configuración de una nueva mentalidad del médico, cada vez más convencido de que sin la introducción sistemática de métodos psicológicos y sociológicos en el quehacer clínico no puede ser científicamente entendido y tratado el enfermo.

Por razones a la vez clínicas y sociales, la relación entre el médico y el enfermo había de entrar en crisis en la primera mitad del siglo XX y, en efecto, ha entrado. Algo no menos importante que la conversión hipocrática de la medicina empírica y mágica en medicina técnica está aconteciendo desde hace unos decenios en el saber médico y en el arte de curar. ¿Qué se puede decir hoy acerca de esa ingente novedad a que estamos asistiendo? ¿Cómo es, cómo debe ser, cómo puede ser en nuestro tiempo la relación entre el médico y el enfermo? Tratemos de verlo.

# Segunda Parte:

# La relación entre el médico y el enfermo en el mundo actual

Después de haber estudiado lo que la relación entre el médico y el enfermo ha sido en el inmediato ayer, vamos a estudiar lo que hoy está siendo. Y en vista de lo dicho en las últimas páginas, cualquiera podría predecir que en el cuadro han de combinarse dos motivos distintos: la crisis de lo que esa relación fue en la sociedad de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX y la varía respuesta que la sociedad y el médico de nuestro tiempo vienen dando a esa crisis. Pero en lugar de examinar por separado esos dos motivos, creo conveniente dividir mi estudio en tres capítulos, dos de ellos consagrados a exponer cómo la medicina entiende hoy el fundamento y la estructura de la relación entre el médico y el enfermo, y dedicado el tercero a mostrar cómo esa visión teórica —ideal, por tanto— se realiza en los dos principales estilos de la vida colectiva del mundo actual, la sociedad «capitalista» y la sociedad «socialista».

# 4 Fundamento de la relación entre el médico y el enfermo

Contemplada desde fuera, la relación entre el médico y el enfermo adopta en el mundo actual formas muy distintas: el consultorio privado, la sala del hospital, el consultorio público de una institución asistencial socializada, el campo de batalla, tantas más. El enfermo, por otra parte, puede haber elegido libremente al médico o ser atendido por el que le haya asignado la organización política, administrativa o laboral a que pertenece. Por debajo de tales diferencias, ¿posee aquella relación un fundamento común? Yo creo que sí, y pienso que la vieja lección helénica no ha perdido su vigencia. En efecto; sea personalista o socialista el modo de entenderla, hállese regulada por el libre contrato entre dos personas o por las ordenanzas de una organización asistencial, la vinculación entre el médico y el paciente tiene como fundamento, cuando es correcta, la amistad entre ellos; más precisamente, un modo de la amistad —la «amistad médica»— en el cual uno de los amigos, el médico, pone su voluntad de ayuda técnica, y el otro, el enfermo, su menesterosa confianza en la medicina y en el médico que le atiende. Cuando no es así, algo va mal en el ejercicio público o en el ejercicio privado del arte de curar. El problema consiste en saber cómo debe ser entendida hoy esa «amistad médica».

I La asistencia al enfermo suele tener hoy como protagonista el «equipo»; así lo requiere la complejidad técnica de la medicina actual. Pero esa asistencia ha de realizarse necesariamente en una serie de actos médicos —diagnósticos unos, terapéuticos otros—, en los cuales *uno* de los miembros del equipo, sea internista, cirujano, fisioterapeuta o psicoterapeuta, se pone en relación personal y directa con el paciente. Lo cual quiere decir que la medicina en equipo no ha hecho desaparecer una realidad tan vieja como la

medicina misma: que la asistencia técnica al enfermo es en definitiva ayuda de un hombre a otro hombre.

Ahora bien, en la relación de ayuda puede haber modos muy distintos entre sí. Hay, por una parte, la *mutua ayuda* de los camaradas y la de los amigos y los amantes. Aquélla, como sabemos, tiene su razón de ser en el logro de un bien objetivo, exterior, en principio, a cada una de las dos personas que mutuamente se ayudan; al paso que esta otra persigue, en definitiva, la comunión del amigo y el amigo o del amante y el amado en el ente unitario que solemos llamar la «pareja». Dando a estas dos palabras una significación precisa y específica, diremos que la relación de mutua ayuda se realiza en aquel caso como *dúo*, y en éste como *díada* amistosa o erótica. Mas también hay la *ayuda unilateral;* ésa en la cual uno es puro donador de la ayuda en cuestión y el otro puro receptor de ella. Tres me parecen ser sus especies más caracterizadas: el consejo, la educación y la asistencia médica.

En la *relación de consejo*, un hombre ayuda a otro para que éste tome en su vida una *decisión*. Es la forma superior de la «procura» *(Fürsorge)* de Heidegger, la «procura preventiva» de quien, conociendo lo que el otro es y conjeturando lo que en el futuro puede ser, le muestra un camino hacia ese futuro y le deja en libertad para emprenderlo o no. A éste, al aconsejado, es a quien corresponde la decisión personal de seguir o no seguir el consejo recibido. Apenas será necesario decir que, aun siendo formalmente distinta de la amistad en sentido estricto, la relación de consejo es la más próxima, entre las tres nombradas, a la puramente diádica de la amistad y el amor. Es perfectamente posible, en efecto, una genuina amistad en que ninguno de los dos amigos aconseje al otro, y también puede acaecer que el consejero no sea amigo personal del aconsejado; pero no es menos cierto

que la verdadera amistad tiene que expresarse en no pocas ocasiones bajo forma de consejo, y que éste, en tal caso, viene a ser la realización ocasional de una relación diádica.

En la *relación de educación*, el maestro ayuda al discípulo a que éste adquiera un *hábito mental*, que esto es, en definitiva, aprender y saber algo. El acto pedagógico requiere para su perfección cierta amistad: desde Sócrates y Platón sabemos que sin un *erôs paidagôgikós*, psicológica y socialmente realizado como *philía paidagogiké*, no sería posible el arte de educar. Pero esa «amistad pedagógica» no es amistad interpersonal pura, porque —en cuanto amigo, y sin mengua de su buena voluntad para con el otro— el amigo respeta y acepta de buen grado lo que el otro es, al paso que el educador lo es en cuanto que no acepta lo que en aquel momento está siendo su educando y se esfuerza por modificar con su enseñanza ese ser provisional y deficiente. La educación, según esto, se halla más lejos de la relación diádica que el consejo.

Viene en tercer lugar la *asistencia médica*. Quien como médico ayuda a un enfermo, trata de que éste adquiera un *hábito psicosomático;* no otra cosa es la salud. Lo cual, como paulatinamente iremos viendo, exigirá de aquél la práctica de operaciones resueltamente objetivadoras, puesto que la enfermedad, hasta la llamada «mental», es siempre un estado del cuerpo, y primariamente somáticos son los sentimientos que en el alma del enfermo la revelan. La amistad del médico hacia el enfermo —la amistad médica— se halla así todavía más lejos de la pura amistad interpersonal que la amistad pedagógica.

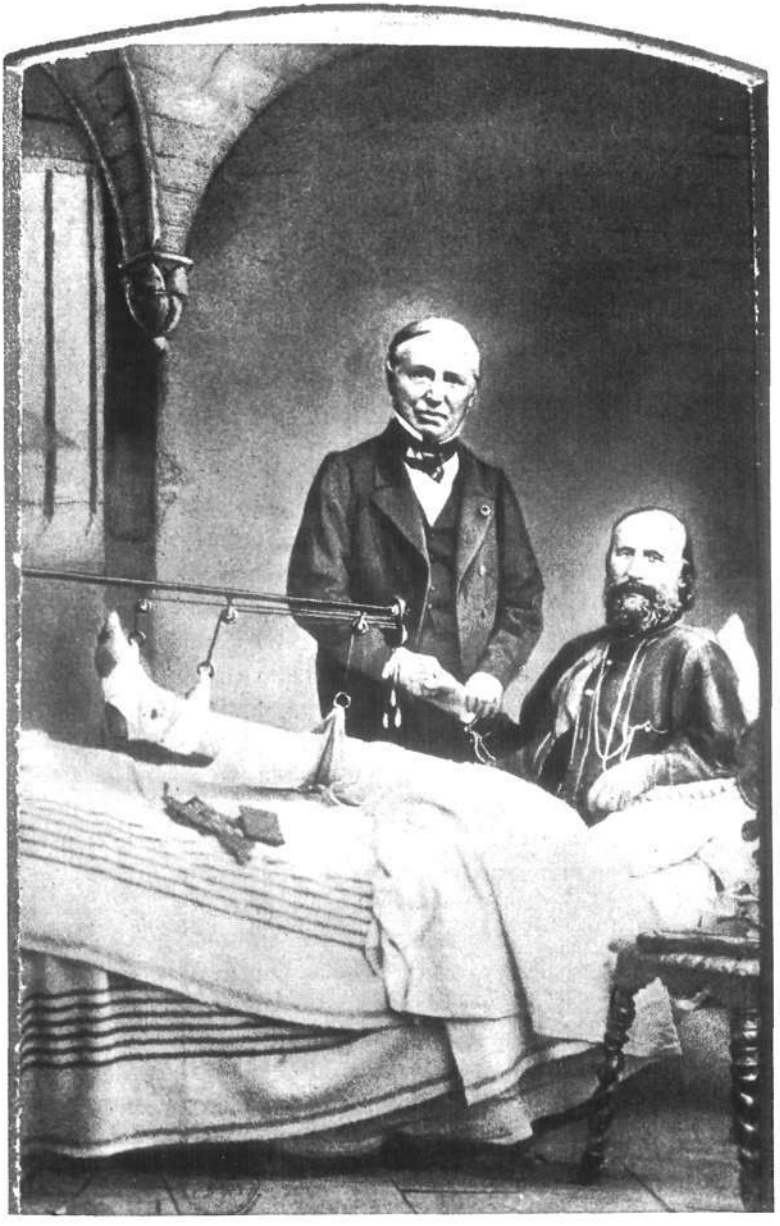
Situadas entre el dúo de la camaradería y la díada de la amistad genuina y el amor, la relación de consejo, la relación educativa y la asistencia médica realizan, cada una a su manera, un modo de la vinculación bipersonal que he propuesto llamar *cuasi-*

Garibaldi, herido en la batalla de Aspromonte en agosto de 1862, con su médico el doctor Nélaton.

*díada*. Todo en la cooperación del dúo es, en principio, mutua objetivación cooperativa de los que en él intervienen; todo en la convivencia de la díada es, en principio, mutua coejecución de los actos psíquicos en que la amistad o el amor van naciendo y expresándose; y así acaece que pueda haber relaciones duales puramente objetivantes (la de los socios que no se preguntan por lo que sea la intimidad personal del otro) y relaciones diádicas puramente coejecutivas (la de los amigos a los que no importa que el otro sea alto o bajo, rubio o moreno). A diferencia de lo que en ambos casos sucede, la dinámica de las relaciones cuasi-diádicas exige necesariamente que en ellas se combinen la objetivación y la coejecución, y que a veces predomine aquélla sobre ésta. Tal es precisamente el caso del médico, incluso en los momentos en que su convivencia con el enfermo haya de ser más puramente psicoterápica.

La relación entre el médico y el enfermo es, en suma, una cooperación cuasi-diádica de ayuda, enderezada hacia el logro, por parte del paciente, del hábito psicosomático que solemos llamar salud; y entre todas las relaciones de ayuda —si no se cuentan casos como el del salvamento de un náufrago y otros análogos— es la más próxima a las que de manera genérica he llamado «objetivantes». Aunque, como luego veremos, tal carácter cuasidiádico no sea óbice para que la relación médica posea un constitutivo carácter social.

Demos ahora un paso más y preguntémonos por la estructura interna de la relación médica, cuando ésta —dejando de lado, por el momento, sus casos viciosos y aberrantes—se establece entre un médico que actúa con vocación de tal y un enfermo con auténtica voluntad de curación, sin una mentalidad mágica o supersticiosa especialmente acusada y con alguna confianza en la capa-



cidad técnica y en la honestidad moral de la persona que le atiende. En la mencionada estructura deben ser aislados, a mi juicio, cuatro momentos principales: el fin propio de tal relación, el modo propio de la convivencia que en ella se establece, el vínculo en que esa convivencia tiene su nervio y, por fin, la comunicación propia entre el médico y el enfermo.

1 El *fin propio* de la relación médica es la salud del enfermo; nada más obvio. Pero acaso sea conveniente subrayar con energía esta aparente obviedad, porque la medicina actual, embriagada a veces por la incipiente y ya fascinante eficacia de sus técnicas para gobernar la naturaleza humana, ha llegado a veces a pensar que el fin último del médico en cuanto tal puede ser, más allá de la salud física del enfermo, la bondad moral del hombre (hacer hombres buenos) o la felicidad del ser humano (hacer hombres felices). La utopía del *brave new world* huxleyano perdura y rebrota con fuerza en Occidente, pese a existencialismos y angustias, después de la Segunda Guerra Mundial. Estimo en mucho la ciencia y la técnica, pero discrepo radicalmente de esa ilusión. Lo propio del médico en cuanto tal no es hacer hombres buenos ni hombres felices, sino hombres sanos. Como médico, no puede ni debe pasar de ahí. Y siendo muy cierto que el hombre sano se halla en más favorables condiciones que el enfermizo y el enfermo para ser bueno y feliz, es preciso pensar, porque así lo impone la condición humana: *a)*, que la bondad y la felicidad del hombre no son consecuencia necesaria de su salud, y dependen ante todo de dos instancias, el uso que la persona en cuestión haga de su libertad en la tarea de edificar su propia existencia y esa misteriosa determinación de la vida humana que los antiguos llamaron «fortuna» y hoy solemos llamar, según sean nuestras creencias religiosas, «azar»

o «providencia»; y *b)*, que la siempre deficiente conquista de esas metas supremas no debe ser objetivo del médico, sino empeño concordante del individuo mismo y de quienes tienen a su cargo la ordenación de la sociedad y la proposición de fines últimos a la existencia del hombre (políticos, educadores y sacerdotes). Un hombre sano puede ser bueno o malvado y desgraciado o feliz, y lo será según la peculiaridad del mundo en que viva, el empleo que haga de su libertad y el signo favorable o desfavorable de su suerte. Quiero repetirlo: el fin propio de la relación entre el médico y el enfermo es la salud de éste; mejor dicho, la máxima salud que permitan su constitución individual, su pasado y la índole de la enfermedad que padezca. A tal fin último deben ordenarse siempre los dos fines subordinados de la asistencia médica a que damos los nombres técnicos de «diagnóstico» y «tratamiento».

2 El *modo propio de la convivencia* entre el médico y el enfermo consiste, como antes apunté, en la adecuada combinación de las operaciones objetivantes y las operaciones coejecutivas que en cada caso hagan necesarias el diagnóstico y el tratamiento. Operaciones objetivantes son, por ejemplo, las de hacer diagnósticamente patentes una caverna pulmonar, una esclerosis renal o una idea obsesiva, y las de hacer terapéuticamente eficaces una gastrectomía, una cura insulínica o un tratamiento psicoanalítico; operación coejecutiva, la de convivir psíquicamente —en la medida y el modo en que esto es posible— el sentido que para la persona del enfermo tiene la enfermedad que padece. Pues bien; el médico debe convivir con el paciente completando metódicamente la objetivación con la coejecución y la coejecución con la objetivación.

En el capítulo subsiguiente indicaré cómo puede ser cumplida

BASIS CHIRURGIÆ
FIRMISSIMA
RATIO.
IOHANNI
DOLÆI
ENCYCLOPÆ
DIA.
CHIRURGICA
RATIONALIS

Los cirujanos del siglo XVII se veían obligados a defenderse contra el charlatanismo y con frecuencia apelaban a la «Razón», como en este frontispicio de la enciclopedia quirúrgica de Johan Daleus, Francfort 1689. Actualmente, sin embargo, la cirugía se caracteriza tanto por la comprensión de cómo va a reaccionar el individuo a sus posibilidades, como por el conocimiento objetivo que aquéllos dan por sentado.

esa doble tarea. Ahora quiero limitarme a mencionar un ejemplo extremo. He aquí un cirujano operando el cuerpo anestesiado de su paciente; en apariencia, un puro objeto que él contempla, palpa, incinde y maneja. En el curso de su intervención, ¿puede limitarse el *buen* cirujano a objetivar contemplativa y operativamente la realidad del enfermo? En modo alguno. Léríche ha subrayado más de una vez la obligación de imaginar lo que para el paciente va a ser la cicatriz que la operación dejará en su cuerpo. Hay que elegir la incisión que en cada caso deje una huella más tolerable, y esto exige conocer la personalidad del operado, prever su vida futura y conjeturar cómo reaccionará ante las diversas eventualidades de esa vida; por tanto, coejecutar imaginativamente las posibles actitudes y respuestas de la *persona* cuyo cuerpo está incindiendo el bisturí.

La necesidad de las operaciones objetivantes del médico es sobremanera obvia. Pero —deliberadas o no— no son menos necesarias las operaciones coejecutivas, aunque su importancia real varíe según los tres modos cardinales de enfermar: la enfermedad aguda, la enfermedad neurótica y, entre una y otra, la enfermedad crónica.

En la *enfermedad aguda* —una neumonía, un cólico nefrítico, etcétera— son mínimas la posibilidad y la importancia médica de la coejecución interpersonal. Los sentimientos que patentizan el estado de enfermedad —el dolor físico, el vértigo, el embotamiento febril, etc.— son radicalmente incoejecutables. El dolor de muelas es de quien lo padece y de nadie más, y ésta es la razón por la cual, en tales casos, un diagnóstico y un tratamiento sólo atenidos a la objetivación pueden ser técnicamente suficientes. Pero la perfección de ese diagnóstico y ese tratamiento, ¿no exigirá conocer coejecutivamente lo que la enfermedad en cuestión es y significa

en la vida del enfermo? Y tal conocimiento, que en última instancia habrá de ser imaginativo y conjetural, ¿no requiere acaso por modo ineludible una actividad netamente coejecutiva?

Bien distinto es el caso de la *enfermedad neurótica*. Imaginemos, para mayor claridad, que se trata de una neurosis obsesiva. El médico comienza por oír al enfermo el relato de su dolencia; y oyéndole, le comprende y coejecuta *de algún modo* en su alma las dudas y obsesiones que el enfermo está viviendo en la suya. Pero este diagnóstico coejecutivo o comprensivo no sería realmente un «diagnóstico médico» si el clínico no llevase a término una triple faena de objetivación: la contemplación de las ideas obsesivas del enfermo como verdaderos «objetos mentales», el descubrimiento del mecanismo psicológico por el cual esas ideas han llegado a producirse y —puesto que la enfermedad es siempre del cuerpo, aunque a veces su concreto desorden somático se nos escapa— el hallazgo de la alteración corporal u «objeto físico» en que tal neurosis tenga su causa inmediata.

Entre la enfermedad aguda y la enfermedad neurótica hállase la *enfermedad crónica*, aquella con la cual el enfermo se ve obligado a contar para planear y hacer su vida. Es frente a ella, pues, cuando la convivencia entre el médico y el paciente más imperativamente tiene que ser tránsito sistemático de la objetivación a la coejecución y de la coejecución a la objetivación; por tanto, cuando la asistencia médica alcanza su máxima complejidad. Ocasión habrá de verlo.

3 Llamo *vínculo propio* de la relación médica a aquel en cuya virtud cobran realidad concreta los actos de convivencia objetivante y coejecutiva antes mencionados. ¿Qué índole específica posee la vinculación de que esos actos nacen y que con ellos ma-

terialmente se constituye? La respuesta no puede ser unívoca, porque la índole de ese vínculo dependerá de lo que sean la intención del médico y la actitud del enfermo cuando se encuentran entre sí. Pronto veremos el abanico de las distintas posibilidades reales. Pero sin mengua de tal diversidad, desde los hipocráticos hasta hoy esta sentencia viene repitiéndose: cuando la asistencia médica es lo que debe ser, el vínculo que une entre sí al médico y al enfermo es el amor. «El más hondo fundamento de la medicina —escribió lapidariamente Paracelso— es el amor... Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos. Pues el amor es lo que nos hace aprender el arte, y fuera de él no nacerá ningún médico.»

No debo repetir aquí cuanto en páginas anteriores he expuesto acerca de los sucesivos modos de entender la «amistad médica». A reserva de volver más adelante sobre el tema, diré tan sólo que en la entraña de la vieja *philia* ha descubierto el psicoanálisis el vínculo unitario a que técnicamente hoy llamamos «transferencia». He aquí el texto de Freud en que por vez primera —sus *Studien über Hysterie*, de 1895— se alude a ella: «En los enfermos que se deciden a entregarse al médico y a poner en él su confianza, por supuesto que voluntariamente y sin ser requeridos a ello, no puede evitarse que, por lo menos durante algún tiempo, aparezca inconvenientemente en primer plano una relación personal con el médico, y hasta parece que tal influjo del médico sea indispensable para la resolución del problema (terapéutico)». Años más tarde, el propio Freud dará el nombre técnico de «transferencia» a esa «relación personal».

4 El cuarto momento estructural de la relación médica es la *co-*

*municación propia* entre quienes la constituyen; esto es, el conjunto de los principales recursos técnicos a que el médico debe apelar para que sus operaciones de objetivación y coejecución cobren realidad efectiva: la mirada, la palabra y el silencio, el contacto manual y la relación instrumental. Para comunicarse con su paciente, el médico le mira, le habla y le escucha, pone sobre él sus manos, emplea los más diversos instrumentos exploratorios o terapéuticos. En un parágrafo ulterior hemos de estudiar con algún detalle lo que cada uno de esos diversos medios de comunicación representa en la vinculación entre el terapeuta y el enfermo. Mas para ello creo necesario examinar de antemano los motivos determinantes del encuentro entre uno y otro.

II La figura que en cada caso particular adquiere la relación entre el médico y el enfermo depende ante todo de la circunstancia histórica y social en cuyo seno ambos se han encontrado entre sí, de la actitud personal del paciente ante su enfermedad, ante la medicina y ante el médico y de la personal posición de éste frente al ejercicio de su arte y respecto del paciente que en aquel momento lo requiere. Haciendo abstracción, por ahora, de cuanto atañe a la estructura social de la relación entre médico y enfermo, estudiemos cómo uno y otro se sienten movidos a encontrarse.

1 Veamos en primer término los *motivos del enfermo*. He aquí un enfermo cualquiera. Vista desde fuera, su situación puede ser muy distinta: su propio lecho, un consultorio privado, un consultorio público. Pero, cualquiera que sea la circunstancia real, ¿pueden ser sistemáticamente ordenadas las distintas motivaciones de su encuentro con el médico? Tres cuestiones distintas parece necesario deslindar:

El estetoscopio, instrumento técnico
para la comunicación médica.
El doctor Laennec (1781-1826), su inventor,
reconociendo a un enfermo en el Hospital Necker de París.
Según un fresco de Theobald Chartran
que se encuentra en la Sorbona.

Primera cuestión: *¿qué fin ha movido al enfermo a buscar la ayuda médica a que de hecho recurre?* Creo que esta cuestión debe ser dividida en tres, correspondientes a los tres órdenes de motivos que pueden operar en la solicitud de asistencia médica: motivos tocantes al enfermo mismo, al contorno social del enfermo y a la elección de médico.

Por lo general, el enfermo acude al médico para lograr la salud; el *deseo de salud* es, entre todos los motivos tocantes al enfermo mismo, el más frecuente. Conviene tener muy en cuenta, sin embargo, que en el deseo de salud hay grados y modos. Hay enfermos que anhelan con vehemencia estar de nuevo sanos, y tal anhelo existe tanto en las zonas conscientes de su psiquismo como en las inconscientes. Hay otros en los cuales ese deseo es tibio, bien por una depresión habitual u ocasional de su vitalidad, bien por tal o cual razón particular. Hay algunos, en fin, en quienes puede observarse, a este respecto, una discrepancia entre su actitud consciente y su actitud inconsciente; en ocasiones porque bajo una aparente indiferencia respecto de la salud propia late un fuerte deseo de sanar y de vivir; otras veces porque la voluntad de sanar, acaso aparatosa a primera vista, oculta un *taedium vitae* más o menos acusado en las zonas profundas del alma.

Mas no siempre es el anhelo de la salud perdida lo que principalmente mueve al enfermo hacia el médico. Hay casos, en efecto, en que lo dominante es el *deseo de diagnóstico*, una apremiante *necesidad* de «saber lo que se tiene». La intensidad que el imperativo de «saber a qué atenerse» alcanza en el hombre moderno suele dar un gran relieve a este motivo de la relación médica, incluso cuando es fuerte el miedo del enfermo a la enfermedad. El hombre culto actual exige casi siempre un conocimiento preciso de su diagnóstico, y en busca de él, no sólo en busca de salud, sue-

le ir al consultorio médico. Y en determinados casos, también el campesino. Por lo que al campesino gallego se refiere, véanse las reflexiones médico-antropológicas del doctor García-Sabell.

Hay ocasiones en que es otro el motivo que domina en el alma del enfermo: un propósito más o menos consciente de buscar *refugio en la enfermedad* y, por tanto, *refugio en el médico*. Apenas será necesario mencionar la intensidad con que ese propósito se hace visible en las neurosis de renta y en las de guerra; pero no es preciso recurrir a tales ejemplos extremos para descubrir su realidad y su frecuencia, incluso en los sujetos aparentemente más dueños de sí mismos.

Quedan por mencionar los casos en que el hombre que acude al médico no se siente enfermo. Dos parecen ser los más importantes: la *exploración precautoria* (el *chequeo*, según el tan difundido anglicismo) de quienes desean confirmar su estado de salud o descubrir un desorden morboso hasta entonces desconocido; y la *simulación*, el propósito de engañar al médico con síntomas fingidos. Un ejercicio de la medicina cuidadoso y fino dará al problema de la simulación una importancia considerable. ¿Dónde empieza y dónde acaba la simulación en patología? ¿Es sólo simulador el sujeto que con plena deliberación y con habilidad mayor o menor finge ante el médico una ciática o una ambliopía? Responder afirmativamente a esta última interrogación sería, en mi opinión, muy excesivo simplismo.

Vienen en segundo lugar los motivos concernientes al *contorno social del enfermo*. Por muy autónoma y personal que parezca ser, la decisión de «ir al médico» o de «llamar al médico» lleva siempre a *los otros* dentro de sí. Sépalo o no el enfermo, siempre hay «otros» presentes en su alma —su cónyuge, sus hijos, sus padres, otras personas— cuando se decide a buscar ayuda médica,

ube pinxit.

L'Empereur dit à Larrey : « Je serais bien heureux de n'être entouré que par des hommes tels que vous.

y no será buen clínico quien no sepa preguntarse por ese secreto mundillo intencional del hombre que le ha requerido. La impulsión puede proceder de «los otros próximos», es decir, de las personas de carne y hueso que rodean al enfermo y se hallan en inmediato contacto con él, o de ese gran «otro» impersonal y colectivo que es la sociedad. El enfermo acude entonces al médico de alguna manera impulsado por la coacción que sobre él ejerce su pertenencia al cuerpo social. Cuando en una sociedad es vigoroso el interés sanitario, el ciudadano se ve obligado a someterse a diversas prácticas exploratorias o preventivas. Cuando es el interés económico el que predomina, la obligación médica pesará sobre el ciudadano en tanto que trabajador. Otras veces decidirá la condición de soldado. Algunas, la responsabilidad dimanante del puesto directivo que en la sociedad ocupe la persona en cuestión. A título de ejemplo, léase en las *Memorias* de Ernst von Bergmann lo que fue la asistencia médica al emperador Federico III de Alemania, apenas ceñida la corona, con motivo del cáncer laríngeo que causó su muerte.

Hay, por último, motivos concernientes a la *elección de médico*. Buscando la salud, el diagnóstico o un refugio de su desvalimiento, movido por decisión propia o impulsado desde fuera de él, un enfermo está dispuesto a «ir al médico» o a «llamar al médico». ¿A cuál irá, a cuál llamará? Cuatro son las posibilidades típicas: *a)* El enfermo elige *a tal médico*. El prestigio público de éste es entonces lo que lleva a pensar en él. En principio, es la posibilidad óptima para que el encuentro sea médicamente favorable. *b)* El enfermo acude *al médico*. Un compromiso previo más o menos libremente adquirido —un contrato de iguala, la pertenencia a una organización asistencial, la residencia en un pequeño poblado, etc.— canaliza hacia un médico determinado el menester

del paciente. Este no elige al técnico que va a asistirle, pero le conoce antes de requerir sus servicios. *c)* El enfermo acepta *al médico que le ofrecen* y que él no conoce: el que le brinda la institución asistencial a que como trabajador, funcionario o soldado obligatoriamente pertenece. En tales casos, entre el médico y el enfermo se interpone una organización, la que sea, y el crédito de ésta favorece o perturba, según sea bueno o malo, la relación terapéutica. *d)* El enfermo recurre *a un médico cualquiera*, al que se halle más a mano en el momento de necesitarlo. No puede ciertamente afirmarse que sea ésta la más deseable eventualidad para la iniciación de la asistencia médica; pero varias de las circunstancias que en ella concurren —menester imperioso del paciente, inexistencia de prejuicios en relación con el médico; éste es tan sólo una personificación de «la medicina» o de «la ciencia»—, en modo alguno son desfavorables para que esa asistencia transcurra aceptablemente. Suponiendo, claro está, que el clínico requerido posea una decorosa suficiencia técnica.

Segunda cuestión: *¿cómo el paciente ha llegado a sentirse enfermo?* El «cómo» de esta interrogación se refiere, naturalmente, a la instauración del «sentimiento de enfermedad», tema sin relieve en la patología y la clínica tradicionales y cada vez más cuidadosamente estudiado por la medicina actual. Examinaré brevemente la estructura y la génesis de ese sentimiento.

En la *estructura real* del sentimiento de enfermedad hay que distinguir lo que en él es vivencia y lo que en él es mecanismo neurofisiológico. El *sentimiento genérico de estar enfermo* —lo que genéricamente unifica todos los posibles sentimientos particulares de enfermedad: el dolor, el vértigo, el embotamiento febril, la impotencia motora, la idea obsesiva, la ansiedad, la amnesia, etcétera— no es una vivencia simple. Con preponderancia mayor

o menor de una o de otra, en él se integran, a mi juicio, hasta siete vivencias elementales bien discernibles entre sí: la invalidez, la molestia, la amenaza, la succión por el cuerpo, la soledad, la anomalía y el recurso. Entiendo ahora por *invalidez* la incapacidad parcial o total para ejecutar alguna de las funciones o de las acciones propias de la vida humana. En toda enfermedad hay, en efecto, un «yo no puedo». *Molestia* es, genéricamente, la aflicción inmediata de estar enfermo, cáusela el dolor físico *stricto sensu*, la ansiedad, la depresión, etc. La enfermedad lleva consigo una vivencia de *amenaza;* el ser-a-muerte de los análisis ontológicos de Heidegger se hace experiencia psicológica consciente o subconsciente, según los casos, por obra de la enfermedad. Llamo *succión por el cuerpo* al hecho de que éste, cuando está enfermo, atrae imperiosamente hacia sí la atención y aun toda la vida psíquica de la persona. Tal es la causa de la peculiar *soledad* del enfermo. Psíquicamente, la enfermedad aísla. La vivencia de *anomalía* es el correlato psíquico de la «anormalidad» de que habla la patología objetiva: el enfermo se siente «anómalo» respecto de los hombres sanos que le rodean. El estado de enfermedad, en fin, es vivido como *recurso:* el enfermo siente que su dolencia, además de invalidarle, afligirle, amenazarle y aislarle, le sirve para algo.

Invalidez, molestia, amenaza, succión por el cuerpo, soledad, anomalía, recurso; tales son las vivencias integrantes del sentimiento genérico de estar enfermo. Con predominio más o menos visible de unas o de otras, todo enfermo las lleva en su alma. A ellas se agregan, matizándolas, las que proceden de la especie morbosa padecida (neumonía, úlcera gástrica, etc.), y las que pone la constitución típica e individual del paciente: su sexo, su edad, su raza, su biotipo, etc. Y todas ellas surgen en virtud de la actividad de las formaciones anatómicas que nos permiten sentir nues-

Esta fotografía («Apagándose») muestra a una joven muriéndose de una enfermedad incurable e ilustra claramente muchos elementos y sensaciones propias del estar enfermo. En 1850 era ésta una escandalosa idealización de un asunto trágico. En realidad la fotografía está compuesta a base de cinco negativos diferentes y la enferma era una chica perfectamente sana y maquillada como una moribunda.

tro propio cuerpo: receptores extero y propioceptivos, sistema vegetativo, sustrato anatómico del «esquema corporal», sustancia reticular, hipotálamo, centros mesencefálicos. Tal es, en sus grandes rasgos, el *mecanismo neurofisiológico* del sentimiento de enfermedad.

Psicológicamente considerada, la *génesis* del sentimiento de enfermedad es el tránsito del «bienestar» propio del estado de salud —consistente, por lo pronto, en no sentir penosamente el propio cuerpo— al «malestar» del estado de enfermedad. No será inoportuno consignar aquí la importancia de la situación histórico-cultural y del *status* económico-social en la configuración del sentimiento de estar enfermo. El hecho de que en el alma de un hombre predomine una actitud mágica o una mentalidad racionalizada y científica, ¿puede no influir sobre la manera de sentir la enfermedad? Los tongas de Africa consideran que los vermes intestinales son necesarios para la digestión humana; en ciertas

tribus de América del Sur no se atribuye carácter morboso al *pinto*, una espiroquetosis discrómica (Ackerknecht), y hasta hace pocos años, según las investigaciones médico-sociológicas de Lawson, entre los aldeanos griegos no eran tenidas por morbosas, en el sentido fuerte de esta palabra, afecciones como el tracoma y el acné puberal. En cuanto a la influencia del *status* económico-social en la génesis del sentimiento de enfermedad, me limitaré a mencionar los convincentes hallazgos de Koos. Este autor ha estudiado la relación entre la clase social y la atribución de carácter morboso a determinados síntomas: pérdida de apetito, dolor lumbar reiterado, tos pertinaz, dolores musculares o articulares persistentes, menorragia excesiva, etc. En las clases elevadas, un 57 por 100 de quienes la sienten atribuye carácter morboso a la pérdida de apetito; en las clases medias, un 50 por 100; en las clases bajas, un 20 por 100. Todavía son más significativas las cifras concernientes a la tos pertinaz (77 por 100 entre las clases altas, 23 por 100 entre las clases bajas), a los dolores articulares y musculares (80 y 19 por 100, respectivamente) y a otros síntomas subjetivos y objetivos. Inevitablemente vendrán a la memoria del lector los incisivos textos de Platón contra los ciudadanos de vida muelle que por la menor molestia llaman al médico.

Tercera cuestión: *¿cómo el paciente ha respondido al hecho de sentirse enfermo?* Previamente a su decisión de acudir o no acudir al médico, ¿qué ha pasado en su alma, en relación con su sentimiento de enfermedad? Pienso que en la respuesta del paciente deben ser distinguidos tres aspectos: el afectivo, el interpretativo y el operativo. En su *aspecto afectivo*, la respuesta del paciente a su sentimiento de enfermedad puede adoptar multitud de formas: la rebeldía contra él, la aceptación resignada, la depresión, la apatía, la ansiedad, la desesperanza, el gozo larvado, la

La cultura de una sociedad influye sobre la conducta de sus miembros frente a la enfermedad e incluso sobre la manera de sentir el dolor. Un hechicero esquimal, en trance, extrae la enfermedad de la cabeza de su paciente con un garrote.

infantilización, tantas más. A título de único ejemplo, he aquí el sentimiento de dolor. ¿De qué modo responde a él quien lo padece? M. Zborowski ha estudiado cómo en los hospitales de los Estados Unidos se conducen frente al dolor los miembros de distintos grupos culturales: italianos, judíos, irlandeses y *old americans*. Los italianos y los judíos exageran la expresión de su dolor; para ellos, quejarse no es cosa que socialmente descalifique. Los irlandeses suelen sufrirlo más estoicamente; manifestar aparatosamente el dolor no les parece «decoroso». Los «viejos americanos», en fin, tratan de conducirse «objetivamente» frente al dolor.

Todo lo cual, el propio Zborowski lo subraya, influye de manera decisiva en la relación del enfermo con el médico que le atiende. La respuesta del enfermo tiene, por otra parte, un *aspecto interpretativo:* el paciente interpreta de algún modo su sentimiento de estar enfermo. Cuatro son, a mi juicio, las interpretaciones típicas que a lo largo de la historia ha dado el hombre al hecho de enfermar: el castigo, el azar, el reto y la prueba. El hombre ha pensado que la enfermedad existe para expiar alguna culpa que el enfermo ha cometido (Asiria y Babilonia, Grecia antigua, Israel), como consecuencia de una necesidad azarosa e incomprensible (la enfermedad como infortunio o *a-tykhía;* así en el *Encomio de Helena,* de Gorgias, y en *La peste,* de Camus), como un reto lanzado a la capacidad inventiva y técnica del hombre (tal es, desde los hipocráticos, la interpretación propia del médico científico) o como una prueba en que el paciente puede alcanzar mérito personal o caer en demérito (actitud cristiana). Pero además de ser afección e interpretación, la respuesta al sentimiento de enfermedad posee un *aspecto operativo.* El enfermo, en efecto, comunica o no comunica su estado a los demás, decide guardar cama o seguir en pie, emprende tal o cual práctica mágica, religiosa o científica, llama o no llama al médico, etc. Consideremos la situación del paciente en este trance. Se ha sentido enfermo. Ha respondido afectiva e interpretativamente a ese sentimiento. Después de ésta o la otra práctica, ha decidido ir al médico; mas precisamente, *a tal* médico, *al* médico o *a un* médico. ¿Cuál será su actitud previa frente al hombre que técnicamente va a tratarle? Todos los motivos que en las páginas precedentes hemos estudiado se concitarán en la determinación de la respuesta.

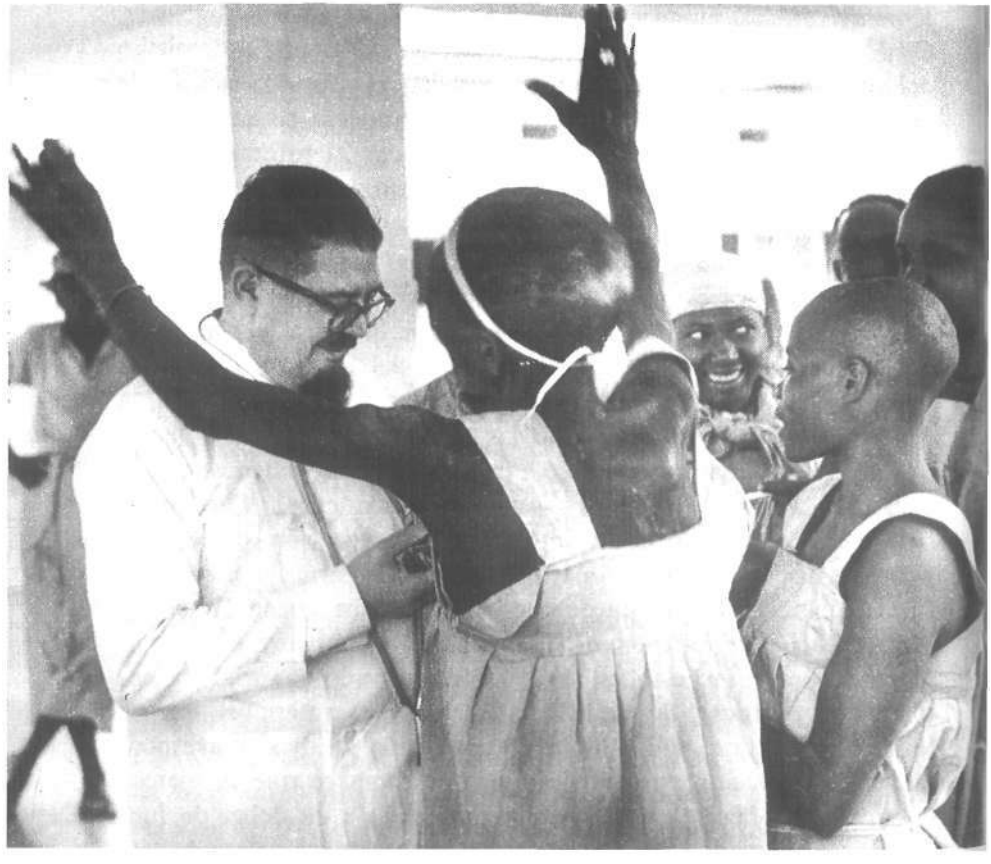
2 Hemos de examinar ahora, siquiera sea sucintamente, los *mo-*

*tivos del médico* en su encuentro con el que va a ser su paciente. Cualquiera que sea la concreta situación de aquél —domicilio del enfermo, hospital, consultorio público o privado, campo de batalla, etc.—, ¿pueden ser reducidos a esquema sistemático los diversos motivos posibles de su encuentro con el enfermo? Como en el caso anterior, desglosaré el tema en tres cuestiones.

Primera cuestión: *cómo el médico siente y realiza su condición de tal médico.* En el modo de ser un individuo determinado se combinan tres motivos distintos, la vocación, la formación y la profesión. En la vocación del médico se integran una mayor o menor inclinación del ánimo a la ayuda del menesteroso, y por tanto del enfermo, y una afirmación, si se quiere deportiva, a vencer científica y técnicamente las dificultades y los problemas que presenta la naturaleza. Sólo aquél en quien se junten estas dos instancias vocacionales podrá ser un médico cabal. Pues bien; hay médicos con vocación intensa y con vocación defectuosa. Sobre la disposición vocacional opera, dándole forma y eficacia, la formación técnica, que puede ser más o menos buena. Y una y otra, vocación y formación, se actualizan operativa y socialmente en la profesión, esto es, en el modo privado y social de entender y practicar la medicina. En páginas anteriores expuse los cuatro modos cardinales de la profesión médica, correspondientes a los cuatro principales fines del hombre que la ejerce: el saber científico, el lucro, el cumplimiento de un deber de funcionario y el más noble de todos ellos, la voluntad de ayuda técnica al menesteroso de ella.

Segunda cuestión: *cómo el médico es persona.* En el médico ideal, ¿hay un modo peculiar de ser hombre? Con otras palabras: ¿existe una «personalidad médica»? En principio, y supuestos cierto talento y una mínima vocación, cualquier hombre puede

Vinculación afectiva entre el médico y el enfermo.
En Ruanda, Urundi, el doctor Vyncke trabajando en una sala de enfermos psiquiátricos africanos.



ser médico. Pero esto no excluye que para ser «buen médico» sean necesarias ciertas dotes temperamentales, intelectuales y éticas. Entre aquéllas, la simpatía vital, esa suerte de halo caliente y acogedor, dentro del cual todos o casi todos llegan a sentirse inmediatamente cómodos. De los hombres que la posean con intensidad podría decirse, dando un giro a la conocida expresión de Tertuliano, que son «naturalmente médicos». Entre las dotes intelectuales, la capacidad para la observación comparativa y la imaginación para el conocimiento de la vida anímica ajena. Entre las virtudes éticas, la buena disposición constante para la práctica de lo beneficioso y la prontitud, tantas veces elogiada por Marañón, para la invención del deber no escrito. Mucho puede hacer la buena y firme voluntad para el logro de todos estos rasgos caracterológicos del buen médico. *Quod natura non dat, Salmantica non praestat*, dice un viejo refrán académico. Cierto. Pero también es posible decir, complementariamente: *Quod natura non dat, bona voluntas praestat*. Basta tender la vista en torno para convencerse de ello.

Tercera cuestión: *cómo el médico se halla dispuesto frente al enfermo a que va a asistir*. Cuando el médico conoce previamente al paciente, su previa disposición vendrá decidida por su experiencia. «Vaya, otra vez el pelma de Fulano», piensa en ocasiones. Otras veces, en cambio, nada sabe acerca del enfermo a quien va a tratar. ¿Será éste un «buen enfermo»? ¿Será, como suele decirse, un «hueso»? La situación, la idea de sí mismo y la ocasión son ahora las instancias que determinan la disposición del médico. La situación: que el clínico se halle cómoda o incómodamente instalado en el modo de su ejercicio profesional. La idea de sí mismo: que íntimamente esté o no esté convencido de su suficiencia técnica. La ocasión: el singular mo-

mento de la vida del clínico en que el encuentro médico va a celebrarse. ¿Cuántas veces es defectuosa la relación entre el médico y el paciente porque aquél —valga este ejemplo— está a punto de salir de vacaciones?

Cada uno con sus respectivos motivos, el médico y el enfermo van a encontrarse entre sí. Los personajes están ya dispuestos, y va a levantarse el telón. ¿Qué comedia feliz o qué drama resultarán de tal encuentro? ¿Cómo el fundamento de su mutua relación —la «amistad médica», en el mejor de los casos— va a hacerse exploración, diagnóstico y tratamiento? Veámoslo.

# 5 Estructura de la relación entre el médico y el enfermo

Estudiaremos sucesivamente la comunicación entre el médico y el enfermo, los momentos afectivo, cognoscitivo, operativo y ético de la relación médica y la condición social de ésta.

I Tan pronto como se han encontrado médico y enfermo se comunican entre sí: uno y otro se miran, se hablan y se escuchan; y mediante los recursos técnicos de la exploración —inspección, anamnesis, exploración manual e instrumental—, el clínico va estableciendo su diagnóstico y dando base científica al tratamiento.

1 Ante todo, médico y enfermo se miran entre sí. ¿Qué sucede entonces entre ellos? Según Sartre, la mirada entre dos hombres es *en su esencia* un conato de objetivación recíproca, una pugna entre dos libertades, en la cual cada una trata de convertir a la otra en puro «objeto». «Toda mirada es un acto de agresión», ha escrito, por su parte, Ernst Jünger. Pero no siempre es así. La intención del que mira a otro puede no ser pura voluntad de objetivación, y así lo demuestran, entre otros ejemplos posibles, la mirada del enfermo al médico y la del médico al enfermo.

Cuando el enfermo confía en el médico, suele acercarse a él con una *mirada petitiva*. Más que un objetivo dotado de precisión especial y temporal, ve en él una realidad capaz de ayuda y no susceptible de cálculo. Supuesta entre ellos una relación ideal, el médico no pertenece para el paciente al mundo del proyecto, sino al mundo de la esperanza. Aunque en ocasiones la mirada del enfermo pueda ser también exigente, objetivante y hasta retadora.

Más compleja de ordinario que la del enfermo, la mirada del médico —del buen médico— suele expresar tres intenciones prin-

cipales: 1.ª Una intención *envolvente*. Con ella, la mirada procura un ámbito de refugio a la existencia menesterosa del paciente. Como hay una mirada-prisión, hay también una mirada-regazo, y así debe ser la del médico. 2.ª Una intención *inquisitiva*, dirigida tanto al conjunto y a los detalles del cuerpo del enfermo como —a través de los signos expresivos de éste— al interior de su alma, al mundo invisible de sus pensamientos y sus intenciones conscientes o inconscientes. 3.ª Una intención *objetivante*. Cuando el médico encuentra lo que busca o halla algo que no buscaba, su mirada debe «objetivar» el hallazgo; aunque para ser verdaderamente «médica» la objetivación haya de quedar ordenada en el amplio seno de la intención que antes he llamado envolvente. Nunca el clínico debe mirar al enfermo como el entomólogo mira al insecto. El médico, en suma, *percibe* algo con su mirada en la realidad objetiva del enfermo, y a través de su mirada *da* algo a la persona de éste.

No me parece cosa impertinente postular la necesidad de una *opsitécnica clínica*. Al médico se le enseña a percutir y auscultar, a explorar los reflejos, etc. No menos debe enseñársele a mirar al enfermo: un mirar que no sea tan sólo la inspección que describen los manuales de semiología y tenga en cuenta, además, la condición humana y personal de la realidad por él mirada.

2 Además de mirarse, el enfermo y el médico se hablan entre sí. Conviene tener en cuenta que el diálogo entre el médico y el enfermo es *siempre* y *a la vez* diagnóstico y terapéutico. Pero esto no es óbice para que técnicamente convenga separar la *anamnesis* (el diálogo en que predomina la intención diagnóstica) y la *psicoterapia verbal* o *logoterapia* (el coloquio de intención preponde-

rantemente terapéutica). Mis reflexiones van a referirse, por el momento, a la primera.

En el diálogo anamnéstico hay que distinguir su *formalidad* y su *contenido;* esto es, el hecho de que tal comunicación sea «diálogo» y lo que en éste se dicen entre sí el médico y el enfermo.

Formalmente considerada, la *participación del enfermo en la anamnesis* se halla constituida por expresiones sonoras paraverbales, expresiones verbales *stricto sensu* (palabras) y silencios.

Llamo *expresiones sonoras paraverbales* a todos los elementos fonéticos de la conversación no configurados como palabras: suspiros, respiraciones profundas, exclamaciones más o menos reprimidas, arrastre de consonantes, nasalización de ciertas sílabas, interrupciones, etc. Auxiliados por el lingüista Ch. F. Kockett, los psiquiatras R. E. Pittenger y J. Danehy han demostrado la gran importancia que en la entrevista clínica, sobre todo en sus primeros minutos, poseen estos fonemas paraverbales de la comunicación. Y la investigación bioquímica más rigurosa (eliminación de catecolaminas y 17-hidroxicorticosteroides en los estados de ansiedad y en la entrevista terapéutica; trabajos de Hoagland, Dell, Elmadjan y otros) enseña cómo en la expresión paraverbal es muy honda la participación del cuerpo.

Esto, sin embargo, no rebaja la importancia preponderante de la *expresión verbal* propiamente dicha. Por el simple hecho de ser tal palabra, independientemente, por tanto, de lo que con ella se diga, ¿qué función cumple la expresión verbal en la relación médica? En una descripción ya clásica, el psicólogo Karl Bühler distinguió en la palabra tres funciones principales: una «vocativa» o de llamada, otra «expresiva» o «notificadora» y otra «nominati-

va» o «representativa». Quien habla a otro le llama, le notifica algo y nombra eso que le notifica. Nada más patente y orientador. Pero yo entiendo que este valioso esquema de Bühler debe ser completado en dos sentidos. Ante todo, porque a esas tres funciones del lenguaje debe ser añadida otra, su función «seductora». Quien habla a otro, y sólo por el hecho de hablarle, le subyuga y seduce (o le anti-seduce, si la expresión es hiriente o torpe). Y en segundo lugar, porque el esquema de Bühler sólo considera la acción que la palabra cumple en quien la escucha y no la que el hecho de hablar desempeña, como un reverso pasivo de aquélla, en la intimidad del sujeto locuente. La función vocativa tiene como reverso íntimo otra «sodalicia» o de compañía: el hecho de llamar a otro, nos hace vivir incipientemente acompañados por él. A la función notificadora corresponde el envés de una función «liberadora» o «catártica»: quien comunica algo a otro siente que su alma se desembaraza y aquieta. Una función «esclarecedora» es el correlato interior de la función nominativa: nombrar lo que hay en nuestra conciencia ordena y esclarece en alguna medida nuestra intimidad. Y la función seductora o suasoria del lenguaje lleva consigo, en el alma del locuente, otra «autoafirmadora»: quien habla a otro, se afirma a sí mismo. No puede ser ajeno el enfermo a esta regla general. Así, cuando habla al médico, y sólo por el hecho de hablarle, le llama, le notifica algo, nombra con precisión mayor o menor lo notificado y le persuade o disuade de algo; y a la vez recibe compañía, logra cierto sosiego interior, se esclarece íntimamente a sí mismo y, en cierto modo, se autoafirma como persona. No será buena la anamnesis en que el médico no sepa tener en cuenta esta realidad.

No sólo fonemas verbales y paraverbales hay en la anamnesis

clínica; hay también *silencios*, tanto por parte del enfermo como por parte del médico. Difícilmente podría exagerarse la importancia del silencio en la vida del hombre; y, por supuesto, en la relación del enfermo con el médico. Calla a veces el paciente por razones negativas: porque no sabe, no puede o no quiere decir algo que en aquel momento hay en su conciencia. Mas también, en otros casos, por razones genuinamente positivas. Hay en el enfermo silencios significativos, cuando calla para decir sin palabras sucesos o realidades que le es penoso manifestar abiertamente, y silencios transignificativos, cuando la experiencia de su enfermedad le lleva a enfrentarse con las ultimidades de su propia existencia, por tanto, con su propia muerte. Grave, importante tema el del silencio del enfermo ante el médico.

La *participación del médico en la anamnesis* comprende también, formalmente considerada, sonidos paraverbales, palabras y silencios. Debe el médico limitar al máximo las expresiones paraverbales involuntarias, hacer tenues las de carácter voluntario, sean sonoras o gestuales, y elegir aquellas —inflexiones y cadencias de la voz, pausas, etc.— que hagan patente su voluntad de ofrecer un «ámbito de refugio» al menester del enfermo. Con sus palabras cumplirá ante todo las cuatro funciones activas del lenguaje antes mencionadas (vocativa, notificadora, nominativa y suasiva), y a través de ellas, interrogando, indicando y orientando suave y discretamente, gobernará su coloquio con el enfermo. Pero, además, el médico debe «saber callar». Callando ante el enfermo, oyéndole con atención y benevolencia, el médico conoce y cura, porque sólo en el silencio se descubre plenamente el sentido de las palabras dichas u oídas y —sobre todo— porque nada alivia tanto como el regazo de un silencio abierto por la persona que calla a la persona

que habla. El buen clínico sabe evitar la digresión inútil del paciente y nunca olvida esta doble y sutil función del buen oír.

Hemos estudiado hasta aquí la anamnesis desde el punto de vista de su *formalidad*, en cuanto ella es diálogo; vamos a contemplarla ahora desde el punto de vista del *contenido* de ese diálogo. ¿Qué es lo que el médico y el enfermo se dicen entre sí en el coloquio anamnéstico? ¿Qué significa eso que se dicen, respecto de la relación que entre ellos se establece?

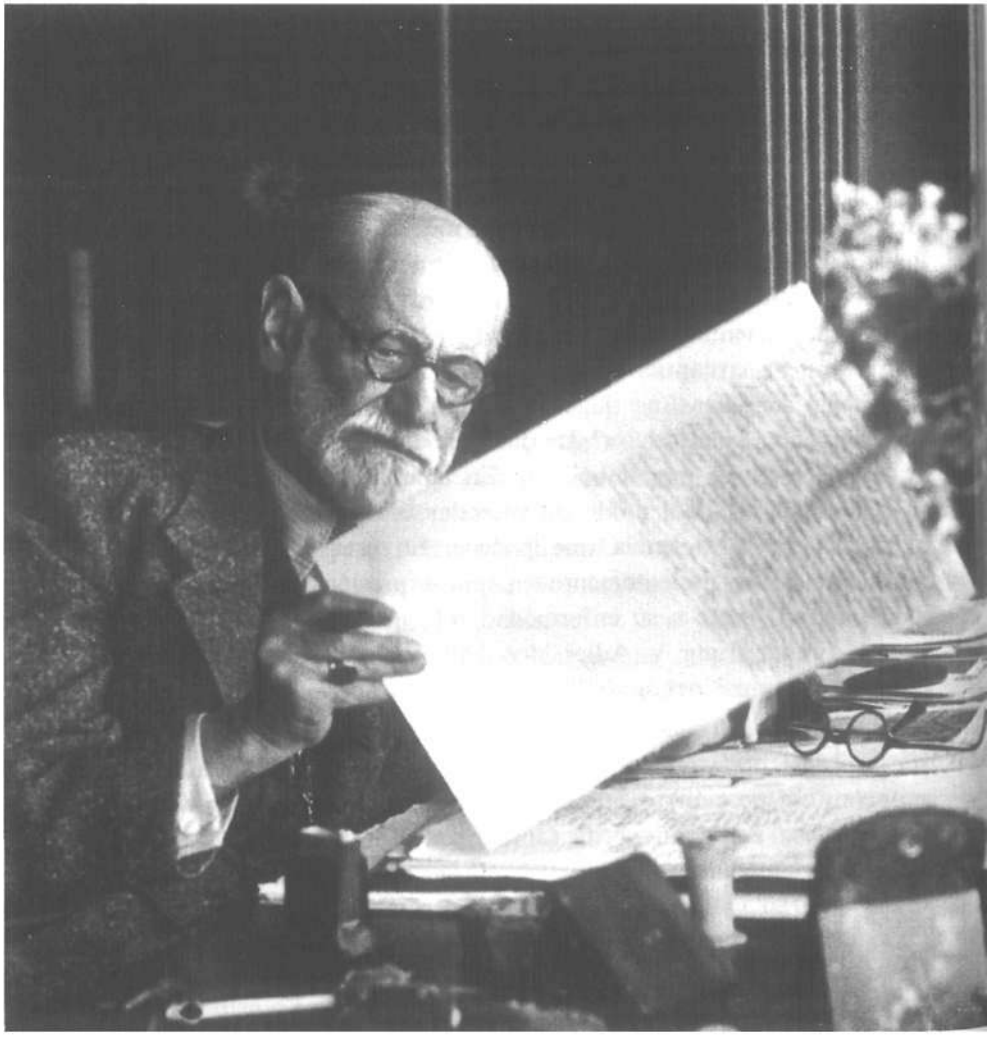
Veamos ante todo lo que con sus palabras y sus silencios dice *el enfermo*. Cuando no divaga abusivamente, el enfermo habla de sí mismo, en cuanto tal enfermo, y de todo cuanto en su vida tiene relación con la dolencia que padece. Pero este decir puede adoptar y adopta de hecho dos modos distintos y complementarios: uno testifical y otro interpretativo. En el primero, el paciente actúa como testigo de sí mismo y de su vida; en el segundo, como intérprete de su enfermedad.

Cuando su habla es *notificación testifical*, el enfermo contempla objetivamente su propia realidad, y con precisión mayor o menor habla de ella —en la medida en que tal cosa es posible— como si fuese la de otro. Tal es el caso del que dice al médico «Se me hinchan los tobillos», o «De niño tuve escarlatina». Tres son los ámbitos a que puede referirse esta operación testifical. El paciente, en efecto, es a la vez testigo de su mundo exterior (cuando dice al médico, para explicar la génesis de una fractura, «Se me echó encima un camión»), testigo de su propio cuerpo (contemplándolo desde fuera, «Me salieron unas manchas rojas», o sintiéndolo desde dentro, «Me duele el estómago») y testigo de su intimidad (cuando comunica al médico su tristeza, su temor, su esperanza o su desesperación).

A partir, sobre todo, de Freud, la anamnesis clínica es también *notificación interpretativa*. El enfermo no dice solamente al médico lo que en sí mismo y en su mundo ve y siente (o vio y sintió); dícele también lo que para él significa eso que en sí mismo y en su mundo siente y ve. Léase, a título de ejemplo, cómo la señora Emmy de N. explicó a Freud el sentido de sus expresiones anamnésticas: «¡Estése quieto! ¡No me hable! ¡No me toque!» Puesto que en las neurosis el diagnóstico tiene que ser interpretativo, el médico debe comenzar teniendo en cuenta las interpretaciones del paciente acerca de su propia enfermedad, aunque éstas sean erróneas o caprichosas. ¿Y qué enfermedad, hasta las más rudamente somáticas, no tiene en su cuadro clínico un componente más o menos «neurótico»? La interpretación del enfermo puede ser «constructiva» o «simbólica». En aquélla, el paciente explica al médico su personal modo de entender la significación que para su vida tiene la dolencia que padece. En esta otra, compendia consciente o inconscientemente en una expresión-símbolo su personal actitud frente a su enfermedad o frente a alguno de los síntomas. Freud, Jung y Adler nos han enseñado a reconocer y valorar las expresiones simbólicas de los enfermos.

Si tenemos en cuenta que la notificación del enfermo, sea testifical o interpretativa, puede tener como objeto la realidad presente (autoinspección) o la realidad pretérita (autorretrospección), creo que esa actividad notificadora puede ser reducida a los dos siguientes esquemas:

Freud trabajando en su *Interpretación del Psicoanálisis* en 1938. La anamnesis clínica se ha hecho más importante desde que Freud propuso que la notificación del paciente ayuda (constructiva o simbólicamente) a que el médico se forme una visión objetiva. Y puede ser muy útil incluso en el caso de dolencias puramente físicas.



1° *El enfermo habla al médico como*

*testigo* { de su mundo / de su cuerpo / de su intimidad } { introspectivamente / retrospectivamente } { mediante expresiones paraverbales / mediante la palabra / mediante el silencio }

2° *El enfermo habla al médico como*

*intérprete* { de su mundo / de su cuerpo / de su intimidad } { introspectivamente / retrospectivamente } { a través de interpretaciones constructivas / a través de interpretaciones simbólicas }

Debemos considerar ahora el contenido de las expresiones *del médico,* lo que éste dice con sus palabras y sus silencios. El enfermo habla de su enfermedad y de sí mismo. El médico, en cambio, no debe hablar de sí mismo, sino del enfermo y su enfermedad. ¿Cómo? Dando el contenido que el caso particular exija a las siguientes operaciones: *a)* La interrogación. El médico interroga al enfermo sobre todo aquello que en la vida exterior e interior de éste tiene que ver con la génesis, la configuración y la significación de la enfermedad que padece. *b)* La incitación. El médico incita al paciente a proseguir su relato comenzado y a am-

pliarlo con datos nuevos. *c)* La orientación, cuando el enfermo se entregue a digresiones inútiles. *d)* La sugestión. Sin necesidad de constituirse formalmente en psicoterapia verbal, la palabra del médico tratará de conseguir en todo momento una acción roborante sobre el alma del enfermo. No olvidando, como ya enseñaron los hipocráticos, que a los ojos del paciente se convertirá en el peor de los médicos «si no promete curar lo curable y promete curar lo incurable» (*de morbis*, I, 6; L. VI, 150). «No prometa por sí mismo la salud..., sino fidelidad y diligencia», oímos decir a Arnaldo de Vilanova. No diga con excesiva frecuencia *Of course*, diga más bien *I will do my best*, recomienda en nuestro tiempo R. H. Blum. *e)* La orden, aunque siempre con tono de invitación: «Respire hondo», «Diga treinta y tres». *f)* El silencio. Recuérdese cuanto antes dije. «Lo que dices —escribió San Agustín—, dilo de tal manera que aquel a quien hablas, oyéndote, crea, creyendo, espere, y esperando, ame.» Todo médico debería hacer suyas estas hermosas palabras.

Antes postulé la introducción de una opsitécnica entre las disciplinas semiológicas del médico. Con mayor razón debe figurar entre ellas una *logotécnica clínica:* un arte de hablar al enfermo tanto en la psicoterapia verbal como en la anamnesis exploratoria. Escribió Platón en el *Cármides*, que el «bello discurso» *(lógos kalós)* es necesario para la perfección de la actividad terapéutica. En las páginas precedentes no he tratado sino de dar forma actual al aspecto anamnéstico de esa profunda sentencia platónica.

3 Además de mirar al enfermo y conversar con él, el médico pone sus manos sobre el cuerpo del paciente para ejecutar en él las tres operaciones clásicas de la exploración manual: la percu-

sión, la tactación y la palpación. Los tratados de semiología explican cómo el médico debe realizar esas tres técnicas exploratorias y los hallazgos que con ellas pueden ser obtenidos. No debo yo entrar en ese tema; pero sí debo estudiar con algún detalle lo que el contacto manual entre el explorador y el enfermo significa en la total estructura de la relación médica.

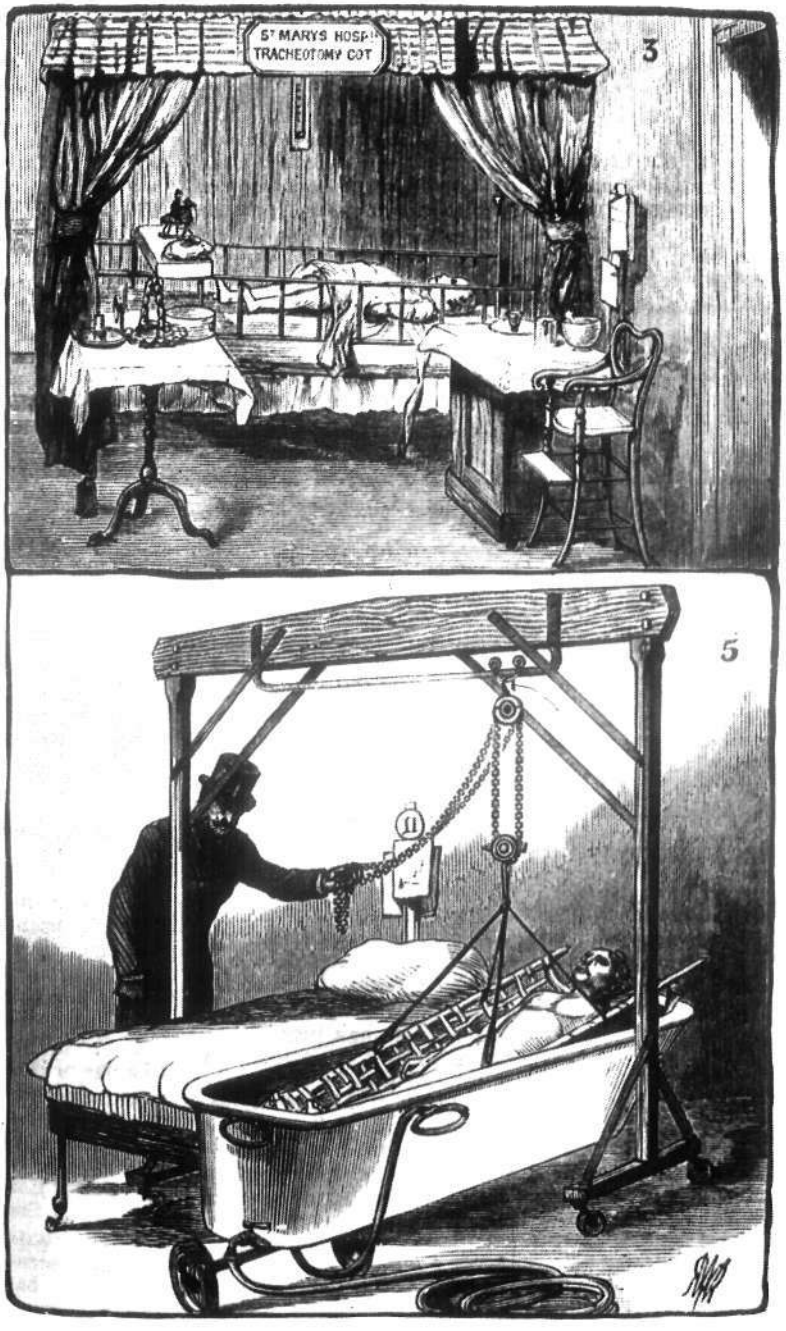
Examinemos en primer término la *experiencia táctil del médico.* Cuando éste pone sus manos sobre el cuerpo del paciente, ¿qué es lo que con ese contacto manual obtiene, además de recibir alguna noticia acerca del estado físico del cuerpo que explora? Un hombre puede tocar el cuerpo de otro haciendo de ese cuerpo un puro «objeto» o considerándole como la realidad somática de una «persona». En el primer caso, percibe alguna de sus notas objetivas (duro o blando, suave o áspero, etc.), le fija o le desplaza en el espacio y vive un sentimiento de agrado (caricia-para-mí, podríamos llamarla) o de desagrado. En el segundo, y suponiendo que a la sensación táctil no se sumen otras visuales y auditivas, percibe vagamente la condición humana de la realidad tocada, la fija o la desplaza en el espacio con una intención personal (el amor, el odio, el desprecio, etc.) y, además de vivir un sentimiento de agrado o desagrado, procura que también el otro lo experimente (la caricia-para-otro) o, cuando su intención es el odio, que el otro sufra. Lo cual quiere decir que la tactación y la palpación deben ser para el médico dos cosas: la operación objetivante y cognoscitiva que describen los tratados de semiología y, complementariamente, un acto interpersonal amoroso, una verdadera caricia-para-otro. Y esto, por dos razones: porque la tactación y la palpación, que casi siempre molestan, deben comen-

Aparatos e instrumentos de la segunda mitad del siglo XIX. Ilustran la información publicada en «The Graphic» del 30 de julio de 1881 sobre una exposición internacional médica y sanitaria, celebrada en Inglaterra.

zar siendo para el enfermo verdaderas caricias, a fin de que por su acción se relaje la defensa muscular de la región explorada, y porque el contacto amoroso, la caricia, siempre concede al que lo recibe alivio y apoyo. Como hay una mirada-regazo, hay también una mano-regazo, y ésta debe ser la del médico. Apenas será necesario decir —*intelligenti pauca*— que la delicadeza estética y moral tiene que ser ahora un riguroso imperativo.

Por otra parte, la *experiencia táctil del enfermo*. Como total experiencia humana, y no sólo como simple proceso neurofisiológico, ¿en qué consiste la sensación de «ser tocado»? Suponiendo que la persona en cuestión acepte tal contacto y no se rebele contra él, cuatro son las vivencias que se integran en esa experiencia:

1.ª Una vivencia de *autoafirmación*. De modo más o menos consciente, quien amorosamente es tocado vive en sí una conclusión de sesgo cartesiano: «Me acarician, luego valgo.» 2.ª Una vivencia de *relajación*, análoga a la que los psicoterapeutas actuales (Schultz, Jacobson) saben utilizar técnicamente. A través de esa vivencia de relajación, la palpación diestra, como ingeniosamente dice Nacht, «concede vacaciones al hombre adulto que lucha tanto, sin saberlo, por hacer callar al niño que llora en él», y en cierto modo provoca una fusión extática con el mundo: «Este momento es vivido por el enfermo como *fuera de la duración*, como una experiencia de fusión con el mundo, que se hace uno con él; y a través de ella, con el compañero privilegiado que entonces llega a ser el psicoterapeuta» (J. Ajuriaguerra y M. Cohen). Sólo por obra del masaje a que le sometía la señora Singh quedaba realmente consolada de su soledad Kamala, la niña-lobo de Midnapore. 3.ª Una vivencia de *alivio y compañía*. Cuando es há-


St MARYS HOSP
TRACHEOTOMY COT
3
5

bilmente realizado, el contacto amoroso alivia y otorga compañía roborante, y más cuando la persona tangente posee a los ojos de la persona tocada valor y dignidad muy notorios. La fórmula ritual o mágica de la «imposición de manos» tiene su base en este fenómeno psicológico. 4.ª Una vivencia de *placer*, genéricamente realizado como bienestar y específicamente modulada por la región sobre que el contacto amoroso recae.

Todo esto debe ser —dentro de la más exquisita corrección moral— la relación manual entre el médico y el enfermo. Junto a la opsitécnica y a la logotécnica, al mismo nivel que ambas, la educación del médico exige la construcción y la enseñanza de una *quirotécnica* o arte de usar las manos.

4 La comunicación entre el médico y el enfermo es también, y en medida creciente desde el siglo XVIII, relación instrumental. El termómetro, el estetoscopio, el esfigmomanómetro, el oftalmoscopio, el aparato de rayos X, el electrocardiógrafo y cien instrumentos más son hoy cauces imprescindibles de esa comunicación. Desde tal punto de vista, ¿qué significa el instrumento médico? Varias cosas. Por lo menos, tres: 1.ª Es ante todo un *recurso técnico* para ampliar las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del médico. Así considerado, y al margen de lo que objetivamente hace, el instrumento cumple la función de ampliar la confianza del enfermo en la medicina, y por consiguiente en el médico que en aquel momento le explora y trata. No son pocos los pacientes que se entregan con mayor confianza previa a los médicos y a las clínicas que disponen de muchos «aparatos». Tanto es así, que la utopía de una medicina en que el médico ha sido totalmente sustituido por el instrumento técnico (F. Paycha y otros) es uno de los rasgos más característicos de nuestro tiempo. La verdad es

que el instrumento técnico puede y debe ser *mucho* para el médico y para el enfermo, pero no puede ni debe ser *todo*. En tal caso, el aparato deja de ser recurso técnico y se convierte resueltamente en recurso mágico. 2.ª Es también un *objeto simbólico*. Esto es: significa o simboliza una realidad distinta de la suya, por razón de su forma (E. Jones describió hace tiempo la interpretación fálica del estetoscopio) o de su función (por ejemplo, la opresión del brazo por el manguito del esfigmomanómetro). J. P. Valabrega ha introducido metódicamente este elemento significativo en el estudio de la relación médica. 3.ª Puede ser, en fin, un *muro de separación* entre el clínico y el enfermo. Hay enfermos especialmente menesterosos de contacto personal con el terapeuta; y si éste, en tales casos, fía todo en el aparato o escuda tras él su insuficiencia técnica, no será infrecuente que el aparato se convierta en causa de incomunicación.

II La comunicación entre el médico y el enfermo cumple, respecto de la relación entre ambos, una doble función: por una parte, *expresa* la índole del vínculo que entre ellos ha creado la conjunción de sus respectivas intenciones; por otra, reobra sobre la inicial realidad de ese vínculo y *va constituyendo* su concreta y peculiar consistencia psicológica. En este parágrafo vamos a estudiar, ya constituido, el aspecto afectivo del vínculo que definitivamente se establece entre el terapeuta y el paciente, cuando la relación de uno y otro es médicamente correcta.

1 Veamos en primer término las varias *formas cardinales de la vinculación afectiva entre el médico y el enfermo*. Suponiendo que tal vinculación se haya efectivamente establecido —no siempre ocurre así; piénsese en el cirujano que opera a un enfermo

estuporoso y confía a otros los cuidados postoperatorios—, tres son, como sabemos, sus formas correctas: la camaradería médica, la transferencia no viciosa y la amistad médica *stricto sensu*.

Llamo *camaradería médica* a la vinculación entre el terapeuta y el paciente cuando uno y otro persiguen la salud de éste como un bien puramente objetivo; prescindiendo, por tanto, de todo cuanto en el diagnóstico y en el tratamiento puede ser, en el sentido más propio del término, «personal». Frente a determinados pacientes —los que de un modo u otro realizan el tipo sociológico y psicológico del *inner-directed man* de Riesman; los hombres que viven bajo el imperativo moral de bastarse a sí mismos—, el tratamiento médico habrá de ser de ordinario una relación de afectuosa camaradería. Pero ésta, la camaradería médica, llega a ser en ocasiones algo más que una conducta individual y se convierte en verdadero ideal político. Así acontece cuando el individuo debe ajustar íntegramente su vida a los fines que le propone el Estado. Dentro de tales sociedades, la salud será tan sólo un bien al servicio de esos fines, y el médico, el funcionario encargado de cuidarla. A este esquema se ajusta, en principio, la doctrina de los partidos totalitarios acerca de la relación médica. En su conducta con los enfermos mentales, la Alemania nacionalsocialista mostró con terrible claridad hasta dónde puede llegar un Estado para el cual la salud de sus miembros no es otra cosa que un «bien público».

Bien distinto es el caso de la *transferencia*. Páginas atrás transcribí el breve texto de Freud en que por vez primera es mencionado el fenómeno de esta vinculación. Desde el comienzo mismo de su actividad psicoterapéutica, tanto Breuer como Freud observaron que en las pacientes aparecían signos inequívocos de inclinación erótica hacia la persona del médico. Perturbado por este

hecho, Breuer cortó el tratamiento y abandonó para siempre el naciente psicoanálisis. Freud, en cambio, advirtió la significación psicológica del fenómeno y supo hacer de él uno de los más importantes sillares de la terapéutica y la doctrina psicoanalíticas. La transferencia presupone en el paciente una honda confianza en el médico, y el buen observador logrará descubrirla, dice Freud, «en toda actividad médica que exija una estrecha colaboración con el enfermo y tienda a una modificación de su estado psíquico». Operando sobre la situación que el análisis psíquico crea, la acción conjunta de tres instancias —interés, activa simpatía y autoridad personal del médico— da siempre lugar al fenómeno de la transferencia. El médico llega a ser en tal caso esclarecedor de la conciencia del paciente, maestro de su vida y, en cierto modo, confesor de sus problemas íntimos. Más tarde será descrita por Freud la «contratransferencia» o «transferencia recíproca», la reviviscencia de situaciones transferenciales en el alma del terapeuta y la proyección de éstas sobre la persona del paciente.

Distinta de la camaradería médica y la transferencia es, a mi juicio, la *amistad médica*. Imaginemos la relación entre el enfermo crónico y su médico. En tal caso, éste ve con frecuencia al paciente; y si es médico cabal, conocerá la vida del enfermo, recibirá confidencias de éste, inventará para él proyectos vitales y le ayudará a realizarlos, convivirá su experiencia íntima de la enfermedad y sus esperanzas de nueva salud; en una palabra, establecerá con él una verdadera relación amistosa, una amistad «médicamente» especificada. Pronto veremos en qué consiste.

2 Hemos de examinar ahora la mutua relación entre esas tres formas cardinales de la vinculación entre el médico y el paciente. Tres cuestiones parecen destacarse.

Primera cuestión: *¿puede existir una buena camaradería médica que en alguna medida no sea verdadera amistad?* Por mi parte, no lo creo. Si la salud por la cual el médico se esfuerza es *ante todo* un bien para la persona del enfermo, ¿podrá no verlo así quien practique la medicina sin un fanatismo político cerrado e invencible? Aunque doctrinariamente piense el médico que su vinculación con el paciente puede y debe ser pura camaradería médica, la realidad misma de la naturaleza humana hará que esa relación sea más o menos «amistosa»: el médico ejecutará su actividad técnica para el paciente —para él ante todo, aunque no sólo para él— y el paciente confiará en la persona que para él ha puesto en ejercicio su saber y su buena voluntad.

Segunda cuestión: *¿qué relación existe entre la amistad médica y la transferencia?* La realidad y la teoría de la relación transferencial han sido tema frecuentísimo en la investigación ulterior a la obra de Freud; la bibliografía acerca de él es literalmente abrumadora. No puedo, pues, exponerla aquí en su pormenor[9]. Debo contentarme consignando sucintamente mi respuesta a la interrogación precedente.

He aquí, por un lado, la relación transferencial entre un neurótico y su analista. He aquí, por otro, la amistad médica entre un cardiópata y el clínico que le trata. La amistad médica, ¿es acaso la sublimación de la mínima transferencia que al comienzo de su relación se estableció entre médico y paciente? La transferencia, ¿será tal vez la conmoción instintiva del individuo humano, cuando la amistad alcanza en él intensidad suficiente? ¿No dijo Platón que cuando la *philía* se hace vehemente se convierte en *éros*, y Aristóteles que el *éros* es una exageración de la *philía?* Reduciré mi respuesta a las cuatro siguientes tesis:

1.ª En su forma pura, la relación transferencial y la relación amistosa son dos modos de la vinculación interhumana cualitativamente distintos entre sí. La transferencia es ante todo un fenómeno instintivo; y como tal tiene su objeto —cuando uno afina el examen— en una realidad genérica. La amistad, en cambio, es un fenómeno personal, y tiene su término en la singular e intransferible persona del amigo. Lo cual, creo yo, puede ser directamente trasladado a la relación médica.

2.ª Aunque esencialmente distintas entre sí, la relación transferencial y la relación amistosa se funden en la concreta realidad de la vinculación interhumana, con predominio mayor o menor de una o de otra. La vinculación dilectiva entre hombre y hombre es, pues, preponderantemente «amistosa» en unos casos y preponderantemente «transferencial» en otros.

3.ª Cuando crece la intensidad de una relación preponderantemente amistosa, los fenómenos transferenciales, tenues hasta entonces, ganan fuerza y visibilidad. Tal es la razón por la cual la ascética cristiana suele mirar con cautela la intensificación de las «amistades particulares».

4.ª Cuando una relación preponderantemente transferencial se depura y personaliza, su término pasa de ser «objeto» a ser «sujeto»; más exactamente, a ser «persona». Esto es lo que sucede cuando el psicoterapeuta sabe sublimar y utilizar diestramente los fenómenos de transferencia y contratransferencia.

Tercera cuestión: *¿en qué consiste realmente la amistad médica?* ¿De qué modo se hace «médica» una amistad? El modo específico de la amistad del enfermo con el médico es la *confianza*. El paciente espera confiadamente que el médico le ayudará a

La beneficencia, tal como se concebía
en el siglo XVIII,
según Marillier.

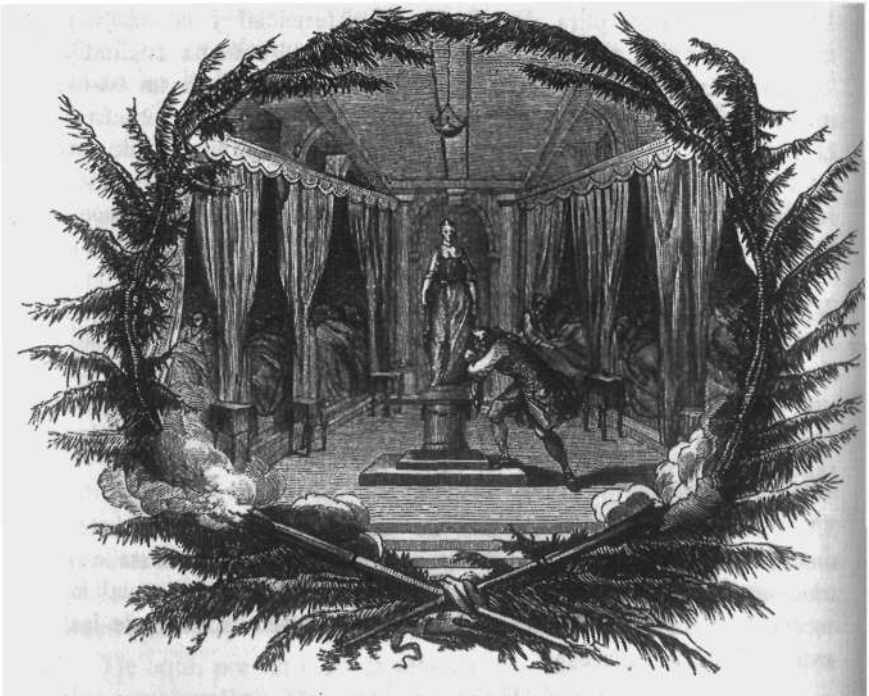


Fig. 157. — La statue de la Bienfaisance, érigée dans un hôpital.
(Composition allégorique d'après Marillier.)

reconquistar su salud, aunque esa esperanza suya nunca carezca de una venilla de temor a que la enfermedad «vaya mal» o a que el médico «no acierte». Verbalmente realizada, la confianza del enfermo toma forma de *confidencia*. Cuando su relación con él es correcta, el paciente habla confidencialmente al médico; y no sólo al médico en cuanto tal, también —y acaso sobre todo— a tal médico, a la persona singular del médico en quien confía.

La amistad del médico hacia el enfermo debe ser en primer término voluntad eficaz de ayuda técnica, *beneficencia* técnicamente concebida y realizada. La salud del enfermo es para el médico un bien; de otro modo, no se esforzaría por conseguirla; pero lo es siéndolo también para el enfermo mismo. Y así, aunque en la actividad del médico haya y tenga que haber ingredientes técnicos y transferenciales, unos y otros quedan «personalizados» —y, si vale decirlo así, «amicalizados»— por su explícita referencia a la individual persona del paciente.

«Ciencia de las cosas pertinentes al amor del cuerpo», llamó Platón a la medicina. Ciencia, técnica y amor se articulan de uno u otro modo en la actividad del verdadero médico. Pero ese amor, ¿qué es? Yo diría que la asistencia médica debe ser a la vez *éros*, *agápe* y *philía*. Como toda vocación, la vocación terapéutica es *éros:* amor a la propia perfección y a la perfección del mundo en que tal vocación se realiza. Pero la vocación ha de realizarse; y cuando esto acontece, el contacto inmediato de la propia realidad con la realidad en que la vocación se ejercita, trueca el *éros* en *agápe*, le convierte en amor de efusión. Así aman al mundo el artista, el sabio y el político por vocación. Acontece, sin embargo, que ciertas vocaciones tienen como objeto inmediato y propio la realidad de otros hombres; a la cabeza, la vocación médica y la pedagógica. ¿Qué sucederá cuando una de ellas se ponga en ejer-

cicio? Evidentemente que acabará resolviéndose en actos de amistad; una amistad más o menos armoniosamente fundida con la operación técnica y especificada por la índole propia de la vocación misma: amistad médica en el caso del terapeuta, amistad pedagógica en el del pedagogo. Por eso dije antes que la actividad terapéutica vocacional es a la vez *éros*, *agápe* y *philía*, amor de aspiración, amor de efusión y amistad.

3 Me he referido hasta ahora a las formas correctas de la vinculación afectiva entre el médico y el enfermo. No se trata de un ideal inalcanzable. Pero es forzoso reconocer que en la realidad de la asistencia médica no son infrecuentes las formas viciosas o incorrectas, y algo hay que decir acerca de ellas.

La relación médica puede ser incorrecta, en primer término, por *exceso o defecto en la afectividad de la vinculación amistosa.* He aquí unos cuantos modos típicos de tal incorrección: la intensificación abusiva de los fenómenos de transferencia y contratransferencia, y la coincidente incapacidad técnica o moral del médico para hacerlos pasar del dominio del «ello» a la esfera de la libertad; la excesiva frialdad del médico —sea ésta científica o funcionarial—, cuando el enfermo exige consciente o inconscientemente ser algo más que mero «objeto» de una operación técnica; la tentación de transformar la superioridad técnica sobre el enfermo en el tipo de conducta que M. Bálint ha llamado «función apostólica», esto es, la idea de que la medicina no puede alcanzar perfección si el médico no procura convertir al enfermo a la visión del mundo que él considera óptima; la «seducción mutua», no necesariamente sexual, en que a veces caen médico y enfermo; aquél, aceptando con credulidad excesiva lo que acerca de su dolencia le dice un enfermo lisonjero, y éste, halagando más o menos

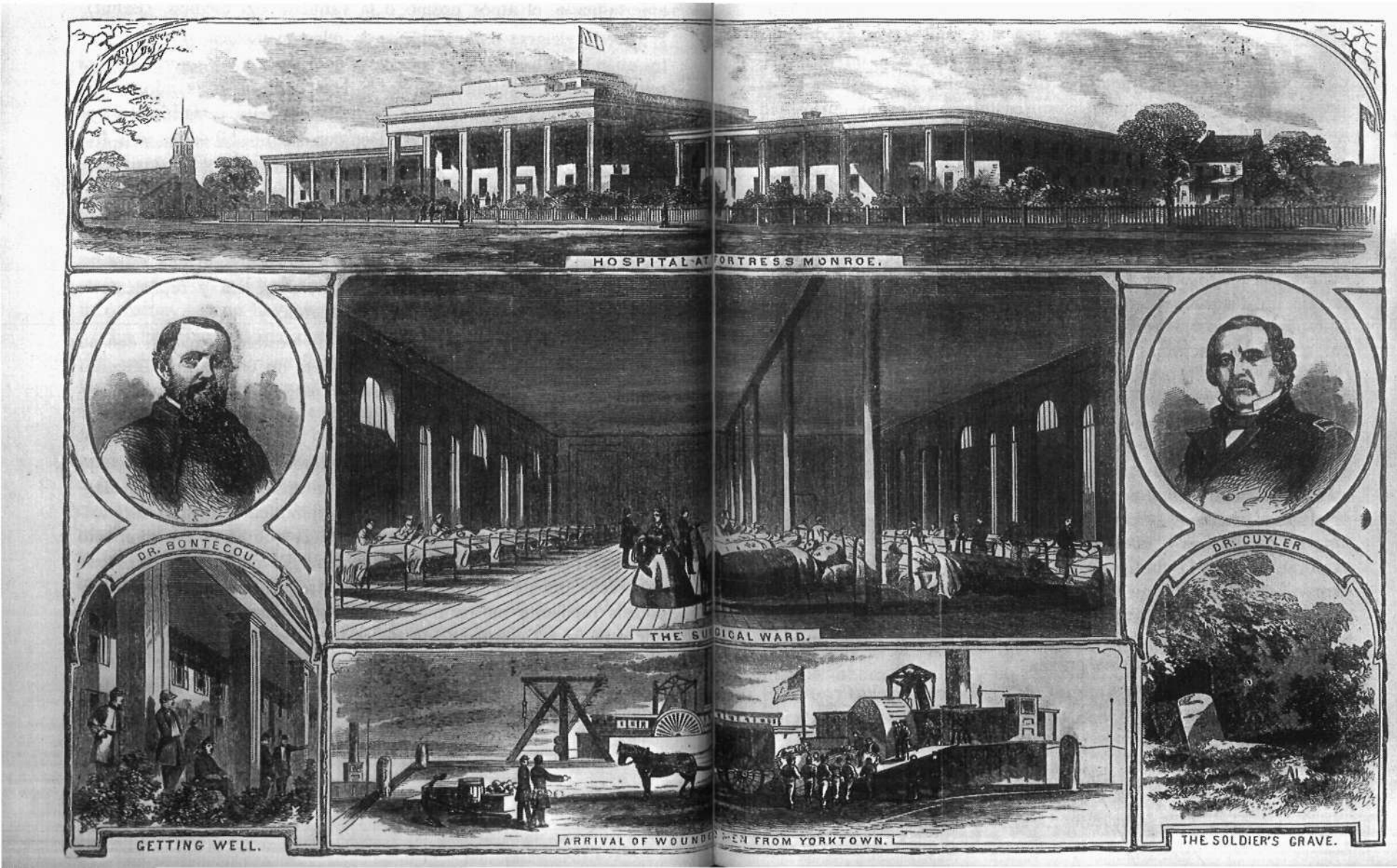
abiertamente el amor propio o la vanidad del médico (Bálint).

Puede viciarse o corromperse la relación médica, por otra parte, cuando *el afecto que vincula al terapeuta y al enfermo no es amistoso*, en un sentido amplio de esta palabra, o cuando lo que en esa relación es «amistad» se halla envuelto y dominado por un sentimiento de otra índole. Dos son las posibilidades más frecuentes: en el médico, un excesivo apetito de lucro y la consiguiente transformación de la «amistad» hacia el enfermo en simple «amabilidad táctica»; en el enfermo, una desmedida conciencia de derecho, bien respecto del médico mismo, en el que sólo se ve un vendedor de técnicas diagnósticas y terapéuticas, bien respecto de una sociedad obligada a la asistencia médica y representada ante sus ojos por la persona del terapeuta.

Sea médico, enfermo real o enfermo posible, el lector, con su conocimiento de la realidad en que vive, no encontrará dificultades para llenar de contenido vivo y palpitante este sumario esquema.

III La tarea diagnóstica del médico comienza cuando se encuentra con el enfermo. Para él, ver a un enfermo es comenzar a diagnosticarle. Desde un punto de vista meramente formal, diagnosticar es, pues, detenerse en la experiencia que hasta ese momento le haya brindado la realidad del enfermo, conjeturar una hipótesis que técnicamente parezca explicable, tratar de confirmar esa hipótesis mediante un recurso exploratorio determinado, sustituirla por otra, si tal confirmación no se produce, y proseguir así hasta que el conocimiento del enfermo permita entender de manera satisfactoria toda la experiencia obtenida frente a su realidad. Como diría un hipocrático, tal es el método.

El hospital militar de Fortress Monroe durante la Guerra Civil Americana.
Como la asistencia que la mayoría de los heridos en una batalla requieren es quirúrgica, el diagnóstico es generalmente evidente, aunque en nuestro siglo, y sobre todo desde la Segunda Guerra Mundial, se da más importancia a los factores generales del *Stress*.
Estos a veces se remontan a la infancia del paciente, transcurrida en época de paz y son por lo tanto muy individuales.



Pero este esquema formal puede ser entendido de modos muy distintos entre sí. Técnicamente, ¿en qué consiste la experiencia clínica? Preguntar a un ulceroso de estómago o a un asmático cómo se lleva con los miembros de su familia, ¿es adquirir experiencia clínica científicamente comprensible, o sólo una curiosidad que, como diría Cl. Bernard, «nada tiene que ver con la ciencia»? Como se ve, es preciso distinguir con cuidado los diversos modos de diagnosticar. Yo voy a reducirlos a dos: uno que llamaré «clásico» o «científico-natural» y otro al que daré el nombre de «integral» o «científico-personal».

Tres son los supuestos principales de la *concepción científico-natural del diagnóstico:* la objetivación (el diagnóstico como nombre de un desorden objetivo en la realidad del enfermo: caverna pulmonar o hiperglicemia), la especificación (tuberculosis pulmonar o diabetes sacarina) y la inducción (el juicio diagnóstico como resultado de un proceso mental inductivo, más o menos coincidente con las reglas de la lógica de Stuart Mill). Pero un examen detenido de la realidad enseña que el diagnóstico no puede ser *sólo* tipificador y *sólo* objetivante, porque la actitud del enfermo ante el médico y ante su propia enfermedad modifican de alguna manera el cuadro clínico y porque el punto de vista desde el cual objetiva el médico —un «yo» que puede ser *sapiens, cupiens, fungens* o *adiuvans*— interviene de algún modo en la aprehensión exploratoria y en la configuración mental de lo observado. Cuando diagnostica, el médico no se limita y no puede limitarse a objetivar y especificar lo que encuentra en el enfermo. Diagnosticar, en suma, es siempre algo más que decir con verdad «este hombre padece una diabetes sacarina grave».

Más ambiciosa que la anterior, la *concepción científico-personal del diagnóstico* se propone tener en cuenta la total condición

somática, psíquica y personal del enfermo; esto es, su entera realidad individual y social. Lo cual exige, como sabemos, la doble y complementaria tarea de «personalizar» los hallazgos a que haya conducido la objetivación somática y psíquica del enfermo y de «objetivar», en cuanto ello sea posible, los que haya brindado la coejecución de los actos personales del enfermo en relación con su enfermedad.

Tres son, aunque el médico no lo advierta, los modos principales de la intención diagnóstica:

1° El *diagnóstico genérico;* por tanto, la respuesta a la interrogación: «Este hombre, ¿está real y verdaderamente enfermo?». En la mayor parte de los casos reales, la respuesta afirmativa se impondrá de manera objetiva (coma, hemorragia, rostro vultuoso, ictericia, etc.); pero un clínico atento tendrá que juzgar entonces si la actitud personal del enfermo ante el hecho objetivo de su enfermedad (quejas, depresión, etc.) está o no real y verdaderamente justificada por la enfermedad misma, y esto exigirá de él una actividad anímica a la vez objetivante y coejecutiva. Tanto más necesaria será ésta cuando la respuesta a la precedente interrogación haya de considerar como posibilidades la neurosis y la simulación.

2° El *diagnóstico específico,* la adecuada respuesta a la interrogación: «¿Qué especie morbosa padece este hombre?». La realidad misma de la «especie morbosa» exige que el diagnóstico tenga que ser ahora objetivo y no personal. Los métodos que describen los tratados «clásicos» de semiología alcanzan plena vigencia. Aunque siempre podrá presentarse el sutil problema de la reac-

ción personal del enfermo al hecho de padecer «tal enfermedad» y no «tal otra».

3.º El *diagnóstico individual;* esto es, el conocimiento científico de lo que en cada caso hace rigurosamente individual la enfermedad observada. «No hay enfermedades, sino enfermos», suele decirse. Mejor sería decir: «Hay enfermedades en enfermos», porque la enfermedad individual es casi siempre el resultado de la individualización de una especie morbosa. Ahora bien: ¿cómo se hace real esta «individualización» de la enfermedad? La patología científico-natural responde con su idea —medieval, a la postre: el «principio de individuación» como *materia signata quantitate*— de la *individualización cuantitativa* de la enfermedad; el nivel y la longitud de la curva de glicemia, la cuantía de la poliuria, la intensidad del adelgazamiento, etc., darían carácter individual a la diabetes que padece el señor N. N. Más satisfactoria es la *concepción cualitativa de la individuación,* según la cual un caso clínico es individual por la figura total (síntomas específicos y peculiares, mutua disposición de todos ellos en el espacio y en el tiempo) del cuadro sintomático. Pero sin negar la parcial validez de uno y otro criterio, es evidente que sólo puede ser integral la *individualización personal* del caso; esto es, la referencia metódica y científica de todo lo observado a la singular persona del enfermo. He aquí las cuestiones principales: *a)* La *oportunidad biográfica,* el *kairós* del accidente morboso. ¿Por qué la enfermedad ha aparecido en tal ocasión de la vida del enfermo y no en otra? *b)* La *peculiar configuración del cuadro sintomático.* ¿Qué parte ha puesto en él el hecho de que el paciente sea «persona» y «tal persona»? *c)* La *afección personal.* ¿Cómo la persona del enfermo hace «suya» o rechaza la enfermedad que padece? *d)* La

*creación personal.* ¿En qué medida y de qué modo —consciente o subconsciente— es autor el enfermo del cuadro clínico que ostenta? ¿Hasta qué punto es «agente» de su enfermedad, además de ser «paciente» de ella?

Así concebida, la individualidad del proceso morboso no es meramente *materia quantitate signata,* es *materia constitutione, creatione et interpretatione quantitative signata;* de otro modo no podría entenderse el carácter humano y personal del caso en cuestión. Y el clínico sólo puede establecerla combinando entre sí cuatro actividades mentales: la *objetivación* (la metódica consideración de la realidad somática y psíquica del enfermo como objeto de conocimiento científico y manipulación técnica), la *inducción* (ineludible para el diagnóstico de la especie morbosa), la *interpretación* (aplicada tanto a lo observado en el enfermo como en las personales interpretaciones de su enfermedad que éste haya hecho) y la *coejecución* (cuyo término serán los actos del enfermo en su intimidad como paciente, co-actor y co-autor de la afección morbosa de que se trate).

Un juicio diagnóstico no es y no ha sido nunca el resultado de un encuentro cognoscitivo entre una «razón pura», la del médico, y una «realidad puramente exterior y objetivable», la del enfermo, sino la expresión cognoscitiva de la total vinculación que se ha producido entre ellos desde que como tales se encontraron. Sin la existencia de una verdadera «amistad médica», en el sentido que antes di a esta expresión, ¿podría ser «personal», y no sólo objetivo y específico, el diagnóstico médico?

IV Con la instauración del tratamiento, la relación entre el médico y el enfermo llega a su momento culminante. ¿Qué es en su esencia un tratamiento médico? Como en el caso del diagnóstico,

dos son las respuestas principales: una «clásica» o «científico-natural» y otra «integral» o «científico-personal».

La *concepción científico-natural del tratamiento* se apoya en tres principios básicos: 1.º La acción terapéutica del remedio debe estar objetiva y experimentalmente comprobada. 2.º El empleo terapéutico del remedio debe ser la consecuencia de una indicación clínica y científicamente correcta. 3.º El remedio debe ser correctamente administrado al paciente. El tratamiento en que se cumplan estos tres requisitos habría de ser, en principio, un tratamiento eficaz.

Sería a la vez injusto y necio cerrar los ojos ante la grandeza y la eficacia de los resultados obtenidos por obra de esta concepción de la terapéutica; pero no menos injusto y necio sería desconocer que la realidad del tratamiento médico no es sólo eso. Cinco incuestionables razones lo demuestran: 1.ª El tratamiento comienza antes de que formalmente haya sido instituido. «El médico empieza a tratar al enfermo —solía decir E. von Leyden a sus discípulos— en el momento de darle la mano.» 2.ª El enfermo suele intervenir en su tratamiento; no sólo como sujeto pasivo de la acción sugestiva del médico, sino con plena deliberación, porque de ordinario *sabe* algo acerca del tratamiento de las enfermedades. 3.ª A lo largo de su relación con el enfermo, el médico, que por sí mismo es un medicamento (Maeder, Bálint), actúa favorable o desfavorablemente sobre la enfermedad que trata. 4.ª La indicación terapéutica varía en no escasa medida con la persona del que la prescribe; bastará recordar que hay médicos «muy recetadores» y «poco recetadores». 5.ª En el contenido y en la forma del tratamiento suelen influir, dentro de cada sociedad, el grupo y la clase a que pertenezca el enfermo.

Para entender lo que en realidad sucede es preciso, pues, re-

currir a una *concepción científico-personal del tratamiento médico* y considerar por separado sus dos posibilidades típicas: el tratamiento de las enfermedades agudas y el de las enfermedades crónicas.

En el caso de las *enfermedades agudas*, el tratamiento podrá ajustarse en forma pura o casi pura a los principios científico-naturales antes señalados. A título de ejemplo, imaginemos que un médico se encuentra con un enfermo de paludismo en pleno escalofrío prefebril. Sin cambiar con él una sola palabra, sospecha de manera inmediata la causa de lo que observa, comprueba objetivamente su hipótesis mediante un examen de la sangre del paciente, trata a éste con una medicación adecuada y, en definitiva, le cura radicalmente de su afección. Es cierto. Mas también lo es que, como sabemos desde Platón, la eficacia de los remedios crece en alguna medida por la acción sugestiva y roborante del terapeuta. Por lo cual, incluso en las enfermedades agudas será terapéuticamente conveniente una adecuada relación «personal» entre el médico y el enfermo.

Muy otro es el caso de las *enfermedades crónicas*. Ahora el paciente debe hacer su vida incorporando a ella de algún modo la dolencia que padece, y esto obliga a concebir de manera distinta la meta, la estructura y la figura del tratamiento.

La meta del tratamiento médico debe ser siempre, claro está, el logro de la salud. Pero hay ocasiones en que ni el médico ni el enfermo pueden contar con ella, y otras en que el problemático restablecimiento exige un tratamiento muy prolongado. ¿Cuál habrá de ser en ambos casos el objetivo inmediato de la acción terapéutica? Indudablemente, el logro de la mejor entre todas las vidas que la enfermedad tratada haga posibles. El médico, por tanto, debe inventar para el enfermo el *bios* o modo de vivir en

que las limitaciones que la enfermedad imponga y las posibilidades que ella ofrezca sean óptimamente incorporadas. No parece exagerado decir que, como terapeuta, debe ser a la vez novelista y escultor de una vida ajena: novelista, en cuanto que la inventa; escultor, en cuanto que realiza su invento modificando según arte la naturaleza del enfermo y enseñando a éste la ejecución habitual de dicho modo de vivir.

Algo análogo cabe decir de la estructura interna del tratamiento. ¿Qué papel desempeñan ahora el médico, el remedio y el enfermo? En cuanto inventor y escultor de la *vita nuova* del enfermo, el médico es a la vez su camarada, su educador o pedagogo y su amigo; un hombre médicamente amigo suyo, porque la actividad terapéutica lleva entonces consigo la confianza del paciente; sin ella nunca podrían ser adecuadas la invención del «personaje posible» y la coejecución benevolente de sus actos personales. El remedio, por su parte, alcanza ahora su máxima complejidad. No creo extremado afirmar que el tratamiento de una enfermedad crónica suele exigir el empleo de todos los recursos de la terapéutica actual: farmacológicos, dietéticos, fisioterápicos, quirúrgicos *lato sensu* y psicoterápicos. Y el enfermo, ¿puede acaso no ser más que el sujeto pasivo de la acción biológica de esos remedios? Evidentemente, no, porque debe haber en él una verdadera voluntad de curación y de cooperación con el médico, tanto aceptando de buen grado el plan que éste le propone —«Obedecer al médico es empezar a curarse», escribió Marañón— como recreando personalmente lo que le aconseja y enseña.

Todo lo cual no será posible si el tratamiento no cobra la figura de una verdadera relación amistosa. En definitiva, si la vinculación entre el terapeuta y el paciente no llega a ser estrictamente «interpersonal». Quien sea médico por vocación, será

amigo de sus enfermos; y muy especialmente cuando éstos sean enfermos crónicos. El tratamiento, en tales casos, viene a ser la manifestación operativa de una amistad médica [20].

V Como todo acto verdaderamente humano, la relación entre el médico y el enfermo tiene para ambos un constitutivo *carácter ético*. A diferencia del animal, cuyos instintos le hacen vivir «ajustado» a su medio, el hombre se ve obligado a ajustar constantemente su comportamiento a su situación, mediante el ejercicio de su libertad y su inteligencia; con lo cual el «ajustamiento» se trueca en «justificación» (Zubiri), y por lo tanto en conducta moral (o inmoral). Así acontece, cuando entre sí se relacionan, tanto para el médico como para el enfermo. La aceptación personal de su condición de médico, la acogida al paciente que él va a atender, la ejecución de las diversas operaciones exploratorias y terapéuticas y la fijación de honorarios son, en el caso del médico, actos que sólo moral o inmoralmente pueden ser cumplidos. Y otro tanto cabe decir, en el caso del enfermo, del modo «personal» de vivir la enfermedad que padece y de su conducta frente al médico que le atiende.

Los *deberes del médico respecto del enfermo* no son otra cosa que el cumplimiento de la regla de oro del arte de curar: procurar el bien de su paciente. Pero ¿qué es, en rigor, el bien del enfermo? En una situación determinada, ¿en qué deberá consistir ese bien? ¿Puede acaso ser procurado sin conflicto el bien de una persona, en cuanto tal «persona»? Sin el menor propósito de agotar el tema, he aquí los principales «campos conflictivos» en que se hace patente, para el médico, el carácter ético de su relación con el enfermo: 1.° El posible conflicto entre la persona y la sociedad. La sociedad exige el inmediato retorno del enfermo —un

jefe de Estado, un general en campaña, etc.— a su tarea social, al paso que el enfermo no quiere reintegrarse a su función sin hallarse total y sólidamente restablecido. Otra posibilidad: el Estado o la sociedad exigen o desean que por determinadas razones no se restablezca un enfermo, y éste pide su pronta curación. En uno y otro caso, ¿qué hará el médico? 2.° El conflicto entre la consideración objetiva y la consideración personal del enfermo. Prescindir de la psicoterapia por negligencia o por prisa puede ser en ciertos casos un descuido éticamente tan grave como olvidar en otros la exploración de los reflejos pupilares. 3.° El conflicto entre la declaración y la ocultación de la enfermedad. El juicio diagnóstico adquiere su acabamiento cuando el médico lo comunica al enfermo. Pero ¿hasta dónde deberá llegar en cada caso lo que el médico diga al paciente acerca de su enfermedad? 4.° El conflicto entre el deber de asiduidad y el deber de distanciamiento. Sin alguna asiduidad en la asistencia, ésta no será enteramente satisfactoria; sin cierto distanciamiento en ella, tampoco. 5.° El conflicto entre el «poder» y el «deber». La técnica es tanto un «saber hacer» como un «poder hacer». Mucho es hoy lo que puede el médico, en cuanto técnico de la naturaleza humana. En ciertos casos, ¿deberá hacer todo lo que en ellos puede hacer? 6.° El conflicto entre la apetencia del lucro máximo y la obligación del lucro justo. Pocos más frecuentes, cuando la asistencia es retribuida por libre convenio entre el médico y el paciente.

Aunque el estado de enfermedad exima de ciertas obligaciones sociales, no por eso dejan de existir los *deberes del enfermo respecto del médico*. Tres me parecen los principales: la lealtad, la confianza y la distancia. La lealtad le llevará a decir al médico todo lo relativo a la dolencia que padece. La confianza no brota, claro está, del simple propósito de sentirla; pero el paciente puede

y debe cultivarla por sí mismo. Nada más inconveniente e incorrecto que la veleidad en la elección de médico y en la vinculación a él. La distancia, una afectuosa distancia, evitará, en fin, que la confianza y la amistad dejen de ser transferencia útil y se truequen en transferencia viciosa.

Modulados y radicalizados por sus respectivas creencias acerca del sentido último de la vida, tales son, a mi juicio, los principales deberes del médico y el enfermo en su relación mutua.

VI «Cuando yo veo a un enfermo, él y yo estamos como en una isla desierta», solía decir Schweninger, uno de los clínicos más solicitados en el Berlín de Bismarck. Nada más representativo del individualismo del siglo pasado. Nada, por otra parte, más falso. Sépanlo ellos o no, sobre el médico y el enfermo está operando la sociedad a que uno y otro pertenecen, y así lo ha sabido ver la medicina actual. En los últimos decenios ha nacido, en efecto, una disciplina médica nueva, la *sociología médica (Medical Sociology* de los autores anglosajones, *soziologische Medizin* de Th. von Uexküll, *Medizin-Soziologie* de R. König, etc.), que si no es y no puede ser toda la medicina, constituye una parte esencial de su cuerpo.

Quiere esto decir que no poco de lo que he expuesto en las páginas anteriores es en cierto modo una convencional abstracción metódica, porque la relación entre el médico y el enfermo posee *por esencia* un carácter social. Vamos a verlo examinando sucesivamente la consistencia social de la enfermedad individual, la condición social del médico en tanto que médico y la realidad social de la relación entre él y el enfermo.

1 Salvo lo que en ella es experiencia íntima, todo en la en-

fermedad tiene un indudable carácter social: su causa, el modo de vivirla, la configuración del cuadro sintomático.

Pensemos en la *causa morbi*. En ella se articulan, como ya enseñó el viejo Galeno, un momento externo o primitivo (veneno, bacteria, trauma, emoción, etc.), otro interno o dispositivo (susceptibilidad individual) y otro próximo o inmediato (la primaria alteración anatomofisiológica que producen, juntándose, los dos momentos anteriores). ¿Cómo desconocer que la sociedad tiene una parte importante en la realidad de los dos primeros? La penetración de una bacteria patógena o de un veneno en el cuerpo del enfermo, la acción de un trauma mecánico o emocional sobre él, la región somática sobre la que el agente actúa, todo en la *causa externa* se halla, en alguna medida, socialmente determinado. Por extraño que a primera vista parezca, hasta la génesis de las neoplasias. La investigación estadística más reciente (Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, Noruega, Africa del Sur, Indonesia, etc.) ha demostrado muy claramente la existencia de una relación entre la frecuencia de la morbilidad tumoral y la clase social a que el enfermo pertenece: el cáncer de estómago, el de pulmón y el del cuello uterino son más frecuentes en las clases económicamente bajas; los de colon y recto y el de mama, en las clases económicamente elevadas. Por la razón que sea, algo «social» hay en la génesis y en la localización del cáncer. Lo mismo cabe decir de los tres factores (génico, gestativo y educacional) que se integran en la *causa dispositiva*. La «estirpe», por ejemplo, ¿no es un concepto social, además de ser un concepto genético? Llamo «factor gestativo» de la constitución individual —y, por lo tanto, de la susceptibilidad individual— a la acción que sobre ella ejerce la doble gestación, uterina y social, que debe experimentar el ser humano. El zoólogo Ad. Portman ha estudiado con gran brillantez la in-

maturidad natal de nuestra especie y ha propuesto dar el nombre de «útero social» al entorno protector y configurador que rodea al niño durante los primeros meses de su existencia extrauterina, del cual es parte principalísima la madre o la persona que como tal actúa. Una copiosa investigación biológica, psicológica y clínica (R. Spitz, Silvia Brody, Sullivan, Bowlby, Rof Carballo, etc.) ha demostrado la gran importancia de ese «útero social» en el desarrollo somático y psíquico del individuo, en la adquisición de las pautas culturales del grupo a que pertenece (Ruth Benedict, Margaret Mead), y en la génesis de sus diversas susceptibilidades patológicas (baste recordar el «hospitalismo» de R. Spitz). No hay duda: la causa dispositiva de la enfermedad tiene un fuerte carácter social.

No menos patentes son las causas en lo tocante al *sentimiento de enfermedad*. Antes expuse unos significativos resultados de Koos. Por su parte, Braun ha encontrado que por cada defunción hay 1.200 alteraciones triviales de la salud, y que de los sujetos integrantes de esta cifra sólo unos cien acuden al médico. La decisión de solicitar asistencia médica depende en gran medida, como se ve, de factores psicológicos y sociales. La frecuencia de la llamada al médico varía notablemente, dentro de cada especie morbosa, con la situación social del paciente (Freedman y Hollingshead, Hollingshead y Redlich, Stopp). Summerskill y Darling han encontrado este curioso hecho: entre los estudiantes judíos y los alumnos de la Facultad de Economía de la Cornell University, la llamada al médico por causa de enfriamiento es más frecuente que entre los individuos pertenecientes a otros grupos universitarios. Sería fácil aumentar el número de ejemplos.

También la *configuración del cuadro sintomático* se halla socialmente condicionada. «La úlcera de estómago no es la misma

Pasteur y algunos de sus enfermos de hidrofobia.
Ciertas influencias sociales y genéticas
pueden crear una «predisposición»
para ciertas enfermedades.

enfermedad en un segador y en un profesor de filosofía», solía decir Marañón. El tema «síntoma y sociedad» ha adquirido relativa notoriedad en la investigación clínica reciente. En cuanto a las enfermedades psiquiátricas, los estudios de Hollingshead y Redlich son en cierto modo clásicos; y en otro orden de enfermedades, Ruesch y Bowman han aportado multitud de ejemplos convincentes. Cualquier clínico experto podrá añadir nuevos datos.

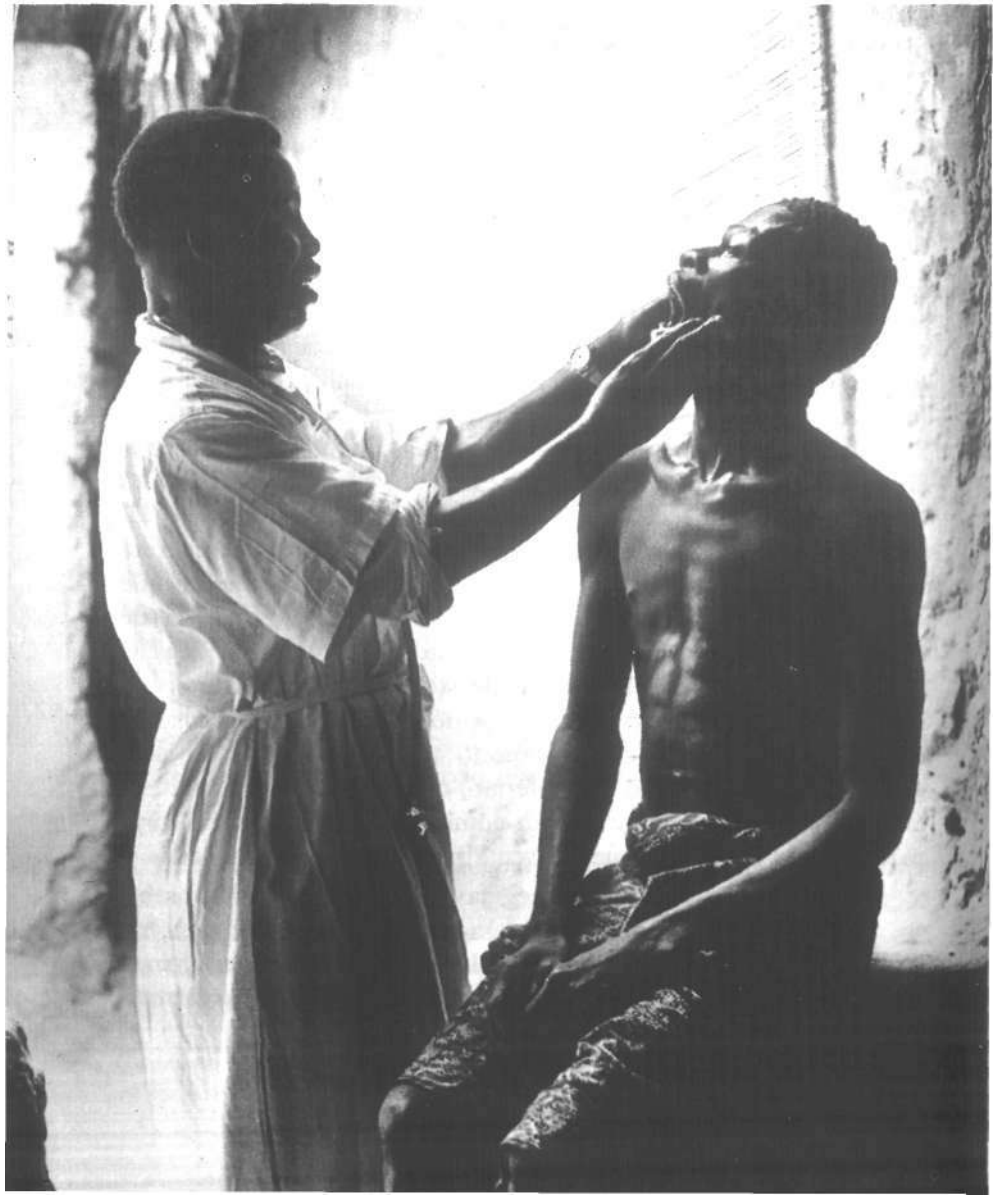
2 Examinemos ahora la *condición del médico en tanto que médico*. Tanto el nivel de su formación técnica como el modo de su ejercicio profesional dependen esencialmente del grupo social a que el médico pertenece. La práctica clínica varía, en efecto: *a)* Con la mentalidad económico-social del titular: hay médicos de mentalidad capitalista y burguesa, como los hay de mentalidad socialista y proletaria, y esto influye en el estilo del ejercicio asistencial. *b)* Con la intención según la cual es practicada la medicina. Recordaré que la voluntad de ayuda, el lucro, la ciencia y el deber funcionarial son las cuatro principales. *c)* Con el modo en que socialmente se realiza la asistencia al enfermo. Hay médicos libres, médicos vinculados por contrato, médicos funcionarios y médicos socializados; la asistencia, por otra parte, puede ser hospitalaria o domiciliaria, y practicarse en consultorios privados o públicos. Es evidente que a cada uno de estos tipos del ejercicio médico corresponde un modo distinto de entablar la relación con el enfermo.

3 No puede sorprender, pues, la *atribución de un carácter social a la relación entre el médico y el enfermo*. Aunque en su fundamento sea una vinculación interpersonal cuasi-diádica, esa relación está esencialmente inserta en un cuadro de referencias sociales y se halla parcialmente determinada por él.

Desde un punto de vista sociológico, ¿qué es la relación médico-enfermo? En todo conjunto social, dice el sociólogo Talcott Parsons, cada individuo se halla enlazado con los demás a través de una multitud de relaciones de interacción y tiene en el sistema una parte funcional que puede ser descrita distinguiendo la posición que él ocupa en la sociedad (su *status)* y el papel que en esa posición desempeña (su *rol).* Pues bien: cada *rol* viene determinado por las «expectativas institucionalizadas» que le son propias; esto es, por lo que el sistema social en cuestión espera de quien lo cumple. He aquí, según T. Parsons, las expectativas institucionalizadas del *rol* del enfermo en la sociedad civilizada actual: 1.ª El enfermo queda libre, mientras lo está, de las obligaciones sociales inherentes a las funciones que en estado normal desempeñaba. 2.ª Por mucho que en ello se esfuerce, el enfermo no puede por sí mismo quedar libre de su enfermedad. Por tanto, se halla exento de responsabilidad social en lo tocante a su *rol* de enfermo. 3.ª El enfermo está obligado a «querer curarse». 4.ª El enfermo está obligado a solicitar ayuda médica y a cooperar con el médico que se la presta. De ahí, por vía de reciprocidad, las expectativas de la sociedad respecto del médico. Esto debe contribuir, si llega el caso, a la liberación del enfermo de sus responsabilidades sociales (tal es la función del «certificado de enfermedad»), aceptar la irresponsabilidad del paciente respecto a su condición de tal, acoger la voluntad de salud del enfermo, colaborar técnicamente con él en la empresa de curarle y no admitir cualquier tentativa suya para obtener de su enfermedad ventajas de carácter «antisocial» [1].

No debo estudiar aquí la acogida de los médicos —favorable en general— a este esquema sociológico de Talcott Parsons. Me limitaré a decir que, según él, la relación médica será en principio el resultado del mutuo engarce entre las expectativas institu-

Las «expectativas institucionalizadas» definen el papel que la sociedad espera que el médico y el enfermo desempeñen.
En una sociedad compleja y en parte modernizada
este papel es variable y exige cierta flexibilidad.
La visita a un médico formado en Occidente,
puede ir seguida de otra a un curandero indígena.



cionalizadas del enfermo y las del médico. Si ambas son las vigentes en la sociedad a que uno y otro pertenecen, la relación entre ellos será sociológicamente correcta; en otro caso, se constituirá en fuente de conflictos sociales, y tal vez de desórdenes morbosos. No parece difícil la tarea de establecer una tipología sociológica de las formas defectuosas de la relación médica, según el modo como el médico y el enfermo realicen las expectativas sociales que a uno y otro corresponden.

Por otra parte, la sociología de la relación médica debe ser estudiada «desde dentro» de ésta; no sólo desde la sociedad en cuanto a tal, también desde el conjunto bipersonal que constituyen el médico y el paciente. Llámesela «comunicación afectivo-vegetativa», con von Diffurth, o «urdimbre afectiva», con Rof Carballo, la vinculación con los otros que empezó a constituirse en los primeros días de la vida extrauterina es de algún modo necesaria para el buen desarrollo del individuo humano; antes lo hice notar. Cuando ha sido deficiente o anómala, puede ser causa de enfermedad (hospitalismo infantil, tuberculosis pulmonar, ulcus gástrico, desórdenes psicóticos y neuróticos, etc.). Pues bien: la relación del paciente con el médico, sobre todo en las enfermedades crónicas y en las neuróticas, cumple en la vida de aquél un papel protector —«diatrófico», en la nomenclatura de René Spitz— que sólo mediante un atento análisis «social» de su biografía podrá ser bien entendido.

Condicionada a la vez «desde fuera» (desde la sociedad en cuanto tal) y «desde dentro» (desde su condición bipersonal o cuasi-diádica), la relación médica es en sí misma social. Y lo es, como por sí mismo podrá advertirlo cualquiera recordando su experiencia personal, en todos y cada uno de los momentos que la integran; el encuentro entre el médico y el enfermo, la exploración

clínica, la vinculación afectiva, el diagnóstico y el tratamiento. Junto a las ineludibles instancias «personales», en esa relación operan poderosas instancias «sociales», y unas y otras determinan, combinándose, el tipo de ella y su concreta realidad particular. Invito al lector al ejercicio mental de establecer los varios modos típicos de la relación médica, o al ejercicio inverso: contemplar un caso cualquiera y analizarlo metódicamente a la luz de cuanto llevo expuesto. Tal vez no sea inútil, para el cumplimiento de uno y otro empeño, mostrar en forma sinóptica los principales motivos que determinan la figura de la relación entre el médico y el enfermo:

**Motivos personales**

*Del enfermo*

1 Qué busca en su relación con el médico y qué espera de ella.
2 A qué médico acude.
3 Cómo siente su enfermedad.
4 Cómo ha respondido a su enfermedad.
5 Actitud frente a la medicina.
6 Actitud frente a la persona del médico.

*Del médico*

1 Suficiencia técnica real y conciencia subjetiva de esa suficiencia (seguridad o inseguridad de sí mismo, en tanto que médico).
2 Interés dominante en su ejercicio profesional (ciencia, lucro, función pública o voluntad de ayuda al enfermo).
3 Condiciones personales (temperamentales y éticas).
4 Actitud frente al enfermo (en cuanto que éste es «caso clínico» y en cuanto que es «persona»).

Una sala del hospital de St. Bartholomew, Londres, hacia 1890.

**Motivos sociales**

*Relativos al enfermo*

1 Motivación de la «llamada al médico» (papel de la sociedad en cuanto tal y de las personas próximas).
2 Motivos sociales en el sentimiento de enfermedad.
3 Motivos sociales en la respuesta a la enfermedad.

*Relativos al médico*

1 Formación técnica.
2 Mentalidad social.
3 Modo social de ejercer la profesión.

*Relativos a la relación médica en cuanto tal*

1 Marco social en que se realiza.
2 Expectativas institucionalizadas del medio social.
3 Momentos sociales de la cuasi-díada médico-enfermo.

# 6 Formas actuales de la relación entre el médico y el enfermo

He propuesto en las páginas anteriores una teoría de la relación entre el médico y el enfermo fiel, a mi juicio, a lo que hoy son el pensamiento médico y el ejercicio de la medicina. Como complemento de ella, estudiaré en este capítulo final lo que realmente es esa relación en la sociedad actual; para lo cual hemos de reanudar la descripción histórica interrumpida al final de la primera parte, y examinar con alguna atención las distintas formas de la respuesta del siglo XX a la «rebelión del sujeto» que se había producido en la segunda mitad del siglo XIX.

I Veamos ante todo el *aspecto clínico* de esa respuesta. Un llamativo suceso, el auge constante del número de los enfermos neuróticos desde los últimos lustros del siglo pasado, puso de manifiesto en el seno de los consultorios de Europa y América el malestar del enfermo frente a la sociedad en que vivía y respecto de la medicina que con él se practicaba. El nacimiento del psicoanálisis no fue tan sólo una hazaña de carácter científico y técnico; fue también, y en muy amplia medida, un suceso de carácter histórico y social.

En efecto. ¿Contra qué se dirigía esa rebelión? En definitiva contra una vida social que desconocía en buena parte lo que el hombre realmente es y vale, por muy escaso que sea su relieve social, y contra un modo de la asistencia médica excesivamente objetivador o «cosificador» del sujeto a quien se postulaba. La terapéutica al uso y la gran fe de todos en las posibilidades técnicas de la ciencia natural no bastaban, juntas, para tratar adecuadamente ese viejo y nuevo modo de enfermar, y de ahí la peculiar índole de la respuesta en el orden clínico. A través de muy distintas escuelas y de posiciones personales más variadas aún (hablen por sí solos los nombres de Freud, Adler, Jung, Stekel, Dubois, Schultz, etc.), el médico ha venido a prestar a la persona del enfermo una consideración mucho más atenta y deliberada, tanto en el sentido psicológico-individual como el sentido psicológico-social del término «persona». Se ha producido en nuestro

siglo, por tanto, una «personalización intimista» y una «personalización social» de la práctica médica.

Manifestación principal de la primera ha sido la progresiva introducción de la psicoterapia en la actividad del médico. Es cierto que muchos médicos, acaso la mayoría, no practican ni prescriben todavía curas psicoterápicas *stricto sensu*. ¿Por qué? A mi juicio por dos razones: el tiempo y la paciencia que el tratamiento psicoterápico suele exigir del médico y del enfermo, y la habitual falta de adecuación —al menos, en no pocos países europeos— entre la medicina que académicamente se enseña y la medicina que socialmente se hace. Así lo demuestra, entre tantos otros, el hecho de que los futuros psicoterapeutas tengan que aprender casi siempre sus técnicas fuera de las Facultades de Medicina. Pero, con todo, la importancia real de la psicoterapia en la práctica y en el pensamiento del médico ha ido creciendo sin cesar desde los años en que Freud era el solitario de la Berggasse.

La personalización de la medicina —la «introducción del sujeto» en ella, según la fórmula de von Weizsäcker— ha tenido también una expresión social. Con esta última palabra no aludo a la mayor o menor socialización de la práctica médica que en todos los países se ha producido. Pronto habré de referirme a ella. Ahora sólo quiero poner de relieve la evidente «socialización interna» que durante los últimos lustros se ha venido produciendo, desde dentro de la relación entre el médico y el enfermo, en no pocos aspectos del arte médico; es decir, el hecho de que el diagnóstico y el tratamiento, bajo la sutil presión de lo que suelen llamar el «espíritu del tiempo», vayan cobrando un carácter a la vez más personal y más social.

Para no pocos autores (Koch, Mainzer, Braun, Szasz, Lippross), la expresión del juicio diagnóstico vendría a ser, en último término, una fórmula operacional, un recurso comunicativo variable en su forma y adaptado en cada caso a la persona del enfermo y al fin social que ese juicio deba cumplir (ante el enfermo mismo y su familia, ante el Estado, ante una organización o una empresa,

etcétera); lo cual, como Jores, Langen y Sigel han hecho ver, se cumple muy especialmente en la formulación y la comunicación del diagnóstico de las enfermedades neuróticas.

Lo mismo acontece en la configuración real del tratamiento. Por una parte, el médico va sabiendo utilizar terapéuticamente la condición social de la persona humana: psicoterapia de grupo y psicodrama, rehabilitación colectiva, estudio y aprovechamiento de la convivencia hospitalaria. Por otra, va orientándose el tratamiento hacia la plena reinstalación del enfermo en el grupo social a que pertenece: tal es el sentido que tiene el gran auge actual de la «rehabilitación». Más aún: la creciente complejidad técnica de la medicina actual ha colectivizado bajo forma de «equipo médico» —al que muchas veces pertenecen técnicos no médicos— la asistencia al enfermo, por lo menos en los centros hospitalarios de alguna importancia y en las grandes ciudades. Nada más revelador a este respecto que un examen rápido de la evolución histórica del hospital. Este comenzó siendo el conjunto arquitectónico y funcional de una enfermería y una farmacia; conjunto al cual se han ido sucesivamente añadiendo —no contando las diversas instalaciones terapéuticas, quirófanos, etc.— la sala de autopsias (siglos XVII y XVIII), el laboratorio químico (primera mitad del siglo XIX) y el laboratorio bacteriológico (segunda mitad del siglo XIX). Pues bien; durante el siglo XX, el hospital se «socializa» en su estructura, se proyecta funcionalmente hacia el medio humano que le rodea (departamentos de asistencia social, visitadores sociales, etc.), y es, por otra parte, «sociológicamente» concebido y estudiado. Los recientes trabajos de Hall, Schelsky, Biörck, Mitscherlich, Rohde, Caudill y otros nos hacen entender de un modo nuevo la institución hospitalaria: ésta es una colectividad *sui generis*, que en virtud de su propia estructura sociológica puede favorecer la curación del enfermo o entorpecerla. Como la persona del médico, el hospital es por sí mismo un «medicamento» de acción unas veces favorable y otras nociva.

II La respuesta de nuestro siglo a la «rebelión del sujeto» ha

tenido además un *aspecto social*, en el sentido más fuerte y habitual de la expresión. Un imperativo rigurosamente social —el de suprimir de hecho la intolerable diferencia tradicional entre la «medicina para ricos» y la «medicina para pobres»— ha obligado a socializar en una u otra medida la asistencia médica: la «socialización externa» de la medicina a que antes me referí. Desde la ley de Bismarck que en 1883 creó en Alemania las *Krankenkassen*, hasta los Seguros Obligatorios de Enfermedad de la Gran Bretaña y España, pasando por la total socialización de la asistencia médica en la Unión Soviética y en otros países socialistas, apenas existe un país civilizado en el que de un modo o de otro no se haya producido un cambio fundamental en la estructura social de la ayuda técnica al enfermo.

He aquí, según la certera enumeración de Cano Díaz, las varias razones que explican y justifican esa parcial o total socialización de la medicina: 1.ª La gran eficacia y la enorme carestía de la medicina actual. Los recursos diagnósticos y terapéuticos son a la vez muy eficaces y muy caros. El médico, por otra parte, es mucho más frecuentemente requerido que en épocas anteriores.

2.ª El deficiente estado sanitario de la población, principalmente entre las clases proletarias. 3.ª La general conciencia del derecho del hombre a la salud. «El goce del máximo grado de salud que se pueda lograr —dice una declaración de la O. M. S.— es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social». 4.ª La general tendencia actual a la socialización de las profesiones y las técnicas. 5.ª La creciente intervención del Estado en la vida social.

Cinco han sido también, en mi opinión, las manifestaciones principales de este decisivo suceso:

1. La conciencia ética del actual hombre de la calle —no sólo, por tanto, la exigencia de los revolucionarios sociales y de las personas de más fina sensibilidad moral— rechaza con toda energía

Hasta Pasteur la microbiología no estaba sistematizada,
pero, desde entonces, se pudo trabajar sobre microbios
como transmisores específicos de enfermedades
(Pasteur nunca creyó que fuesen la causa).
Así, a partir de la primera mitad del siglo XIX
el laboratorio se convierte en parte esencial del hospital.

la discriminación terapéutica por razones de carácter económico. En alguna medida, esa discriminación subsiste; pero en toda la extensión del planeta se lucha contra ella.

2 Ha cambiado *a radice* la actitud del paciente menesteroso. Desde la Edad Media hasta nuestro siglo, el enfermo hospitalario ha venido entregándose sin condiciones a una asistencia médica concebida, en relación con él, como pura beneficencia. Durante los últimos decenios, en el alma del paciente proletario ha surgido y es cada vez más vigorosa la conciencia de un radical e ineludible derecho al cuidado de su enfermedad; lo cual, de manera inevitable, ha dado a la relación médica un carácter acusadamente contractual.

3 Antaño, la asistencia médica al enfermo menesteroso quedaba de ordinario limitada a las enfermedades orgánicas de cierta gravedad. Hoy todo enfermo se siente con derecho a solicitar asistencia facultativa para sus enfermedades leves, aunque éstas parezcan ser funcionales o neuróticas.

4 Hasta el siglo XX, la enfermedad, para el individuo menesteroso, era pura y simple calamidad. Desde hace algunos años, y sin dejar de ser infortunio leve o grave, la enfermedad va siendo considerada como fuente de derechos extra-médicos: el enfermo menesteroso piensa, con entera razón, que su dolencia le concede un derecho personal y social a cierta indemnización.

5 La asistencia médica al enfermo menesteroso ha tenido que ser colectivamente organizada, y en una u otra medida se ha burocratizado. Además de ser «clínico», el médico se ve obligado a ser «funcionario».

El hecho es patente: en nuestro siglo, y por imperativos estrictamente sociales, la asistencia médica se ha socializado «desde fuera». Han entrado en crisis la práctica privada de la medicina y la asistencia hospitalaria tradicional. Rápidamente está desapareciendo en todos los países el viejo «hospital de benefi-

cencia». Salvo en las zonas de la sociedad de mayor holgura económica o más alto nivel político, el enfermo suele ser atendido por algún «Seguro de Enfermedad». Tal es el marco en que hoy con más frecuencia se establece la relación médica. Dentro de ese marco, ¿cómo el médico y el enfermo se relacionan entre sí?

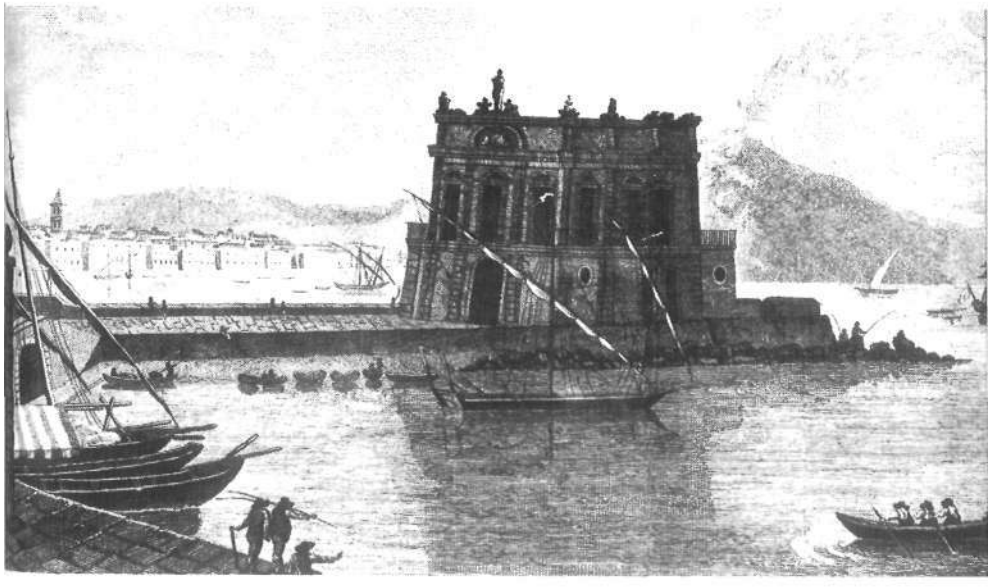
Antes de dar una respuesta es preciso considerar rápidamente otra nota de la vida y la medicina de nuestro tiempo: el hábito social que L. Albertí ha llamado «autonomía de las técnicas». Muchas de las necesidades vitales del hombre pueden ser hoy satisfechas, en efecto, utilizando productos fabricados en serie o mediante operaciones que no exigen la intervención de un técnico especialmente calificado. Basta medir, para advertirlo, el contraste entre la preparación de una fórmula magistral por un farmacéutico de hace cien años y la adquisición de unas tabletas de aspirina en cualquier farmacia actual. No parece exagerado hablar de una «medicación sin médico ni farmacéutico». Los analgésicos, los hipnóticos y tranquilizantes, los antibióticos, los laxantes, mil y mil productos de la industria farmacéutica pueden ser adquiridos hoy sin intervención visible del técnico que los ha preparado y sin la menor participación de los que conocen su indicación y debieran prescribirlos. El medicamento, en suma, se ha convertido en un «bien social» al alcance de cualquiera que pueda pagarlo.

Personalización y socialización de la medicina, complejidad y autonomía creciente de las técnicas diagnósticas y terapéuticas: he aquí las condiciones internas y externas que en el mundo actual determinan la figura de la relación entre el médico y el enfermo. Pero la concreción última de esa figura difiere en los dos grandes ámbitos político-sociales que hoy integran el mundo occidental: la sociedad «capitalista» y la sociedad «socialista». Veámoslo.

III Lo primero que debe decirse, si uno quiere describir con objetividad y rigor la asistencia médica en la sociedad «capitalista», es que la realidad económica y social correspondiente a este adjetivo dista mucho de ser la correspondiente a la concepción «clásica» —anticuada ya— del capitalismo liberal. Aun no siendo

LA DAME DE CHARITÉ
Dédiée à Madame Marie Charlotte de Bethune Comtesse de
Tessé Douairière, Grande d'Espagne de la p.re Classe &a
Par Ses très humbles et très Obéissants

Dos instituciones sanitarias del siglo XVIII.
*Izquierda*: «La Dame de Charité» de Charles Elisen.
Las damas de la Corte se dedicaban a visitar enfermos,
generalmente en uno de los numerosos hospitales de caridad.
*Abajo:* La Oficina de Sanidad de Nápoles, para imponer cuarentenas
en el puerto, fue uno de los primeros centros de medicina preventiva
al servicio de la sanidad pública.



formalmente socialistas, todos los países occidentales han socializado en mayor o menor medida no pocos de sus servicios y actividades, y acaso la asistencia médica sea la más clara prueba de ello. Es cierto que en los países no socialistas —entre ellos incluyo los escandinavos y el Reino Unido, cualesquiera que hayan sido en ellos los avances de la colectivización y la nacionalización— puede ser directamente contratada por el individuo la asistencia médica y existen muy distintos niveles en los honorarios profesionales de los médicos; pero coincidiendo con la práctica «burguesa» y «privada» de la medicina, más aún, dominando abiertamente sobre ella, existe otra que muy bien podemos llamar «socializada»: la que reciben las clases trabajadoras y,

en general, las personas que han de vivir de su salario. Hasta en los Estados Unidos, el país donde los médicos más empeñadamente defienden el ejercicio libre de su profesión, viene ocurriendo así. Aunque el seguro médico tiene allí, en general, carácter voluntario, un seguro obligatorio de enfermedad ya ha sido establecido en varios Estados de la Unión —Rhode Island, Nueva Jersey, California y Nueva York—, y la sucesión de varios proyectos legislativos en el Senado —el National Health Bill de 1939, el Capper Bill de 1940, el Wagner-Murray-Dingell Bill de 1945, el National Health Bill de 1947— muestra muy elocuentemente el continuo avance de la conciencia médico-social del pueblo norteamericano.

En la socialización parcial de la asistencia médica pueden variar, no contando otros factores de menor importancia, el campo de aplicación del seguro y el modo de prestación de la asistencia.

Se denomina *campo de aplicación* del seguro de enfermedad al conjunto de las personas a que la ley concede esa protección. Tres son, a este respecto, las posibilidades fundamentales. El seguro de enfermedad puede ser voluntario; y en tal caso da la opción de acogerse a él a todos los ciudadanos, como sucede en Suecia, o a los trabajadores autónomos o por cuenta de otra persona, como acaece en Israel. En otros países, el seguro se establece con carácter obligatorio para la totalidad de los ciudadanos; esto es lo que ocurre en Gran Bretaña y en Nueva Zelanda. El seguro puede ser establecido, en fin, sólo para los trabajadores autónomos o por cuenta ajena, a condición de que sus ingresos no rebasen un nivel determinado por la ley. Tal es el caso en la República Federal Alemana, en Francia y en España.

En relación con el *modo de prestación de la asistencia médica*, dos parecen ser los sistemas básicos. Esa prestación puede ser atendida directamente por la institución aseguradora; así se procede en Alemania, Austria, Dinamarca, España, Gran Bretaña, Grecia, India, Israel, Portugal, Suecia y Turquía. O bien, en otros casos, el asegurado percibe un reintegro, como acontece en Francia, Bélgica y Suecia, y en cierto modo en Italia y Nueva Zelan-

da. Difieren también, a este respecto, las posibilidades del enfermo para la elección de médico. En Francia, por ejemplo, el asegurado puede elegir libremente a cualquiera de los inscritos en la lista de la Orden de Médicos. En la Gran Bretaña, únicamente a los que figuran en la lista del Consejo ejecutivo para la zona de residencia del paciente. En España, el enfermo tiene que recurrir, sin posibilidad de opción, al médico de la zona a que pertenece.

Sería improcedente aquí un examen detenido de los distintos sistemas de asistencia médica vigentes hoy en los países no socialistas. Considerados éstos en su conjunto, cabe decir: 1.° Que en todos ellos se mezclan de manera diversa y nunca muy armoniosa la asistencia libre —el ejercicio de la medicina sin previo contrato entre el médico y el enfermo— y la asistencia asegurada. 2.° Que en la mayor parte de ellos rige, aunque sea con restricciones, el principio de la libre elección del médico por el enfermo. 3.° Que la asistencia socializada, pese a las numerosas críticas, muchas veces justificadas, que de ella se hacen, ha supuesto un formidable progreso en el cuidado médico de las clases proletarias. 4.° Que, con todo, no parece que se haya llegado a abolir por completo la tradicional diferencia entre la «medicina para ricos» y la «medicina para pobres». Pónganse juntas, a título de ejemplo, la asistencia médica que consigue el banquero y la que recibe el estibador.

IV Comparada con la de los países no socialistas, la asistencia médica de los países socialistas —a la cabeza de ellos la Unión Soviética [25]— presenta dos diferencias muy acusadas. Por una parte, la socialización de la medicina es total. La práctica médica y la sanidad pública constituyen un bloque monolítico, política y administrativamente dirigido por el Ministerio de la Salud. El ejercicio libre de la medicina, por tanto, no existe. Por otra parte, la concepción totalitaria del Estado —el marxismo como doctrina oficial, obligatoria y única— tiñe políticamente la organización técnica de la medicina. Aunque, justo es reconocerlo, las interferencias derivadas de este hecho, graves en tiempos y enojosas siempre, van remitiendo en la Rusia posterior a Stalin.

Antón Chejov nos ha dejado en «Sala número 6» una vivaz descripción literaria de lo que era un hospital en la Rusia de los zares. Desde entonces la medicina ha dado allí un paso de gigante. Cabe incluso decir, aunque la hipótesis sea históricamente ilícita, que si hubiese proseguido hasta hoy el régimen zarista, la medicina rusa sería bastante inferior a lo que ahora es. Ciertamente, su dotación técnica no es todavía la de los países no socialistas más desarrollados, y no menos cierto es que el sistema tiene en su estructura y en su función fallos considerables; pero en conjunto, los 350.000 médicos, mujeres en gran parte, que hoy atienden a la población de la Unión Soviética (unos 16 por cada 10.000 habitantes) prestan una asistencia bastante satisfactoria. Tanto, que, según el doctor Paul Dudley White, de Boston, «los emigrados y las personas desplazadas han expresado una fuerte preferencia por la medicina soviética frente a la que como recién llegados ven en los Estados Unidos, principalmente porque la medicina soviética es fácil de conseguir, aunque a menudo sea pobre en recursos diagnósticos y terapéuticos, comparada con la de los Estados Unidos» [18].

Según los datos que yo he podido obtener [*], los principales problemas internos de la asistencia médica en la Unión Soviética son, desde el punto de vista de la relación entre el médico y el enfermo, los cuatro siguientes:

1 El tiempo *realmente* dedicado por el médico al examen del paciente en los consultorios generales es muy escaso. Datos procedentes de un dispensario de Saporoshe nos dicen que de los diez minutos asignados a cada enfermo —de hecho, no más de nueve—, dos o tres han de ser consumidos en la redacción de la historia clínica, y tres o cuatro en el «papeleo»; con lo cual, para la anamnesis y la exploración no se viene a disponer más que de unos dos o tres minutos. La ineludible burocratización de la práctica médica quita bastante tiempo a la relación directa entre el médico y el paciente.

2 Los médicos, por lo general, están descontentos de la consideración social y económica que se les concede. No resisto la tentación de transcribir una anécdota, procedente de fuente soviética:

«Un ingeniero —dice un médico— se burla de lo poco que yo gano, comparado con lo que gana él.

—¿Por qué se os paga tan poco?

—En nuestro país —le respondo— las gentes cobran según los materiales con que trabajan; y usted trabaja con oro.

—Yo no trabajo con oro —replica el ingeniero—, sino con máquinas.

—Sí, pero el gobierno compra esas máquinas con oro.

—Es verdad.

—Entonces, ya lo ve, usted trabaja con oro, y yo con usted o con personas como usted. Esto quiere decir que su calidad es mucho más baja que la de la maquinaria. Si una máquina se estropea, hace falta oro para comprar otra; pero si usted muere, hay dos millones como usted para ocupar el puesto que deja libre. El coste de usted es menor.

Y luego añadí:

—Yo no trabajo por dinero, sino por la gratitud que obtendré si usted está enfermo, no tanto de usted mismo, como de su esposa.

En lo sucesivo —termina diciendo el relato— cambió mucho la actitud de ese ingeniero frente a mí.»

3 El médico vive de ordinario sometido al no siempre fácil problema moral del «certificado». En una sociedad donde el rendimiento laboral del individuo domina tan imperiosamente sobre todos los restantes intereses, el médico se ve muchas veces en el trance de ser tenido por «saboteador», si es blando o compasivo en la expedición de certificados de enfermedad, o por «despiadado», si cumple con celo y rigidez las órdenes, con frecuencia duras, de las autoridades políticas [15].

4 Aunque por razones distintas que en los países no socialistas,

la calidad de la asistencia médica presenta distintos niveles sociales. En aquéllos, las causas son por lo general de orden económico; en la Unión Soviética, de orden político. La diferencia entre los hospitales «comunes» y los hospitales «cerrados» —estos últimos, exclusivos para jefes políticos o militares— es, por lo que dicen, tan visible como demostrativa.

V Total o parcialmente realizada, la socialización de la asistencia al enfermo es hoy, sin duda alguna, el rasgo más importante de la práctica médica.

Para terminar nuestro examen de la relación entre el médico y el paciente en el mundo actual, veamos sinópticamente las posibilidades que ha abierto y los problemas que ha suscitado esa socialización de la medicina. Admitamos, para simplificar las cosas, que la formación técnica del médico y la capacidad funcional de la organización asistencial (orden administrativo, recursos diagnósticos y terapéuticos, etc.) son suficientes. Dentro de esa organización, ¿cómo será y cómo podrá ser la relación médica? Contemplando a la vez la realidad empírica (lo que realmente sucede), la realidad posible (lo que podría suceder, utilizando rectamente las posibilidades de que se dispone) y la realidad ideal (lo que la realidad sería si las posibilidades fuesen óptimas), tres órdenes de problemas surgen ante nosotros:

1 Problemas de *carácter afectivo*. Sin una elección totalmente libre del médico por parte del enfermo, ¿es posible que entre uno y otro se establezca una verdadera «amistad médica»? Una consideración leal del tema nos fuerza a descomponer esa interrogación en otras más elementales y precisas.

La confianza del enfermo en el médico, conveniente siempre, ¿es siempre condición necesaria para la certidumbre del diagnóstico y para la eficacia del tratamiento? Si los recursos diagnósticos y terapéuticos empleados son objetivamente eficaces y si el paciente es persona psíquicamente sana y robusta, la respuesta debe ser negativa. Una bronconeumonía y una fractura ósea pueden ser

El derecho a la asistencia médica. Campaña para inyectar penicilina patrocinado por la O. M. S. y la U. N. I. C. E. F. en una de las tres mil islas de Indonesia en la lucha contra la frambesia.
El complejo seguro médico de países más desarrollados exige una definición más exacta de este «derecho» y cómo ha de ser garantizado por los médicos y los enfermos.

muy correctamente diagnosticadas y muy eficazmente tratadas sin que esa confianza haya llegado a producirse. Los remedios terapéuticos actúan ante todo por lo que ellos son; y aunque la desconfianza del paciente merme alguna parte de su acción favorable, no por eso dejará la penicilina de matar a los neumococos, ni se hará imposible la formación de callo óseo.

La libertad de elección del médico por el enfermo, ¿es condición necesaria para la instauración de la confianza de éste en aquél? En términos absolutos, no. Un médico no elegido por el enfermo podrá casi siempre, si efectivamente se lo propone, conquistar la confianza de la persona que atiende. Dos simples recursos, la suficiencia técnica y la buena voluntad, le bastarán de ordinario para ello. Y puesto que puede hacerlo, deberá hacerlo.

La libertad de elección del médico por el enfermo, ¿ha tenido alguna vez plena vigencia real? La verdad es que, por lo general, éste ha sido un derecho sólo al alcance de los potentados. El enfermo hospitalario era atendido por el jefe del servicio a que se le enviaba, o acaso por un médico subalterno de quien con gran frecuencia no conocía ni el nombre; y así, *mutatis mutandis*, el enfermo rural. Seamos sinceros: por debajo de cierto nivel económico, la libertad de elección del médico por el enfermo ha sido, en la inmensa mayoría de los casos, un derecho puramente nominal.

Quiero ser bien entendido. En modo alguno trato de afirmar que la libre elección del médico por el enfermo no sea preferible a la carencia de esa libertad. Cierta capacidad de opción es tan posible como conveniente; ahí están para demostrarlo, entre otros, los seguros de enfermedad de Francia, Alemania y la Gran Bretaña. Pienso, sin embargo, que el problema debe ser planteado en sus justos términos. He aquí mi tesis: la perfección del ejercicio clínico exige la confianza del enfermo en el médico, y ésta puede ser más fácilmente conseguida cuando rige el principio de la libre elección; pero ello no es óbice para que, supuestas las condiciones que antes señalé, pueda lograrse, incluso sin esa libertad de elección, una asistencia médica de muy aceptable calidad.

2 Problemas de *carácter técnico-económico*. Aunque la formación técnica de los médicos sea aceptable, sin una organización idónea y sin dinero, sin mucho dinero, no podrá alcanzarse jamás una medicina socializada justa y eficaz. Bajo forma más o menos organizada, el viejo contraste entre la «medicina para ricos» y la «medicina para pobres» subsistiría casi intacto.

No me refiero sólo al mucho dinero que hoy cuestan las instalaciones asistenciales y los infinitos recursos terapéuticos; hablo también de la retribución y del número de los médicos encargados de la asistencia. Sin garantizar al médico un nivel de vida decoroso, ¿podrá lícitamente exigirse de él esa buena voluntad a que tantas veces me he referido? Sin un número de médicos generales y de especialistas adecuado a la cuantía de la población atendida y a lo que técnicamente es hoy el arte de curar, ¿podrá ser correctamente tratado el beneficiario del seguro? Pensemos un momento en el número de médicos que exigiría una organización asistencial no limitada a un simple «salir del paso» —médicos generales, especialistas clínicos, bioquímicos, anatomopatólogos, bacteriólogos, radiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, sociólogos, etc.—, y recordemos lo dicho más arriba acerca del tiempo concedido para atender a cada enfermo. Como la guerra según Napoleón, la asistencia médica socializada necesita, además de técnica y organización, «dinero, dinero y dinero».

3 Problemas de *carácter moral*. Sin la existencia de una vigorosa «moral social» —la moral cuyos deberes no tienen su término en el prójimo visible, sino en la sociedad—, ¿podría ser satisfactoria la asistencia médica socializada? Tales deberes afectan por igual al enfermo, al médico y al funcionario administrativo.

En el asegurado impera, por lo general, la conciencia de un doble derecho: el derecho a una asistencia médica humana y técnicamente satisfactoria y el derecho a la indemnización. Desde el punto de vista de la justicia social, los dos son moralmente indiscutibles. Pero sin el contrapunto de los deberes que a cada uno de ellos corresponden, ¿no llegarán a ser, respecto de la relación

médica, fuente de dificultades y conflictos? A la conciencia del derecho a la asistencia médica debe acompañar una resuelta y disciplinada voluntad de sanar; de otro modo —recuérdese el esquema sociológico de Talcott Parsons—, esa conciencia será moral y socialmente viciosa. El derecho a la indemnización queda objetiva y subjetivamente fundado, a su vez, por el deber de no convertirla en botín o en granjería. La simulación de la enfermedad y la venta fraudulenta del remedio son las formas más flagrantes de la deficiencia moral del enfermo. Las más flagrantes, pero no las únicas: junto a ellas está el ancho campo —clínica, moral y socialmente indeciso— que rodea a las neurosis de renta o de exención: el gran número de sujetos que en virtud de mecanismos no del todo inconscientes, a media distancia, por tanto, entre la salud y la enfermedad, hacen de ésta un recurso para conseguir la evasión o el lucro.

En el caso del enfermo, el peligro moral es la conciencia abusiva de un derecho; en el caso del médico, la insensibilidad habitual frente al deber; con otras palabras, la conversión de la práctica en rutina. Aunque su formación técnica sea aceptable, ¿quedará exento de responsabilidad el médico que, por sentirse «funcionario» o —lo que sería peor— por pensar que su celo no ha de aumentar sus ingresos, preste al enfermo una asistencia rutinaria y adocenada? No es cómoda, por lo general, la situación moral y afectiva del médico en los seguros de enfermedad. Ha de atender a un número excesivo de enfermos. Sabe que le cabe alguna responsabilidad en el estado sanitario de la sociedad a que pertenece. El esfuerzo por mantener al día su información y por cumplir con decoro la tarea clínica, no es de ordinario reconocido. Debiendo certificar la enfermedad del asegurado, se ve obligado a actuar como juez, con todos los delicados problemas afectivos y morales que esa decisión tantas veces lleva consigo. Si por añadidura es insuficiente su retribución económica, ¿no se sentirá con frecuencia tentado por el adocenamiento y la rutina? Sólo un camino habrá entonces ante él; ese que señala a cada uno la vieja máxima latina *hic Rhodus, hic salta.*

El funcionario administrativo, en fin, debe sustraerse a la tentación de confundir la «gestión» con la «posesión». El fin principal de la organización asistencial es la ayuda médica, y los protagonistas de ésta son el enfermo y el médico. Pocas cosas tan perturbadoras de la asistencia médica socializada como esa viciosa conversión de los administradores de un servicio público en propietarios de él.

VI Tal vez nos hallemos ya en condiciones de formular, desde el punto de vista de la relación entre el médico y el enfermo, un juicio estimativo acerca de este decisivo giro de la medicina.

Debe decirse en primer término que, mirada en su conjunto, la socialización de la asistencia médica es un suceso histórico justo, irreversible y progresivo. Muy bien podría serle aplicado el célebre argumento teológico de Escoto: *potuit, decuit, ergo fecit;* pudo hacerse, debió hacerse, luego se hizo. Pero la necesidad histórica y la indudable justicia del suceso no deben convertir en intocables los modos con que técnica y socialmente se realiza. Al contrario. Puesto que los seguros de enfermedad, desde las *Krankenkassen* bismarckianas hasta los que rigen en la Gran Bretaña y en la Unión Soviética, no son más que tanteos hacia un régimen asistencial cada vez menos insatisfactorio, la más cómoda, pero no la menos grave de las injusticias sería una actitud negativa frente a la revisión. Siempre el mundo ha sido cambiante, pero pocas veces ha merecido tanto como ahora la denominación de *changing World*.

Respecto de la relación entre el médico y el enfermo, la actual medicina socializada dista mucho de ser satisfactoria. Muy concisamente expuestas, he aquí las principales causas que determinan este hecho:

1 La escasez de la dedicación de tiempo a cada enfermo, por parte del médico que le atiende. Si para éste es imposible detener su atención diagnóstica y terapéutica en cada uno de sus pacientes, ¿podrán constituirse en su práctica verdaderas amistades médicas?

2 La deficiencia de los estímulos e incentivos, no sólo de orden económico, que por lo general ofrece al médico la organización asistencial.

3 En no pocos casos son insatisfactorios el sistema de la prestación del servicio, por restricción excesiva en la libertad de elección del médico y en el área de los recursos diagnósticos y terapéuticos que el médico puede legalmente prescribir.

4 Es defectuosa, por lo general, la formación social del médico. Hay muchos países en que la educación no suscita en medida suficiente la moral cooperativa del individuo. Y, por otra parte, las Facultades de Medicina son con frecuencia ciegas o miopes frente a los variadísimos problemas que hoy plantea la relación entre la enfermedad y la sociedad.

5 No menos defectuosa es, de ordinario, la formación civil y social del enfermo. Este suele vivir con mucha más intensidad sus derechos sociales como tal enfermo que sus deberes frente a la sociedad; la cual no es un ente abstracto, sino un conjunto de hombres a quienes sólo en muy pequeña parte se conoce. No debe renunciarse, sin duda, a la «moral competitiva»; bajo forma de lucro o de prestigio, la ventaja personal será siempre para los hijos de Adán un incentivo poderoso; pero sólo subordinada a una «moral cooperativa» llega a ser verdaderamente lícito el hábito deportivo o fratricida de la competición.

Esta enumeración de deficiencias lleva consigo otra de objetivos y reformas. Muy diverso será, según los países, el ritmo de la constante revisión perfectiva que está pidiendo la asistencia médica socializada. Si ese ritmo es lento e insatisfactorio, ¿deberá el médico atenerse a un «Como no me atienden bien, no cumplo bien»? Si no estuviesen en juego la salud y la vida de otros hombres, tal vez sí; pero el ejercicio de la medicina exige siempre, por razón de su fin, una entrega esforzada de quien lo practica. Esta es la servidumbre del médico, mas también su grandeza moral. Gracias principalmente a ella, la medicina socializada va siendo, en toda la extensión del planeta, una empresa en marcha.

# 7 Conclusión

El examen de la relación entre el médico y el enfermo en la historia de Occidente y en la actualidad universal permite afirmar, creo yo, el genial acierto de los antiguos griegos cuando llamaron a esa relación *philía*, amistad. Si realmente es lo que por sí misma debe ser, tal vinculación da origen a un modo particular de la comunicación amistosa, la «amistad médica». Poco importa a este respecto que la mentalidad con que se la entiende sea la griega antigua, la cristiana o la moderna y secularizada. En cuanto el hombre es naturaleza y la salud un hábito psicosomático de esa naturaleza suya, y por lo tanto un bien natural y objetivo, la relación médica viene a ser camaradería, asociación para el logro técnico de ese bien. En cuanto el hombre es persona y la enfermedad un estado que de algún modo afecta a su ser personal, la relación médica debe ser algo más que simple camaradería, debe consistir en amistad. Más allá de todo doctrinarismo, el buen médico ha sido siempre amigo del enfermo, de cada enfermo. Por encima de toda barrera psicológica o social, el enfermo, a su vez, tiende a ser y es con frecuencia verdadero amigo del médico. Pocos enfermos correctamente atendidos dejarán de hacer suyas las palabras de Séneca que presiden las páginas de este libro.

Mas para el logro feliz de esa ideal amistad médica hay que vencer, dentro de cada situación histórica y social, toda una serie de obstáculos. Algunos, monótonamente repetidos desde la antigua Grecia: impericia, desmedido afán de lucro, dogmatismo deshumanizado, incuria, pereza o mal humor, en el médico; veleidad, intemperancia o egoísmo extremado, en el enfermo. Otros, peculiares de la situación en que la relación médica se constituye: veneración supersticiosa de Asclepio, en la Grecia antigua; superstición seudocristiana y mentalidad ordálica, en la Edad Media; abusiva conciencia de derecho y espíritu pleitista, en nuestro tiempo. Pero pocas veces tales obstáculos llegarán a impedir que un médico técnicamente bien formado y moralmente digno entable con sus pacientes una relación médica satisfactoria y, por lo tanto, amistosa.

Los progresos de la técnica, ¿traerán consigo la posibilidad

de una medicina en la cual sea inútil la relación directa entre el médico y el enfermo? El médico ¿llegará a ser, respecto de los desórdenes morbosos del organismo humano, lo que es el ingeniero respecto de la avería de un motor? No lo creo. Pienso que siempre habrá enfermedades, porque la disposición a la enfermedad y la enfermedad misma pertenecen por modo constitutivo a la condición humana; y tengo por seguro que, en estando enfermo, el hombre necesitará casi siempre recurrir a la asistencia técnica del médico. Mientras haya hombres, habrá enfermedades y habrá médicos.

Con seriedad empapada de humor —o con humor veteado de seriedad, como se quiera—, el biólogo Jean Rostand ha imaginado lo que de sí mismo diría un *homo biologicus* experimentalmente producido: «He nacido de una semilla bien seleccionada e irradiada con neutrones; se eligió mi sexo, y he sido incubado por una madre que no era la mía; en el curso de mi desarrollo, he recibido inyecciones de hormonas y de ADN; se me ha sometido a un tratamiento activador del córtex; después de mi nacimiento, algunos injertos hísticos han favorecido mi desarrollo intelectual; y actualmente me someten cada año a una cura de sostenimiento para mantener mi mente en plena forma y mis instintos en óptimo tono. No puedo quejarme de mi cuerpo, de mi sexo, de mi vida. Pero ¿qué soy yo, en realidad?» Sigamos con la broma de Jean Rostand, y respondamos a ese *homo biologicus:* «Eres, por lo pronto, un ente que puede enfermar y que un día u otro estará enfermo. Y entonces, desde el fondo mismo de tu ser, sentirás la necesidad de que te atienda y ayude un hombre dotado de saberes técnicos especiales y dispuesto a conducirse como amigo tuyo. Con menos palabras, un buen médico».

# Notas

1 El lector que desee más amplia información acerca de todo lo aquí expuesto, puede recurrir a mis libros *Teoría y realidad del otro* (Madrid, Revista de Occidente, 1961) y *La relación médico-enfermo* (Madrid, Revista de Occidente, 1964).

2 Alguien objetará que la palabra *philanthropía* fue inventada con posterioridad a la redacción de casi todos los escritos del *Corpus Hippocraticum*. Es cierto, como también lo es que los *Praecepta*, el único escrito hipocrático en que esa palabra aparece, es de redacción muy tardía (U. Fleischer). Pero un examen atento de la colección hipocrática permite afirmar que Hipócrates y sus seguidores directos o indirectos fueron «filántropos» *avant la lettre*....

3 Véase mi libro *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica* (Madrid, 1958).

4 Se comprende, pues, que haya podido hablarse del «totalitarismo» de Platón.

5 La versión formalmente cristiana de este proceder —y por lo tanto, de la projimidad— tiene en su fundamento tres reglas evangélicas: 1.ª Ama a tu prójimo como a ti mismo. 2.ª Ama a tu prójimo como si tu prójimo fuese el Cristo. 3.ª Ama a tu prójimo como si tú mismo fueses el Cristo. Los textos en que esas tres reglas se basan son sobradamente conocidos.

6 Este tratadito de Arquímateo es una ampliación del escrito anónimo que lleva por título *de adventu medici ad aegrotum*.

7 Más detalles en mi libro *La historia clínica* (2.ª ed., Barcelona, 1961).

8 Cita esta significativa frase G. von Bergman en su *Patología funcional*.

9 El lector a quien interese el tema puede ver un amplio examen sinóptico de él en mi libro *La relación médico-enfermo*.

10 Apenas será necesario decir que las cosas se hacen todavía más sutiles y complejas en el caso de las enfermedades neuróticas *stricto sensu*. Véase, acerca de ellas, mi libro *La relación médico-enfermo*.

11 Estos sumarios datos no agotan el análisis sociológico de la profesión médica propuesto por Parsons. El *rol* del médico se halla sometido, como todos, a un sistema de «pautas de orientación» *(pattern variables)*, que en su caso serían cinco. La vida social, en efecto, obliga al médico a elegir: 1.°, entre la afección emocional y la neutralidad afectiva; 2.°, entre el universalismo y el particularismo; 3.°, entre la orientación hacia la colectividad y la orientación hacia sí mismo; 4.°, entre el atenimiento a las condiciones personales del enfermo y la exclusiva consideración del rendimiento social; 5.°, entre una orien-

tación funcionalmente difusa y otra funcionalmente específica. Para la actual sociedad civilizada, el médico debe ser efectivamente neutro, orientarse hacia la colectividad, optar por el universalismo, atenerse al rendimiento social y actuar con estricta especificidad funcional. Otros motivos podrían agregarse a este análisis.

12 Declaro mi ignorancia respecto de las condiciones legales y reales de la asistencia al enfermo en la China de Mao Tse-tung.

13 Prólogo al libro *Doctor and patient in Soviet Russia*, de Mark G. Field (Harvard University Press, 1957).

14 Aparte el libro de Mark G. Field mencionado en la nota anterior —muy bien documentado—, mencionaré el de Henry E. Sigerist *Socialized Medicine in the Soviet Union* (Nueva York, 1937) y los artículos «Russia Revisited», de T. F. Fox *(Lancet,* 1954, 348-753 y 803-807), y «Public Health in Russia» *(Lancet,* 1956, 138-141). Para lo que concierne a la situación de la investigación médica en la Unión Soviética, véase Anatol Schwarz, *Medizin in der Sowiet Union* (Econ Verlag, Düsseldorf-Viena, 1966).

15 Véase el capítulo «To Certify or not to Certify», en el libro de Mark G. Field antes mencionado.

# Bibliografía

## 1 El médico y el enfermo en la Grecia clásica

Desde que Fredrich inició el actual estudio filológico del *Corpus Hippocraticum (Hippokratische Untersuchungen,* Berlín, 1899), la bibliografía sobre la medicina hipocrática ha ido aumentando sin cesar. Una reseña completa de esa bibliografía sería inadecuada aquí. El lector interesado por el tema puede consultar: L. Edelstein, «Hippokrates», *Realencyclopädie* de Pauly-Wissowa, Supplement-Band VI (Stuttgart, 1935); H. Diller, *Wanderarzt und Aitiologie* (Leipzig, 1934) y *Stand und Aufgaben der Hippokratesforschung* (Mainz, 1959); K. Deichgräber, *Die Epidemien und das Corpus Hippocraticum* (Berlín, 1934) y «Die Stellung des griechischen Arztes zur Natur», en *Die Antike* XV (Berlín, 1939); W. Jaeger, *Paideia,* vol. III; W. Nestle, «Hippocratica», en *Griechische Studien* (Stuttgart, 1948); W. Jones, *Philosophy and Medicine in Ancient Greece* (Baltimore, 1946); P. Laín-Entralgo, *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica* (Madrid, 1958); M. Martiny, *Hippocrate et la médecine* (París, 1964). Son también importantes los artículos de H. W. Miller en *Transactions and Proceeding of the American Philological Association* (1953 *et ss.).* W. Müri *(Der Arzt im Altertum,* Munich 3.ª ed., 1962) ha publicado una buena colección de textos médicos de la Antigüedad.

La referencia a los textos del *Corpus Hippocraticum* se hace siempre por la edición de Littré (L.), con la indicación del tomo en números romanos y de la página en números arábigos.

Sobre la idea helénica de la amistad, y aparte los libros ya antiguos de E. Curtius, *Altertum und Gegenwart* (4.ª ed., Berlín, 1892), y L. Dugas, *L'amitié antique* (París, 1894), pueden verse, entre otros, los estudios de J. J. Verbrugh, *Ueber platonische Freundschaft* (Diss. Zürich, 1931), P. Kienzl, *Die Theorie der Liebe und Freundschaft bei Platon* (Diss. Viena, 1941), y E. Hoffmann, «Aristoteles Philosophie der Freundschaft», en *Platonismus und Christliche Philosophie* (Zürich y Stuttgart, 1960).

La estructura social y económica de la *polis* griega ha sido recientemente estudiada en *Sozialökonomische Verhältnisse im Alten Orient und im Klassischen Altertums* (Berlín, 1961).

La ética de los asclepíadas hipocráticos ha sido expuesta y comentada por G. Weiss, «Die ethischen Anschauungen im Corpus Hippocraticum», *Archiv für Geschichte der Medizin* IV (1910), 235-262,

L. Edelstein, *The Hippocratic Oath* (Baltimore, 1946), K. Deichgräber, *Der Hippokratische Eid* (Stuttgart, 1955), y F. Büchner, *Der Eid des Hippokrates* (Friburgo de Brisgovia, 1945).

## 2 El médico y el enfermo en la Edad Media

Además de los tratados generales de Historia de la Medicina, el lector puede consultar, como ampliación de lo que se dice en este capítulo, mi ya mencionado libro *La relación médico-enfermo* (Madrid, 1964) y los siguientes libros y artículos: A. Ruiz Moreno, *La medicina en la legislación medioeval española* (Buenos Aires, 1946); K. Sudhoff, «Eine Verteidigung der Heilkunde aus der Zeiten der Mönchsmedizin», *Archiv. für Geschichte der Medizin* VII (1913), 223-237; Coluccio Salutati, *De nobilitate legum et medicinae* (ed. de E. Garin, Florencia, 1947), y E. Seidler, «Die Heilkunde des ausgehenden Mittelalters in Paris», *Beihefte des Sudhoffs Archivs* (Wiesbaden, 1967).

## 3 El médico y el enfermo en la sociedad burguesa del siglo XIX

La relación entre el médico y el enfermo durante el siglo XIX se ha reflejado con frecuencia en la literatura de la época. Véase *La relation médecin-malade dans l'oeuvre romanesque de Flaubert et de Proust* (Thèse de París, 1962) y L. García Ballester, «El testimonio de la sociedad española en el siglo XIX acerca del médico y su actividad», en *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX* (Madrid, 1964).

Para un conocimiento más detallado de los aspectos sociales de la relación médica durante ese siglo pueden verse los siguientes libros y estudios: C. Turner Trackrah, *The Effects of Principal Arts, Trade, and Professions and of Civic States and Habits of Living, on Health and Longevity* (Londres, 1831); E. Chadwick, *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain* (Londres, 1842); H. E. Sigerist, *Medicine and Human Welfare* (New Haven, 1941) y *Civilización y enfermedad* (México, 1964); R. Pierreville, *L'inegalité humaine devant la mort et la maladie* (París, 1936); M. Delabroise, *Louis René Villermé* (París, 1939); C. Fecan, *Le rapport Villermé* (Thèse de París, 1962); Rollo H. Britten, *Public*

*Health Reports*, vol. 49, 1934; G. St. J. Perrott y S. D. Collins, *Public Health Reports*, vol. 50, 1935; J. M. López Piñero, «El testimonio de los médicos españoles del siglo XIX acerca de la sociedad de su tiempo: el proletariado industrial», en *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX* (Madrid, 1964). El aspecto sociológico de las histerias de la Salpêtrière ha sido estudiado por G. Bally en *Einführung in die Psychoanalyse Sigmund Freuds* (Hamburgo, 1961).

## 4 Fundamento de la relación entre el médico y el enfermo

De nuevo debo remitir al lector a mis libros *La relación médico-enfermo* y *Teoría y realidad del Otro*.

Respecto de las diversas cuestiones tratadas en este capítulo, he aquí una bibliografía selectiva: E. Koos, «Metropolis. What city people think of their medical services», *Am. J. Public Health*, 45 (1955), 1551-1557; R. H. Blum, *Hospitals and Patient Dissatisfaction* (Calif. Med. Assoc. 1958) y *Physician-Patient Relationship. Survey and Action* (Calif. Med. Assoc. 1956).

Sobre el sentimiento de enfermedad: Th. von Uexküll, «Das Problem der Befindenweisen», *Psyche* V (1951), 401-432; H. Plügge, «Die Phänomenologie des Leiberlebens», en *Rencontre-Encounter-Begegnung* (Utrecht-Amberes, 1957); J. de Ajuriaguerra, «Le corps comme relation», *Rev. Suisse de Psychologie pure et appliquée* (1962), 137-157; H. Häfner, «Psychologitische Medizin und Leibphänomenologie», en *Werden und Handeln* (Stuttgart, 1963); J. J. López Ibor, «Anatomía del intracuerpo», *Atlántida* I (1963), 5-12, y, por supuesto, la ya clásica *Medizinische Psychologie*, de E. Kretschmer. Los aspectos sociales del sentimiento de enfermedad han sido estudiados, entre otros, por E. Ackerknecht, «The role of medical history in medical education», *Bull. Hist. Med.* 21 (1947), 135-145; J. C. Lawson, *Modern Greek Folklore and Ancient Greek Religión* (Londres, 1910); E. L. Koos, *The Health of Regionville* (Nueva York, 1954), y M. Zborowski, «Cultural components in response to pain», *J. Social Issues* 8 (1952), 16-30. Más extensa bibliografía sobre el tema, en M. Pflanz, *Socialer Wandel und Krankheit* (Stuttgart, 1962), y R. H. Blum, J. Sadusk y R. Waterson, *The Management of the Doctor-Patient-Relationship* (Nueva York-Toronto-Londres, 1960). Acerca de la psicología de la consulta médica, véase el artículo de

W. Schulte «Der nächste Patient», en *Werden und Handeln* (Stuttgart, 1963).

## 5 Estructura de la relación entre el médico y el enfermo

Sobre la psicología de la mirada, véase mi libro *Teoría y realidad del Otro*, así como la bibliografía en él consignada. La teoría de la anamnesis clínica aquí apuntada ha sido expuesta más detalladamente por mí en mis libros *La historia clínica* y *La relación médico-enfermo*. Remito también a R. E. Pittenger, J. Danehy y Ch. F. Kockett, *The First Five Minutes. A sample of microscopic Interview Analysis* (Paul Martineau, 1961), y a J. Rof Carballo, «La teoría de la comunicación en la medicina contemporánea», *Anales de la Sociedad de Ciencias Médicas de Las Palmas*, I, 1962. El papel de la cibernética en el diagnóstico clínico ha sido sistemáticamente estudiado —entre otros— por F. Paycha, *Cybernétique et consultation* (París, 1963), y el carácter simbólico de los instrumentos exploratorios, por J. P. Valabrega, *La relation thérapeutique* (París, 1962).

La doctrina psicoanalítica de la transferencia viene muy documentalmente expuesta en M. Steinbach, «Die Uebertragung. Geschichte und Entwicklung einer Theorie», *Psyche* VII (1953), 6-25, y D. Lagache, «La doctrine freudienne et la théorie du Transfert», *Acta Psychosom. et Orthopaed.*, 2, 1954. Sobre la contratransferencia: C. A. Seguín, *Amor y psicoterapia* (Buenos Aires, 1963), y R. A. Spitz, «Uebertragung und Gegenübertragung», *Psyche* X (1956-1957), 63-81. Es en cierto modo ya clásico el libro *The Doctor, his Patient and the Illness*, de Balint (Nueva York, 1957). Véase también R. M. Magraw, *Ferment in Medicine* (Filadelfia y Londres, 1966).

Para un estudio detallado de los aspectos sociales de la relación médica pueden servir como introducción, con el libro de M. Pflanz antes mencionado, Talcott Parsons, *The Social System* (Glencoe, 1951); el número especial de la *Kölner Zeitschrift für Soziologie* consagrado a los problemas de la sociología de la medicina (1958) y el volumen colectivo *Der Kranke in der modernen Gesellschaft* (Colonia-Berlín, 1967). Pero en la verdadera relación médica hay también, dentro de ese marco «social», un nexo «interpersonal». Véase, acerca de este tema, P. Christian, *Das Personverständnis im modernen medizinischen Denken* (Tübingen, 1952); A. Maeder, *Der Psy-*

*chotherapeut als Partner* (Zürich, 1957); J. Rof Carballo, *Urdimbre afectiva y enfermedad* (Barcelona-Madrid, 1961).

## 6 Formas actuales de la relación entre el médico y el enfermo

Sobre la paulatina «socialización interna» de la relación médica durante el siglo XX, véase: V. von Weizsäcker, *Soziale Krankheit und soziale Gesundung* (Leipzig, 1930); H. Schelsky, «Die Soziologie des Krankenhauses im Rahmen einer Soziologie der Medizin», *Krankenhausarzt* 31 (1958), 169; W. Sottstaedt y cols., «Sociologie, psychologie and metabolic observations in the community of a metabolic ward», *Am. J. Med.* 25 (1958), 248, y «Prestige and social interactions on a metabolic ward», *Psychosomat. Med.* 21 (1959), 131; W. Caudill, *The psychiatric Hospital as a small society* (Cambridge, Mass., 1959); J. Rof Carballo, «Idea del hombre, medicina y sociedad», *Rev. de la Universidad de Madrid* X (1961), 155-206.

La «socialización externa» de esa relación —la actual socialización de la asistencia médica— ha sido panorámicamente estudiada por P. Cano Díaz en «El Seguro de Enfermedad en el mundo occidental», *Rev. de la Universidad de Madrid* X (1961), 207-244. Para lo relativo a la asistencia médica en la Unión Soviética, véase la bibliografía consignada en el texto.

# Nota de agradecimiento

Debemos nuestro agradecimiento por las ilustraciones, salvo en aquellos casos en que la procedencia vaya expresada en el pie, a los siguientes (el número remite a la página en que aparece la ilustración): 50, 80, 92, 117, 133, 161, 164, 214-5, 227 The Wellcome Trustees; 55, 68-9 Bibliothèque Nationale, París; 50 Österreichische National-Bibliothek; 63, 69, 72-3, 76, 85, 89, 93, 109, 110, 115, 129, 142, 230 British Museum; 84, 96 Fitzwilliam Museum; Cambridge; 104, 220 Hospital de St. Bartholemew; 116 Librairie Hachette; 136, 139, 184 Mrs. Katherine Jones y The Hogarth Press; 144 Mr. Ernst Freud; 153, 168-9, 189 Radio Times Hulton Picture Library; 174, 218 (Paul Almasy), 237 (H. Page) Organización Mundial de la Salud; 200-1 The Mansell Collection.

# Indice onomástico


d'Abano, Pietro, 82
Abelardo, 82
Addison, T., 121
Adler, A., 183, 223
Agustín, San, 186
Ajuriaguerra, J., 188
Alberti, L., 229
Alberto Magno, San, 82
Alcmeón de Crotona, 13, 15
Alcuino, 67
Alderotti, Tadeo, 82, 90
Ali-Abbas, 94
Alejandro Magno, 50
Anglicus, Bartholomeus, 96
Anselmo, San, 82
Aristófanes, 26, 57, 108
Aristóteles, 17, 19, 20, 21, 22, 36, 194
Arquimateo, 81
Arquino, 24
Aurillac, Gerberto de, 67
Austriquilda, 75

Bacelli, G., 122
Bacon, R., 82, 112
Bálint, M., 10, 198, 199, 206
Balzac, H. de, 121
Barbarroja, Federico II, 62, 74, 83, 98
Baviera, Enrique de, 80
Beard, G. M., 136
Beauvais, Vicente de, 82
Beda, el Venerable, 62, 67
Benedict, R., 213
Benedicto Crispo, 62, 67
Benito, San, 64
von Bergmann, E., 165
Bergson, E., 135
Bernard, Cl., 120, 121, 125, 202
Bernardo, San, 78
Bernays, M., 137
Biörck, G., 225
Bismarck, 211, 226
Blum, R. H., 186
Bonifacio VIII, 74
Bouchard, G.-J., 122
Bowman, Sir W., 216
Braun, A., 224
Breuer, J., 141, 192, 193
Britten, R. H., 28
Brody, S., 213
Browlby, 213
Büchner, K., 106
Buenaventura, San, 82
Bühler, K., 179, 180

Camus, A., 102, 172
Cano Díaz, 226
Casiodoro, M. A., 61, 66
Cathelineau, J., 125
Caudill, 225
Celio Aureliano, 61
Celso, 57
Cesárea, Basilio de, 56
Cipriano de Cartago, 57
Cohen, M., 188
Cohnhein, J., 122
Collins, A., 128
Columbano, San, 62

Chadwick, E., 132
Charcot, J. M., 122, 124, 125, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 144
Chartran, T., 161
Chejov, A., 234
Chilperico, 75

Daleus, J., 157
Danehy, J., 179
Darling, 213
Dell, 179
Demócrito, 15
Deutsch, H., 144
Diderot, D., 113
Dieulafoy, G., 122
Diffurth, 219
Diomedes, 106
Dionisio, San, 72
Dionisio de Alejandría, 57
Dionisio el Areopagita, 72
Dioscórides, 58, 61
Donato, 75
Donnolo, San, 78
Dubois, C., 223
Dudley White, P., 234
Durando, 111

Edelstein, L., 42
Elisen, Ch., 231
Elmadjan, 179
Empédocles, 15
Engels, F., 106, 128
Eguinardo, 74
Erixímaco, 48
Escoto, Duns, 82, 111, 241
Eustacio, 56

Faus, P., 132
Federico III, Emperador de Alemania, 165
Ferenczi, S., 144
Fernel, Jean, 90
Flaubert, 121
Foligno, Gentile da, 82
Fredegario, 61
Fredo, 60
Freedman, 213
Freud, S., 36, 124, 137, 138, 139, 140, 141, 144, 145, 159, 183, 184, 192, 193, 194, 223, 224

Galeno, 61, 75, 90, 94,

García-Sabell, 163
Garibaldi, 152
Gontrán, 75
Gorgias, 172
Gregorio de Tours, 61, 75, 83
Gregorio Nacianceno, San, 57
Groddeck, G. W., 144
Gubler, 121
Guidoaldo, 60

Hall, M., 225
Hauptmann, 132
Heidegger, M., 150
Heribrando, 67, 70
Higea, 27
Hildegarda, Santa, 82
Hipócrates, 13, 15, 20, 43, 45, 61, 75, 90
Hoagland, 179
Hogarth, 110
Hollingshead, 213, 216
Huxley, A., 106

Isidoro, San, 61, 66

Jackson, J. H., 118
Jacobson, 188
Jaeger, W., 33
Janet, P., 136
Jones, E., 191
Jores, 225
Juliano el Apóstata, 56
Jung, C. G., 183, 223
Jünger, E., 177

Kant, I., 123
Koch, 224
Kockett, Ch. F., 179
König, R., 211

Laennes, 161
Lanfranco, 82
Langen, 225
Larrey, Barón, 165
Lawson, 170
Lenin, 106
León, 60
Lériche, R., 157
Leube, W., 143
von Leyden, E., 206
Lippross, 224
Lisis, 17
Lombroso, C., 106
López de Arévalo, 132
López Piñero, J. M., 132
Luzzi, Mondino de, 82
Madinaveitia, 122
Maeder, 206
Mainzer, 224
Marañón, G., 121, 175, 208
Marileif, 61, 75
Marillier, 196
Martín, San, 77
Marx, K., 106, 128, 135
Masdevall, 132
Masona, Obispo de Mérida, 61, 64, 71
Mead, M., 213
Menéxeno, 17
Mercado, Luis, 90
Merleau-Ponty, M., 141
Mill, S., 202
Mitscherlich, E., 225
Moleschott, J., 106
Molière, 88
Monlau, 132
Montagnana, Bartolomeo, 82
Morton, W., 117, 118, 119
von Muller, F., 122
Munthe, A., 136
Murri, A., 122

Nacht, S., 188
Napoleón, 165, 239
Naunyn, B., 122
Nélaton, 152
Nicolás, 75
Nietzsche, 135
Nilo, San, 78
Nothnagel, H., 137
Notker, 66, 80, 81

Ockam, 111
Ortega y Gasset, J., 141
Ostwald, W., 106

Pablo, Obispo de Mérida, 61
Pablo, San, 72
Paladio, 61
Paracelso, 112, 118, 130, 159
Paré, A., 118
Parmenio, 50
Parsons, T., 217, 240
Pasteur, 214, 227
Paycha, F., 190
Pettenkofer, M., 131
Pérez Galdós, B., 102, 121
Pericles, 44
Perrott, 128
Petrarca, 75, 108
Petrus, 61
Pierreville, R., 128
Pitágoras, 15
Pittenger, R. E., 179
Platón, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 29, 30, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 94, 151, 186, 194, 197, 207
Pope, W., 115
Portman, Ad., 212

Quevedo, F., 108

Rabano Mauro, 67
Redlich, 213, 216
Reoval, 61
Richer de Reims, 70

Riegel, 125
Riesman, D., 192
Rof Carballo, J.,213,219
Rogerio de Sicilia, 62
Rohde, E., 225
Rokitansky, C., 114
Rostand, J., 113, 244
Rubio, 122
Ruesch, J., 216
Ruiz de Luzuriaga, 132

Salermo, Arquimateo de, 89
Saliceto, Guillermo de, 91, 94, 99
Salisbury, Juan de, 74, 108
Salutati, Coloccio, 88
San Martín, A., 117, 120
Sartre, J.-P., 141, 177
Schelsky, 225
Schönlein, J. L., 121
Schultz, J. H., 188, 223
Schwarz, O., 145
Schweninger, 211
Selimbria, Heródico de, 37, 39
Séneca, 243
Seoane, 132
Sigel, 225
Skoda, J., 114, 116, 117, 118, 120, 121
Sócrates, 17, 26, 36, 151
Sollier, 125
Sorano, 94
Spitz, R., 213, 219
Stalin, J., 233
Stekel, W., 223
Steuben, 165
Sticker, 125
Stopp, 213
Strindberg, 135
Sullivan, H. S., 213
Summerskill, 213
Sydenham, T., 143
Szazs, 224

Taciano el Asirio, 66
Teodorico, 60, 74
Teresa de Jesús, Santa, 54
Teresita de Lisieux, Santa, 54
Tertuliano, 66, 175
Tomás de Aquino, Santo,82,86,90,111
Tourette, G. de la, 125
Tralks, Alejandro de, 54
Turner Thackrah, C., 127, 132, 133

von Uexküll, Th., 211
Unamuno, M. de, 135

Valabrega, J. P., 191
Vilanova, Arnaldo de, 74, 82, 87,91,92,95
Virchow, R., 132
Vogt, H., 106
Vyncke, 174

Walahfrid Strabo, 67
von Weizsäcker, V., 120, 126, 145, 224
Withering, W., 118

Ximénez de Lorite, 132

Zborowski, M., 171, 172
Zubiri, X., 209

# Biblioteca para el Hombre Actual

1. R. L. Gregory: Ojo y Cerebro. Psicología de la visión
2. J. Bhagwati: La economía de los países subdesarrollados
3. David Caute: Las izquierdas europeas desde 1789
4. R. C. North: El Comunismo chino
5. Peter Hall: Las grandes ciudades y sus problemas
6. W. G. Forrest: La Democracia Griega
   Trayectoria política del 800 al 400 a. J. C.
7. K. Mendelssohn: La búsqueda del cero absoluto
   El significado de la Física de las bajas temperaturas
8. O. G. Edholm: La biología del trabajo
9. P. J. Ucko y A. Rosenfeld: Arte paleolítico
10. R. Gouiran: Partículas y aceleradores
11. Ronald Hingley: Historia social de la literatura rusa, 1825-1904
12. A. H. W. Beck: Palabras y ondas
    Introducción a los sistemas de comunicación eléctrica
13. John Vaizey: La educación en el mundo moderno
14. Henry Kamen: Los caminos de la tolerancia
15. S. Tschudi Madsen: Art Nouveau
16. Rémy Chauvin: El mundo de los insectos
17. J. L. Sampedro: Las fuerzas económicas de nuestro tiempo
18. J. Tinbergen: Planificación del desarrollo
19. José Luis Aranguren: La comunicación humana
20. H. Freudenthal: Las Matemáticas en la vida cotidiana
21. J. Kuczynski: Evolución de la clase obrera
22. Arnold Kaufmann: La ciencia y el hombre de acción
    Introducción a la praxeología
23. Pierre Huard y Ming Wong: La Medicina china
24. Francesco Gabrieli: Mahoma y las conquistas del Islam
25. S. Dresden: Humanismo y Renacimiento
26. A. C. S. van Heel y C. H. F. Velzel: ¿Qué es la luz?
27. Lucien Gerardin: La biónica
28. Björn Kurtén: Introducción a la Paleontología
    El mundo de los dinosaurios
29. W. Wickler: El mimetismo en las plantas y en los animales
30. F. Bordes: El mundo del hombre cuaternario
31. J. L. Jolley: Ciencia de la información
32. J. Boussard: La civilización carolingia
33. André Cailleux: Anatomía de la Tierra
34. Charles Wilson: Los Países Bajos y la cultura europea en el siglo XVII
35. Martin Wells: Animales inferiores
36. E. L. Schatzman: Estructura del Universo
37. Hermann Flohn: Clima y tiempo
38. Philippe Muller: El desarrollo psicológico del niño
39. H. H. Stuckenschmidt: La música del siglo XX
40. J. Andrade e Silva y G. Lochak: Los cuantos
41. Lucy Mair: La brujería en los pueblos primitivos actuales
42. E. A. Wrigley: Historia y población
43. Matthew Hodgart: La sátira
44. D. P. Waley: Las ciudades-república italianas
45. David Knowles: El monacato cristiano
46. D. Briggs y S. M. Walters: Evolución y variación vegetal
47. Pedro Laín Entralgo: El médico y el enfermo
48. R. Buvat: La célula vegetal

Pedro Laín Entralgo

# El médico y el enfermo

La relación entre el médico y el enfermo ha constituido siempre un problema muy complejo, puesto que tanto el diagnóstico como el tratamiento dependen en gran medida de factores subjetivos. Pero esta relación es también muy significativa desde el punto de vista histórico, ya que en cada época se opera un cambio de valores cuyo alcance va más allá del consultorio médico o del hospital, y estos cambios marcan las principales etapas del desarrollo social a través de la historia. En esta obra, Pedro Laín Entralgo estudia cómo la relación médico-enfermo se ha realizado y ha sido entendida en tres situaciones de la cultura occidental —la Grecia antigua, la Edad Media y la Europa del siglo XIX— y examina luego los distintos momentos de su estructura, considerando sistemáticamente la cuestión desde el punto de vista de la antropología general.

Pedro Laín Entralgo es profesor de Historia de la Medicina en la Universidad de Madrid, de la que ha sido Rector. Pertenece a las Reales Academias de Medicina, de la Historia y de la Lengua. Es miembro de diversas sociedades científicas de Europa y América.